

PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI 2024 (D.G.R. 1006/23)

Direttive operative

Il presente piano regionale, relativo ai controlli sull'attività sanitaria e sociosanitaria erogata nell'anno 2024, è predisposto in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 1006 del 30/06/2023, in particolare dall'Allegato 1 alla delibera, che riporta "Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate".

1 - OBIETTIVO

L'obiettivo del Piano, in riferimento all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, è quello di evidenziare i comportamenti degli erogatori pubblici e privati non rispondenti ai criteri di qualità e appropriatezza o non conformi alle buone pratiche ed alle norme vigenti, e rilevare eventuali comportamenti opportunistici.

2 - ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ

Secondo quanto indicato dalla DGR n. 1006/23, le Aziende Sanitarie assicurano il controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate presso tutti gli erogatori pubblici e privati convenzionati del territorio di riferimento e predispongono il proprio "Piano dei controlli sulle prestazioni erogate", contenente le specifiche attività di verifica di cui al D.lgs n. 502/92, artt. 8 *quinquies* e 8 *octies*.

La *Direzione aziendale* (o struttura delegata dalla stessa) ha la responsabilità di:

- Garantire l'efficace funzionamento del nucleo aziendale di controllo e l'adeguato svolgimento del ruolo del suo coordinatore;
- comunicare alle strutture pubbliche e private l'esito dei controlli e gli effetti economici conseguenti;
- trasmettere ad ARCS i report semestrali sui controlli effettuati al 30/10 e al 30/04 di ogni anno.

Il *Nucleo aziendale di controllo/Direzione sanitaria*, o il suo coordinatore, ha la responsabilità di:

- estrarre il campione di cartelle cliniche e di documentazione ambulatoriale da sottoporre a verifica come da indicazioni della DGR n. 1006/23 e comunicare la programmazione dei controlli. ARCS fornirà supporto metodologico per l'estrazione del campione;
- realizzare l'attività di autovalutazione della qualità della compilazione delle Cartelle Cliniche, delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), della documentazione ambulatoriale e territoriale;
- programmare ed eseguire i controlli nelle strutture sanitarie pubbliche e private di riferimento aziendale, anche per conto delle altre Aziende relativamente ai loro residenti;

Le *Direzioni delle strutture sanitarie* pubbliche e private accreditate hanno la responsabilità di:

- utilizzare un modello informativo per la privacy che preveda anche il consenso alle verifiche esterne stabilite dalla normativa vigente sulla documentazione sanitaria;
- mettere a disposizione la documentazione richiesta per i controlli delle prestazioni sanitarie e garantire la presenza di un proprio rappresentante durante lo svolgimento della verifica.

Personale medico di ARCS e della DCS, incaricato dai DDGG al trattamento dei dati, effettuerà controlli campionari sulle prestazioni sanitarie già controllate a livello aziendale, in modo da verificare la concordanza delle valutazioni. Al fine di permettere questa attività, le Aziende dovranno registrare su file excel o file equivalente, il numero di ricovero o il codice dell'impegnativa della documentazione controllata ed il relativo esito del controllo.

3 - AMBITO DEI CONTROLLI

Tutte le aziende sanitarie regionali pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o erogatori, devono attenersi alle indicazioni del piano annuale, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulla documentazione sanitaria e amministrativa:

- Cartelle cliniche;
- Schede di dimissione ospedaliere;
- Referti ambulatoriali;
- Registri/agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Prescrizioni, piani terapeutici nonché documentazione relativa a qualsiasi prestazione con oneri a carico del SSR.
- Report comprovanti la regolare, completa e tempestiva alimentazione dei flussi previsti a livello nazionale e regionale.

L'ambito di applicazione del sistema dei controlli per l'appropriatezza comprende il complesso dell'attività erogata da tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali operanti nella Regione Friuli Venezia Giulia, sia pubbliche che private accreditate, con le quali è in essere un rapporto contrattuale.

Costituiscono oggetto di controllo le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della Regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti, lungodegenza e riabilitazione), dal regime di erogazione delle prestazioni (ricovero ordinario, *day hospital*) e dal luogo di residenza dei pazienti che risultino con oneri a carico del SSR, nonché le prestazioni di riabilitazione delle strutture residenziali e semiresidenziali. Costituiscono inoltre oggetto di controllo le attività di medicina specialistica ambulatoriale erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate della Regione che risultino con oneri a carico del SSR.

4 - CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI TARIFFATE

I controlli 4.1.1 e 4.1.2 sono di natura campionaria e riguardano il 10 per cento delle dimissioni; l'estrazione del campione non riguarderà le dimissioni afferenti alle categorie di ricoveri descritti nei successivi punti 4.2 e 4.3. Il campione sarà stratificato per DRG con CC e DRG senza CC; ciò in ragione del fatto che il tipo di controllo è identico per entrambe le tipologie di verifica (SDO e DRG con CC) e pertanto la revisione di un'unica cartella permette la verifica di entrambi gli aspetti, aumentando l'efficienza del sistema.

I controlli sui ricoveri a rischio di inappropriatezza sono effettuati a livello di stabilimento ospedaliero secondo le categorie "dimissioni con DRG medico", "dimissioni con DRG chirurgico", "dimissioni pediatriche" e scattano in caso di difformità rispetto ai valori soglia definiti nel presente piano; per i controlli 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 e 4.3.2, in caso di difformità rispetto al valore soglia, è prevista la verifica di tutta la relativa casistica. Questi controlli sono riconducibili a quelli previsti dai commi 1 e 2 dell'art. 2 del decreto 10 dicembre 2009 e rappresentano almeno il 2,5% delle dimissioni.

I controlli sulle prestazioni ambulatoriali prevedono un campione casuale dello 0,1% con sovracampionamento delle prestazioni autorizzate come garanzia di tutela del corretto rispetto dei tempi massimi di attesa.

4.1 - controlli analitici casuali sulle SDO - quota 10%

4.1.1 - Verifica della corretta compilazione della SDO

Finalizzato a verificare la correttezza e la completezza della compilazione della SDO.

Gli item individuati tengono conto della distribuzione di errori riscontrati in Regione FVG nel "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2022" del Ministero della Salute ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria Ufficio 6, così come esposta nella tavola 1.4 – Distribuzione degli errori riscontrati, pubblicata il 30.06.2024 sul sito del Ministero: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3441. Si ritiene di valutare la presenza delle voci il cui errore sia superiore a 0,1%.

Verificare, per ogni cartella, la presenza nella SDO:

- della data di prenotazione
- del rispetto della classe di priorità, valutando se la differenza tra data di prenotazione e di ammissione rientra nei tempi previsti per le classi di priorità: **A:** ricovero entro 30 giorni, **B:** entro 60 giorni, **C:** entro 180 giorni, **D:** ricovero entro 12 mesi. Il campione va differenziato tra residenti in Regione e fuori Regione.

Criteri di appropriatezza: la SDO risulta completa se tutte le voci sono presenti.		
Conseguenze: nessuna per aziende e strutture private accreditate; il resoconto della verifica è trasmesso alla direzione aziendale e ad ARCS.		
4.1.2 - Verifica della corrispondenza tra quanto riportato sulla SDO e quanto documentato in cartella clinica		
Finalizzato a verificare la corrispondenza tra le diagnosi e gli interventi registrati nella SDO e quanto effettivamente attuato e registrato in cartella clinica. L'analisi di questo indicatore non si applica a tutti i ricoveri ricompresi negli indicatori descritti nelle tabelle successive.		
	Diagnosi	Verificare che la codifica della diagnosi principale riportata nella SDO corrisponda con la diagnosi di dimissione del paziente.
		Verificare che le diagnosi secondarie riportate nella SDO siano coerenti con quelle presenti nella documentazione clinica.
	Interventi	Verificare che la codifica dell'intervento chirurgico/procedura principale riportato nella SDO sia coerente con la documentazione presente nella cartella clinica.
		Verificare che gli interventi chirurgici/procedure secondarie riportati nella SDO siano coerenti con quelli presenti nella documentazione clinica.
Criteri di appropriatezza: la SDO risulta completa se tutte le voci trovano riscontro nella documentazione, parzialmente completa se non vi è riscontro per 1 di esse, incompleta se non vi è riscontro per 2 o più di esse.		
Conseguenze: ricalcolo del DRG in caso di difformità nei campi "diagnosi" e/o "intervento" tra decorso clinico e codifica sulla SDO, con applicazione della relativa tariffa.		

4.2 - controlli sulle prestazioni a rischio di inappropriatezza – quota > 2,5%

4.2.1 - DRG mal definiti - Ricoveri ordinari	Valutare congruità cartella / SDO	
Riguardano i seguenti DRG: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 424 "Interventi chirurgici di qualsiasi tipo in pazienti con diagnosi principali di malattia mentale" ▪ 468 "Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale" ▪ 476 "Intervento chirurgico non correlato con la diagnosi principale" ▪ 477 "Intervento chirurgico non esteso, non correlato con la diagnosi principale" Valore soglia: = 0 Conseguenze: ricalcolo del DRG in caso di difformità tra decorso clinico e codifica della SDO, con applicazione della relativa tariffa.	Tipologia di controllo	Verificare la congruità tra la codifica della SDO e la documentazione clinica (diario clinico-assistenziale, lettera di dimissione, ecc). Porre particolare attenzione alla presenza di correlazione tra diagnosi principale e procedure eseguite.
	es. di ricoveri appropriati	Se confermati, i DRG mal definiti rappresentano ricoveri appropriati.

4.2.2 - Ricoveri ordinari brevi 0-2 giorni con DRG Medico		Valutare appropriatezza organizzativa
Per questi ricoveri sarebbe appropriato il trattamento in altro regime (DH o ambulatoriale), ordinario di un giorno, o a domicilio. Sono esclusi dal campione i ricoveri con DRG compreso nell'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatezza". Sono esclusi i pazienti trasferiti, deceduti, ed i DRG riferibili al parto e al neonato sano.	Tipologia di controllo	Valutare l'appropriatezza organizzativa attraverso i criteri (Scheda 1) per i ricoveri ordinari (riabilitativi o pediatrici, in caso siano applicabili): se tutte le giornate risultano appropriate il ricovero è appropriato, se una o più giornate sono inappropriate valutare il setting assistenziale ed eventualmente considerare il ricovero non appropriato.
	es. di ricoveri appropriati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervento chirurgico annullato/rimandato per: <ul style="list-style-type: none"> - motivi organizzativi chiaramente esplicitati; da valutare di volta in volta il motivo che ha fatto slittare l'intervento; - complicanze insorte prima dell'intervento o paziente che al momento dell'intervento non presentava condizioni cliniche adeguate per l'intervento (sanguinamento dopo eparinizzazione, impossibilità intubazione, febbre - codice V641: intervento non

<p>Valore soglia: DRG medici: 3,7% con denominatore di almeno 500 dimissioni; DRG pediatrici: 7,0% con denominatore di almeno 50 dimissioni.</p> <p>Conseguenze: Attribuzione della tariffa corretta per il setting appropriato.</p>		<p>eseguito per controindicazioni);</p> <ul style="list-style-type: none"> - decisione di rinviare l'intervento o ritiro del consenso; ▪ auto-dimissione ▪ trasferimento ad altro ospedale o decesso ▪ Parto ▪ Neonato sano e DRG da 385 a 390 inclusi.
	<p>es. di ricoveri non appropriati:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intervento chirurgico annullato/rimandato per: <ul style="list-style-type: none"> - motivi organizzativi non esplicitati (o intervento annullato/rimandato senza alcuna motivazione registrata in cartella) - controindicazioni all'intervento già note prima dell'intervento stesso (ES.: paziente in trattamento chemioterapico al pre-ricovero)

4.2.3 - DH diagnostici		Valutare appropriatezza organizzativa
<p>Il DH deve essere attivato qualora sussista la necessità di osservazione protratta del paziente o della presenza contemporanea di più specialisti.</p> <p>Valore soglia: Per i DH diagnostici in pazienti > 14 anni è stabilita la soglia del 15%.</p> <p>Conseguenze: in caso di inappropriata va applicata la tariffa della prestazione ambulatoriale corrispondente.</p>	<p>Tipologia di controllo</p>	<p>Valutare l'appropriatezza organizzativa di ogni singola giornata attraverso i criteri per i ricoveri DH (Scheda 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prestazioni che richiedono assistenza prolungata o un'osservazione >1 h dopo l'esecuzione dell'esame: <ul style="list-style-type: none"> - antistatici per ev; - terapia di supporto (antiemetica, idratante) per ev, - esami diagnostici nelle ore successive alla terapia, - terapia ev con tempo di somm. >1 h ▪ prestazioni complesse/rischiose o problemi di sicurezza per il paziente <ul style="list-style-type: none"> - pazienti a rischio di shock, scompenso metabolico, che richiedono monitoraggio clinico - pazienti con dispositivo di assistenza cardiaca [codice diagnosi V43.21] o simili - pazienti non collaboranti che richiedono assistenza dedicata e accompagnamento da parte del personale negli spostamenti ▪ ricoveri caratterizzati da multidisciplinarietà
	<p>es. di ricoveri appropriati</p>	<p>Rientrano in questo indicatore i casi di annullamento di un pre-ricovero - DRG 467: nel caso in cui si annulli il ricovero per controindicazioni emerse durante gli esami di pre-ricovero, si apre un ricovero in DH nella data dell'ultimo accesso reale del paziente. Si riporta l'epicrisi di quanto fatto in pre-ricovero e si codifica la SDO con codici: V64.1 – int. chirurgico o altra procedura non eseguita per controindicazione, oppure: V64.3 - procedura non eseguita per altre ragioni. Con questa modalità vengono in realtà formalizzati anche ricoveri in cui in pre-ricovero non si svolgono i classici esami per accertare l'operabilità del paziente (visita anestesiologicala, esami di laboratorio, RX torace, ecc), ma anche esami diagnostici.</p>
<p>Indicazioni per DRG 467</p> <p><i>V64.1 – intervento chirurgico o altra procedura non eseguita per controindicazione</i></p>	<p>es. di ricoveri appropriati</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mancato nulla osta da parte dell'anestesista in pre-ricovero o nulla osta subordinato a altri esami o consulto multidisciplinare (che poi esitano in decisione di non intervenire) ▪ Paziente chiamato a casa che riferisce miglioramento della sintomatologia o che rifiuta il ricovero
	<p>es. di ricoveri non appropriati</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzione di esami diagnostici in pre-ricovero

4.2.4 - DRG ordinari ad alto rischio di non appropriatezza		Valutare appropriatezza organizzativa
<p>Si considerano tutti i 108 DRG dell'allegato 6° del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei LEA, con alcune esclusioni.</p> <p>Alcuni ricoveri afferenti ai DRG ad alto rischio di appropriatezza non sono trasferibili dalla fase del ricovero ordinario al DH ovvero a quella ambulatoriale.</p> <p>Valore soglia: DRG medici e chirurgici 15,0%; Età <=14 aa 25,0% con denominatore di almeno 100 dimissioni.</p>	<p>Tipologia di controllo</p>	<p>Valutare, separatamente per i DRG medici e chirurgici, l'appropriatezza organizzativa attraverso i criteri per i ricoveri ordinari (riabilitativi o pediatrici, in caso siano applicabili): se almeno 2 giornate sono appropriate il ricovero è appropriato; se risultano appropriate 0 o 1 giornata valutare il setting assistenziale ed eventualmente considerare il ricovero non appropriato</p>
	<p>es. di ricoveri appropriati</p>	<p>Tutti i seguenti ricoveri sono considerati appropriati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ricoveri con trasferimenti in terapia intensiva; ▪ ricoveri di pazienti dimessi come deceduti;

<p>Conseguenze: non viene riconosciuta la tariffa DRG collegata ai ricoveri risultati inappropriati.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ degenza protetta per radioterapia metabolica (D.Lgs. 101/20 smi art. 158 comma 9) con somministrazione di iodio131 > 600MBq o per somministrazione Lutezio177 (accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria – sez. Flusso F); ▪ ricoveri previsti da studi clinici; ▪ Chemioterapia in età pediatrica; ▪ Polisonnografia; ▪ Paziente fragile ricoverato per cure odontoiatriche; ▪ Aborto spontaneo in ricovero urgente; <p>Inoltre, per quanto riguarda i ricoveri relativi alla Tonsillectomia in età pediatrica, si precisa che gli stessi sono da escludere dal campionamento per ulteriori approfondimenti</p>
---	--	---

4.2.5 - Ricoveri ripetuti entro 30 giorni		
		Valutare appropriatezza clinica
<p>Ricoveri ripetuti entro 30 giorni nello stesso ospedale.</p> <p>Valore soglia: rilevazione campionaria</p> <p>Conseguenze: nessuna; solo monitoraggio.</p>	<p>Tipologia di controllo</p>	<p>Valutare se le prestazioni eseguite nei due ricoveri avrebbero potuto rientrare in un unico ricovero o essere erogate in regimi diversi</p>
	<p>es. di ricoveri appropriati</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnosi 1° e 2° ricovero non correlate tra loro ▪ trasferimenti (anche con 0 giornate di intervallo, da e verso strutture maggiormente indicate per il trattamento della patologia) ▪ deceduti al secondo ricovero (valutare l'appropriatezza della prima dimissione) ▪ accessi nella stessa struttura ospedaliera ma in reparto diverso dal primo, a distanza di alcuni giorni dal precedente ricovero per esecuzione, anche programmata, di prestazioni specialistiche (es. rientro dopo mastectomia per linfonodo positivo ed esegue svuotamento ascellare) ▪ insorgenza di patologie o stati acuti dopo la dimissione ▪ casi di malattia cronica in labile compenso clinico (Es. scompenso cardiaco ripetuto in paziente con cardiomiopatia dilatativa, paziente in stadio terminale, ecc.) ▪ cambio del regime di ricovero (1° ricovero in day-hospital, 2° ricovero ordinario) ▪ ricoveri in altre strutture durante un DH aperto per altri motivi dalla 1a struttura ▪ dimissione volontaria da parte del paziente che successivamente necessita di nuovo ricovero
	<p>es. di ricoveri non appropriati:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trasferimenti (chiusura primo ricovero e apertura nuovo ricovero, con 0 giornate di intervallo) tra due reparti della stessa struttura (es. da medicina a chirurgia per intervento chirurgico) ▪ esecuzione di prestazioni propedeutiche a un 2° ricovero programmato
	<p>es. di ricoveri dubbi:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cambio del regime di ricovero (1° ricovero ordinario, 2° ricovero in day-hospital: le prestazioni possono rientrare nel post-ricovero?)

4.2.6 - Dimessi (>65 anni) con degenza oltre soglia		
		Valutare appropriatezza organizzativa
<p>Valutare i collegamenti funzionali fra l'ospedale per acuti e la rete di strutture residenziali per gli anziani territoriali.</p> <p>Gli anziani rappresentano la popolazione a rischio maggiore di permanenza nelle strutture</p>	<p>Tipologia di controllo</p>	<p>Valutare l'appropriatezza organizzativa attraverso i criteri per i ricoveri ordinari (riabilitativi o pediatrici, in caso siano applicabili), in particolare delle giornate oltre soglia (in base al DRG)</p>
	<p>es. di ricoveri</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ decessi ▪ grandi anziani

ospedaliera. Valore di riferimento: 4,5% Conseguenze: nessuna; solo monitoraggio.	appropriati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trasferimento in reparto di emergenza ▪ infezione da microorganismi sentinella o invasive ▪ complicanze in genere ▪ opposizione dei familiari alla dimissione ▪ attesa di posto in RSA o strutture residenziali
---	--------------------	---

4.2.7 - Interventi chirurgici frattura femore entro 48 ore		Valutare appropriatezza clinica	
<p>L'intervento eseguito entro 48 ore dalla frattura di femore (riduzione della frattura e la sostituzione protesica), è associato a migliori outcome funzionali, una minore durata del dolore e minori tassi di complicanze post-operatorie e di mortalità. Inoltre, i ritardi nell'intervento chirurgico nei pazienti con frattura di femore producono un aumento della durata della degenza ospedaliera.</p> <p>Per tali ricoveri è stabilito il valore di riferimento dell'80%.</p> <p>Conseguenze: nessuna; solo monitoraggio.</p>	Tipologia di controllo	Valutare l'appropriatezza delle giornate di degenza preintervento dei ricoveri con intervento successivo alle 48 ore dall'ingresso.	
	es. di ricoveri appropriati	Paziente ricoverato in terapia intensiva prima dell'intervento.	

4.2.8 - Interventi di canaloplastica, trapianto di cornea (verifica fatture integrative – DGR 915/2915)		Valutare appropriatezza clinica	
<p>Per il DRG 042 il privato può fatturare un importo extra da aggiungere all'importo SDO, così come previsto dalla DGR 915/2015: <i>“In caso di intervento di canaloplastica (cod. 12.75), la tariffa è integrata con 976 € In caso di utilizzo di tessuto pre-tagliato (lenticolo) fornita da Banca (cod. 11.77), la tariffa è integrata con 2.070 €”.</i></p> <p>La canaloplastica viene utilizzata come terapia per il glaucoma per ridurre la pressione dell'occhio. Prevede l'inserimento di una sonda attorno all'iride nel canale di Schlemm.</p> <p>Anche la trabulectomia serve a ridurre la pressione ma è diversa: prevede una incisione esterna per far defluire l'umor acqueo. NON rientra negli interventi per cui è possibile chiedere il ristoro.</p> <p>Verificare quindi che compaia il codice 12.75 specifico per la canaloplastica.</p> <p>Se sono presenti altre procedure (es cod. 12.69, sclerotomia profonda), non si devono considerare canaloplastiche.</p> <p>Per il trapianto di cornea verificare la presenza in cartella dell'esecuzione dell'intervento e del certificato della banca dei tessuti.</p> <p>In caso il codice non sia presente: nessuna conseguenza; In caso il codice non sia presente ma sia stata richiesta l'integrazione: l'importo dell'integrazione non viene riconosciuto. Resoconto della verifica alla direzione aziendale e ad ARCS.</p> <p>Verificare inoltre quanti ricoveri avrebbero potuto essere eseguiti in regime ambulatoriale.</p>		Tipologia di controllo	Valutare la presenza dell'intervento dichiarato in verbale operatorio e nella lettera di dimissione (canaloplastica o trapianto di cornea).

4.3 - VALUTAZIONI PREVISTE DA ALCUNE D.G.R. E ALTRI CONTROLLI

4.3.1 - Day surgery		Valutare appropriatezza organizzativa	
<p>I DRG riportati nell'allegato 7 della DGR n. 1535/2009 o al punto 3 della DGR n. 915/2015, hanno la stessa tariffa, sia che siano DH sia che siano Ordinari (di un giorno o superiori alle 48h).</p> <p>Sono valutati i ricoveri in regime ordinario ad esclusione dei pazienti deceduti o trasferiti ad altro presidio.</p> <p>Conseguenze: nessuna; resoconto della</p>	Tipologia di controllo	In caso di ricoveri con pernottamento non giustificato, che debbano essere ricondotti a ricoveri di un giorno, valutare prima se il codice DRG rientra tra quelli dell'elenco dell'all.7 o al punto 3.	
	es. di ricoveri appropriati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rimozione mezzi di sintesi, artroscopie ▪ interventi di ORL ▪ interventi su testicolo 	

verifica alla direzione aziendale e ad ARCS		
<p>All. 7 DGR n. 1535/2009 o punto 3 della DGR n. 915/2015 con l'esclusione dei DRG ad "alto rischio di non appropriatezza" di cui all'allegato 6A del DPCM LEA 2017</p> <p>L'applicazione della tariffa determinata nella misura del 100 % per i DRG 53, 54, 55, 61, 62, 168 è subordinata all'aderenza alle linee guida prodotte dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale (supplemento 60 di Acta Otorhinolaryngologica Italica, 1998, vol. 18, no 5), come concordato con i Responsabili delle Unità Operative Otorinolaringoiatriche ospedaliere del Friuli-Venezia Giulia.</p> <p>DRG IN D.H. CON TARIFFA AL 100 % DEL RICOVERO ORDINARIO:</p>		
<p>37 interventi su retina, orbita, iride, cristallino</p> <p>53 Interventi su seni e mastoide, età >17, 54 ... età < 18</p> <p>57 Interventi su tonsille e/o adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17, 58 ... età < 18</p> <p>117 Revisione di pace-maker cardiaco, eccetto sostituzione</p> <p>118 Sostituzione di pace-maker cardiaco</p> <p>124 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata</p> <p>125 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata</p> <p>151 Lisi di aderenze peritoneali senza CC</p> <p>153 Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC</p> <p>159 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 con CC, 160 ... senza CC;</p> <p>161 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con CC,</p> <p>165 Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC,</p> <p>167 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC,</p> <p>219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, senza C.C. 220 ... età <18</p> <p>223 Interventi maggiori su spalla e gomito o arto sup. con CC</p> <p>224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto inter. maggiori su artic. senza CC</p> <p>225 Interventi sul piede</p> <p>230 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore</p>	<p>258 Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC,</p> <p>260 Mastectomia subtotale...</p> <p>261 Interventi sulla mammella non per neoplasia, eccetto biopsia e escissione locale</p> <p>267 Interventi perianali e pilonidali</p> <p>290 Interventi sulla tiroide, 291 Interventi sul dotto tireoglosso</p> <p>311 Interventi per via transuretrale, senza CC</p> <p>313 Interventi sull'uretra, età >17, senza CC, 314 ...età < 18</p> <p>337 Prostatectomia transuretrale senza CC</p> <p>341 Interventi sul pene</p> <p>359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza C.C.</p> <p>361 Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube</p> <p>363 Dilatazione, raschiamento, conizzazione e impianto di materiale radioattivo per neoplasie maligne,</p> <p>424 Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale</p> <p>441 Interventi sulla mano per traumatismo</p> <p>443 Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC</p> <p>494 Colectomia laparoscopica senza esploraz. del dotto biliare comune senza CC</p> <p>500 Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza CC</p> <p>537 Escissione/rimozione mezzi fissazione eccetto anca e femore con CC,</p> <p>538 ... senza CC</p> <p>551 Impianto di PM cardiaco permanente con diagnosi cardiovasc. maggiore o di defibrillatore automatico,</p> <p>552 impianto di PM... senza diagnosi cardiovasc. maggiore</p>	

4.3.2 - Day surgery – ricovero ordinario		Valutare appropriatezza clinica	
<p>Le isteroscopie e le manovre ad esse associate (cod. procedura ICD 9 CM 68.12, 68.16 e 68.23) possono essere erogate anche in regime ambulatoriale.</p> <p>Conseguenze: se le giornate di degenza risultano inappropriate secondo i criteri allegati, si applica la tariffa ambulatoriale.</p>		<p>Tipologia di controllo</p>	<p>In caso di ricovero, almeno due giornate devono essere appropriate.</p>
TARIFFARIO 2024			
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA		31,70
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO		64,40
68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell'endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		37,90
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA		259,30

4.4 Controlli attività ambulatoriale

Il livello di rilevazione è quello delle strutture erogatrici della Regione, private accreditate e pubbliche, identificate dai loro codici ministeriali STS.11.

Al momento della definizione della base dati che darà origine al finanziamento delle prestazioni viene verificato in automatico che tutte le prescrizioni riguardino prestazioni LEA (nazionali e regionali).

La verifica sulle prestazioni ambulatoriali deve essere effettuata su almeno lo 0,1 % delle prestazioni e deve comprendere:

INDICATORE	TIPO DI CONTROLLO	MODALITA' CALCOLO	ESECUTORE CONTROLLO E CONSEGUENZE
Numero di prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata (censita come da flusso STS.11) con branca diversa da quelle per cui è stato accreditato l'erogatore.	Coerenza tra prestazioni erogate dalla struttura privata e relativo accreditamento per l'individuazione di prestazioni erogate a carico del SSR in assenza della corrispondente branca accreditata e/o del contratto di fornitura;	Semestrale. Fonte: SIASA e banca dati regionale accreditamenti. Tutte le prestazioni. Dati estratti per branca da ARCS. Esclusioni: impegnative con prefissi speciali per accesso diretto, PS, prestazioni che confluiscono nei flussi per i ricoverati. Valore atteso: 0	In caso di evidenza, trasmissione ad Aziende. Verifiche da parte degli uffici aziendali preposti, con possibilità di risalire ai singoli casi. Segnalazione alla struttura privata e relativo rimborso
Sull'impegnativa deve essere riportata almeno una menzione al quesito clinico di cui agli allegati 4a e 4b del DPCM LEA per le seguenti prestazioni: - Densitometria ossea (88.99.1 a 88.99.5)	Verifica appropriatezza prescrittiva per le prestazioni ambulatoriali degli allegati 4A, 4B, 4C e delle prestazioni regionali extra LEA;	Semestrale. Fonte: SAR, ricette dematerializzate; estrazione ARCS. Campionamento: 10% della casistica per erogatore pubblico e privato. Numeratore: prestazioni senza quesito clinico. Denominatore: prestazioni totali per ciascuna categoria oggetto di indagine. Valore atteso: 0	Aziende sanitarie: se valore rilevato > 0, procede alla verifica di tutte le prestazioni. Segnalazione alla struttura pubblica o privata e relativo rimborso.
Verifica per i residenti fuori regione dell'erogazione di prestazioni extra LEA.	Corretto inquadramento amministrativo delle prestazioni.	Semestrale. Fonte: SIASA, Estrazione ARCS. Verifica del 100% delle prestazioni erogate ai soggetti residenti fuori regione. Valore atteso: 0%	Aziende sanitarie: predispongono relazione per gli ambulatori eroganti e per la DCS e provvedono alla correzione degli errori e all'eventuale recupero economico.
Verifica del rispetto dello standard di servizio per la visita cardiologica: l'ECG è incluso nella tariffa.	Corretto inquadramento amministrativo delle prestazioni (contratto CUP/setting, uso corretto del catalogo, posizione economica della prestazione);	Semestrale. Fonte: SIASA. Estrazione ARCS. Verifica del 100% dei casi. Numeratore: ECG eseguiti lo stesso giorno o nei sette giorni successivi di una prima visita cardiologica registrati come prestazione a sé stante.	Invio alle Aziende delle anomalie riscontrate alle Aziende e IRCCS interessati. Conseguenze: si procede al rimborso del costo dell'ECG non dovuto.

		Denominatore: totale prime visite cardiologiche. Valore atteso: 0	
Verifica del rispetto dello standard di servizio per l'intervento ambulatoriale di cataratta: controllo post-intervento incluso nella tariffa. Numero di controlli eseguiti al di fuori dal "pacchetto" di chirurgia ambulatoriale dopo l'intervento.	Corretto inquadramento amministrativo delle prestazioni (contratto CUP/setting, uso corretto del catalogo, posizione economica della prestazione);	Semestrale. Fonte: SIASA; estrazione dati ARCS. Verifica del 100% dei casi. Numeratore: controllo (o prima visita) oculistico registrato a sé stante in SIASA, nei 35 giorni successivi all'intervento di cataratta ambulatoriale. Denominatore: totale interventi di cataratta ambulatoriali (si considerano quelli con data esecuzione nel periodo di indagine). Valore atteso: 0	Invio delle anomalie riscontrate alle Aziende e IRCCS interessati. Azienda: procede al rimborso del costo del controllo/visita.
Verifica, relativamente alle sole visite, della presenza di codici priorità ufficiali (UBDP) per i primi accessi e della mancanza di codici priorità per gli accessi successivi.	Garanzia della presenza di tutti gli elementi funzionali alla produzione del flusso verso il MEF (ex.art.50).	Semestrale. Fonte: SIASA. Estrazione ARCS. Verifica del 100% dei casi. Esclusioni: impegnative con prefissi speciali per accesso diretto, PS, prestazioni che confluiscono nei flussi per i ricoverati. Valore atteso: 100% dei codici presenti.	Aziende sanitarie: predispongono relazione per gli ambulatori eroganti e per la DCS e provvedono alla correzione
Esami di diagnostica strumentale ripetuti entro 30 giorni.	Ripetizioni di prestazione	Semestrale. Fonte: SIASA. Estrazione ARCS. Verifica presenza, per RM, TC, mammografie e colonscopie eseguite da erogatori privati, di eventuale ripetizione nel pubblico entro 30 giorni. Verifica del 100% dei casi. Valore atteso: 0	Aziende Sanitarie: predispongono relazione per gli erogatori e per la DCS, e provvedono alla verifica ed all'eventuale recupero della tariffa corrisposta alla struttura privata se la ripetizione è dovuta alla scarsa qualità del primo esame eseguito in struttura privata.
Esami di diagnostica strumentale effettuati in pre-ricovero anche se non previsti dalla normativa	Comportamenti errati	Semestrale. Fonte: CUP. Estrazione ARCS. Per: ecografie, RMN, TC, e	Aziende sanitarie. Estrazione CUP, contratto pre-ricovero.

		mammografie, verificare se seguite da ricovero entro 15 giorni e non tariffate. Verifica del 100% dei casi. Valore atteso: 0.	Provvedono al recupero del ticket, se dovuto.
Esami prericovero tariffati anche se seguiti da ricovero.	Comportamenti opportunistici	Semestrale. Fonte: Estrazione CUP, contratto pre-ricovero. Estrazione ARCS. Per: ECG, laboratorio, Rx torace e visita anestesiologicala, verificare se seguiti da ricovero entro 15 giorni. Verifica del 100% dei casi. Valore atteso: 0	Aziende sanitarie. Predispongono relazione per gli erogatori privati e per la DCS, e provvedono alla verifica e all'eventuale recupero della tariffa corrisposta.
Prestazioni presenti sul documento RAO e prescritte: verifica presenza delle indicazioni cliniche previste	Appropriatezza prescrittiva	Controllo campionario come da procedura per la garanzia dei tempi di attesa. Inoltre controllo campionario per le impegnative "suggerite".	Aziende sanitarie: relazione per gli erogatori e per la DCS ed eventuali provvedimenti conseguenti.

4.5 Controlli ricoveri riabilitazione

Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che necessitano clinicamente di sorveglianza medico-infermieristica H24.

Le condizioni cliniche e le comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente devono essere compatibili con l'erogazione dei trattamenti riabilitativi (riscontrabili attraverso l'analisi della cartella clinica e, in particolare, dal Piano di Riabilitazione Individuale realizzato entro le 72 ore dall'accoglimento).

I controlli verificano il rispetto dei criteri di appropriatezza dei ricoveri delle strutture pubbliche e private convenzionate stabiliti a livello statale e regionale, tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica.

La scheda 2 esplicita i criteri di appropriatezza. In caso di ricovero/giornate di degenza inappropriate, le Aziende sanitarie non procedono alla liquidazione della tariffa.

4.6 Controlli prestazioni erogate da strutture ex. art. 26 della Legge n. 833/1978

I supporti normativi per la valutazione di tali prestazioni sono rappresentati da: Legge n. 833/1978, DPR 14 gennaio 1997, DPCM 12 gennaio 2017, D.P.Reg. n. 151/2016.

Si riporta di seguito un primo elenco di verifiche sull'attività delle strutture ex art. 26:

- a. Verifica della presenza della cartella clinica ambulatoriale (come previsto dal D.P.Reg. 151/2016 - Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali).

- b. Verifica della presenza dell'impegnativa del medico prescrittore con riportate le prestazioni da erogare (come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017).
- c. Corrispondenza delle prestazioni prescritte, erogate e scaricate nel flusso informatico.

In caso di ricovero/giornate di degenza inappropriate, le Aziende sanitarie non procedono alla liquidazione della tariffa.

5 – FORMALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' E CONSEGUENZE DEI CONTROLLI

Nel merito si rinvia a quanto previsto dalla DGR n. 1006 del 30 giugno 2023 nel suo allegato "Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate", anche nelle parti richiamate e precisate nei paragrafi precedenti di questo documento.

Si richiede ad ogni Azienda l'invio al Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità della Regione dei file anonimizzati relativi a tutti i controlli effettuati. Per ogni cartella/prestazione ambulatoriale verificata il file deve contenere il presidio ospedaliero e la Struttura operativa di dimissione, il comune di residenza e l'età del paziente, il tipo di controllo e l'esito dello stesso.

5.1 Verbalizzazione, contraddittorio, esiti e contestazioni (Artt. 7 e 8 dell'Allegato DGR 1006/23)

Gli esiti del controllo vanno registrati nel verbale delle attività svolte, che deve riportare almeno i seguenti dati essenziali: identificativo della documentazione clinica controllata (numero SDO, numero impegnativa); tipologia di controllo; esito (confermato/modificato); breve descrizione delle eventuali modifiche apportate; eventuali prestazioni per le quali non è stato raggiunto un accordo circa l'esito del controllo.

Il verbale deve essere redatto in duplice copia e sottoscritto da entrambe le parti; la sottoscrizione del verbale ha valenza di notifica dell'atto.

In caso di accettazione di tutti gli esiti registrati a verbale, la struttura controllata deve provvedere alla rettifica delle SDO segnalate.

Nota della rettifica va allegata alla cartella clinica, in modo che in futuro sia comprensibile il disallineamento tra base dati "congelata" e DRG modificato.

In caso di contestazione degli esiti, la struttura controllata deve far inserire a verbale le proprie osservazioni e trasmettere alla direzione aziendale di riferimento via PEC entro 5 giorni dall'effettuazione del controllo eventuali rilievi motivati.

Il Nucleo aziendale delegato al controllo trasmette tempestivamente alla direzione aziendale, o alla struttura delegata, il verbale di controllo con la proposta di soluzione per l'appropriata definizione anche economica dell'istanza di contestazione. In caso di accettazione della rettifica delle SDO o di altre rilevanti registrazioni amministrative controllate oppure ove non vengano accolte le osservazioni inserite a verbale e gli eventuali rilievi motivati, l'Azienda, entro 30 giorni dalla data di effettuazione del controllo, notifica via PEC alla struttura sottoposta a verifica la comunicazione degli effetti economici da applicarsi.

5.2 Effetti economici dei controlli (Art. 9 dell'Allegato DGR 1006/23)

Per quanto riguarda gli effetti dell'attività di controllo, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente, si applicano le previsioni di cui all'Allegato alla DGR n. 1006/2023, in particolare quanto previsto dall'articolo 9 della stessa e quanto specificato nel presente documento.

Se non diversamente specificato, gli effetti economici descritti nell'Allegato alla DGR richiamata si applicano anche agli erogatori pubblici, nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti in altra Azienda sanitaria regionale.

5.3 Procedura di riesame a seguito di contestazione (Art. 8 dell'Allegato DGR 1006/23)

A seguito di contestazione degli esiti dei controlli, la Struttura verificata può proporre via PEC alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS), all'indirizzo salute@certregione.fvg.it, eventuale istanza motivata di riesame entro 15 giorni dalla notifica della comunicazione degli effetti economici da parte dell'Azienda. La DCS decide entro 90 giorni (termine che può essere sospeso una sola volta per non più di 30 giorni) dal ricevimento dell'istanza di riesame sulle contestazioni avvalendosi del supporto

tecnico del Nucleo regionale di controllo. La decisione della DCS è vincolante e definitiva, nei termini di legge, e ne consegue l'applicazione delle conseguenze previste.

6 - RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, in particolare all'art. 26, rubricato *Prestazioni di riabilitazione* (disposizione normativa disponibile in formato elettronico all'url <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833~art26!vig=2024-07-26>).

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421* (atto normativo disponibile in formato elettronico all'url <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502!vig=2024-07-25>), e in particolare agli articoli *8-quater*, *8-quinquies* e *8-octies*.

Decreto del Ministero della Sanità 27 ottobre 2000, n. 380 di adozione del "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" (testo vigente dell'atto normativo disponibile in formato elettronico all'url <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:ministero.sanita:decreto:2000-10-27;380>).

D.P.Reg. 151/2016 - Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali in attuazione degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria).

Legge 23 dicembre 2000, n. 388 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), in particolare all'articolo 88 rubricato Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria (disposizioni normative vigenti disponibili in formato elettronico all'url <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-12-23;388~art88!vig=2024-07-25>).

Decreto 10 dicembre 2009 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante Controlli sulle cartelle cliniche (atto normativo pubblicato in Gazz.Uff. n. 122 del 27 maggio 2010 e disponibile in formato elettronico all'url https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2010-05-27&atto.codiceRedazionale=10A06365).

Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 recante *Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*, convertito in legge con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 (atto normativo disponibile all'url <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2015-06-19;78!vig=2024-07-25>), in particolare ai commi 8 e 9 dell'art. 9-*quater* rubricato *Riduzione delle prestazioni inappropriate*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (atto normativo pubblicato in Gazz.Uff. n. 65 del 18 marzo 2017, S.O. n. 15 e disponibile in formato elettronico all'url <https://www.gazzettaufficiale.it/do/gazzetta/downloadPdf?dataPubblicazioneGazzetta=20170318&numeroGazzetta=65&tipoSerie=SG&tipoSupplemento=SO&numeroSupplemento=15&progressivo=0&estensione=pdf&edizione=0>), e in particolare agli articoli: dal 39 al 45 e agli allegati: 4A, 4B, 4C, 4D, 6A, 6B.

Decreto del Ministero della Salute 5 agosto 2021 recante Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera ((atto normativo pubblicato on-line dal Ministero della Salute e disponibile in formato elettronico all'url <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=85585&parte=1%20&serie=null>).

Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 recante Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006, in particolare all'articolo 66 rubricato Controlli sulle prestazioni erogate (testo della disposizione normativa disponibile in formato elettronico all'url <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2019&legge=0022&id=art66&fx=art>).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 3 luglio 2009, n. 1535, ad oggetto "Ricognizione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2009: approvazione del tariffario regionale 2009" (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url http://www.regione.fvg.it/asp/delibereinternet/reposit/DGR1535_7_7_09_10_15_23_AM.zip).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 15 maggio 2015, n. 915, ad oggetto "Variazioni ed integrazioni ai tariffari per l'attività di specialistica ambulatoriale di cui alla dgr 2989/2008 e per l'attività di ricovero di cui alla dgr 1535/2009" (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2015&num=915&tx_dataDel=&key=&uf=).

Decreto del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia 26 luglio 2016, n. 0151/Pres. di emanazione del "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali in attuazione degli articoli 48 e 49 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria)" (atto normativo pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 31 del 3 agosto 2016 e disponibile in formato elettronico all'url web <https://bur.regione.fvg.it/newbur/visionaBUR?bnum=2016/08/03/31>).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 22 settembre 2017, n. 1783, ad oggetto "Dpcm 12.1.2017: aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (Extra LEA)." (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2017&num=1783&tx_dataDel=&key=&uf=).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 2 luglio 2021, n. 1037, ad oggetto "Accordo triennale per il periodo 2021-2023, tra la Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate" (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2021&num=1037&tx_dataDel=&key=&uf=).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 30 giugno 2023, n. 1006, ad oggetto "Lr 22/2019, art 66. Criteri e modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate. Approvazione." (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2023&num=1006&tx_dataDel=&key=&uf=).

Deliberazione della Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia del 22 dicembre 2023, n. 2055, ad oggetto "Dgr 1037/2021. Accordo triennale per il periodo 2021 - 2023 tra la Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati. Proroga." (testo normativo disponibile in formato elettronico all'url https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2023&num=2055&tx_dataDel=&key=&uf=).

Scheda 1 - CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELLE GIORNATE DI DEGENZA

Ogni ricovero che contenga prestazioni non rientranti nei LEA viene considerato inappropriato a priori.

RICOVERI ORDINARI

CRITERI PER LA GIORNATA DI AMMISSIONE
<p>Criteria legati alle condizioni del paziente</p> <p>Frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo) rilevata almeno 2 volte</p> <p>Pressione arteriosa sistolica <90 o >200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg rilevata almeno 2 volte</p> <p>Temperatura auricolare\ascellare >38°C nei 5 giorni precedenti, compreso il giorno di ammissione</p> <p>Sanguinamento clinicamente significativo in atto (o nelle ultime 48h) che richiede uno specifico e immediato monitoraggio\intervento</p> <p>Squilibrio acuto idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica)</p> <p>Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta (ischemia acuta o incerta indagata)</p> <p>Problemi neurologici (SNC-SNP) acuti e/o rapidamente progressivi (entro 48h da insorgenza) non lipotimie o ebbrezza alcolica inclusi crisi epilettica nuova o almeno due crisi nelle 24h</p> <p>Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito (nelle ultime 48h)</p> <p>Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo (nelle ultime 48h) che comprometta l'autonomia della persona (fratture e/o lussazioni importanti)</p> <p>Criteria legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive</p> <p>10. Osservazione medica (motivata ed esclusa la routine) almeno 3 volte /24h</p> <p>11. Osservazioni e prestazioni infermieristiche almeno 4 volte (escluse prestazioni di routine, terapie, pasti, igiene, temperatura, prelievi)</p> <p>12. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua (O₂ iniziata con il ricovero)</p> <p>13. Monitoraggio dei parametri vitali almeno quattro volte al giorno</p> <p>14. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di sala operatoria il giorno stesso (ASA ≥ 3 che necessitano di monitoraggio\osservazione il giorno successivo all'intervento)</p> <p>15. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi almeno 2 volte al giorno, non somministrabili per os/im oppure fluidi continui sopra i 750 cc se addizionati o 1500 cc non addizionati.</p>
CRITERI PER LA GIORNATA DI DEGENZA
<p>Prestazioni mediche</p> <p>1. Procedura in sala operatoria nel giorno indice</p> <p>2. Osservazione medica almeno tre volte nel giorno indice</p> <p>Prestazioni infermieristiche</p> <p>3. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua (O₂ iniziata con il ricovero)</p> <p>4. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi almeno due volte al giorno, non somministrabili per os/ im, oppure fluidi continui sopra i 750 cc se addizionati o 1500 cc non addizionati.</p> <p>5. Monitoraggio di uno stesso parametro vitale almeno per 4 volte al giorno</p> <p>6. Valutazione del bilancio idrico/diuresi</p> <p>7. Controllo di ferite chirurgiche e/o drenaggi problematici</p> <p>8. Osservazioni e prestazioni infermieristiche almeno 4 volte (escluse prestazioni di routine, vedi sopra)</p> <p>Condizioni del paziente</p> <p>9. Sanguinamento clinicamente significativo in atto (o nelle ultime 48h) che richiede uno specifico e immediato monitoraggio\intervento</p> <p>10. Temperatura auricolare\ascellare > 38°C nei 2 giorni precedenti, compreso il giorno di ammissione</p> <p>11. Problemi neurologici (SNC-SNP) acuti e/o rapidamente progressivi, non lipotimie o ebbrezza alcolica, inclusi crisi epilettica nuova o almeno due crisi nelle 24 h</p> <p>12. Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta o fibrillazione ventricolare</p> <p>13. Infarto miocardico acuto; Ictus cerebrale (appropriatezza per 5 giornate dall'esordio)</p> <p>14. Ileo/mancata canalizzazione</p> <p>15. Patologia ematologica acuta</p>
CRITERI STRAORDINARI DI APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO
<p>1. Pazienti trasferiti da altra struttura specialistica per ultimare la degenza</p> <p>2. Altre situazioni/prestazioni che giustificano il ricovero (es. <i>problematiche di carattere sociale, paziente che rifiuta</i>)</p>

l'intervento, intervento rinviato per urgenze subentranti o per sciopero del personale, ecc.)

RICOVERI PEDIATRICI

CRITERI PER LA GIORNATA DI AMMISSIONE

A. Criteri legati alle condizioni del paziente:

1. Frequenza respiratoria < 50 in bambini \geq 12 mesi o > 40 in bambini > 12 mesi correlata a bassa SpO₂
2. Sanguinamento clinicamente significativo in atto (o nelle ultime 48h) che richiede uno specifico e immediato monitoraggio/intervento
3. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale
4. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (non lipotimie)
5. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito
6. Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo (fratture con trazioni, fratture del bacino e/o con lacerazioni dei tessuti, non delle dita e/o mono-ossee composte dell'estremità)
7. Alterazione della nutrizione accompagnata da osservazione e/o sorveglianza stretta del comportamento alimentare, compreso l'apporto calorico e/o idrico
8. Problemi ematologici acuti
9. Problemi pediatrici speciali (sospetto clinico di maltrattamento e/o abuso di minore, sospetta ingestione di farmaci o veleni o inalazione di gas tossici, mancata compliance nei confronti di un regime terapeutico necessario)

B. Criteri legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive

10. Osservazioni e prestazioni mediche almeno tre volte nelle 24 ore.
11. Osservazioni e prestazioni infermieristiche almeno quattro volte nelle 24 ore
12. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua
13. Monitoraggio dei parametri vitali almeno quattro volte al giorno.
14. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di Sala Operatoria il giorno stesso
15. Controllo di terapie e/o effetti collaterali nelle 24 ore
16. Somministrazioni e.v. continue od in frazioni ripetute per almeno due volte nelle 24 ore.

CRITERI PER LA GIORNATA DI DEGENZA

Prestazioni mediche

1. Procedure invasive il giorno indice e/o quello successivo che richiedano consulti o valutazioni preoperatorie extra routine
2. Controllo dietetico particolare
3. Visite e prestazioni mediche almeno tre volte nelle 24 ore
4. Prima giornata post-procedura invasiva
5. Controllo di terapie e/o effetti collaterali

Prestazioni infermieristiche o di supporto vitale

6. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua.
7. Somministrazioni e.v. da ripetersi più volte al giorno.
8. Monitoraggio dei parametri vitali più volte al giorno.
9. Valutazione dei bilanci idrico/elettrolitico ed in generale di input/output nelle 24 ore
10. Controllo di ferite chirurgiche e/o drenaggi.
11. Controllo infermieristico per almeno 4 volte

Condizione del paziente

12. Sanguinamento nelle ultime 48 ore
13. Temperatura auricolare/ascellare >38° C nelle ultime 48 ore
14. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi non lipotimie nelle ultime 48 ore
15. Presenza di Ileo/Mancata canalizzazione
16. Problemi ematologici acuti

CRITERI STRAORDINARI DI APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO

1. Altre possibilità che giustificano il ricovero
2. Ricovero comunque non appropriato

RICOVERI DAY HOSPITAL

CRITERI GENERALI

Ricovero programmato e una delle seguenti condizioni:

- a. Ricovero per l'erogazione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche non incluse nel nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale;
- b. ricovero per l'erogazione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche in pazienti con disturbi mentali e **pazienti non collaboranti** (ad esempio pazienti geriatriche, pediatriche, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive) **con necessità**, documentata in cartella, **di assistenza dedicata e accompagnamento** da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa;
- c. ricovero per l'erogazione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche in **pazienti con quadro clinico complesso** e tale per cui è necessario un **monitoraggio** nel pre/post procedura e/o l'erogazione di prestazioni da specialisti di discipline diverse, il tutto documentato nel diario clinico e/o infermieristico (vedasi i sottostanti "criteri specifici").

Poste come vincolanti le condizioni sopraindicate (riprese dal DPCM 12 gennaio 2017, art. 43), **per il punto c) si richiede la presenza di almeno uno dei seguenti criteri specifici**

CRITERI SPECIFICI

- Procedure invasive diagnostiche e/o terapeutiche che richiedono l'utilizzo della Sala Operatoria e per cui:
 - sia stata redatta una scheda di anestesia generale o di anestesia loco-regionale con particolari esigenze di monitoraggio
 - sia documentata la prescrizione dell'allettamento obbligato per almeno 3 ore dall'intervento, con dicitura esplicita presente in cartella clinica
 - sia documentata l'esecuzione di un monitoraggio specifico: PA, FC, FR, autonomia respiratoria, diuresi e tipologie di altre variabili cliniche
 - sia stato adottato un provvedimento specifico di competenza medica od infermieristica per almeno 3h (es.: bendaggio compressivo, monitoraggio di soffiatura emorragica con eventuale ematomizzazione)
 - procedure invasive (escluse quelle endoscopiche e gli agoaspirati) a carico di organi interni profondi e delle cavità articolari
- 2 o più osservazioni mediche nella stessa giornata (accesso) da parte dello specialista curante, oppure almeno un'osservazione dello specialista curante ed un'osservazione da parte di un altro specialista avente il carattere del consulto.
- Misura ripetuta (3 o più volte al giorno) di almeno un parametro vitale o monitoraggio strumentale minimo di due ore
- Somministrazione endovenosa di fluidi in genere o di farmaci, se somministrati almeno due volte nella giornata di accesso o con tempo di somministrazione superiore o uguale a 1 ora, oppure in quantità > 1000 ml
- Iniezione di farmaci che richiedano una velocità di infusione limite per i possibili effetti collaterali sia locali (vena, sottocute) che generali, che abbiano una potenziale azione lesiva immediata a carico del cuore, muscolatura, respirazione, SNC (es. **chemioterapia**)
- Misure funzionali da stimolazione farmacologica o con carico di farmaci, con registrazione protratta (almeno 2h) di parametri funzionali o con raccolta quantificata nel tempo (prelievo ematico, raccolta di urine, ecc.)
- Prestazioni ed osservazioni infermieristiche più volte nella giornata di accesso (almeno tre volte). Prestazioni non routinarie

CRITERI STRAORDINARI DI APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO

- possibilità che giustificano comunque la giornata di accesso (*DH aperto a sanatoria di un ricovero programmato per l'effettuazione di una procedura invasiva o un intervento chirurgico, con accertamenti in prericovero, non eseguito per sopraggiunta controindicazione – diagnosi principale SDO V641 o V643*)
- degenza comunque non appropriata

Scheda 2: CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI DI RIABILITAZIONE

(Provvisori, da rendere successivamente coerenti con il D.M. 05.08.2021)

CRITERI

L'appropriatezza è attestata dalla presenza in cartella di un Progetto riabilitativo individuale (PRI) e dalla documentazione attestante l'esecuzione della terapia riabilitativa per almeno tre ore/die nella riabilitazione intensiva e almeno 1 ora/die nell'estensiva.

Inoltre devono essere rilevati tutti i seguenti criteri:

D.H. riabilitativo:

- disabilità grave e complessa,
- dimissione da un ospedale per acuti nei 7 giorni precedenti,
- possibilità di recupero funzionale,
- trattamento riabilitativo non erogabile in regime ambulatoriale,
- trattamento riabilitativo inappropriato in regime di ospedalizzazione ordinaria;

Ricovero riabilitativo

- disabilità grave e complessa,
- dimissione da un ospedale per acuti nelle 24 ore precedenti (salvo motivate eccezioni),
- possibilità di recupero funzionale,
- necessità di elevato impegno clinico-assistenziale articolato nell'arco delle 24 ore.

Scheda 3: CALCOLO DEGLI INDICATORI

4.2.1 - DRG mal definiti - Ricoveri ordinari

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ordinari con DRG 424, 468, 476, 477

Denominatore: N° ricoveri ordinari

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione totale

Soglie:

0 Popolazione totale

4.2.2 - Ricoveri ordinari brevi 0-2 giorni con DRG Medico

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ordinari con DRG medico brevi (0gg<=degenza<=2gg)

Denominatore: N° ricoveri ordinari con DRG medico

Esclusioni:

- Escludere sia a denominatore che a numeratore i ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriately elencati nell'allegato 6 del DPCM 12.01.2017
- Escludere sia a denominatore che a numeratore i ricoveri con modalità di dimissione deceduto, trasferito ad altro presidio
- Escludere sia a denominatore che a al numeratore i ricoveri con DRG di parto da 370 a 375
 - 370 PARTO CESAREO CON CC
 - 371 PARTO CESAREO SENZA CC
 - 372 PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI
 - 373 PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
 - 374 PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
 - 375 PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
- Escludere sia a denominatore che a numeratore i ricoveri con DRG 391
 - 391 NEONATO NORMALE
- Escludere sia a denominatore che a numeratore i ricoveri con DRG da 385 a 390
 - 385 NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI
 - 386 NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO
 - 387 PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI
 - 388 PREMATURITÀ SENZA AFFEZIONI MAGGIORI
 - 389 NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI
 - 390 NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per:

- Popolazione pediatrica 0-14 anni
- Popolazione non pediatrica 15+

Soglie:

3,7%	Popolazione non pediatrica 15+
500	Dimissioni a denominatore per Popolazione non pediatrica 15+
7%	Popolazione pediatrica 0-14 anni
50	Dimissioni a denominatore per Popolazione pediatrica 0-14 anni

Le soglie non si applicano alle strutture ospedaliere che hanno un denominatore <500 dimissioni per la popolazione non pediatrica 15+

Le soglie non si applicano alle strutture ospedaliere che hanno un denominatore <50 dimissioni per la popolazione pediatrica 0-14anni

4.2.3 - DH diagnostici

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Denominatore: N° ricoveri in DH medico

Metodo: Indicatore Bersaglio C14.2 - Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital.

Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico".

Esclusioni: si escludono

- i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi
- la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
- i ricoveri dei dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580 e V581)
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza neuroriabilitazione e cure palliative (28, 56, 60, 75, 99)
- i deceduti

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione pediatrica 0-14 anni
- Popolazione non pediatrica 15+

Soglie:

15%	Popolazione non pediatrica 15+
-----	--------------------------------

4.2.4 - DRG ordinari ad alto rischio di non appropriatezza

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria

Denominatore: N° ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriatezza

Metodo: Indicatore Bersaglio C4.13 - DRG ad alto rischio di inappropriatezza (NSG H04Z)

Per i criteri di calcolo si considerano le specifiche tecniche del Ministero della Salute

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf

I DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario sono quelli elencati nell'allegato 6 del DPCM 12.01.2017

Al denominatore vengono considerati sia i DRG NON ad alto rischio di inappropriatezza che i casi esclusi per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza sulla base delle indicazioni ministeriali.

Esclusioni:

- sono esclusi i dimessi da reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza, neuroriabilitazione e cure palliative (specialità 28, 56, 60, 75, 99) e i neonati sani (DRG 391).

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione pediatrica 0-14 anni
- Popolazione non pediatrica 15+ DRG chirurgici
- Popolazione non pediatrica 15+ DRG medici

Soglie:

0,25	Popolazione pediatrica 0-14 anni
0,15	Popolazione non pediatrica 15+ DRG chirurgici
0,15	Popolazione non pediatrica 15+ DRG medici
100	dimissioni a denominatore per popolazione pediatrica 0-14 anni

Le soglie non si applicano alle strutture ospedaliere che hanno un denominatore <100 dimissioni per la popolazione pediatrica 0-14anni

4.2.5 - Ricoveri ripetuti entro 30 giorni

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ripetuti entro 30 gg nello stesso stabilimento ospedaliero

Denominatore: N° ricoveri dello stabilimento ospedaliero

Metodo: ricoveri ripetuti entro 30 gg nello stesso stabilimento ospedaliero

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione totale

4.2.6 - Dimessi (>65 anni) con degenza oltre soglia

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ordinari medici oltre soglia di pazienti con età \geq 65 aa

Denominatore: N° ricoveri ordinari medici

Metodo: Indicatore Bersaglio C14.4 - Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

Si considerano le soglie ministeriali. Per i DRG 557, 558, 559, 577 (privi di soglia ministeriale) si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010.

Si considerano i pazienti di età ≥ 65 anni.

Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari.

Esclusioni: sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99).

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione totale

Soglie:

4,5% Popolazione totale

4.2.7 - Interventi chirurgici frattura femore entro 48 ore

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri con intervento per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni

Denominatore: N° ricoveri con intervento per frattura del collo del femore

Metodo: Indicatore Bersaglio C5.2 - Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

Si considerano solo i ricoveri ordinari.

Codici ICD9-CM in diagnosi principale "frattura del collo del femore" 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari:

79.35 riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna

81.51 sostituzione totale dell'anca

81.52 sostituzione parziale dell'anca

78.55 fissazione interna del femore senza riduzione di frattura.

Al numeratore si considerano i ricoveri che hanno durata tra l'ammissione e la data dell'intervento in esame inferiore o uguale a 2 giorni.

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per

- Popolazione totale

Soglie:

80% Popolazione totale

VALUTAZIONI PREVISTE DA ALCUNE D.G.R. E ALTRI CONTROLLI

4.3.1 - Day surgery

Fonte: SDO

Numeratore: N° ricoveri ordinari con DRG riportati nell'allegato 7 della DGR 1535/2009 o al punto 3 della DGR 915/2015

Denominatore: N° ricoveri ordinari

Esclusioni: escludere sia a denominatore che a numeratore i ricoveri con modalità di dimissione deceduto, trasferito ad altro presidio

Note: l'indicatore viene calcolato distintamente per
- Popolazione totale

4.3.2 - Day surgery – ricovero ordinario

Fonte: SDO

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE