

DELIBERAZIONE N° 367

SEDUTA DEL - 1 APR. 2014

Politiche della persona

DIPARTIMENTO

OGGETTO LEGGE 133/2008 E D.M. SALUTE DEL 10 DICEMBRE 2009 - PROGRAMMA REGIONALE DI CONTROLLO DELLE CARTELLE CLINICHE PRODOTTE NELL'ANNO 2013

Relatore ASS. FRANCONI

La Giunta, riunitasi il giorno 1 APR. 2014 alle ore 13,15 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Aldo BERLINGUER Componente	X	
4.	Raffaele LIBERALI Componente	X	
5.	Michele OTTATI Componente	X	

Segretario: AVV. DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 4 pagine compreso il frontespizio e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la "Riforma dell'organizzazione regionale";

VISTE la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. 2903 del 13 dicembre 2004, disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06;

VISTA la D.G.R. n.227 del 19.02.2014 relativa alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali " Presidenza della Giunta" e "Giunta Regionale";

DATO ATTO che la delibera sopracitata stabilisce che fino al completamento del processo di riorganizzazione sono confermati gli uffici esistenti e le relative declaratorie, quali risultanti dalla D.G.R. 2017/05 e s.m.i., come ricollocati nell'ambito dei nuovi Dipartimenti;

VISTA la D.G.R. n.231 del 19.02.2014 avente per oggetto "Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona";

VISTO l'art. 88, comma 2, della L. 23 dicembre 2000 n. 388, così come sostituito dall'art. 79, comma 1 septies del D.L. 112 del 2008, convertito con modifiche dalla Legge n. 133 del 2008 con cui si dispone che ... omissis ... *le Regioni assicurano per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte e delle corrispondenti schede di dimissioni, in conformità a specifici protocolli di valutazione;*

VISTO il D.M. Salute del 10 dicembre 2009 – G.U. n.122 del 27 maggio 2010 che definisce i parametri di riferimento per l'individuazione, da parte delle Regioni, delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata e stabilisce che debba essere sottoposta a controlli di merito una casistica non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle prodotte annualmente su base regionale;

RICHIAMATE le precedenti deliberazioni:

- n.298 del 14 marzo 2012 che includeva l'attività di controllo delle cartelle cliniche tra gli obiettivi - anno 2012 - per i direttori generali delle aziende sanitarie della Regione Basilicata;
- n.337 del 27 marzo 2013 di conferma degli obiettivi anche per l'anno 2013;
- n.395 del 10 aprile 2013 con cui, tra l'altro, si adottavano formalmente i format di rendicontazione, predisposti dal Ministero della Salute, da compilarsi da parte delle aziende sanitarie regionali in riferimento a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati;

RITENUTO necessario redigere, avendolo condiviso con i referenti aziendali, il programma di controllo e di rendicontazione, sulle cartelle prodotte nell'anno 2013, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il report annuale regionale delle attività di controllo, da inviarsi al Ministero della Salute, costituisce, ai sensi del comma 4, art. 3 del D.M. del 10 dicembre 2009, oggetto di valutazione - in sede di verifica degli adempimenti di cui all'Intesa stipulata dallo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il 23 marzo 2005 - a cura del Comitato di cui all'art. 9 dell'Intesa medesima (Comitato LEA);

RIBADITO che l'obbligo in capo alla Regione rientra negli adempimenti regionali per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. e che, pertanto, tutte le Aziende del SSR sono tenute alla realizzazione di tale programma di controllo, fornendo il proprio contributo al raggiungimento dell'obiettivo regionale;

SU proposta dell'Assessore al ramo;

AD unanimità di voti

DELIBERA

per i motivi espressi in premessa, che qui si intendono integralmente riportati:

di approvare il programma regionale di controllo delle cartelle cliniche prodotte dagli erogatori del SSR nell'anno 2013, che è allegato alla presente deliberazione e ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di stabilire che le Aziende sanitarie predisporranno la rendicontazione delle attività svolte, utilizzando i format già predisposti dal Ministero Salute in occasione del programma relativo all'anno 2012 ed allegati allo stesso programma di controllo di cui al precedente punto;

di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali per la realizzazione delle attività di verifica, le cui risultanze devono essere inviate al Dipartimento Politiche della Persona entro e non oltre il prossimo 15 maggio 2014 allo scopo di consentire la predisposizione della relazione regionale, il cui invio e valutazione positiva è condizione necessaria al fine del superamento della verifica da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui agli art. 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005;

di dare atto che la modalità di rendicontazione, come indicato nell'allegato parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, deve obbligatoriamente prevedere, oltre alla relazione descrittiva, il conferimento informatico dei dati, in formato file excel, affinché il Dipartimento Regionale possa rapidamente operare le elaborazioni necessarie alla compilazione dei report complessivi regionali.

Il presente provvedimento non prevede impegno di spesa sul Bilancio regionale.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE


(dott.ssa Gabriella CAUZILLO)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

LINEE GUIDA E DI INDIRIZZO SULLA METODOLOGIA DEI CONTROLLI SULL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER TUTTI GLI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI – ANNO 2013

La completezza, la correttezza e l'accuratezza della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero, oltre che un obbligo di legge costituisce un requisito essenziale affinché i dati contenuti possano essere utilizzati per l'analisi della tipologia e della qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

Gli obiettivi principali dell'attività di controllo si possono quindi così riassumere:

- nel favorire il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dal SSR, garantendo il rispetto di quanto definito dalla Regione, anche nell'ambito degli obiettivi assegnati ai direttori generali, in tema di assistenza ospedaliera,
- nel ridurre il ricorso a ricoveri impropri,
- nel promuovere la qualità della documentazione.

La necessità dei controlli viene sancita da:

Art. 79, comma 1-septies, del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla **Legge 6 agosto 2008, n. 133** che prevede un controllo analitico annuale di **almeno il 10%** delle cartelle cliniche prodotte da ciascun erogatore,

e **Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009** (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", che stabilisce che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate come ad alto rischio di inappropriatelyzza, rappresentando che tali controlli analitici debbano riguardare **almeno il 2,5%** delle cartelle prodotte su base regionale.

La Regione Basilicata, inoltre, ha inserito la piena attuazione del programma regionale di controllo sulle cartelle cliniche negli obiettivi per i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali ex **DD.G.R. n. 298/2012 e n. 1682/2012 per l'anno 2012 e n. 337/2013** di conferma degli obiettivi per l'anno 2013.

COMPETENZA DEI CONTROLLI

Si conferma come già esposto nei programmi precedenti che è necessario che i *Direttori Generali* di ciascuna Azienda Sanitaria/Ospedaliera e il *Legale rappresentante delle strutture private accreditate* assicurino la funzione di controllo analitico al proprio interno, tenendo conto della rilevanza quantitativa e qualitativa che questa funzione ha assunto, sia per dettato normativo sia per l'apporto conoscitivo nel merito della qualità delle prestazioni erogate.

Tale funzione di controllo è demandata a dirigenti aziendali con formazione ed esperienza in questo ambito (esperienza di governo clinico, conoscenza del sistema dei DRG, esperienza di codifica delle SDO, conoscenza dei percorsi assistenziali, conoscenza del PRUO, formazione sulle funzioni di controllo, attitudine alla supervisione, assenza di conflitto di interessi), individuando dove possibile, all'interno delle U.O. un referente con cui il gruppo predetto possa interloquire per specifiche situazioni emergenti.

Nelle Aziende Sanitarie Provinciali ASP e ASM tale Gruppo di lavoro dedicato, se non diversamente organizzato su base aziendale, svolgerà anche le funzioni di controllo esterno sulle attività di ricovero svolte dalle **strutture private accreditate** con cui le medesime aziende abbiano sottoscritto un rapporto di fornitura, estendendosi il controllo a tutti gli erogatori ivi compresi i privati accreditati.

TIPOLOGIA DEI CONTROLLI

Ai fini del presente programma i controlli analitici sulle cartelle cliniche vengono distinti in controlli di congruità e controlli di appropriatezza organizzativa.

I **controlli di congruità** sono effettuati mediante il confronto tra SDO e cartella clinica, pertanto permettono di valutare la correttezza della compilazione della SDO, ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica (cartella clinica, registro sala operatoria etc.) e quanto segnalato e codificato nella SDO, facendo attenzione ad eventuali fenomeni opportunistici.

I **controlli di appropriatezza organizzativa** valutano se il livello assistenziale di erogazione delle prestazioni sia quello più appropriato, cioè quello che permette a parità di benefici, un uso più efficiente delle risorse e un minor rischio per il paziente.

Considerando la complessità del processo di valutazione dei ricoveri, una delle maggiori criticità del sistema è data dalla necessità che le attività di controllo siano attuate secondo modalità uniformi; pertanto il presente documento si propone di fornire specifiche modalità operative in tema di controlli sulle attività di ricovero effettuati nelle strutture di ricovero della regione nell'anno 2013.

Relativamente ai controlli di **congruità del 10% delle cartelle** - ex art.79, comma 1 septies legge 133/2008) **da effettuarsi sulle cartelle prodotte e selezionate con modalità random da tutti gli erogatori, ivi compresi gli ospedali distrettuali che erogano ricoveri di lungodegenza e riabilitazione e le strutture private accreditate**, si richiamano particolarmente i fenomeni a rischio inappropriata individuati dalla DGR 130/12 (non modificati dalla successiva DGR 463/13 di adozione delle nuove tariffe) quali:

- Drg di alta specialità:
 - *Casi con degenza breve (<= 3 notti);*
 - *Casi di ricoveri ripetuti.*
- Drg "mal definiti": 424, 468, 476, e 477;
- ricoveri per acuti ordinari ripetuti con intervallo temporale 0-1 giorno;
- ricoveri ordinari ripetuti nei reparti codice 56 con intervallo temporale 0-7 giorni.

Relativamente ai **controlli che devono riguardare complessivamente non meno del 2,5% delle cartelle** prodotte in Regione (ai sensi del D.M. 10.12.2009) si confermano le tipologie già previste, da selezionarsi con modalità random:

1) **tutte le cartelle cliniche relative ai parti cesarei** per quei presidi ospedalieri in cui tale modalità di espletamento del parto, nell'anno 2013, abbia fatto registrare una % > = al 40% rispetto alla totalità dei parti, (art. 2, comma 3)

Presidi Ospedalieri pubblici e privati accreditati appartenenti a:	totale parti anno 2013	tot. cesarei	% cesarei struttura	totale cartelle da esaminare
ASP				
• P.O. Melfi/Venosa	480	212	44,17	212
• P.O. Villa D'Agri	252	111	44,05	111
• P.O. di Lagonegro	548	266	48,54	266
• Clinica Luccioni	-----	-----	-----	-----
ASM				
• P.O. Matera	-----	-----	-----	-----
• P.O. Policoro	529	263	49,72	263

Tot

852

2) cartelle riferite ai D.H. medici con finalità diagnostica nella misura percentuale eccedente il risultato (valutabile al 100% dell'obiettivo massimo) stabilito per ogni azienda sanitaria, per l'anno 2013, dalle delibere degli obiettivi dei direttori generali sopracitate.

Nel caso in cui le Aziende avessero raggiunto l'obiettivo fissato, si conferma comunque che la percentuale di cartelle da esaminare non può comunque essere inferiore alla percentuale del 2,5% di quelle prodotte presso i singoli presidi ospedalieri, per la casistica considerata.

Il rationale di tale controlli discende dal fatto che gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale lasciando i posti letto disponibili per i casi di effettivo bisogno. Per il calcolo, si assume come riferimento il dato registrato nell'anno 2013 e le note per l'elaborazione definite nell'ambito del network coordinato dal MeS cui la Regione aderisce.

Presidi Ospedalieri pubblici e privati accreditati appartenenti a:	obiettivo definito valutabile al 100% DD.G.R. 298 /12 e s.m.i.	numerosità della casistica anno 2013	percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica/ totale delle cartelle DH medico	numerosità della casistica da esaminare
ASP	< 10			
• P.O. Melfi/Venosa		36	29,75%	8
• P.O. Villa D'Agri (*)		30	8,77%	-----
• P.O. di Lagonegro		435	44,98%	150
• Clinica Luccioni		-----	-----	-----
ASM	< 10			
• P.O. Matera		310	43,66%	105
• P.O. Policoro		18	7,35%	-----
AOR San Carlo(*)	< 35	1239	26,26%	31
IRCCS CROB (*)	non previsto dalla DGR obiettivi	233		6

Tot

350

(*) è stata applicata la percentuale del 2,5%

note per l'elaborazione:

- Si considerano i DGR medici in ricovero in D.H.
- Nel campo "finalità del D.H." si considera la modalità "diagnostico".
- Si escludono i codici: 190.1, V10.84, V16.8, V42.1, 996,83, V42.6, 996.84, da qualsiasi diagnosi.
- La specialità di dimissione 25 " medicina del lavoro"

3) **cartelle riferite a DRG medici dimessi da reparti chirurgici** nella misura percentuale eccedente il risultato (valutabile al 100%) stabilito per ogni azienda sanitaria, per l'anno 2013, dalle delibere degli obiettivi dei direttori generali sopracitate.

Il rationale della scelta mira a mettere in evidenza come vengono utilizzate le risorse a disposizione dei reparti di chirurgia, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery.

Per il calcolo, si assume come riferimento il dato registrato nell'anno 2013 e le note per l'elaborazione definite nell'ambito del network coordinato dal MeS cui la Regione aderisce.

Nel caso in cui le Aziende avessero raggiunto l'obiettivo fissato, si conferma comunque che la percentuale di cartelle da esaminare non può comunque essere inferiore alla percentuale del 2,5% di quelle prodotte presso il singolo presidio ospedaliero, per la specifica casistica.

Presidi Ospedalieri pubblici e privati accreditati appartenenti a:	obiettivo definito valutabile al 100% DD.G.R. 298 /12 e s.m.i.	numerosità della casistica anno 2013	percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DGR medici/ totale dimessi da reparti chirurgici	numerosità della casistica da esaminare
ASP	< 20			
• P.O. Melfi/Venosa(*)		155	12,22 %	4
• P.O. Villa d'Agri(*)		225	13,18 %	6
• P.O. Lagonegro		632	35,53%	98
• Clinica Luccioni (Ch. generale) (Ortopedia)		249 261	42% 25%	55 65
ASM	< 20			
• P.O. di Matera		1158	29,24%	110
• P.O. di Policoro		659	39,39%	131
AOR San Carlo	< 25	2595	29,95%	130
IRCCS CROB(*)	< 20	228	16,5%	6
Tot				618

(*) è stata applicata la percentuale del 2,5%

note per l'elaborazione:

le **specialità chirurgiche selezionate** sono:

06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38, otorinolaringoiatria, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.

Sono esclusi:

- i dimessi con intervento principale di litotripsia (cod ICD9 – CM di procedura. 98.5, 98.51, 98.52, 98.59),
- i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, v642, V643),
- i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile), 124, 125 (malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicate e non complicata),
- le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95,
- i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.

4) cartelle riferite ai ricoveri ordinari medici brevi di degenza 0-1-2 giorni

Presidi pubblici e privati accreditati appartenenti a:	Ospedalieri e privati appartenenti a:	obiettivo definito valutabile al 100% DD.G.R. 298 /12 e s.m.i.	numerosità della casistica anno 2013	percentuale cartelle cliniche prodotte riferite a ricoveri (0-1-2-giorni)/numero ricoveri ordinari medici	numerosità della casistica da esaminare
IRCCS CROB		< 12	370	24,31%	50

Tot

50

note per l'elaborazione:

dal calcolo sono esclusi i dimessi con terapia radiometabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229, in procedura principale e secondaria) e diagnosi di tumore (codici ICD9 CM 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie)

5) Sepsis post operatorie per chirurgia di elezione

L'indicatore mette in evidenza il verificarsi di uno stato di sepsi ogni 1.000 pazienti sottoposto ad intervento chirurgico in elezione in elezione, con degenza superiore o uguale a 4 giorni.

In considerazione dell'importanza attribuita all'indicatore, ma anche della esiguità della casistica rilevata presso le singole strutture, si ritiene necessario sottoporre ad esame almeno il 50% della casistica rilevata nel 2013.

Presidi Ospedalieri pubblici e privati accreditati appartenenti a:	numerosità della casistica anno 2013	numerosità della casistica da esaminare
ASP		
• P.O. Melfi	12	6
• P.O. Villa D'Agri	11	6
• P.O. di Lagonegro	2	1
ASM		
• P.O. Matera	30	16
• P.O. Policoro	2	1
AOR San Carlo	17	9
IRCCS CROB	1	1

Tot

40

note per elaborazione

per il calcolo, facendo riferimento alle modalità di calcolo MeS, si considerano i ricoveri programmati e con pre ospedalizzazioni per i dimessi con degenza \geq a 4 giorni, minorenni inclusi. Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice procedura tra 00 e 86. Sono esclusi: i dimessi con diagnosi principale di infezione o sepsi, i dimessi con diagnosi principale o secondaria di stato immunocompromesso o cancro, i dimessi con intervento principale o secondario in immunocompromesso, i DRG di infezione o cancro.

6) Ricoveri di riabilitazione

Come già stabilito nella DGR 130/2012 le Aziende Sanitarie ASP e ASM sottoporranno a controlli di merito le cartelle prodotte dai presidi ospedalieri pubblici e dai privati accreditati:

- **tutti i ricoveri ordinari ripetuti nei reparti di codice 56 con intervallo temporale di 0-7 giorni,**
- **tutti i pacchetti di 3 o più ricoveri consecutivi (con intervallo temporale di 0-1 giorno) con utilizzo del reparto di Cod. 56 come reparto scambiatore.**

METODOLOGIA DI ANALISI

Per la realizzazione del programma di controllo si consigliano:

l'applicazione dei criteri PRUO specialmente nei controlli su atteggiamenti supposti di opportunismo tariffario e

l'audit clinico sulla appropriatezza del setting assistenziale da concordarsi con le UU.OO. interessate onde potersi valutare anche l'applicazione di linee guida nazionali e regionali per le singole specialità.

MODALITÀ DI RENDICONTAZIONE

Le aziende Sanitarie ed ospedaliere regionali in fase di invio della relazione al Dipartimento Regionale, da inviarsi entro e non oltre il **15 maggio 2014**, compileranno, in ogni parte, i format predisposti dal Ministero della Salute in occasione del programma di controllo anno 2012, allegati al presente programma, da trasmettersi, unitamente alla relazione esplicativa, esclusivamente in formato excel, ai seguenti indirizzi di posta elettronica: dg_sanita@regione.basilicata.it - gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it. - mazullo@regione.basilicata.it rispettivamente della Direzione Generale regionale e dell'Ufficio dipartimentale competente.

Allegati:

format excel di rendicontazione (ex Circolari Ministeriali prot DGPROGS 0005865 – P - 01/03/2013 e prot. DGPROGS 0006190 – P -05/03/2013)

Tabella 1. Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79 comma 1 septies legge 133 del 6.08.2008) - Anno di verifica 2013

Codice SIS ^(a)	Erogatore ^(a) Denominazione struttura erogante	Controlli Cartelle Cliniche			Risultati ^(b)		Misure adottate ^(b)		Altro ^(a)
		Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(d)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici Abbattimenti tariffari ^(e)	% sul Budget ^(f)	
170901	AOR- San Carlo- Potenza								
170910	IRCCS CROB								
170020	O. U. Pres. di Lagonegro								
170020	O.U. Pres. di Lauria								
170006	Osp. Chiaromonte								
170008	Osp. Villa d'Agri								
170024	O.U. Pres. Melfi								
170024	O.U. Pres. Venosa								
170011	P.O. di Matera								
170025	P.O. di Policoro								
170012	Osp.di Tricarico								
Totale									

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri sud

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Tabella 2. Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del DM del 10.12.2009 - Anno di verifica 2013

Erogatore ^(h)	Prestazioni ad alto rischio inappropriatazza																			
	Ricoveri DH medica carattere diagnostico		Parti Cesarei		cod 56		sessi		Ricoveri con DRG medici da reparti chirurgici		ricoveri medici brevi		Totale complessivo			Misure adottate				
	Num CC non confermate ^k	Num CC tot	Num CC non confermate ^l	Num CC tot	numCC non conf ^m	Num CC tot	Num CC non confermate ⁿ	Num CC tot	Num CC non confermate ^o	Num CC tot	Num CC non confermate ^p	I Num CC tot m	Num CC totale struttura erogatrice m	% CC prestazioni inappropriata ^q	I Num CC non confermate ^r	% CC non confermate sul totale della CC controllata ^s	Abbandonanti tariffari ^t	% sul Budget ^u	Altro ^v	
170901 AQR- San Carlo - Potenza																				
170910 IRCCS CRGB																				
170020 Osp. di Lagonegro/Lauria																				
170008 Osp. di Villa d'Agri																				
170024 Osp. Melfi/Venosa																				
170011 P.O Matera																				
170012 Osp. Tricarico																				
170025 Osp Policoro																				
Totale																				

Note:

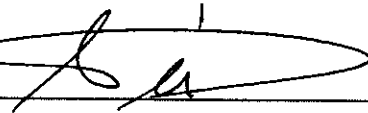
- CC = cartelle cliniche
- Prestazione... = per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatazza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie
- (a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11
- (b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11
- (c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti
- (d) Somma del numero cartelle cliniche (\sum Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza
- (e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice
- (f) = (d)/(e)
- (g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (\sum Num CC non conf ermata) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza
- (h) = (g)/(d)
- (i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatazza (in euro)
- (j) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati
- (m) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO



IL PRESIDENTE



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 8-4-14
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Longo

