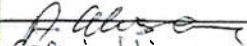

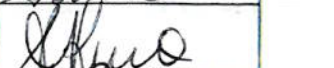
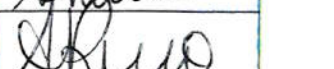
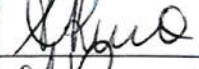
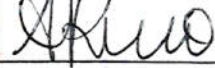


 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b> <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b> <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data Pagina 1 di 11
---	--	---

Stato delle revisioni					
Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione


NOME DEL FILE				
	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Annalisa Muscas Silvia Virginia Checcaglini Stefano Madeddu Giuseppina Sardu	Medico Specialista in Igiene Medico Specialista in Igiene Medico Specialista in Igiene Infermiera esperta	24/11/23	   
VERIFICA	Antonio Maria Pinna	Direttore Sanitario Aziendale	28/11/23	
APPROVAZIONE	Antonio Maria Pinna	Direttore Sanitario Aziendale	28/11/23	

COPIA

controllata


non



 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b> <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI</b> <b>RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL</b> <b>ORISTANO</b> <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data Pagina 2 di 11
---	--	---

## INDICE

1) <b>PREMESSA</b> .....	<b>Pag. 3</b>
2) <b>OGGETTO E SCOPO</b> .....	<b>Pag. 3</b>
3) <b>CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>Pag. 3</b>
4) <b>DOCUMENTI DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>Pag. 4</b>
5) <b>MODALITÀ OPERATIVE</b> .....	<b>Pag. 4</b>
5.1 – Selezione casistica e campionamento .....	<b>Pag. 4</b>
5.2 – Software utilizzati .....	<b>Pag. 5</b>
5.3 – Indicatori .....	<b>Pag. 5</b>
5.4 – Controlli qualitativi e completamento del tracciato SDO, sequenza delle azioni .....	<b>Pag. 6</b>
5.5 – Controlli analitici delle SDO e della cartella clinica, sequenza delle azioni .....	<b>Pag. 6</b>
6) <b>ESITO CONTROLLI INTERNI</b> .....	<b>Pag. 7</b>
7) <b>ALLEGATI</b> .....	<b>Pag. 7</b>
- Allegato 1: scheda di controllo della cartella clinica .....	<b>Pag. 8</b>
- Allegato 2: scheda di analisi di tutti gli indicatori .....	<b>Pag. 9</b>
- Allegato 3: verbale audit .....	<b>Pag. 10</b>
- Allegato 4: relazione semestrale di attività del Nucleo di Controllo .....	<b>Pag. 11</b>

 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b>  <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI  RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL  ORISTANO</b>  <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data  Pagina 3 di 11
---	--	---

## 1. PREMESSA

Nei sistemi sanitari la qualità della documentazione sanitaria rappresenta il presupposto imprescindibile per il perseguimento della qualità e sicurezza delle cure. La normativa Nazionale e gli adempimenti per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevedono che ogni Regione debba verificare l'appropriatezza delle prestazioni e la qualità della documentazione sanitaria effettuando controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Con Delibera 67/16 del 29/12/2015 l'Assessorato dell'Igiene Sanità e Assistenza Sociale della Regione Sardegna ha emanato gli indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia della attività ospedaliera, e, con Delibera n° 4/60 del 17/02/2023, gli indirizzi strategici all'ARES e alle Aziende Sanitarie per i controlli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità ha inoltre stabilito che venga costituito con atto formale in ogni Azienda Sanitaria Locale, un Nucleo di Controllo Interno in capo alla Direzione Medica di Presidio.

La ASL di Oristano ha istituito con atto deliberativo n° 156 del 14/04/2023 il Nucleo di Controllo Aziendale, composto da tre Dirigenti Medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva e da una Infermiera esperta con incarico di funzione e organizzazione flussi informativi ospedalieri.


## 2. OGGETTO E SCOPO

L'obiettivo principale dei controlli sull'attività di ricovero è quello di contribuire alla definizione degli indirizzi strategici sanitari sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. A tale proposito, il monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate, e l'ottimizzazione dell'utilizzo dell'ospedale hanno il fine di evitare il ricorso improprio e immotivato al ricovero, e garantire la prestazione nel livello più appropriato di assistenza.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Nucleo di Controllo Interno opera nei tre Presidi Ospedalieri della ASL 5:

- "San Martino" di Oristano;
- "Delogu" di Ghilarza;
- "Mastino" di Bosa.

 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b>  <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI  RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL  ORISTANO</b>  <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data  Pagina 4 di 11
---	--	---

#### 4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Delibera G.R. n° 67/16 del 29/12/2015 – Indirizzi strategici sull’appropriatezza ed efficacia dell’attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero;
- Deliberazione n° 460 del 16/02/2023 – Indirizzi strategici all’ARES e alle Aziende Sanitarie sui controlli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
- Deliberazione del Direttore Generale ARES n° 160 del 30/06/2023 – Piano annuale dei Controlli di Appropriatezza e di Congruità dei ricoveri negli ospedali pubblici e privati delle Strutture Pubbliche e Private;
- Disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna - Versione 4.0 - Allegato alla Determinazione della Direzione Generale Sanità n° 1501/53 del 27 gennaio 2020;
- Delibera della Direzione Generale ASL 5 n°156 del 14/04/2023 – Istituzione del Nucleo di Controllo Aziendale.

#### 5. MODALITA' OPERATIVE

La prima fase del sistema di controllo consiste nella messa a regime di un flusso informativo attraverso la corretta compilazione, trasmissione e accettazione della SDO. La scheda di dimissione ospedaliera rappresenta infatti lo strumento base per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dal Presidio Ospedaliero. Essa costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica e consente la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle informazioni anagrafiche e cliniche che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. È parte integrante della cartella clinica e ne assume il medesimo valore medico-legale, “è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico” e contiene le informazioni necessarie per l’attribuzione del DRG oltre a costituire l’unico titolo per l’accesso alla remunerazione. La compilazione delle SDO deve avvenire nel rispetto delle istruzioni contenute nel disciplinare tecnico flussi informativi sanitari della Regione Sardegna – versione 4.0.


Il sistema dei controlli interni prevede due fasi di controllo:

- **Controlli e analisi sugli archivi SDO:** finalizzati alla verifica della qualità e della completezza del tracciato SDO, attraverso l’elaborazione di un set di idonei indicatori.
- **Controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO.**

##### 5.1 – Selezione della casistica e campionamento

Il campionamento si effettua con modalità sia casuale che mirata. Il campione oggetto di controllo è così costituito:

- **campione casuale**, almeno il 10% della produzione dei ricoveri totali nel periodo di riferimento con cadenza mensile;
- **campione mirato**, pari ad almeno il 2,5% del campione casuale relativo ai ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza afferenti all’elenco del 108 DRG.

 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b>  <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b>  <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data  Pagina 5 di 11
---	--	---

## 5.2 – Software utilizzati

- SISAR-ADT (estrazione flusso SDO);
- SIDI (controlli logico-formali);
- Code-finder (simulazioni SDO);
- 3M 360 Encompass Analytics (elaborazione indicatori).

## 5.3 – Indicatori – (Allegato 1 DGR 67/16 del 29/12/2015)

### - Indicatori controlli di qualità di primo livello:


- Percentuale di errori logico-formali;
- Peso medio DRG;
- Degenza media trimmata;
- Percentuale di ricoveri sopra soglia;
- Tasso di occupazione, indice di rotazione, intervallo di *turnover*;
- Percentuale di ricoveri ripetuti;
- Percentuale di ricoveri oltre soglia;
- Percentuale ricoveri urgenti brevi;
- Percentuale ricoveri a rischio inappropriatezza in DO;
- Percentuale dimissione da reparti chirurgici con DRG medico;
- Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi;
- Utilizzo post acuzie continuità ospedale territorio.

### - Indicatori controlli di qualità di secondo livello:

3	Una procedura è di solito eseguita per la diagnosi segnalata ma nessuna procedura è riportata.
9	Ove possibile, un sintomo non dovrebbe essere selezionato come diagnosi principale
23	La procedura influenza il processo di attribuzione del DRG e non è di solito eseguita per alcuna delle diagnosi riportate.
24	La procedura non influenza il processo di attribuzione del DRG e non è di solito eseguita per alcuna delle diagnosi riportate.
26	La procedura che ha determinato il DRG non è correlata alla diagnosi principale (es. DRG 468, 476, 477).
49	Il codice di diagnosi principale non è specifico.

Tabella 1: Edit percentuali di errori di codifica segnalati all'allegato 1 DGR 67/16 del 29/12/2015.

I controlli di qualità di secondo livello possono essere implementati con la ricerca di ulteriori tipologie di Edit che si rendessero necessari.

 <b>ASL Oristano</b>	Procedura <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI          RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL          ORISTANO</b> Direzione Medica di Presidio	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data Pagina 6 di 11
---	--	---


#### **5.4 – Controlli di qualità e completezza del tracciato SDO – sequenza delle azioni**

Le attività di controllo vengono effettuate con cadenza mensile entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento. Comprendono:

- selezione delle SDO validate e verifica DRG mal definiti (468, 469, 470, 476, 477);
- ricalcolo del DRG e storicizzazione SDO periodo di riferimento;
- estrazione flusso SDO e caricamento in SIDI del file A;
- analisi degli errori di secondo livello restituiti da SIDI e stampa degli stessi;
- correzione degli errori che non inficiano il DRG nei SISAR-ADT, (ad esempio, errata data di prenotazione, errata compilazione del campo “tipo di ricovero” ecc.);
- rielaborazione del file A e caricamento in SIDI con validazione di almeno il 97%;
- percentuale di errori logico-formali totali e distinti per Unità Operativa rilevati da SIDI;
- caricamento del file A su 3M 360 Encompass;
- estrazione e calcolo degli indicatori.

#### **5.5 – Controlli analitici delle SDO e delle cartelle cliniche – sequenza delle azioni**

- analisi degli indicatori ed estrazione degli Edit tramite 3M 360 Encompass e stampa del report;
- controlli sulle cartelle cliniche;
- compilazione della “Scheda di controllo della cartella clinica” (vedi allegato 1);
- compilazione della “Scheda di analisi di tutti gli indicatori” riguardante l’attività di ricovero dell’Unità Operativa esaminata, (vedi allegato 2) da inviare al Responsabile della U.O. unitamente all’allegato 1;
- programmazione di un audit con il Responsabile dell’Unità Operativa interessata e successiva stesura del verbale, (vedi allegato 3);
- invio del “Report semestrale di attività del Nucleo di Controllo” Dipartimento del Governo del Privato Accreditato e Appropriatelyzza e al Referente Struttura Complessa Committenza Servizio per i Controlli di Appropriatelyzza e alla Direzione Generale della ASL di Oristano (vedi allegato 4).

 <b>ASL Oristano</b>	<p style="text-align: center;">Procedura</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Direzione Medica di Presidio</b></p>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data  Pagina 7 di 11
---	--	---

## 6. ESITO CONTROLLI INTERNI

Le nuove SDO revisionate con l'approvazione del Responsabile dell'Unità Operativa, verranno inserite in cartella clinica in sostituzione della SDO errata.

La SDO errata verrà conservata agli atti della Direzione Medica di Presidio con tutta la documentazione attestante il processo elencato.

## 7. ALLEGATI

- Allegato 1: Scheda di controllo della cartella clinica;
- Allegato 2: Scheda di analisi di tutti gli indicatori;
- Allegato 3: Verbale audit;
- Allegato 4: Relazione semestrale di attività del Nucleo di Controllo.



 <b>ASL Oristano</b>	Procedura  <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b> Direzione Medica di Presidio	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data  Pagina 8 di 8
---	--	--



<b>Controlli interni Appropriatelyzza dei Ricoveri Ospedalieri</b>  <b>Direzione Medica di Presidio Nucleo di Controllo Interno</b>
---

### SCHEDA DI CONTROLLO DELLA CARTELLA CLINICA (Allegato 1)

Data \_\_\_\_\_

Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_ Codice disciplina \_\_\_\_\_

Numero SDO \_\_\_\_\_ Regime di ricovero \_\_\_\_\_

N° gg di degenza \_\_\_\_\_

	DATO RILEVATO	DATO REVISIONATO	NOTE
Data di ricovero			
Data di dimissione			
Regime			
Diagnosi Principale			
Diagnosi Secondaria			
Dgn Sec. II			
Dgn Sec. III			
Intervento principale			
Intervento secondario			
Int. Sec. II			
Int. Sec. III			
Modalità di dimissione			
DRG			
Tipo di DRG			
Peso relativo del DRG			

Motivazione della revisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I componenti del Nucleo di Controllo


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile U.O.

\_\_\_\_\_

 <b>ASL Oristano</b>	<b>Procedura</b> <b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b> <b>Direzione Medica di Presidio</b>	Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data Pagina 9 di 9
---	--	--



**Controlli interni Appropriatelyzza dei Ricoveri Ospedalieri**

**Direzione Medica di Presidio**  
**Nucleo di Controllo Interno**

### SCHEDA DI ANALISI DI TUTTI GLI INDICATORI (Allegato 2)

Data \_\_\_\_\_

Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_ Codice disciplina \_\_\_\_\_

Numero posti letto \_\_\_\_\_

003	Una procedura è di solito eseguita per la diagnosi principale segnalata ma nessuna procedura è riportata	NUMERO
009	Ove possibile, un sintomo non dovrebbe essere selezionato come diagnosi principale è disattivato se il tipo di ricovero (campo importato) è urgente	
023	La procedura influenza il processo di attribuzione al DRG e non è di solito eseguita per alcuna delle diagnosi riportate	
024	La procedura non influenza il processo di attribuzione al drg e non è di solito eseguita per alcuna delle diagnosi riportate	
026	La procedura che ha determinato il DRG non è correlata alla diagnosi principale (ad esclusione DRG 468, 476, 477) confermare la diagnosi principale	
049	Il codice di diagnosi principale non è specifico	

	DEGENZA ORDINARIA	DAY HOSPITAL	VALORI DI RIFERIMENTO
PESO MEDIO DRG			
DEGENZA MEDIA TRIMMATA			
PERCENTUALE DI RICOVERI SOPRA SOGLIA			
TASSO OCCUPAZIONE			
TASSO INTERVALLO TURN OVER			
INDICE DI ROTAZIONE			
PERCENTUALE RICOVERI URGENTI BREVI			
PERCENTUALE DI RICOVERI A RISCHIO DI INAPPRIPRIATEZZA IN DO			
PERCENTUALE DIMISSIONI DA REPARTI CHIRURGICI CON GRD MEDICO			
PERCENTUALE DRG COMPLICATI SUL TOTALE DRG OMOLOGHI			
UTILIZZO POST ACUZIE E CONTUNUITA' OSPEDALE TERRITORIO			

Fonte dati: File A

Software informatico: 3M 360 Encompass Analytics

La Direzione Medica di Presidio

 <b>ASLOristano</b>	<p style="text-align: center;">Procedura</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTROLLI INTERNI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI DEI PP.OO. ASL ORISTANO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Direzione Medica di Presidio</b></p>	<p>Codice identificativo Edizione (data) Revisione n° e data</p> <p style="text-align: right;">Pagina 10 di 10</p>
--	--	--



**Controlli interni Appropriatelyzza dei  
Ricoveri Ospedalieri**

**Direzione Medica di Presidio  
Nucleo di Controllo Interno**

**VERBALE AUDIT (Allegato 3)**

Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_ Audit del \_\_\_\_\_

Presenti \_\_\_\_\_

N° cartelle cliniche analizzate	N° SDO	Cartella n°	Revisionata (si/no)

Note:

---



---



---



---



---

Letto e condiviso dagli operatori sanitari presenti.

Firma

---



---



---

