

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1291 DEL 24 GIU 2025

OGGETTO: Accreditamento Istituzionale nota Prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Requisito n. 16 . Procedura verifica Cartelle Cliniche.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.

PROPOSTA N. 1358 DEL 23/06/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Paolo Consiglio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

P. Consiglio
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dott. Paolo Consiglio

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

G. Galletto
IL DIRETTORE UOC SEF e P.
Dott. Girolamo Maurizio Galletto

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

23 GIU 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTIQUATTRO del mese di
GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci , nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 310/Serv.1°/S.G. del 21-06-2024 , acquisito il parere del Direttore Amministrativo , dott.ssa Ersilia Riggi , nominata con delibera n. 60 del 14-01-2025 e del Direttore Sanitario , dott. Raffaele Elia , nominato con Delibera n. 415 del 02-09-2024 , con l'assistenza del Segretario verbalizzante MATIA GRANADA CRESCEDE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. in Staff alla Direzione Generale Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Premesso che l'Assessorato Regionale alla Salute ha avviato in tutte le Aziende Sanitarie il processo di accreditamento istituzionale;

Vista la nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 " Accreditamento Istituzionale " con la quale sono individuate le strutture aziendali incaricate della stesura della documentazione richiesta dall'Assessorato alla Salute;

Visto il documento " Accreditamento Istituzionale Prot. n. 80655 . Requisito n. 16 . " Procedura verifica delle Cartelle Cliniche " redatto dal Dott. Paolo Ferrara Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità;

Atteso che tra i documenti da adottare il documento " Procedura verifica Cartelle Cliniche Requisito n. 16 " , soddisfa il requisito richiesto al punto 16 della nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale " ;

Stante la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Procedura verifica cartelle Cliniche . Requisito 16 . Nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale " ;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Approvare il documento " Procedura verifica Cartelle Cliniche . Requisito 16. Accreditamento Istituzionale . Nota prot. 80655 del 15-05-2025 della Direzione Sanitaria Aziendale " ;

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dalla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Aziendale , C.U.R. e C.U.P. in Staff alla Direzione Generale;

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione per le motivazioni di seguito specificate: tempistica immediata della presa in carico del Documento per soddisfare la richiesta dell'Assessorato alla Salute per l'Accreditamento Istituzionale;

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVO REGNO LÉ
Data 26/06/2025

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggio



Parere Ferencz
Data 27/06/2025

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia



IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P. che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

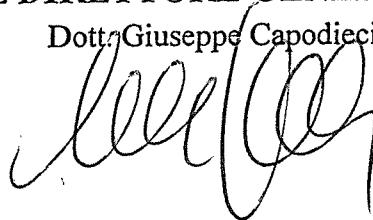
Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, della C.U.R. e del C.U.P.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci

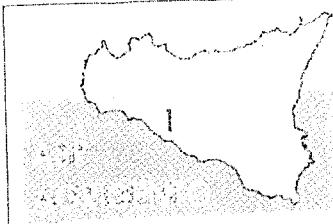


Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"
Maria Grazia Crescenzio







SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Direzione Sanitaria

Prot. Generale n. 00 80655

Data 15/05/2025



prot

Al Direttore del DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Al Responsabile UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Al Responsabile UOS FORMAZIONE

Al Responsabile UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Al Responsabile UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Al Responsabile del SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE

Al dott. Alfonso CAVALERI, Direzione Sanitaria Aziendale

Al Responsabile UOS PSICOLOGIA

Al Direttore UOC PROVVEDITORATO

Al Direttore UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Nella ricognizione della documentazione necessaria per il buon esito della procedura di accreditamento regionale dell'Azienda, sono emerse alcune criticità inerenti la evidenza documentale della presenza o meno di alcuni atti; e se - qualora esistenti - riguardo la conformità ai requisiti richiesti dall'Assessorato.

A tal proposito, si evidenzia che tale documentazione, per essere considerata valida ai fini della verifica di conformità devono:

- avere un'intestazione chiara
- individuare chiaramente il destinatario
- avere un contenuto coerente con quanto richiesto dall'evidenza
- recare una data e un numero di protocollo o di registrazione
- recare la firma dell'autore

Ciò premesso, le SS.LL. sono individuate quali responsabili della produzione della documentazione elencata in calce.

Pertanto, qualora essa fosse già acquisita, dovrà essere trasmessa alla dott.ssa Adriana Graceffa, Coordinatrice del Team, all'indirizzo mail adriana.graceffa@aspag.it per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda entro e non oltre la data del 26 maggio p.v.

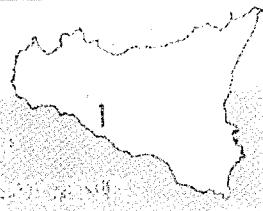
Qualora non presente, non reperibile o non rispondente ai requisiti richiesti, le SS.LL. provvederanno alla loro redazione, e/o integrazione, e/o aggiornamento secondo le necessità, in uno con le strutture aziendali ritenute deputate alla collaborazione entro il termine massimo del

Resta bene inteso che, in questo percorso individuato, la responsabilità della produzione del documento resta in capo alla UO indicata nella presente nota

Si elenca di seguito la documentazione ad oggi ritenuta critica:

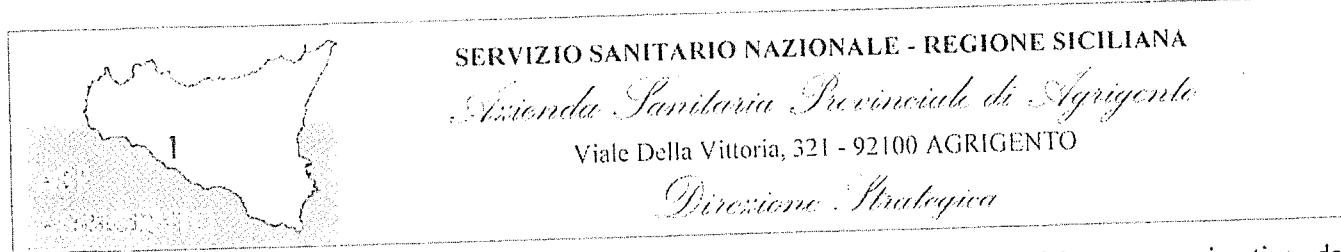
- 1) Procedura sistema informativo (modalità con cui è garantita l'integrità e la sicurezza dei dati; modalità di raccolta, conservazione e tracciamento dei dati; modalità di valutazione della qualità dei dati; modalità di diffusione e utilizzo delle informazioni da parte delle articolazioni organizzative aziendali);





- 2) Procedura valutazione e miglioramento qualità delle prestazioni e servizi erogati: esiste la procedura Piano Aziendale Gestione del Rischio Clinico e della Qualità – Triennio 2023/2025, ma bisogna integrare con il report delle attività messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio, Analisi del contesto e/o dei risultati degli interventi già realizzati, Analisi dei punti di forza e delle criticità, definizione delle aree di intervento, metodi utilizzati o da utilizzare per la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni; obiettivi e indicatori per il monitoraggio dei risultati delle azioni programmate;
- 3) Procedura piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a seguito dell'analisi dei disservizi con relativo report di monitoraggio dei piani di miglioramento;
- 4) Procedura accoglienza e formazione personale neoassunto o trasferito e report attività formazione;
- 5) Polizze assicurative in materia antinfortunistica e DURC (documento unico regolarità contributiva);
- 6) Procedura valutazione del clima aziendale e soddisfazione del personale con indagini periodiche; report diffusi al personale e confronto sulle criticità emerse dalle indagini;
- 7) Report o procedura sistema di raccolta segnalazioni da parte del personale ed eventuali azioni di miglioramento;
- 8) Procedura di comunicazione esterna (con i cittadini) con lista di distribuzione al personale;
- 9) Carta dei servizi: pubblicazione sul sito, report;
- 10) Procedura Customer Satisfaction con relativo report;
- 11) Formazione personale a contatto con il pubblico: report /fascicoli personali;
- 12) Procedura Aziendale per la Gestione del Rischio orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambienti di lavoro (near miss, eventi avversi, eventi sentinella): esiste la procedura Aziendale adottata con delibera n. 469 del 05/03/2024, ma non risultano valorizzati i seguenti punti: la gestione delle emergenze sanitarie, la prevenzione e controllo delle ICA ; inoltre mancano i piani di intervento con le eventuali correzioni in caso di “near miss” e l'evidenza che il personale sia adeguatamente formato.
- 13) Procedura gestione documentale: redazione, approvazione e distribuzione dei documenti, controllo delle modifiche, disponibilità e sistema di archiviazione;
- 14) Report e piani di intervento per la valutazione della qualità del percorso di assistenza;
- 15) Procedura valutazione del percorso di cura da parte di pazienti e familiari;
- 16) Procedura, report o piani di intervento di attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria;
- 17) Procedura gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture: DVR Aziendale nel quale però manca il programma per il monitoraggio dell'idoneità della struttura e la raccolta dei dati relativi ad incidenti, infortuni ed altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (report, incontri periodici relativi alla gestione della sicurezza);
- 18) Procedura/report conoscenze acquisite esterno e condivisione tra operatori;
- 19) Procedura Job Description che definisce gli standard di competenza per posizione con report verifica periodica ECM;
- 20) Procedura attribuzione livelli di autonomia personale medico con relativa lista di distribuzione;
- 21) Procedura sulla comunicazione con pazienti e familiari;
- 22) Procedura coinvolgimento ascolto attivo di pazienti e familiari;
- 23) Report modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
- 24) Procedura modalità di coinvolgimento dei pz ai processi di gestione del rischio clinico;
- 25) Procedura di programmazione acquisti di prodotti, attrezzature, e apparecchiature biomediche e dispositivi medici;
- 26) Procedura per l'uso sicuro appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche sia sotto il profilo funzionale che tecnologico;





- 27) Procedura rilevazione fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative da implementare;
- 28) Report monitoraggio efficacia ed efficienza delle innovazioni introdotte;
- 29) Procedura modalità di integrazione assistenza, didattica e ricerca;
- 30) Procedura accoglienza pazienti e relative esigenze relative ad età, genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità di religione, etniche e linguistiche;
- 31) Documento di formazione di counseling tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.
- 32) Procedura che semplifica gli adempimenti amministrativi per accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.

Si elencano di seguito le strutture individuate quali responsabili della produzione della documentazione:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO: Item 32

UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO: Item 2, 3, 6, 7, 9 (in collaborazione con la UO Comunicazione), 10, 12, 14 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 15, 16 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 20, 24 (in collaborazione con UOS Psicologia), 27 (in collaborazione con la Formazione), 30 Gestione)

UOS FORMAZIONE: Item 4, 11, 18, 29, 31 (in collaborazione con UOS Psicologia)

UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: Item 5, 17 (in collaborazione con la UOC Servizio Tecnico), 26 (in collaborazione con UOS Rischio Clinico)

UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE: Item 1 (in collaborazione con i Sistemi Informatici Aziendali e con il Controllo di Gestione), 13, 8, 21 (in collaborazione con UOS Psicologia)

DIREZIONE SANITARIA: Item 19

UOS PSICOLOGIA: Item 22, 23

UOC PROVVEDITORATO: Item 25

UOC CONTROLLO DI GESTIONE: Item 28

dott.ssa Adriana GRACEFFA
Coordinatrice del Team per il completamento
del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Ersilia Riggio

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

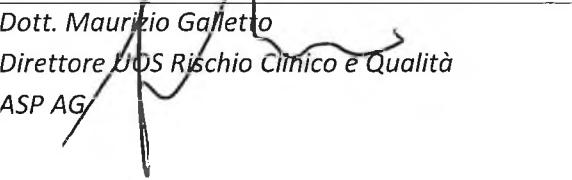
Dott. Giuseppe Capodieci





PROCEDURA VERIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE PG-002-RISK

documento redatto il 16.06.2025 v.00

REDAZIONE	<p>Dott. Paolo Ferrara Dir. Medico Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità PO Sciacca</p> 
VERIFICA	<p>Dott. Maurizio Galletto Direttore UOS Rischio Clinico e Qualità ASP AG</p> 
APPROVAZIONE	<p>Dott. Raffaele Elia Direttore Sanitario Aziendale ASP AG</p> 

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	Prima stesura		16/6/2025





INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. OBIETTIVO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
4. ALLEGATO 1	10
5. ALLEGATO 2	18
6. SCHEDE UTILIZZATE PER LE VARIE TIPOLOGIE DI CONTROLLI.....	30
7. ALLEGATO 3.....	50



1. Introduzione

La Cartella Clinica è il documento nel quale sono annotati i dati anagrafici del paziente, la storia clinica ed il motivo del ricovero, l'iter diagnostico, il trattamento ed il risultato di un episodio di ricovero; essa non rappresenta un semplice atto amministrativo bensì la più rilevante risorsa di un'organizzazione sanitaria sul piano clinico, scientifico, gestionale, nonché uno strumento di garanzia per i pazienti, per i professionisti e per la Struttura.

La cartella clinica ben compilata è un ottimo strumento per la difesa dell'operato medico ed infermieristico, pertanto compilarla bene non solo è un obbligo dell'operatore sanitario ma si traduce anche in un notevole vantaggio. La cartella clinica imprecisa o insufficiente mal si presta alla difesa dell'attività assistenziale erogata perché denota una condotta superficiale, frettolosa o trascurata.

La cartella clinica di buona qualità risponde ai seguenti requisiti formali e sostanziali :

Requisiti formali :

- Leggibilità: regolare compilazione con grafia ben leggibile ; correzione adeguata di errori materiali
- Rintracciabilità : luogo – data - ora dell'annotazione/attività , firma leggibile di chi la esegue

Requisiti sostanziali :

- Veridicità : i dati riportati nella documentazione devono essere veritieri; le annotazioni devono essere contestuali a quanto descritto; gli errori di stesura vanno annullati con una riga e devono rimanere visibili e controfirmati da chi corregge
- Chiarezza : esposizione efficace , che non si presti ad errore di interpretazione
- Completezza : quanto effettuato va registrato nel modo più conforme possibile alla realtà
- Tempestività : registrazioni complete ed aggiornate sono necessarie per assicurare un'adeguata assistenza.

Relativamente al percorso clinico-assistenziale del paziente, la cartella clinica, in linea con quanto previsto da Joint Commission International, documenta l'evoluzione del processo di valutazione dei bisogni del paziente da cui scaturiscono le decisioni prese per soddisfare tali bisogni anche in relazione al mutare delle condizioni del paziente stesso; praticamente la cartella clinica, che ha inizio al momento dell'accettazione del paziente per il ricovero e termina al momento della sua dimissione, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale.



2. OBIETTIVO

La seguente Procedura ha l'obiettivo di rendere operativo quanto dettato dallo standard MCI 19.4 di JCI che così recita :

Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche.

Intento di MCI 19.4

L'organizzazione stabilisce il contenuto e il formato della cartella clinica e ha un processo per valutare la completezza e il contenuto delle cartelle cliniche. Questo processo fa parte delle attività di miglioramento delle performance dell'organizzazione ed è condotto su base regolare. La verifica delle cartelle cliniche è basata su un campione rappresentativo dei vari professionisti sanitari che erogano l'assistenza e delle tipologie di cure erogate. Il processo di verifica è condotto dal personale medico e infermieristico e dagli altri professionisti sanitari che sono autorizzati a fare annotazioni in cartella clinica. La verifica è incentrata su fattori quali, ad esempio, la tempestività, la completezza e la leggibilità delle cartelle cliniche e delle informazioni cliniche. Il processo di verifica prende in considerazione anche il contenuto delle cartelle cliniche previsto dalle disposizioni di legge o dalla normativa e riguarda sia le cartelle cliniche dei pazienti tuttora in cura sia quelle dei pazienti dimessi.

Elementi Misurabili

1. Le cartelle cliniche sono riesaminate regolarmente.
2. La verifica si svolge su un campione rappresentativo.
3. La verifica è condotta da medici, infermieri e altri operatori autorizzati a fare annotazioni in cartella clinica o a gestire le cartelle cliniche.
4. La verifica si concentra sulla tempestività, la leggibilità e la completezza delle cartelle cliniche.
5. Il processo di verifica prende in considerazione anche il contenuto delle cartelle cliniche così come previsto dalle disposizioni di legge e dalla normativa.
6. Il processo di verifica riguarda sia le cartelle aperte sia quelle chiuse.
7. I risultati del processo di verifica sono acquisiti dal meccanismo aziendale di supervisione della qualità.

In seguito all'emissione del decreto dell'Assessore della Salute n° 1321 del 21/5/2010 ,che aveva come scopo generale quello di costituire un sistema regionale di controlli sulle cartelle cliniche e sulle SDO strutturato e sistematico, è stato istituito presso l'ASP AG il Gruppo di Lavoro (Nucleo Operativo di Controllo aziendale, NOC).

Data 14/6/2025	Rev.0	Pagina 4 di 50





La Procedura di **verifica delle cartelle cliniche** viene regolarmente effettuata dal suddetto Gruppo di lavoro secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato della Salute - Regione Sicilia.

In seguito al processo di verifica, **con cadenza semestrale**, il Gruppo di lavoro provvederà a trasmettere alla Direzione Sanitaria Aziendale una Scheda di Valutazione complessiva per ogni U.O.C. allo scopo di mettere in atto eventuali azioni di miglioramento utilizzando le relative schede indicate nei D.A. di riferimento.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente Procedura è rivolta al Nucleo Operativo di Controllo aziendale (NOC).

BIBLIOGRAFIA

- JCI - *ELENCO DEGLI STANDARD ADOTTATI A PARTIRE DAL 2011 E RELATIVE NOTE INTERPRETATIVE*. Patient Safety, Convenzione tra Regione Siciliana e Joint Commission International.
- Decreto Assessore della Salute n° 1321 del 21/5/2010, Regione Sicilia “*Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO*”
- Decreto Assessore della Salute. n.337 del 3 Aprile 2023 Piano Annuale Controlli Analitici
- <https://www.qualitasiciliassr.it/?q=controlli-cartelle-cliniche>



ALLEGATO 1

Circolare n. 1

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Servizio 8 "Qualità, Governo Clinico e Centro regionale per la Gestione
del rischio sanitario e la Sicurezza dei pazienti"

Piano Annuale Controlli Analitici 2024

AI DIRETTORI GENERALI, AI COMMISSARI
E AI DIRETTORI SANITARI
DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE
E DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE
ACCREDITATE DEL SSR

In riferimento agli obblighi normativi previsti dal D.M. 10 febbraio 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" ed alla necessità di dover ottemperare agli Adempimenti LEA (lettera AM), si comunica che per l'anno 2024 restano confermate le indicazioni contenute nel Piano annuale dei controlli analitici (PACA) 2023, approvato con D.A. n. 337 del 3 aprile 2023 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 16 del 14 aprile 2023.

La presente circolare sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo li 27.03.2024

* F.to L'Assessore per la Salute
Dott.ssa Giovanna Volo

* firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.lgs 39/1993

Data 14/6/2025	Rev.0	Pagina 6 di 50



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico

Servizio 5 Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti

Palermo li. 16 novembre 2011
Risposta a _____
Del _____

Prot. DASOE/5/91297

Oggetto: Controlli sulle cartelle cliniche

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali,
delle Aziende Ospedaliere, dei Policlinici Universitari
della Regione Siciliana.

Con riferimento all'attività di controllo delle cartelle cliniche, così come definita dal Decreto 10 dicembre 2009 del Ministero della salute, pubblicato sulla GURI n. 122 del 27/5/2010, si rappresenta quanto segue.

Con decreto dell'Assessore della Salute n° 1321 del 21/5/2010 è stato approvato il "Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO" che ha come obiettivo generale quello di costituire un sistema regionale di controlli sulle cartelle cliniche e sulle SDO strutturato e sistematico.

Questo Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE), nell'ambito di tale programma, ha organizzato corsi di aggiornamento/formazione sia sul protocollo di appropriatezza "RS-PVA" sia sulla valutazione della qualità della codifica nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) a cui hanno partecipato unità di personale precedentemente segnalate da tutte le aziende sanitarie pubbliche della Regione. Nell'ambito delle note prot. DASOE/5/48651 del 23/11/2010, DASOE/5/19251 del 24/2/2011 e di successive comunicazioni, il DASOE ha raccomandato a tutte le aziende di inserire tale personale formato nei Nuclei Operativi di Controllo aziendali (NOC), istituiti con decreto assessoriale n. 1150 del 15 giugno 2009. I NOC costituiscono, pertanto, l'organismo che effettua i controlli di cui alla presente nota con il coordinamento di questo Dipartimento.

Le modalità dei controlli sono di seguito dettagliate.

Attori coinvolti

Gli attori coinvolti saranno:

- Servizio 5 e U.O.B. 5.1 del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute;
- Servizio 7 del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute;
- Area Interdipartimentale 4 - Sistemi Informativi, statistica, monitoraggi;
- Nuclei Operativi di Controllo (NOC) aziendali;
- Coordinatori aziendali della rilevazione

Servizio 5 - Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti - U.O.B. 5.1 Qualità e



Governo Clinico – Servizio 7 Epidemiologia

Il Servizio 5, l'UOB 5.1 e il Servizio 7 hanno il compito di coordinare gli aspetti tecnici inerenti la realizzazione del programma e, in particolare, di provvedere a:

- revisionare, se necessario, il manuale di rilevazione RS-PVA;
- definire le attività formative a supporto del programma
- fornire indicazioni sul campione da analizzare;
- definire le modalità di raccolta dei dati;
- valutare le modalità della rilevazione;
- effettuare il campionamento e l'estrazione delle cartelle.

Area Interdipartimentale 4 - Sistemi Informativi, statistica, monitoraggi

Area Interdipartimentale 4 - Sistemi Informativi, statistica, monitoraggi- ha il compito di coordinare gli aspetti tecnici inerenti la realizzazione dei software previsti, e la predisposizione del data-base dei ricoveri.

I Nuclei Operativi di Controllo

I nuclei operativi di controllo (NOC), istituiti con decreto assessoriale n. 1150 del 15 giugno 2009, hanno il compito di effettuare la valutazione delle cartelle cliniche e di valutare la qualità della codifica delle SDO, inerenti i ricoveri della propria azienda e, nel caso delle ASP, delle case di cura ricadenti nel territorio, secondo i protocolli di seguito esplicitati.

I coordinatori aziendali della rilevazione

Il coordinatore aziendale della rilevazione è il referente per il DASOE; ha la responsabilità della rilevazione in ambito aziendale. Il coordinatore aziendale ha la funzione di coordinare l'attività dei NOC. I coordinatori aziendali sono responsabili dell'invio dei dati al DASOE. Ciascuna azienda ha già inviato il nominativo del coordinatore aziendale.

Oggetto dei controlli

I controlli riguarderanno l'attività di ricovero in regime ordinario, day hospital e day service effettuata durante l'anno 2010. I controlli, terminati quelli relativi al 2010, assumeranno carattere di sistematicità. L'elenco delle cartelle cliniche è allegato alla presente nota.

La valutazione dell'appropriatezza secondo il protocollo RS-PVA sarà effettuata soltanto per la giornata di ammissione, essendo questa fortemente predittiva dell'appropriatezza dell'intero ricovero, come dimostrato nel corso delle precedenti rilevazioni. Il campione da controllare è pari al 10% della popolazione dei ricoveri considerando alcune esclusioni ed è stato estratto con modalità casuale. L'elenco delle cartelle da controllare è allegato alla presente nota. Di ogni ricovero dovrà essere valutata sia la cartella clinica che la corrispondente SDO, secondo i protocolli di seguito indicati.

Attività

Le modalità della rilevazione possono essere così schematizzate:

1. Incarichi al NOC. All'atto della ricezione della presente comunicazione, ciascuna azienda dovrà incaricare formalmente il personale dei NOC precedentemente formato da questo Dipartimento, per l'avvio delle attività di controllo. Stesso incarico va fatto anche per il coordinatore aziendale, precedentemente segnato al DASOE.

Data 14/6/2025	Rev.0	Pagina 8 di 50



Notizia di tali incarichi dovrà essere fornita a questo Dipartimento mediante formale comunicazione;

2. **Reperimento delle cartelle.** Il reperimento delle cartelle cliniche e delle relative SDO da controllare costituisce l'ulteriore passo da effettuare. Considerato che tale fase costituisce, così come rilevato da precedenti esperienze, una criticità che può rallentare il processo, nell'elenco delle cartelle allegato alla presente sono forniti alcuni elementi inerenti il ricovero che, nel pieno rispetto della tutela della privacy, possono aiutare a superare tale criticità;
3. **Controlli.** Di ogni ricovero dovrà essere valutata sia la cartella clinica che la relativa SDO, secondo gli specifici protocolli. I controlli sono effettuati in modalità di autovalutazione; il NOC controlla i ricoveri della propria azienda. Il DASOE, al termine delle attività di controllo, effettuerà una propria validazione dei risultati pervenuti dalle aziende.
4. **Invio dei dati.** I dati devono essere annotati nelle appropriate schede cartacee indicate ai protocolli. La scheda cartacea dovrà essere inserita nel software di rilevazione che sarà inviato successivamente a ciascuna azienda. I file risultanti dovranno essere inviati al DASOE a mezzo posta elettronica all'indirizzo che verrà successivamente comunicato.

Tempistica

Entro il 30 novembre 2011 Invio al DASOE di una dichiarazione di avvio dei controlli.

Entro il 30 gennaio 2012 Invio al DASOE di una breve relazione sullo stato di avanzamento delle attività

Entro il 30 marzo 2012 Invio al DASOE dei risultati dei controlli

Protocollo di valutazione

Campionamento

Il campionamento dei casi da controllare è stato effettuato utilizzando il *data-base* regionale delle schede dimissione ospedaliere (SDO) relative all'anno 2010.

La numerosità del campione è stata determinata secondo quanto stabilito dal D.M. 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" ovvero garantendo il 10% del totale dei ricoveri per ciascun soggetto erogatore e controllando che almeno il 2,5% risulti costituito da ricoveri a rischio di inappropriatezza.

L'estrazione delle unità da controllare è stata realizzata effettuando un campionamento stratificato proporzionale; le variabili di stratificazione considerate congiuntamente sono le seguenti: le singole strutture erogatrici (e conseguentemente le singole ASP¹ e le singole Aziende Ospedaliere), la tipologia di ricovero (Ricoveri Ordinari e Day Hospital) e la variabile ARI (che identifica se un ricovero è a rischio di inappropriatezza sulla base della normativa nazionale e regionale²). Sono stati preventivamente applicati al totale dei ricoveri dell'anno 2010 ben determinati criteri di esclusione per garantire l'applicabilità dei protocolli di valutazione individuati.

¹ Il campione relativo ad ogni ASP è composto sia da unità relative a ricoveri effettuati dai presidi ospedalieri che dalle case di cura private convenzionate ricadenti sul territorio di rispettiva competenza.

² Allegato 2C al DPCM 29 Novembre 2001; Decreto Assessore della Salute Regione Siciliana n. 875 11 Maggio 2009; Decreto Assessore della Salute Regione Siciliana n. 1150 del 15 giugno 2009.



Pertanto sono stati esclusi i ricoveri relativi ai seguenti DRG:

DRG 391 - Neonato normale
DRG 426 - Nevrosi depressive
DRG 427 - Nevrosi eccetto nevrosi depressive
DRG 428 - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale
DRG 430 - Psicosi

Sono, inoltre, stati esclusi dallo studio, per gli stessi motivi, tutti i ricoveri la cui ammissione e dimissione è a carico dei seguenti reparti:

28 - Unità spinale
56 - Recupero e riabilitazione funzionale
60 - Lungodegenti
75 - Neuro-riabilitazione
99 - Hospice

Tipologie di ricoveri campionati e relativi controlli

I ricoveri che costituiscono il campione sono quelli schematizzati dal diagramma di flusso riportato nel seguente documento.

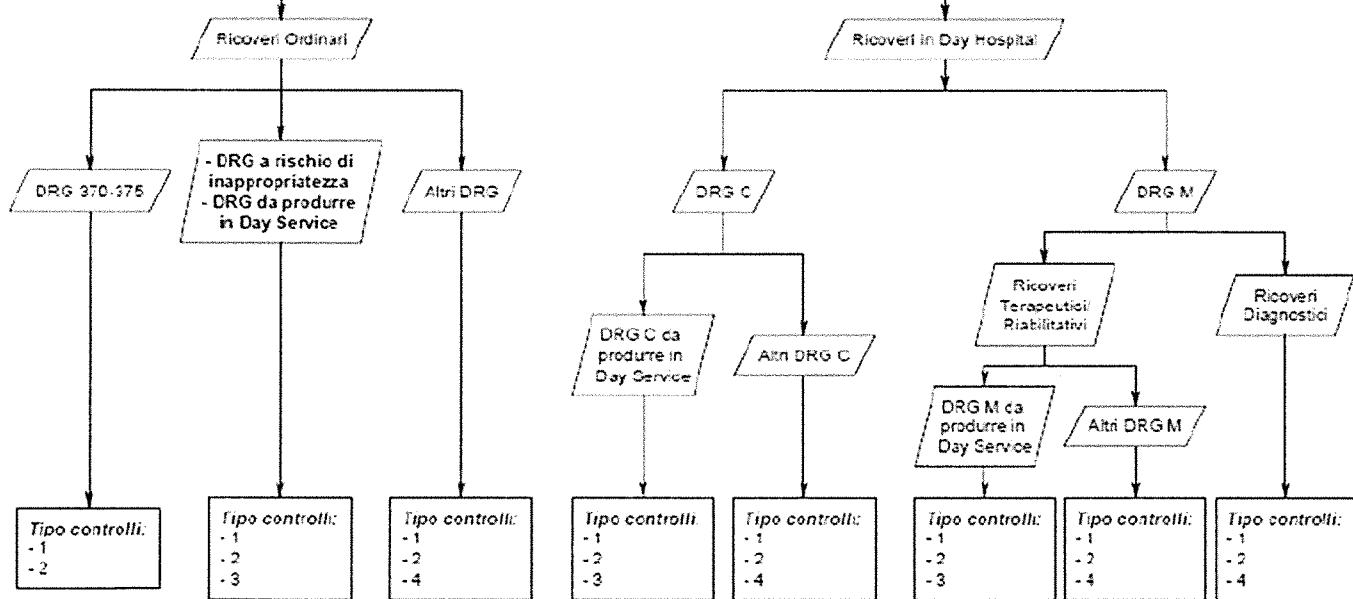
1. Ricoveri ordinari con DRG da 370 a 375: comprendono parti per via naturale e cesarei. Vengono previsti controlli relativi a *“Qualità della compilazione della cartella clinica”* e *“Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica”*. Quest'ultimo controllo prevede la verifica dell'utilizzo dei codici V27 relativi agli esiti del parto, e per i soli parti cesarei, la codifica dell'indicazione al cesareo in diagnosi principale (*articolo 2 - comma 3 DM 10/12/2009*).
2. Ricoveri ordinari con DRG ARI e DRG da produrre in Day Service: questo gruppo comprende i DRG a rischio di inappropriatezza di cui all'allegato 2C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (*articolo 2 - comma 2 DM 10/12/2009*), i DRG a rischio di inappropriatezza identificati nella Regione Siciliana con decreto assessoriale n. 1150 del 2009 (*articolo 2 - comma 2 DM 10/12/2009*), e i DRG da produrre in Day Service identificati in Regione Siciliana con decreto assessoriale n.875 del 2009 e successivi (*articolo 2 - comma 2 DM 10/12/2009*). Le SDO così selezionate saranno sottoposte a controlli relativi a *“Qualità della compilazione della cartella clinica”*, *“Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica”* e



cartella clinica” e “Appropriatezza di tipo organizzativo” mediante RS-PVA.

7. Ricoveri in Day Hospital con DRG medici di tipo diagnostico (campo n. 30 della SDO): le SDO così selezionate saranno sottoposte a controlli relativi a *“Qualità della compilazione della cartella clinica”*, *“Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica”* e *“Appropriatezza del livello di assistenza”* (articolo 2 - comma 2 DM 10/12/2009).

Campionamento del 10% del totale delle SDO relative ai ricoveri effettuati nel corso del 2010 dalle strutture di ricovero della Regione Siciliana stratificando per singola struttura di ricovero e prevedendo che almeno il 2,5% delle SDO campionate in ogni struttura rientri tra i ricoveri identificati come potenzialmente inappropriati ai sensi del Decreto Assessoriale 876 del 11/5/2009 e successive modifiche, del Decreto Assessoriale 1150 del 15/6/2009 e dell'allegato 2C al DPCM 29/11/01.
(Dal campionamento si escludono i seguenti ricoveri: Reparti di Ammissione/Dimissione codici 29-50-60-75-99; DRG 391-426-427-428-429-430)



Tipo Controlli:

1 = Qualità della compilazione della cartella clinica

2 = Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica

3 = Appropriatezza del livello di assistenza

4 = Appropriatezza di tipo organizzativo (RS-PVA)



Controllo 1. Scheda di Valutazione Compilazione Cartella		Ospedale _____	N° Cartella _____
La cartella clinica è disponibile?	Si	No	
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato	Si	No	
Anamnesi Patologica Prossima			
Presente	Si	No	
Leggibile (se presente)	Si	NoNa	
Esame obiettivo all'ingresso			
Presente	Si	No	
Firmato o siglato (sufficiente n°iscrizione ordine dei medici)	Si	NoNa	
Datato	Si	NoNa	
Leggibile	Si	NoNa	
Describe almeno due principali apparati (Es. : AR + ACC) + Sede del problema	Si	NoNa	
Diario Medico Clinico			
Annotazioni in tutte le giornate di degenza	Si	No	
Annotazioni firmate o siglate (sufficiente n°badge iscrizione ordine dei medici)	Si	No	
L'intervento chirurgico è documentata?	Si	No	Na
Foglio di dimissione e/o trasferimento (NA se decesso)			
Presente	Si	NoNa	
Consenso informato per interventi invasivi e/o procedure (se presente in cartella)			
E' firmato dal paziente?	Si	NoNa	
E' firmato dal medico?	Si	NoNa	
Riporta la data?	Si	NoNa	
Giudizio rilevatore			
Note			



Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?

Dove deve andare a cercare il NOC : frontespizio, referto PS, anamnesi prossima

Anamnesi Patologica Prossima

Presente → Un minimo esempio per ricovero sospetto SCA : dolore toracico di recente insorgenza

Leggibile (se presente) : interpretazione soggettiva?

Esame obiettivo all'ingresso

Definizione sigle

ACC = apparato cardiocircolatorio

AR = apparato respiratorio

Firma= firmate o siglate (sufficiente n° iscrizione ordine dei medici)= numero ordine dei medici
(eseguito entro le prime 24 h) = eliminato

Diario Medico Clinico

Annotazioni in tutte le giornate di degenza = INCLUSA la giornata dimissione

Cosa deve intendere il NOC per annotazione? = anche nulla da rilevare; si medica, per assenza è la mancanza totale di valutazione.

Firma = firmate o siglate (sufficiente n° iscrizione ordine dei medici)= numero ordine dei medici

L'intervento chirurgico è documentato?

Dove deve andare a cercare il NOC : verbale operatorio, diario clinico (qualora si espliciti chiaramente la procedura occorsa)

Foglio di dimissione e/o trasferimento (NA se decesso)

Foglio = lettera di dimissione – requisito minimo → almeno un sunto del ricovero

Consenso informato per interventi invasivi e/o procedure (se presente in cartella)
Non importa se sono necessari più consensi informati – operazioni – trattamenti con emoderivati ma se tutti i consensi presenti in cartella sono firmati o datati.



Controllo 2: Qualità della compilazione della SDO e sua congruenza con la cartella clinica

1. E' presente nella cartella clinica copia della SDO?

2. E' presente nella SDO la firma del medico che dimette?

Indicare SI soltanto se è presente sia la firma del medico che dimette, sia quella del responsabile dell'U.O.

Indicare NO se è presente solo una delle due firme o nessuna delle due

3. La diagnosi principale indicata è verosimilmente quella che ha comportato il maggior consumo di risorse? (escluso DRG 483 e dimessi dai reparti di Rianimazione (49))

Indicare SI nei seguenti casi:

- a) la DP è quella che verosimilmente ha comportato il maggiore consumo di risorse;
- b) in DP è stato utilizzato un codice relativo a segni, sintomi e condizioni mal definite in assenza di una diagnosi definitiva;
- c) in DP è stato utilizzato un codice relativo a segni, sintomi e condizioni mal definite per un ricovero finalizzato a trattare il sintomo o segno specifico;
- d) in DP è stato utilizzato un codice V in maniera corretta ed appropriata.

Indicare NO se nessuna delle precedenti condizioni è soddisfatta.

Indicare NA (Non Attribuibile) se si fa riferimento ad un ricovero relativo ad un dimesso da un reparto di Rianimazione (cod. 49) o al DRG 483.

4. Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?

Indicare SI nei seguenti casi:

- a) tutte le diagnosi che influenzano l'episodio di cura sono state segnalate;
- b) nel caso in cui le diagnosi secondarie che influenzano l'episodio di cura siano più di 5, sono state selezionate quelle che possono avere esercitato un maggior peso in relazione alle necessità assistenziali e alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Indicare NO se almeno una delle diagnosi che influenzano l'episodio di cura non è stata segnalata ed è disponibile il campo relativo sulla SDO.

5. Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.? (per i soli DRG complicati)

Indicare SI se tutte le DS segnalate hanno influenzato episodio di cura;

Indicare NO se almeno una delle DS segnalate non ha influenzato episodio di cura

Indicare NA se il DRG attribuito alla SDO non fa parte di quelli complicati

6. Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica?

Indicare SI se tutte le procedure indicate nella SDO sono segnalate nella cartella clinica;

Indicare NO se almeno una delle procedure indicate nella SDO non è segnalata nella cartella clinica;

7. In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici non segnalati nella SDO?

Indicare SI se tutte le procedure chirurgiche segnalate nella cartella clinica sono indicate nella SDO;

Indicare NO se almeno una delle procedure chirurgiche segnalate nella cartella clinica non è indicata nella SDO

8. Le diagnosi e le procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica (normativa e linee guida)? (per l'anno 2010 la verifica di congruenza viene limitata alla terza cifra del codice per i codici a 4 cifre, alla quarta cifra per i codici a 5 cifre)

Indicare SI se tutte le diagnosi e le procedure nella SDO sono codificate correttamente;

Indicare NO se almeno una diagnosi o procedura indicata nella SDO non è codificata correttamente;

Indicare NA se almeno una diagnosi o procedura indicata nella SDO non è codificata

9. Fra le diagnosi secondarie è indicato, in maniera coerente, uno dei codici V27 relativi all'esito del parto? (solo per i DRG 370-371-372-373-374-375)

Indicare SI se il codice V27 è segnalato nella SDO ed è coerente con l'esito del parto descritto in cartella clinica;

Indicare NO se il codice V27 non è segnalato nella SDO o è segnalato ma non è coerente con l'esito del parto descritto in cartella clinica;

Indicare NA se il DRG è diverso da 370-371-372-373-374-375.

10. In diagnosi principale è codificata l'indicazione al parto cesareo? (solo per i DRG 370-371)

Indicare SI se in DP è codificata l'indicazione di parto cesareo;

Indicare NO se in DP non è codificata l'indicazione al parto cesareo;

Indicare NA se il DRG è diverso da 370 o 371

SI NO NA



Controllo 3: Appropriatezza del livello di assistenza

	SI	NO	NA
1. Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?			
2. Il paziente ha un'età > 75 anni?			
3. Si evince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?			
4. Il paziente è residente in un comune distante oltre 50 km dalla sede di erogazione della prestazione?			
5. La diagnosi principale indicata nella SDO indica un tumore maligno (codici 1982 o 17*)? (solo per il DRG 266)			
6. Il paziente è stato sottoposto ad intervento di ricostruzione dei legamenti del ginocchio? (solo per il DRG 503)			
7. Si evince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)			
8. E' indicato fra i codici di procedura il codice 98.51 - Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica (solo per il DRG 323 e per le cartelle cliniche aperte dopo il 31 maggio 2010)			
9. L'episodio assistenziale si esaurisce in un unico accesso? (solo per il DH medico diagnostico)			



Controllo 4 RS-PVA

Regione Siciliana – Protocollo di Valutazione dell'Appropriatezza d'uso
dell'Ospedale

Scheda di rilevazione Ricoveri Ordinari

Dati del ricovero

N° cartella

Elezioni

Unità Operativa

Urgenza

Data nascita paziente

DRG

(gg/mm/aaaa)

Dimissione

(gg/mm/aaaa)

Ammissione

(gg/mm/aaaa)

Giornata di ammissione

- Criteri di appropriatezza -

Criteri legati alle condizioni del paziente

A1

A2

A3

A4

A5

A6

A7

A8

A9

A10

A11

A12

Criteri pediatrici:

A12

A13

A14

A15

Criteri connessi a prestazioni resesi necessarie nelle prime 24 ore dall'ammissione

B1

B2

B3

B4

B5

B6

B7

"Override"

C1

C2

- Motivi di inappropriatezza -

H1A

H1B

H1C

H1D

H1E

H1

H1G

H1H

H1I

H1J

H1K

H1L

H2

H3

H4

H5

H6

H7

specificare

Nome e cognome del rilevatore

Firma



Controllo 4 RS-PVA

Regione Siciliana – Protocollo di Valutazione dell'Appropriatezza d'uso dell'Ospedale

Scheda di rilevazione Day Hospital/Day Surgery

Dati del ricovero

Nº cartella

Unità Operativa

Data nascita paziente

(gg/mm/aaaa)

Apertura

(gg/mm/aaaa)

Chiusura

(gg/mm/aaaa)

A1 – A2 – A3 – A4 – A5 – A6 – A7 – A8

Criteri: B1 – B2 – B3 – B4 – B5 – B6 – B7 – B8

C1 – C2

DH Medico

DH Chirurgico

DH Diagnostico

DH Riabilitativo

DRG

Nº accessi

Motivi: D1 – D2 – D3 – D4 – D5 – D6 – D7

Accessi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Criteri:

Motivi:

Accessi	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
---------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Criteri:

Nome e cognome del rilevatore

Firma



Allegato 2



**Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 8**

**"Qualità, Governo clinico e Centro regionale per la Gestione
del rischio sanitario e la Sicurezza dei pazienti"**

Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2023



Piano Annuale Controlli Analitici Anno 2023

1. Obiettivi Regionali

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente piano, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Il Piano Annuale Controlli Analitici 2023 è vigente fino alla approvazione del successivo Piano ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.

Nell'anno 2023 devono essere perseguiti almeno i due seguenti obiettivi:

Obiettivo 1 (controlli tipo C)

I Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 *septies* legge 133 del 6.08.2008 devono essere effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche.

Tale campione, definito tipo "C", deve essere:

- a) casuale
- b) stratificato per singolo Presidio
- c) stratificato per tipologia di fenomeni a rischio di comportamento opportunistico associando un solo criterio di selezione tra i fenomeni riportati al paragrafo 6.

Questo tipo di controlli, almeno per i ricoveri brevi in regime ordinario e per i ricoveri diurni, devono essere finalizzati anche ad individuare comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della partecipazione da parte degli assistiti.

Obiettivo 2 (controlli tipo S)

I Controlli analitici sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono state individuate dalla Regione, con direttiva nota prot.n. 60961 del 25 luglio 2013 ai sensi del D.M. 10/12/2009.

Sono individuati i seguenti criteri:

Parti Cesari dei punti erogatori con percentuali di PC oltre il 40% sul totale dei parti (comma 3, art. 2, DM 10 dicembre 2009)

Controlli da effettuare: Scheda 1 (solo gli item relativi DRG 370 e 371) e Scheda 2 completa.

Al fine di non abbassare l'attenzione sulla qualità della cartella clinica, su un ristretto numero di cartelle cliniche (5%), casuale e reso disponibile dalla Regione, viene confermato il controllo sulle Schede 1,2,8.

Quanto sopra sarà reso disponibile sulla piattaforma informatica qualitasiciliassr.it.

- DH Diagnostici con DRG medici non appartenenti al gruppo ARI e con numero di accessi > 3
Controlli da effettuare: Schede 1,2,4 riportate nel successivo punto 7
- Ricoveri ordinari, programmati, con modalità di dimissione diversa da "paziente deceduto", con giornate di degenza entro la soglia prevista dal relativo DRG, con DRG non ARI, la cui differenza espressa in percentuale tra incidenza nelle aree territoriali sub-regionali (provincie) e incidenza regionale è $\geq 100\%$
Controlli da effettuare: schede 1,2, 8 riportate nel successivo punto 7

- Ricoveri di riabilitazione Codice 28 e 75 "Paziente ad alta criticità assistenziale, con disabilità equiparabile ad esiti di grave cerebrolesione acquisita". Circolare 10 febbraio 2014, n. 1, pubblicata nella GURS n. 8 del 21-2-2014.

Controlli da effettuare: scheda 1, 2, 7.



- Ricoveri ordinari per intervento di artrodesi vertebrale (DRG 496, 497, 498, 519, 520, 546)
Controlli da effettuare: schede 1 e 2.

2. Campionamento

I criteri di campionamento e selezione dei ricoveri da controllare sono quelli indicati negli **Obiettivi Regionali**. Inoltre, si precisa che:

- i casi di Neuro-riabilitazione (cod. 75) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7)
- i casi dei reparti di Unità spinale (cod.28) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7)
- i casi con DRG Psichiatrici devono essere campionati solo se dimessi da reparti di Psichiatria (cod. 40) e Neuropsichiatria-infantile (cod. 33)
- devono essere campionati i casi dimessi dalle UU.OO. di Terapia Intensiva Neonatale (Cod 73) in modo da includere almeno il 50% delle cartelle di pazienti ricoverati.
- si escludono dal campionamento casuale i ricoveri (anche di Lungodegenza e Riabilitazione) con giornate di ricovero superiori a 100.
- si considerano come ricoveri a rischio di comportamento opportunistico (e quindi campionati) i ricoveri ordinari con degenze complessive non superiori a 50 giornate, con modalità di dimissione diversa da “paziente deceduto” e giornate di ricovero oltre le soglie previste dal relativo DRG non superiori a 5.
- si escludono i ricoveri dei reparti di Cure palliative/hospice (cod. 99)
- si conferma la esclusione dai controlli dei Nidi e dei TSO
- esclusione dei casi con DRG 391 (Neonato sano)
- esclusione dei DRG 381 (IVG)
- si escludono i ricoveri non a carico del SSN (cod. 4 e cod. 9)

Il campionamento delle cartelle dei controlli esterni nel 2023 prevede un numero minimo di controlli per struttura erogatrice di 50 cartelle cliniche.

Il campionamento verrà eseguito almeno con cadenza trimestrale e sarà reso disponibile alle ASP, alle aziende ospedaliere e alle strutture private accreditate tramite la piattaforma web dedicata.

3. Quantità e Modalità di Esecuzione dei Controlli

I controlli analitici delle cartelle cliniche del 2023 devono essere effettuati, per i due obiettivi regionali, nelle seguenti modalità:

Obiettivo 1 (Controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma 1 *septies* legge 133 del 6.08.2008 effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche):

- Le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate svolgeranno obbligatoriamente il controllo interno sull'80% del campionamento casuale. Poiché i controlli interni non generano effetti economici, una quota di cartelle del controllo interno dovrà essere sottoposta a verifica da parte delle ASP (in misura non inferiore al 5 % mantenendo valenza economica. Qualora si dovesse riscontrare uno scostamento, tale che l'abbattimento esterno sia superiore del 30% rispetto



all'abbattimento interno calcolato sulle stesse cartelle, la quantità di cartelle interne da verificare da parte delle ASP dovrà essere ulteriormente incrementata. Non viene indicato un numero minimo di cartelle "interne" da sottoporre a verifica; ciò al fine di rendere sostenibili gli stessi controlli e consentire alle ASP di effettuare, anche in modo mirato, le verifiche sulle strutture erogatrici che, eventualmente, svolgono in modo inadeguato i controlli interni.

- le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private il 20% dei controlli previsti dal campionamento casuale con effetti economici. Anche in ragione delle risorse disponibili, ogni Asp può incrementare tale percentuale in modalità esterna accedendo al campione interno oltre che ad altre cartelle, come peraltro già previsto dalle linee di indirizzo di cui al D.A. del 13 marzo 2013 *"Ogni singola Azienda Sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza". Tali integrazioni, qualora previste dalla ASP per le prestazioni in committenza, dovranno essere comunicate alle aziende da controllare, agli uffici competenti dell'Assessorato della salute e al Comitato regionale controlli appropriatezza"* come per gli anni precedenti tramite la piattaforma web. Gli eventuali controlli integrativi concorrono al raggiungimento della percentuale di controlli previsti dall'obiettivo regionale.
- Il controllo interno non prevede effetti economici, ma l'importo teorico di abbattimento dovrà comunque essere quantificato e rendicontato sulla piattaforma informatica per indicare alle strutture stesse l'eventuale impatto economico delle criticità emerse dai propri controlli, accentuando l'importanza dei piani di miglioramento e delle azioni correttive.
- Le strutture erogatrici devono consentire ai NOC delle ASP l'accesso alla documentazione dei controlli interni per consentire lo svolgimento dei controlli esterni sul controllo interno secondo le modalità sopra indicate;
- I controlli esterni effettuati sui controlli interni e i controlli esterni integrativi mantengono valenza economica.

Obiettivo 2: Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009

- Le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private la totalità dei controlli sulle prestazioni a rischio di inappropriatezza ai sensi della Direttiva 60961 del 25/7/2013 con effetti economici.

Tutti i controlli effettuati per gli obiettivi 1 e 2 dovranno essere inseriti nell'area web dedicata del portale www.qualitasiciliassr.it, secondo le modalità già utilizzate per le rilevazioni precedenti e indicando per ciascuna cartella valutata l'ammontare dell'eventuale abbattimento economico applicato.



4. Tipologie di controllo analitico

Di seguito vengono riportate le diverse tipologie di controllo, sintetizzate nella tabella sottostante

Tipologie controlli	Contenuti
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO e CEDAP	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica Qualità compilazione della scheda CEDAP e congruenza con la documentazione sanitaria
Appropriatezza Organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriatezza del livello di assistenza - Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero - Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione - Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche - Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC - Omnicomprensività della tariffa - Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica e sicurezza dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoprofilassi - Valutazione del rischio di tromboembolismo venoso - Rilevazione e misurazione del dolore - Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo - Rischio caduta - Scheda Unica di terapia - Checklist per la sicurezza in sala operatoria - Accessi venosi e targeting zero

Per ogni tipologia di controllo verrà utilizzata una scheda di rilevazione come indicato al paragrafo 7 "Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli".

5. Effetto dell'esito dei controlli analitici

Come indicato nel paragrafo 3 gli effetti economici verranno applicati in base ai risultati dei controlli esterni eseguiti dalle ASP.

Come già previsto dai precedenti PACA, per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato ai paragrafi 6 e 7, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO.

Per tutti i ricoveri analizzati, qualora per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica, si pervenga ad una ricodifica con conseguente riattribuzione del DRG, si procederà alla attribuzione e valorizzazione di tale DRG ancorché diverso da quello originariamente attribuito; in questo caso le eventuali ulteriori decurtazioni saranno applicate a tale nuova valorizzazione.

Per quanto riguarda eventuali altri effetti specifici delle attività di controllo, questi sono indicati per ogni fenomeno sottoposto a controllo nel paragrafo 6 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico".

Per quanto riguarda gli abbattimenti che riconoscerebbero il valore del Day Service al netto del ticket, comprensivi delle decurtazioni proporzionali, questi non potranno comunque essere superiori al 70% del valore originario del Day Service.

Gli effetti economici previsti dal presente PACA hanno valore su tutte le cartelle cliniche del 2023.



Gli effetti economici dell'item del controllo, di cui alla scheda 1, relativo agli interventi di artrodesi vertebrale (DRG 496, 497, 498, 519, 520, 546) si applicano alla data di pubblicazione del decreto di adozione del presente documento nella GURS.

6. Fenomeni a rischio di comportamento opportunistico da sottoporre a controllo analitico

Nel presente piano vengono riportati i fenomeni da sottoporre a controllo analitico sulle cartelle del 2023. I tipi di controllo fanno riferimento alle schede riportate al successivo punto 7.

a) Ricoveri ordinari brevi (0-1 giorni) (DRG medici)

Questa categoria è volta ad accettare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero di breve durata (0-1 g.) in un reparto medico, con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti o finalizzati a mantenere alto il tasso di occupazione delle UU. OO. determinando una minore disponibilità di posti letto.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata/e non appropriata/e con controllo 4): riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

b) Ricoveri ordinari brevi (2 notti per avere la tariffa piena)

Questa categoria è volta ad accettare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero ordinario di breve durata (2 notti), con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato.

Il comportamento opportunistico potrebbe essere finalizzato ad ottenere la piena tariffa DRG e determinerebbe una minore disponibilità di posti letto ad esempio per i ricoveri urgenti (dal P.S.); fenomeno particolarmente importante nell'ottica della tendenza di riduzione globale dei posti letto per ricoveri ordinari.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo:

- **una/due giornata/e non appropriata/e con controllo 4:** riconoscimento della tariffa ordinaria 0-1 giorno;
- **tutte giornate non appropriate con controllo 4:** riconoscimento della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di DH; riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting day service.



c) Ricoveri in DH per motivi diagnostici (DRG medici)

Deve essere verificata la presenza nella documentazione sanitaria delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero in regime di Day Hospital di tipo diagnostico. Sono esclusi i ricoveri in Day Hospital con attribuzione di DRG chirurgico. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per ogni accesso

Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): gli accessi non appropriati non vengono valorizzati. Nel caso in cui nessun accesso risultasse appropriato riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting day service.

d) Ricoveri con assegnazione di DRG (medici e chirurgici) ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario e diurno.

Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriatezza come indicato nell'allegato al D.A. 2533/2013 e da eventuali successive modificazioni. I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano il corretto setting di erogazione della prestazione sanitaria. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giudicare appropriato il ricovero (fatta eccezione per i cittadini residenti nelle isole minori). Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 3

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva al controllo 3):

assegnazione del corretto setting assistenziale; modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno con singolo accesso e, qualora nessuna giornata risultasse appropriata anche come DH; riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso ove ritenuto appropriato il setting di day service, riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

Al fine di evitare duplicazioni di sanzioni, in sede di applicazione del D.A. 2533/2013, le ASP devono verificare (a consuntivo) se ai ricoveri oggetto di decurtazione economica è stata già applicata anche la decurtazione per l'applicazione del DA 954/2013 (Suppl GURS 31/05/2013) e succ. aggiornamenti. La verifica deve essere effettuata per ogni struttura erogatrice (presidio ospedaliero o azienda ospedaliera) e l'abbattimento di cui al DA 954/2013 deve essere distribuito in maniera uguale su tutti i casi di ogni singolo DRG (esempio: se il presidio o azienda X per il DRG 6 ha avuto un abbattimento di 20.000 euro per 50 casi complessivi di ricoveri ordinari e DH, si considera un abbattimento di 400 euro per ogni singolo caso).

In tali casi si applica solo la sanzione maggiore tra l'abbattimento, di cui al DA 954/2013, e l'effetto economico del controllo analitico.

e) DRG incoerenti (DRG 424, 468, 476, 477)



Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 424, 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica delle cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

f) DRG complicati

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con complicanze l'area 4 del Sistema informativo regionale, annualmente, diffonderà, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASP, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni

Tipo di controllo: 1, 2 e 8

g) Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa Struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico-terapeutico del precedente ricovero
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);
- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la qualità dei servizi;

In relazione alle attività di controllo si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC



(categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla prima domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione dei ricoveri ripetuti ritenuti non giustificati.

b) Omnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico o parto. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla Legge n.449 del 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato, devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 30 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 5

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla seconda domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione relativa al ricovero medico breve.

i) Ricoveri in lungodegenza (Cod.60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti riabilitativi incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrante in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 6

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.



I) Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56; 28; 75)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriatezza della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera. Il ricovero nei reparti di riabilitazione ospedaliera (cod. 56) è ammesso per pazienti provenienti da reparti per acuti, da reparti di riabilitazione ad alta specialità (cod. 28 - cod. 75), da reparti di lungodegenza riabilitativa o dal territorio (ad es. domicilio, RSA), purché in quest'ultimo caso entro 60 giorni dal ricovero in reparto per acuti, salvo eccezioni motivate dai criteri di eleggibilità del piano della riabilitazione che dovranno essere riportate nel progetto riabilitativo individuale (vedi tabella pag. 7 del piano della riabilitazione della Regione Siciliana approvato con D.A. 26 ottobre 2012 pubblicato sulla GURS del 21/12/2012).

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale dei servizi di riabilitazione adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 7 (scheda a e b)

Effetto specifico del controllo (giornata o accesso non appropriato con controllo 7 scheda b): abbattimento del 70% della tariffa giornaliera ordinaria o DH.

m) Parti cesarei DRG 370 e 371

Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla linea guida nazionale "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (prima e seconda parte).

Deve essere posta particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o regionali, non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predittive di comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna.

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
4. senza menzione dell'indicazione
5. documentazione clinica incompleta

Sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ai punti 4 e 5 per i quali saranno previsti abbattimenti tariffari, in base a quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 16/12/2010, pubblicata sulla G.U. n°13 del 18/01/2011.

Tipo di Controllo: 1, 2 e 8

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i casi più critici devono essere esaminati con il supporto di specialisti in ginecologia ed ostetricia.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti il parto cesareo): fatti salvi gli abbattimenti previsti dal D.A. 22 maggio 2012, ulteriore abbattimento del 10% della tariffa.



n) Ricoveri urgenti

Deve essere verificato il corretto utilizzo della modalità di ricovero urgente per prevenire comportamenti opportunistici, laddove non siano rappresentativi dei reali bisogni dei pazienti, finalizzati al superamento del problema delle lista di attesa e delle classi di priorità previste.

A tale scopo deve essere verificata l'appropriatezza del filtro del pronto soccorso, tramite l'accertamento della reale valutazione clinica nella documentazione sanitaria. In particolare deve essere verificata la presenza del verbale di pronto soccorso e che dallo stesso si evinca la presenza di una valutazione clinica e/o laboratoristica strumentale che giustifichi il ricovero in reparto, o per le strutture senza PS la presenza della scheda di valutazione all'ingresso. Si escludono i ricoveri effettuati tramite reti assistenziali o in terapia intensiva.

Tipo di Controllo: 1, 2 e 8

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti i ricoveri urgenti): abbattimento della tariffa DRG del 20% rispetto alla tariffa piena.

o) DRG psichiatrici (426, 427, 429, 430, 431, 432, 433, 523)

I controlli sui DRG di psichiatria, sia per acuti che per riabilitazione, verranno effettuati secondo le indicazioni ed i presupposti dei controlli dei ricoveri ordinari riguardanti la congruenza e la qualità del contenuto della cartella clinica.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale del Dipartimento di Salute Mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8 e 9 con giudizio dello specialista psichiatra

Effetto specifico del controllo (ricovero non appropriato secondo il giudizio dello specialista): abbattimento della tariffa DRG del 50% rispetto alla tariffa piena se il ricovero è ritenuto inappropriato.

p) Controllo ricoveri fuori soglia (di durata superiore a quella prevista)

Questi controlli dovranno verificare nella documentazione sanitaria la presenza delle condizioni che hanno determinato il prolungamento della degenza oltre il termine previsto per il DRG attribuito, con particolare attenzione ai prolungamenti artificiosamente determinati per ottenere una remunerazione aggiuntiva per i giorni fuori soglia.

Tipo di Controllo: 1, 2, 8, e 4 per tutte le giornate di ricovero

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): abbattimento per un valore equivalente alla tariffa oltre soglia per il numero di giornate inappropriate.

q) Controllo interventi di artrodesi vertebrale (DRG 496, 497, 498, 519, 520, 546)

Il controllo dei ricoveri per interventi di artrodesi vertebrale (DRG 496, 497, 498, 519, 520, 546) dovrà essere effettuato al fine di verificare la corretta redazione della documentazione sanitaria a sostegno della qualità del trattamento chirurgico effettuato e della sua complessità e la corretta codifica della procedura chirurgica.

Dal controllo della documentazione sanitaria dovranno essere verificati i seguenti elementi:

- evidenza documentale della patologia dell'assistito, supportata dalla specifica diagnostica per immagini, ed indicazione all'intervento chirurgico di artrodesi vertebrale;
- fallimento delle terapie mediche e/o fisioterapiche, con descrizione della loro durata, e/o di altra procedura meno invasiva;
- corrispondenza dei codici di intervento con il verbale operatorio.



Costituiscono utile riferimento sulla tematica le conclusioni espresse dal Tavolo tecnico Provinciale di Catania n.1 pubblicato sul portale Qualitasiciliassr nella sezione dedicata.

Tipo di Controllo: schede 1 e 2

Effetto specifico del controllo: eventuale rimodulazione del DRG e decurtazione proporzionale (scheda 1 e scheda 2).

6.1 Verifiche da effettuare nel corso dei controlli analitici

1) Controllo Programmazione degli interventi/procedure diagnostiche (solo ricoveri ordinari per acuti, esclusi diurni)

La valutazione della appropriatezza delle singole giornate di degenza presuppone anche la necessità di poter verificare la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico attraverso la presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche". La verifica della presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) è finalizzata a promuovere la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico del singolo paziente e a preventivarne, sia pure in modo presuntivo, la dimissibilità.

Lo scopo è quello di supportare le direzioni sanitarie aziendali nella funzione di controllo dei tempi di degenza, fornendo loro uno strumento in grado di promuovere la programmazione delle attività assistenziali da parte dei professionisti e favorire la rilevazione di eventuali criticità organizzative (ad es. prolungamento delle degenze in attesa di specifiche attività diagnostiche o procedure) e predisporre consequenziali azioni correttive.

La scheda prevede, inoltre, che sia indicata la presunta data di dimissibilità o nel caso di reparti di terapia intensiva o sub intensiva, la data di presunto trasferimento, in coerenza con lo standard JCI ACC.1.4., che recita "Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti".

Tipo di Controllo: scheda 8

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

2) Controlli per il monitoraggio delle attività nelle Terapie Intensive Neonatali (Cod. 73)

Al fine di migliorare la capacità del sistema di monitorare le attività erogate nelle UU.OO. di Terapia Intensiva, che presuppone la precisione e la completezza delle procedure descritte nella SDO, nel PACA 2023 viene mantenuto uno specifico controllo teso a verificare che in cartella clinica sono descritte specifiche procedure non segnalate nella SDO, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche.

L'elenco delle procedure oggetto di monitoraggio sono le seguenti:

- 1) 00.12 somministrazione di Ossido Nitrico
- 2) 88.71 diagnostica ecografica del capo
- 3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore
- 4) 88.91 RMN cervello e tronco
- 5) 89.14 Elettroencefalogramma
- 6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
- 7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive
- 8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive
- 9) 99.0 trasfusione di emocomponenti
- 10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutrizionali (TPN)
- 12) 99.81 ipotermia
- 13) 99.83 fototerapia
- 14) 38.91 catetere arterioso
- 15) 38.92 catetere vena ombelicale
- 16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc)

17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico

Tipo di Controllo: 1 e 2

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.



Schede utilizzate per le varie tipologie di controlli

Di seguito si riportano le schede di controllo previste dal D.A. 496/2013, alcune delle quali con parti integrate modificate o annullate (NA = Non Applicabile).

Controllo 1 (valutazione proporzionale): Analisi documentazione clinica

La cartella clinica è disponibile?	SI	NO		100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI	NO		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI	NO		4
La proposta di ricovero su riceviamo SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri postacuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	SI	NO	NA	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	SI	NO	NA	2
Le referenze delle consulenze e delle indagini diagnostiche effettuate sono presenti e complete?	SI	NO	NA	10
Per il DH/DS il programma assistenziale è presente?	SI	NO	NA	3
Anamnesi patologica remota				
Presente?	SI	NO	NA	5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	SI	NO		10
Firmato o siglato?	SI	NO	NA	3
Datato?	SI	NO	NA	3
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Describe almeno due app. + sede del problema?	SI	NO	NA	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenera?	SI	NO		5
Annotazioni firmate o siglate?	SI	NO		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?***	SI	NO	NA	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	SI	NO	NA	1
La cartella anestesiologica è presente e debitamente compilata (NA in coerenza ai protocolli formalizzati delle strutture erogatrici)	SI	NO	NA	3
E' presente il riferimento al reperto istologico?	SI	NO	NA	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (NA se decesso) Solo per le UU.OO di cardiologia vale quanto previsto dal D.A. 1286/14 pubblicato su GURS n.36 del 29/8/2014 suppl. ord. N. 2	SI	NO	NA	3
Tutti i consensi informati previsti dalla normativa regionale e nazionale sono presenti in cartella e sono completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)	SI	NO	NA	10
Solo per DRG 496, 497, 498, 519, 520, 546				



Sono documentate				
- la patologia dell'assistito, supportata dalla specifica diagnostica per immagini, e l'indicazione all'intervento chirurgico di arthrodesi vertebrale;	SI	NO		
- il fallimento delle terapie mediche e/o fisioterapiche, con descrizione della loro durata, e/o di altra procedura meno invasiva;				40 %

Solo per Ricoveri Urgenti		
E' presente nel verbale di transito dal PS e in altro documento una valutazione clinica e/o strumentale che motivi il ricovero urgente in reparto?	SI	NO
E' un ricovero urgente proveniente da reti assistenziali? (ad es. rete infarto)	SI	NO
E' un ricovero urgente con accesso in terapia intensiva?	SI	NO
Solo per DRG 370-371		
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche fetal?	SI	NO
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche della madre?	SI	NO
E' motivato e documentato da pregresso parto cesareo?	SI	NO
E' indicata altra motivazione documentata per l'indicazione a parto cesareo?	SI	NO
Note:		
Rilevatore:		

*Se sequestrata dall'Autonità Giudiziaria selezionare "No" e scrivere "sequestrata" nel campo Note

** Viene inserita la possibilità del "NA" per i neonati

***Solo per i DRG chirurgici ivi inclusi i casi di DRG chirurgici non di sala operatoria (ad es. Pica in sala emodinamica, termoabbiavone in radiofrequenza...) per i quali deve essere presente evidenza di un referto completo che indichi dettagliatamente tipologia, modalità ed esito della procedura).



**Controllo 2 (valutazione proporzionale):
Qualità compilazione SDO/CEDAP e congruenza con la cartella clinica**

E' presente nella cartella clinica copia della SDO?	SI	NO		100
Nella SDO è presente la firma nei campi previsti?	SI	NO		10
La diagnosi principale indicata è quella che ha comportato il maggior consumo di risorse?	SI	NO		5
Il tipo di ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	3
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	3
Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?	SI	NO		5
Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.? (per i soli DRG complicati)	SI	NO	NA	10
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica? (solo se sono indicate procedure)	SI	NO	NA	20
In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici e/o procedure invasive non segnalate nella SDO?	SI	NO		5
I codici utilizzati nella codifica delle diagnosi e/o procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica indicate dalla normativa e dalle linee guida?	SI	NO		5
Nella SDO sono riportati tutti i codici delle procedure specifiche per le Terapie Intensive Neonatali (Cod 73) se indicate in cartella clinica, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche, fino al completamento dei campi previsti?*	SI	NO	NA	20
Completezza e Coerenza fra Scheda CEDAP e Documentazione sanitaria	SI	NO	NA	10
Note:				
Rilevatore:				

* elenco procedure:

- 1) 00.12 somministrazione di Ossido Nitrico
- 2) 88.71 diagnostica ecografica del capo
- 3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore
- 4) 88.91 RMN cervello e tronco
- 5) 89.14 Elettroencefalogramma
- 6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
- 7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive
- 8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive
- 9) 99.0 trasfusione di emocomponenti
- 10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutritive (TPN)
- 12) 99.81 ipotermia
- 13) 99.83 fototerapia
- 14) 38.91 catetere arterioso
- 15) 38.92 catetere vena ombelicale
- 16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc)
- 17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico



Controllo 3: Appropriatezza del livello di assistenza

Si evince dalla documentazione sanitaria una complessità dell'intervento o della procedura per cui è appropriato il setting utilizzato?	SI	NO	NA
Sono presenti comorbilità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			



Controllo 4: Appropriatezza organizzativa

Descrizione Criteri e Motivi

Ricoveri Ordinari

Criteri di Appropriatezza:

- A1. Procedure in sala operatoria nel giorno indice
- A2. Procedure in sala operatoria il giorno successivo quello indice ma che richiedano consulti e/o valutazioni preoperatorie extraroutine
- A3. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive nel giorno indice
- A4. Almeno 5 osservazioni clinico assistenziali motivate (CONTROLLARE FAQ) e documentate dal personale sanitario nelle 24 ore
- A5. Controllo di terapie e/o di effetti collaterali
- A6. Medicazione di ferite chirurgiche, gestione drenaggi
- A7. Monitoraggio continuo di parametri vitali
- A8. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua
- A9. Override di Appropriatezza (commentato)

Motivi di Inappropriatezza:

- B0. Inappropriato
- B1. Override di Inappropriatezza (commentato)

Ricoveri in Day Hospital (medici)

Criteri di Appropriatezza:

- D1. Presenza documentata di almeno tre accertamenti (escluso esami ematici di laboratorio) per ogni accesso, è necessario che si evinca dalla documentazione clinica la pluridisciplinarità degli interventi.
- D2. Procedure diagnostiche, riabilitative e/o terapeutiche invasive.
- D3. Override di Appropriatezza (commentato)

Motivi di Inappropriatezza:

- E0. Inappropriato
- E1. Override di Inappropriatezza (commentato)

- Protocollo per il controllo dell'appropriatezza della giornata di ricovero, focalizzato sull'appropriatezza della singola giornata di degenza accesso (piuttosto che sulla Amissione come nel vecchio RS-PVA) e basato sull'uso delle risorse ospedaliere in costanza di ricovero ordinario o diurno e quindi sulla capacità organizzativa delle strutture
- Per la descrizione completa di ogni singola puoi riferirti al manuale predisposto dalla Commissione Regionale per l'appropriatezza



Controllo 4: Appropriatezza organizzativa
Scheda Rilevatori

Reparto	N. Cartella	Età	Sex
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
AMMISSIONE gg/mese		Anno	
DIMISSIONE gg/mese		Anno	Ipo <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> DH

Giornata o Accesso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
Motivo															

Commenti per gli Override (indicare giornata/accesso di riferimento).

Note:

Rilevatore



Controllo 5: Appropriatezza Ricoveri Ripetuti

Sono presenti valide motivazioni che giustificano la ripetizione del ricovero entro 30 giorni, nella stessa U.O. e attribuiti alla stessa MDC ? (Na se i ricoveri non sono nella stessa U.O. e MDC)	SI	NO	NA
Sono presenti valide motivazioni che giustificano il ricovero medico seguito entro 30 giorni da un ricovero chirurgico con patologie correlate? (non è stato cioè erogato esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico) (Na se i ricoveri non sono correlabili)	SI	NO	NA
Note			
Rilevatore			

La prima domanda per evidenziare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni
La seconda domanda per salvaguardare la Omnicomprensività della tariffa



**Controllo 6 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza in Lungodegenza**

Il paziente proviene da U.O. per acuti	SI	NO		
Il paziente proviene da U.O. di Riabilitazione intensiva (lungodegenza per assistenza riabilitativa di più bassa intensità, interventi riabilitativi riportati nel PAI - D.A. 02279/12: Piano della Riabilitazione)	SI	NO		100
Il paziente proviene dal territorio (lungodegenza riabilitativa solo nei casi in cui non è possibile effettuare il trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in u.o. per acuti es. patologia ortopedica ai quali non è concesso il carico immediato; interventi riabilitativi riportati nel PAI - D.A. 02279/12 - Piano della Riabilitazione)	SI	NO		
E' presente la richiesta del medico di reparto per acuti o di riabilitazione intensiva per il ricovero in lungodegenza	SI	NO	NA	10
E' presente la richiesta del medico di base per il ricovero in lungodegenza riabilitativa nei casi provenienti da domicilio	SI	NO	NA	
E' presente la validazione della richiesta del medico di Lungodegenza post - acuzie	SI	NO		10
I criteri di ammissione sono coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto A Scheda Esplicativa)	SI	NO		100
E' presente almeno una delle condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto B Scheda Esplicativa)	SI	NO		100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) è redatto tenendo conto dei bisogni assistenziali (punto C Scheda Esplicativa)	SI	NO		50
E' presente il programma riabilitativo specifico per il bisogno riabilitativo	SI	NO	NA	50
Il PAI riporta la valutazione periodica	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle lesioni da decubito	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle cadute	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per le infezioni ospedaliere	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la gestione corretta degli ausili e presidi	SI	NO		10



Appropriatezza in Lungodegenza: Scheda Esplicativa

Punto A: Criteri di ammissione coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Criteri di ammissione area Medica

-) paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato, non autonomo, in cui persiste la necessità di visita medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo consentito
-) Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali ammendabili
-) Paziente destinato a trattamenti periodici a elevata frequenza
-) Paziente con deficit funzionali sevi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessita prevalentemente di assistenza infermieristica oltre a interventi riabilitativi mirati di tipo estensivo

Criteri di ammissione area Chirurgica:

-) Paziente con comorbilità e/o complicanze di pertinenza infermieristica a rischio di stabilità
-) Paziente che presenta deficit funzionali e che necessita di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuativa
- Criteri di non ammissione**
-) Paziente terminale per il quale sono attivabili forme alternative di assistenza
-) Paziente con importante deterioramento cognitivo
-) Paziente anziano non autosufficiente con esiti di patologie stabilizzate

Punto B: Condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Condizioni cliniche eleggibili per l'area medica

-) Ictus cerebrale post-acute
-) Scompenso Cardiaco che necessita di cure continuative
-) Diabete mellito scompensato post-acute
-) Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione
-) Insufficienza respiratoria cronica risarcizzata (per terapia infusionale acquisita)
-) Post acutis di Endocardite infettiva
-) Soggetti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative (es. anemie gravi, piede diabetico, vasculopatie periferiche, disidratazione, malnutrizione)
-) Cistosi epatica con ascite e/o encefalopatia porto-sistematica a basso rischio di琅urgimento di varici esofagee
-) Nefropatia stabilizzata in terapia di conservazione
-) Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità
-) Post-acute con disabilità stabilizzata, non dimissibili per problemi socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, in attesa di ricovero in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.
-) Altra Patologia - SPECIFICARE

Condizioni cliniche eleggibili area chirurgica

-) Convalescenza controllata
 -) Necessità di medicazioni da eseguire in ricovero
 -) Complicanze mediche di interventi chirurgici metaboliche, infettive, circolatorie)
-) Sostoposi ad interventi protesici di anca o ginocchio o da fratture recenti che richiedono cure continuative prima della Riabilitazione intensiva
 -) Altra Patologia - SPECIFICARE

Punto C: Bisogni assistenziali

-) Clinico (inquadramento clinico, stabilizzazione delle condizioni cliniche)
-) Riabilitativo estensivo (recupero funzionale)
-) informieristico.
-) Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
 -) Gestione dei dispositivi medici
 -) Altro
-) Sociale
-) Promozione delle relazioni sociali
-) Promozione delle attività ricreative
-) Animazione e contatti con i familiari
 -) Altro



Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatezza in Riabilitazione
Scheda a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti	Si	No	
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodeggenza	Si	No	
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 76 - codice 28)	Si	No	
Il paziente proviene dal territorio	Si	No	100
Il paziente proviene da altra struttura di riabilitazione con codice equivalente			
- entro 10 giorni dalla dimissione del reparto per acuti	Si	No	
- purché non si superino i 60 giorni complessivi del ricovero per l'eventuale "acuto correlato"	Si	No	
- purché sia presente la documentazione completa della struttura di provenienza			
L'adattamento "ad Codice 28 e 76" verifica della "presenza" della scheda "Paziente ad alta specialità" secondo le norme di riabilitabilità ad essa di grave cerebrosismia acquisita" e della relativa coerenza con la documentazione sanitaria. Circolare 10 febbraio 2014, n. 1, "Applicazione del decreto assegnativo n. 923 del 14 maggio 2013 - recepimento decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, allegato 2 tariffi della riabilitazione pubblicato nella GURS n. 8 del 21-2-2014.	Si	No	NA
L'adattamento "al Cod. 78, la fase di riabilitazione dell'evento acuto è avvenuta entro 4-6 mesi per i paraplegici, 8-12 mesi per i tetraplegici. Il fine è quello di garantire un'adeguata compliance terapeutico assistenziale	Si	No	NA
E' presente la richiesta del medico del reparto di provvista	Si	No	NA
Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'eventuale "acuto correlato"	Si	No	NA
E' presente la scheda di accettazione della proposta di ricovero versata dal medico specialista della riabilitazione** (come previsto dal Piano Regionale della Riabilitazione, per la cardiologia riabilitativa vedi normativa allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	Si	No	NA
Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda E specificativi) (solo per ricoveri ordinari)	Si	No	NA
E' presente almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno, tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda E specificativi) (solo per ricoveri diurni)	Si	No	NA
Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	Si	No	NA
E' presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il medico specialista della riabilitazione** con la collaborazione dei componenti del team multi professionale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	Si	No	NA
E' presente la diagnosi funzionale	Si	No	10
Sono indicati gli obiettivi riabilitativi	Si	No	10
Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero	Si	No	10
E' presente il programma riabilitativo	Si	No	50
Sono presenti le tesi e le modalità di esecuzione del programma	Si	No	20
E' presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)	Si	No	20
E' presente una scala di valutazione quantitativa	Si	No	5
E' specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	Si	No	50
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal medico specialista in riabilitazione responsabile del progetto stesso (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	Si	No	100
Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver	Si	No	NA
E' presente la valutazione funzionale periodica	Si	No	10
E' presente la valutazione funzionale totale	Si	No	NA ³
E' presente il diario dei trattamenti riabilitativi (incluso il "nursing riabilitativo") ⁴	Si	No	70
LA LETTERA DI DIMISSIONE (DA REDIGERE ANCHE NEI CASI DI TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA ASSISTENZIALE) IDENTIFICA			
Il percorso riabilitativo successivo	Si	No	NA
Il carico assistenziale successivo	Si	No	NA
Necessità di essere protetto e assistito	Si	No	NA

¹Se il ricovero è avvenuto oltre i 60 giorni verificare

² la presenza di caratteristiche di completezza del paziente tali per cui gli stessi ricoveri possono comunque essere considerati appropriati (in tal caso specificare "NA")

³ nel caso di ricovero in DM sp. stesso va considerato ammissibile per continuità nell'immediatissima di una dimissione da ricovero ordinario, anche se sono trascorsi più di 60 giorni dall'evento acuto

⁴ Il medico specialista in riabilitazione si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitazione ed equivalenti, ovvero un medico in possesso di specializzazione in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concordate, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concordata, ha una anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitativa individuale da questo documento (Cfr Piano di Indirizzo per la Riabilitazione - Anno 2011)

*** Serie di interventi riabilitativi effettuati dal team della riabilitazione (ad es. training dei passaggi posturali, educazione alla nutrizione e alimentazione, interventi educativi, ...)

¹ Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver: se Non Applicable (NA) la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica

² NA in caso di decesso/trasferimento



Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva): Scheda Esplicativa

Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso:

- il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare
- le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ad elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
- il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbidità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante
- la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza

Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso:

- paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
- Paziente per il quale all'interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici, clinico valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)
- paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive, gravi disfagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)
- Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo
- Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione
- Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo
- Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio l'osservazione oltre 60 minuti
- Ricerca pompa al baclofene o test al baclofene con osservazione prolungata fino alla nona ora altresi associata a somministrazione di tossina botulinica



Controllo 7: Appropriatezza in Riabilitazione
Scheda b) Valutazione Appropriatezza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reparto _____	N. Cartella _____	Età _____	Sex _____	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
AMMISSIONE gg/mese	LLLLL	Anno	LLLLL	Tipo	
DIMISSIONE gg/mese	LLLLL	Anno	LLLLL	<input type="checkbox"/> OR	<input type="checkbox"/> DH

Giornata o Accesso Non Appr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:
Rilevatore:

Criteri di Appropriatezza: L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico (Piano di indirizzo della riabilitazione, pag 11, GURI del 2-3-2011). Ove per le condizioni cliniche del paziente non possa essere rispettato il tempo minimo riabilitativo, la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica a firma del responsabile del PRI. *(per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano ragionato della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)*

*Le attività di riabilitazione intensiva sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico e terapeutico, comprensivo di interventi multidisciplinari e molti professionali intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico), che implicano un elevato livello di tutela medico-infermieristica e la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate (GURS n 54 del 21 dicembre 2012). Occorre quindi che nella valutazione quantitativa delle attività si tenga conto delle condizioni cliniche del paziente, dell'impegno diagnostico e terapeutico, dell'approccio multidisciplinare e multi professionale.

** per il codice 28 fanno eccezione le prove di domiciliazione per un massimo di 5 accessi



**Controllo 8 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza clinica e sicurezza dei pazienti (*)**

Presenza in cartella clinica della scheda antibiotcoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della checklist per la sicurezza in sala operatoria (D.A. 27.12.13) (allegato 3) completa in tutte le sue parti (Per tutte le procedure chirurgiche di sala operatoria*)	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica della valutazione del rischio di tromboembolismo venoso in accordo alle linee guida internazionali e alle buone pratiche clinico assistenziali	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla "Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e allo standard come FAO	SI	NO		10
Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta ³	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della Scheda Unica di Terapia completa in tutte le sue parti ⁴	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della scheda di gestione dei CVC, come indicato dal D.A. 1 giugno 2016 "Programma regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate - Targeting Zero" e s.m.i. (allegato 4)	SI	NO	NA	3
Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) (solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)	SI	NO	NA	3
Note:				
Rilevatore:				

1)Poiché la checklist di sala operatoria, di cui all'allegato 3, è stata sviluppata per i contesti tipici di sala operatoria, viene inserita la possibilità del NA per i DRG chirurgici prodotti da procedure interventistiche (ad es. emodinamica impianto di Pace Maker, impianto di defibrillatore, TAVI, ERCP...)

2) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini (0-14 anni ad eccezione di soggetti con fattori di rischio familiari o individuali) e per i Day Hospital, considerata la durata limitata della permanenza in ospedale.

3) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini, per i pazienti intubati e per i DRG medico e chirurgico

4) Esclusi i DRG diagnostici



Controllo 9: DRG psichiatrici

Secondo il giudizio dello psichiatra il ricovero è appropriato?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Relazione:		
Psichiatra:		
Note		



Allegato 1: Scheda Antibioticoprofilassi

UNITA' OPERATIVA

DATI PAZIENTE

COGNOME	NOME	NATO IL
Ricoverato il		

Valutazione del rischio										
Classe ASA	1		Pulito		Impianto protesico		SI	□	NO	□
	2		Pulito		Degenza prima dell'intervento > 48 h		SI	□	NO	□
	3		Pulito-contaminato				SI	□	NO	□
	4		Contaminato				SI	□	NO	□
	5						SI	□	NO	□
							SI	□	NO	□

DATA INTERVENTO	/	/	ORA INIZIO*	/	ORA FINE*	/
INTERVENTO						
* dell'intervento						

Modalità esecuzione profilassi antibiotica									
Ora somministrazione antibiotico									
Antibiotico somministrato									
Dose aggiuntiva	SI	□	NO	□	Se SI per	<input type="checkbox"/> Emodiluizione > 15 ml/Kg	<input type="checkbox"/> Perdite ematiche > 1.500 ml	<input type="checkbox"/> Durata intervento > 3 h	<input type="checkbox"/> ASA ≥ 2
									<input type="checkbox"/> impianto di protesi

FIRMA



Allegato 2 - Scheda Programmazione Interventi/procedure diagnostiche

(solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)

Nome Cognome _____

Cartella Clinica n. _____

U.O. _____

data ricovero _____

gg degenza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...
Data (giorno/mese)											
Radiodiagnostica basale											
Radiodiagnostica avanzata											
TC											
RMN											
Consulenze specialistiche											
Es strumentali											
EGDS											
Colonscopia											
Ecocardio											
Ultrasonografia											
Procedure chirurgiche											
Previsione della dimissibilità o trasferimento*											

Per ogni prestazione indicare con una "x" la giornata di richiesta, con un "o" la data di erogazione (anche nella medesima casella)

*Trasferimento in caso di terapia intensiva o subintensiva



Allegato 3: Checklist per la sicurezza in chirurgia

Checklist per la sicurezza in chirurgia*

Sign In	Sign Out	Time Out	Sign Out
<i>Prima dell'inizio dell'intervento</i>	<i>Prima dell'inizio dell'intervento</i>		
Conferma del paziente:			
<ul style="list-style-type: none"> - identità - sede di intervento - procedura - consenso 			
Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:	<ul style="list-style-type: none"> - identità del paziente - sede di intervento - procedura 		
E' stato rispettato il piano per la profilassi della TVP?	<ul style="list-style-type: none"> - non applicabile 		
Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile			
Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati			
Posizionamento del Polirossometro sul paziente e verifica del corretto funzionamento			
Identificazione dei rischi del paziente:			
Allergie:			
Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?	<ul style="list-style-type: none"> - no - si 		
Rischio di perdita ematica > 500 ml (molti nei bambini):	<ul style="list-style-type: none"> - no - si 		
Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?	<ul style="list-style-type: none"> - non applicabile - si 		
Rischio di iniezione accidentale di sostanze di polimeri o di metalli a rischio di allergia:	<ul style="list-style-type: none"> - non applicabile - si 		



Allegato 4: Scheda di gestione degli accessi venosi



SCHEDA DI GESTIONE ACCESSI VENOSI

Scheda Pratica di Cattura

Organizzazione Sanitaria	Unità Operativa	Numero Cattura	Data Nascita	Stesso
Questa Pratica in Cattura				
<input type="checkbox"/> È presente tutta la documentazione per la cattura <input type="checkbox"/> Unità Operativa di provenienza <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Altri Tipi di cattura				
Al momento della pratica in cattura in Reparto / Nucleo: Cattura presente all'ingresso Struttura di provenienza Se cattura presente all'ingresso è la documentazione è presente Data riconoscimento Cattura da P.I. post - operazione Tipo di cattura Nucleo				





110

SCHOOL OF PROFESSIONAL ACCESS SERVICES

卷之三

卷之三

CENTRAL CHINESE MUSEUM

3430 NICKEL

卷之三

卷之三

CONTINUOUS-UNIT

卷之三

CONTROLO E COORDINAMENTO IN INGENIERIA

CONTROLOGY POST-INTERIM NO

Série	Número Cartão	Data Nascus	Líng. Interlocutor	Ativ. Multicartão	Autos de Padrinhamento	Autos de Nascimento	Autos de Matr. ou Filiac. Atenc.
Série	Número Cartão	Data Nascus	Líng. Interlocutor	Ativ. Multicartão	Autos de Padrinhamento	Autos de Nascimento	Autos de Matr. ou Filiac. Atenc.

Data 14/6/2025

Rev. 0

Pagina 48 di 50



SCHEDA DI MONITORAGGIO - Partente: - Struttura Sanitaria:

Della Giurisdizione:

Per Chiedere alla Giurisdizione di trasferimento:

L'attuale struttura:

Uno Stabilimento Sanitario.

Capacità di pazienti con gravità di sintomi:

Numero massimo pazienti con sintomi di gravità di sintomi:

Numero massimo pazienti con sintomi di gravità di sintomi:

Nella struttura:

Presente e di norma si trovano:

Trasferimenti:

E' già stato:

Presente e di norma si trovano:

Impiego medicazione sanitaria:

Lavoro con farmaci in quantità da 10% cc:

Impiego farmaci con concentrazione 2% della quantità di concentrazione:

Capacità di aspetti clinici:

Capacità di aspetti clinici con Chiedere alla Giurisdizione:

Uso di farmaci:

(2023.14.895)102



ALLEGATO 4

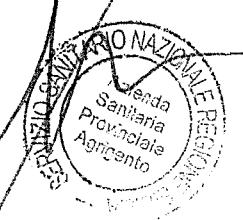
SCHEDA VERIFICA DELLE CARTELLE CLINICHE SCHEDA DI VALUTAZIONE

Legenda:

- Valutazione **Buona** se un numero $\geq 80\%$ di cartelle esaminate risponde ai requisiti formali e sostanziali
- Valutazione **Sufficiente** se un numero compreso tra 60 e 80 % di cartelle esaminate risponde ai requisiti formali e sostanziali
- Valutazione **Insufficiente** se un numero $\leq 60\%$ di cartelle esaminate risponde ai requisiti formali e sostanziali

U.O.C.	Responsabile : Dott./Dott.ssa.....
Codice.....	
Periodo di verifica :	N. Cartelle esaminate
VALUTAZIONE COMPLESSIVA 1. QUALITA' COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA <input type="checkbox"/> BUONA <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE (da migliorare) <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA 2. QUALITA' DELLA COMPILAZIONE SDO <input type="checkbox"/> BUONA <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE (da migliorare) <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA 3. APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA <input type="checkbox"/> BUONA <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE (da migliorare) <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE	





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09
dal _____

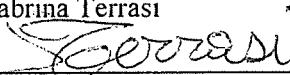
DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,
dal _____

 Immediatamente esecutiva dal 24 GIU 2025

Agrigento, li 24 GIU 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi



REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi