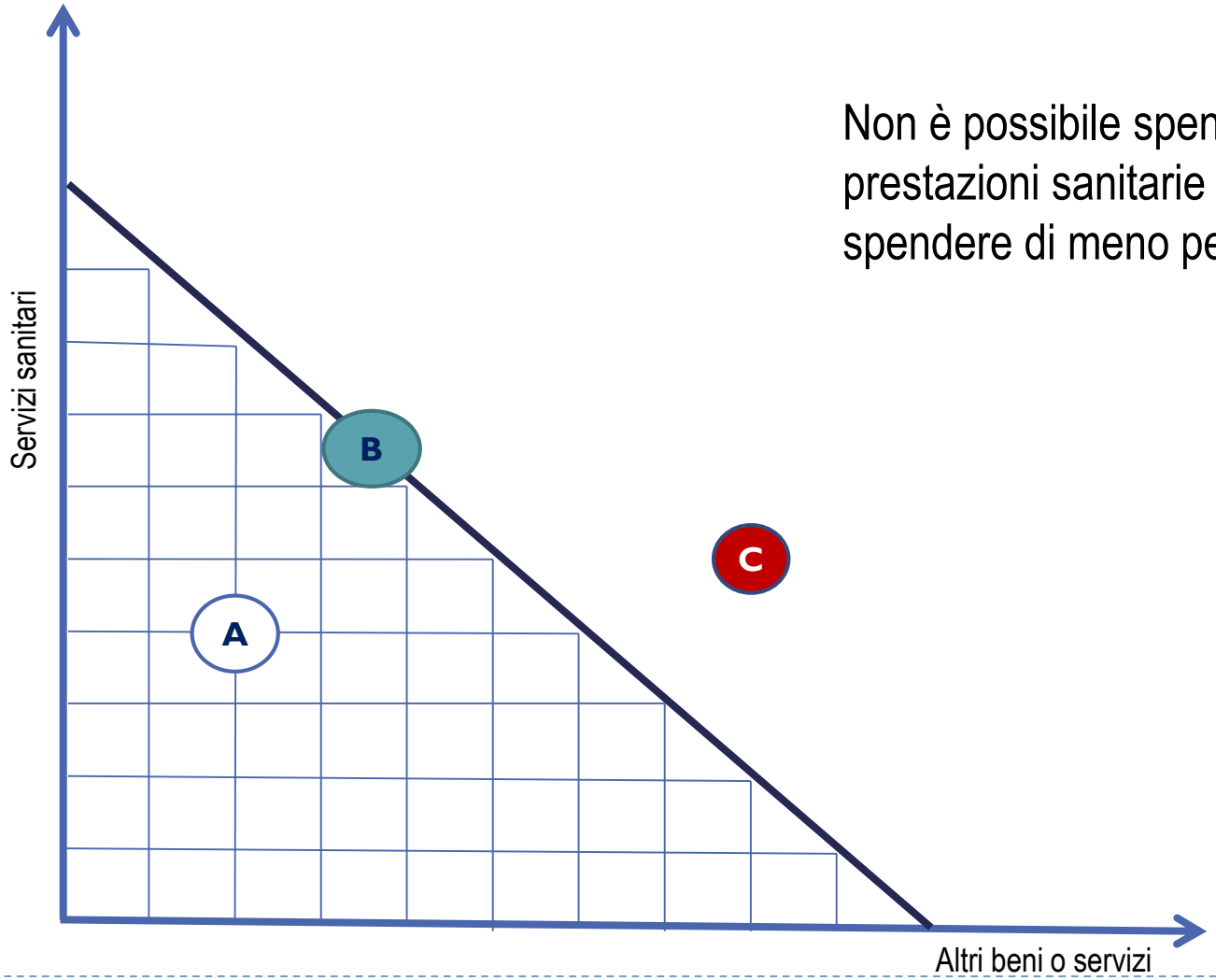
Pianificazione delle risorse e negoziazione del budget in ambito ospedaliero

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

dott. Franco Guerzoni – AA 2015-2016

Il contesto

Il contesto



Non è possibile spendere di più per prestazioni sanitarie se non si è disposti a spendere di meno per altri beni o servizi

Il contesto

Fondo Sanitario
[quota capitaria]

Aziende USL

A prestazione
[DRG, altre entrate]

Aziende USL

Aziende Ospedaliere

Privato

Il contesto

Il Decreto Legislativo 502/1992 prevede (art. 8 comma 7) che le Regioni determinino le modalità per il superamento degli attuali rapporti convenzionali (non oltre il 31/12/95) e l'entrata in vigore dei nuovi rapporti con le strutture private basate sull'accreditamento delle strutture che erogano prestazioni specialistiche, sulla remunerazione di tali prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte dai Centri e delle prestazioni erogate.

- ACCREDITAMENTO
- Pagamento a PRESTAZIONE (PPS)
- Verifica e promozione della QUALITÀ dell'assistenza

Il contesto

La qualità delle prestazioni fa riferimento a un criterio di EFFICACIA, alla necessità clinica di effettuare uno specifico atto medico

- APPROPRIATEZZA CLINICA

Il contesto

La qualità delle prestazioni in riferimento alla selezione del corretto livello assistenziale, configura un criterio di EFFICIENZA

- APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Il contesto

La qualità delle prestazioni richiede la precisa descrizione delle prestazioni; si fa riferimento a un criterio di CERTIFICAZIONE

- APPROPRIATEZZA DI COMPILAZIONE E CODIFICA

La SDO è la base della Qualità

Quindi non è vero che la SDO è solo il TITOLO per esigere il pagamento

Definizione della prestazione unitaria

Definizione della prestazione unitaria

La definizione della “**prestazione unitaria**” sulla base della quale regolare il pagamento / rimborso determina:

- entità del **rischio finanziario**
  - imposto al produttore
  - assunto dal finanziatore
- intensità degli **incentivi** connessi all’aumento del volume di attività e (implicitamente) sistema di controllo adottato
- fattibilità e gestibilità del **sistema di rilevazione dati** su cui si basa il sistema di finanziamento

Definizione della prestazione unitaria

Il rischio finanziario implicitamente imposto al produttore riguarda

- **volume e tipo di risorse** utilizzate durante il ricovero (che, a loro volta, dipendono dall'appropriatezza dei profili di cura adottati dai clinici per l'assistenza ai pazienti)
- **costo unitario delle risorse** (in parte legato all'efficienza economica dell'ospedale)

La quantità ed il tipo di servizi prodotti dall'Ospedale ed utilizzati per l'assistenza ai singoli pazienti determinano l'intensità dell'assistenza

Definizione della prestazione unitaria

Definizione della prestazione unitaria

L’unità di pagamento adottata, dal 1° gennaio 1995, è il **complesso dei servizi** resi al paziente durante la degenza per gestire le problematiche che hanno determinato e caratterizzato il ricovero

Le tariffe specificate per ciascuna “unità di prestazione” (singole categorie di ricoveri) hanno l’obiettivo di remunerare i **costi complessivi mediamente sostenuti** dalla struttura per l’assistenza a tutti i pazienti ricoverati attribuiti ad una determinata categoria di prestazioni (definite dal sistema DRG)

Definizione della prestazione unitaria

Se la prestazione di base fosse stata la singola prestazione, il rischio finanziario del produttore sarebbe limitato al solo costo di produzione dei singoli servizi, che **comprende:**

- costo unitario degli input utilizzati
- efficienza economica della loro trasformazione

Sarebbe rimasta **esclusa**

- la loro combinazione nell'ambito dell'intero episodio di trattamento
- l'appropriatezza clinica nella loro utilizzazione
- l'incentivazione a contenere i costi complessivi del ricovero (che invece, probabilmente, sarebbero aumentati in risposta ad una incentivazione opposta)

La scheda di dimissione ospedaliera

Definizione

- La scheda di dimissione ospedaliera è:
  - lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative allo stato di salute del paziente ed alle cure da lui ricevute nel corso dell'episodio di ricovero cui è riferita;
  - è obbligatoria per ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati di tutto il territorio nazionale

Istituzione della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

- Articolo 1:
  È istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.
  <…>

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

Obbligatorietà e valenza della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

- Articolo 1:
  <…>
  Entro il 30 giugno 1992 è fatto obbligo a tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale di adottare la scheda di dimissione ospedaliera, quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Articolo 2, comma 2:
  Fermo restando che, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale,
  <…>

Contenuto informativo della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

- Articolo 3:
  La scheda di dimissione ospedaliera deve contenere almeno le sottoelencate informazioni:
  <…>
  Allo scopo di definire il livello di bisogno socioassistenziale dei dimessi dagli istituti di ricovero, la scheda di dimissione ospedaliera può altresì contenere informazioni relative a:
  - situazione abitativa del paziente;
  - eventuale necessità di assistenza domiciliare, ovvero di ricovero in residenza sanitaria assistenziale.

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Articolo 1:
  La scheda di dimissione ospedaliera si compone delle seguenti sezioni:
  <…>
  Le regioni e le province autonome possono prevedere ulteriori informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione ospedaliera, fermo restando il contenuto informativo minimo di cui al comma 1

Responsabilità della Compilazione

DM Sanità 28 dicembre 1991

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Art. 2 comma 3:
  La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso;

Firma della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

- Art. 2 comma 1:
  La scheda di dimissione ospedaliera deve recare la firma del medico curante, nonché quella del responsabile di divisione, il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969.

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Art. 2 comma 3:
  <…> la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.

Codifica della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Art. 2 comma 3:
  <…> La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura.
  In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato..

Verifica della SDO

DM Sanità 28 dicembre 1991

- Articolo 2:
  il <…> responsabile di divisione <…> assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969.
  Costituiscono compiti del direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e la trasmissione delle stesse alla regione ed al Ministero della sanità.

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

- Art. 2 comma 2:
  <…> Costituiscono compiti del direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e la trasmissione delle stesse alla regione ed al Ministero della sanità

Il problema della grafia

- L'art. 13 della legge n. 675/1996 prevede che i dati personali ai quali si riferisce una richiesta di accesso devono essere estratti e comunicati all'interessato "*in forma intelligibile*"

- L'art. 17 del DPR. n. 501/1998 ribadisce che la comprensione dei dati deve essere agevole
  "*… considerata anche la qualità e la quantità delle informazioni*" (comma 6) e obbliga il titolare del trattamento, "*ai fini di una più efficace applicazione dell'art. 13 della legge*", ad adottare "*le opportune misure volte, in particolare …, ad agevolare l'accesso ai dati personali da parte dell'interessato*" (comma 9)

Il problema della grafia

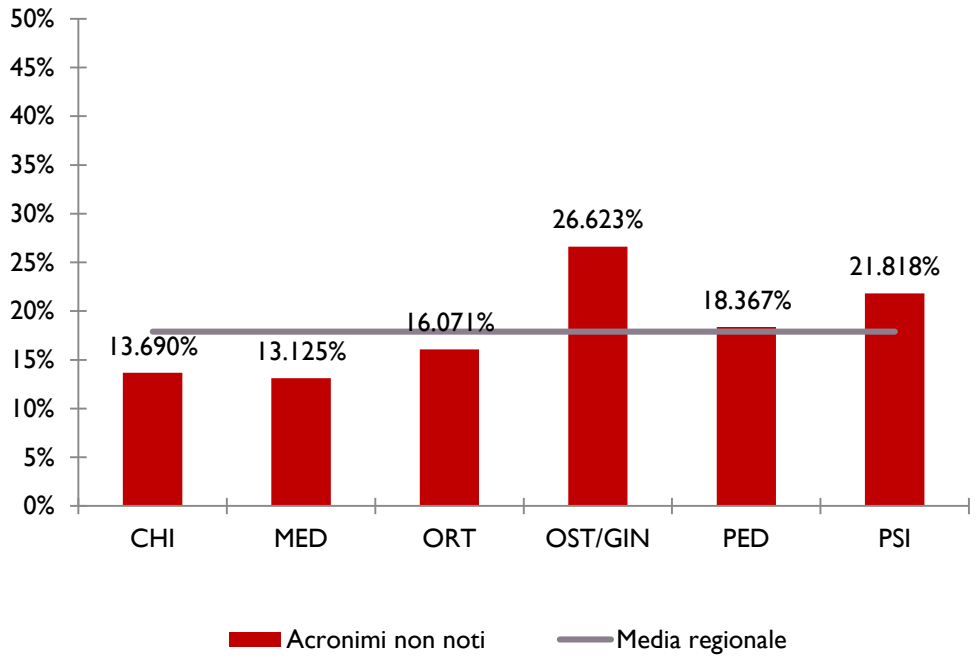
- L’Autorità Garante per la Privacy ha ribadito (2001 e 2002) che “l*a leggibilità dei dati richiesti è la prima condizione, necessaria ancorché non sufficiente, per la loro comprensione, qualora la grafia con cui è stata redatta una cartella clinica non risulti comprensibile per l'interessato, questi ha il diritto di ottenere dall'azienda ospedaliera una trascrizione dattiloscritta o, comunque, comprensibile delle informazioni ivi contenute, che debbono essergli comunicate tramite un medico all'uopo designato*”.

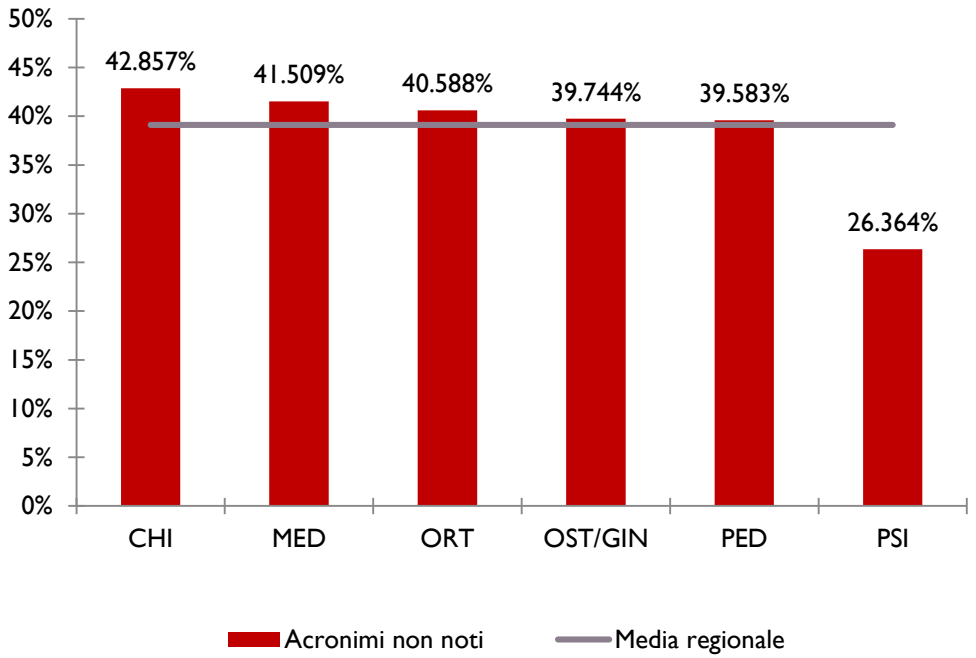
Uso di acronimi

Diario clinico

Diario infermieristico

Riscontro di acronimi non noti, per disciplina. Dato regionale (818 cartelle esaminate, dimissioni 2011)





Contenuto della SDO

Possiamo identificare nella **scheda di dimissione ospedaliera**, nella **scheda ISTAT di morte**, e nelle **lettere alla dimissione** (o trasferimento) i principali documenti informativi prodotti dall'U.O. "per l'esterno". Riguardano lo stesso paziente e descrivono il medesimo ricovero, ma rispondono a logiche diverse:

- la relazione alla dimissione fornisce informazioni dettagliato dell'evento "ricovero" utili al paziente, ai caregiver ed al medico di famiglia per la corretta presa in carico e gestione del paziente nella fase post-acuta
- la scheda ISTAT di morte fornisce indicazioni in merito alla sequenza di eventi che hanno portato il paziente a morte
- la SDO descrive le "voci di spesa" dell'evento ricovero

RICEVUTA FISCALE N. /00117
Cassa:80 Op:01
Data 16/02/11 Tavolo n. 35
Pag. 001

Quantità	Descrizione	Importo
2	Coperto	3,00
2	Salamino piccante	9,40
2	Aggiunta	2,00
1	COCACOLA 1/2 LT.	3,50
2	Caffe'	2,00
1	Deduzione ST	-0,90
	TOTALE	19,00

Cod. Fisc.

CORRISPETT.PAGATO: 19,00
CORRIS.NON PAGATO: 0,00

Spett.

Indirizzo

XAB 00773 /2011

(LEGGE 30.12.1991, n. 413) e succ. modif.

❒ FATTURA ❒ RICEVUTA FISCALE

IVA QUOTA	IMPONIBILE	IMPOSTA
CORRISPETTIVO PAGATO	CORRISPETTIVO NON PAGATO	TOTALE DOCUMENTO

Pezzi	Descrizione	Prz.Unit	Pr.
5	COPERTO E SERVIZI	2,00	10,00
1	1/4 VINO SPINA	2,00	2,00
3	ACQUA 75CC	2,50	7,50
2	BIBITA BARATTOLO	2,50	5,00
1	SPAGHETTI SCOGLIO	22,00	22,00
1	SPAGHETTI VONGOLE	12,00	12,00
1	FRITTO GAMB/CALAM	14,00	14,00
1	SECONDO DI PESCE	24,00	24,00
1	VERDURE GRIGLIA	4,00	4,00
4	CAFFE '	1,50	6,00

Totale EU: 106,50

Cassa CONTANTI EU: 106,50

Corrispettivo Pagato EU: 106,50

VALIDA PER IL CLIENTE AI SENSI DELLA LEGGE 30/12/91

ic. N.:1305 del:18/02/11

.I: CF.:

NT N. 1 SIG.

CORRISPETTIVO I.V.A. INCLUSA PAGATO

FATTURA / RICEVUTA FISCALE - Mod. CEI
D.M. 30/3/92 - Art. 12, comma 6 - Legge 30/12/91 n. 413

ARF 7345793 /10

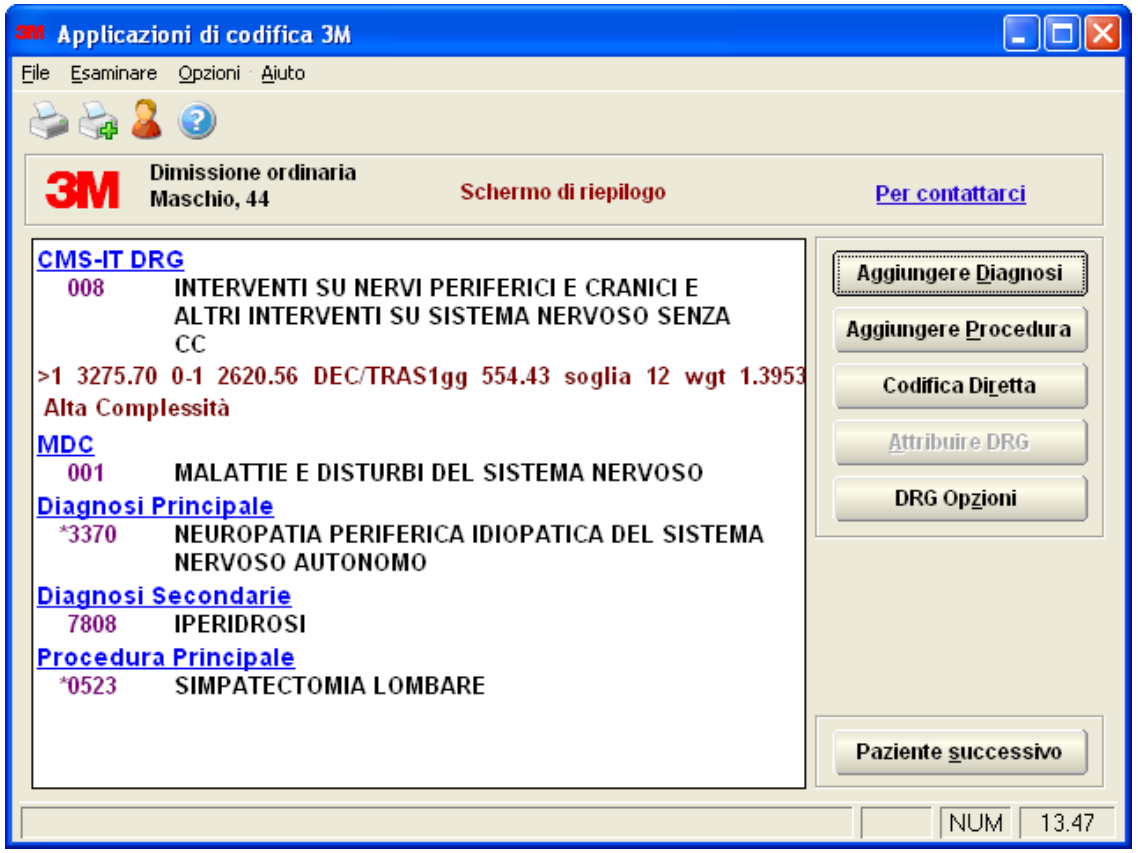
Print. by C.F. e P. IVA 03780660233 - AUT. MIN. N. 31089 del 21/07/99
p. Vietata - mdr Italmoduli Partners s.r.l. - Info Line 0375 40098

contenuto della SDO

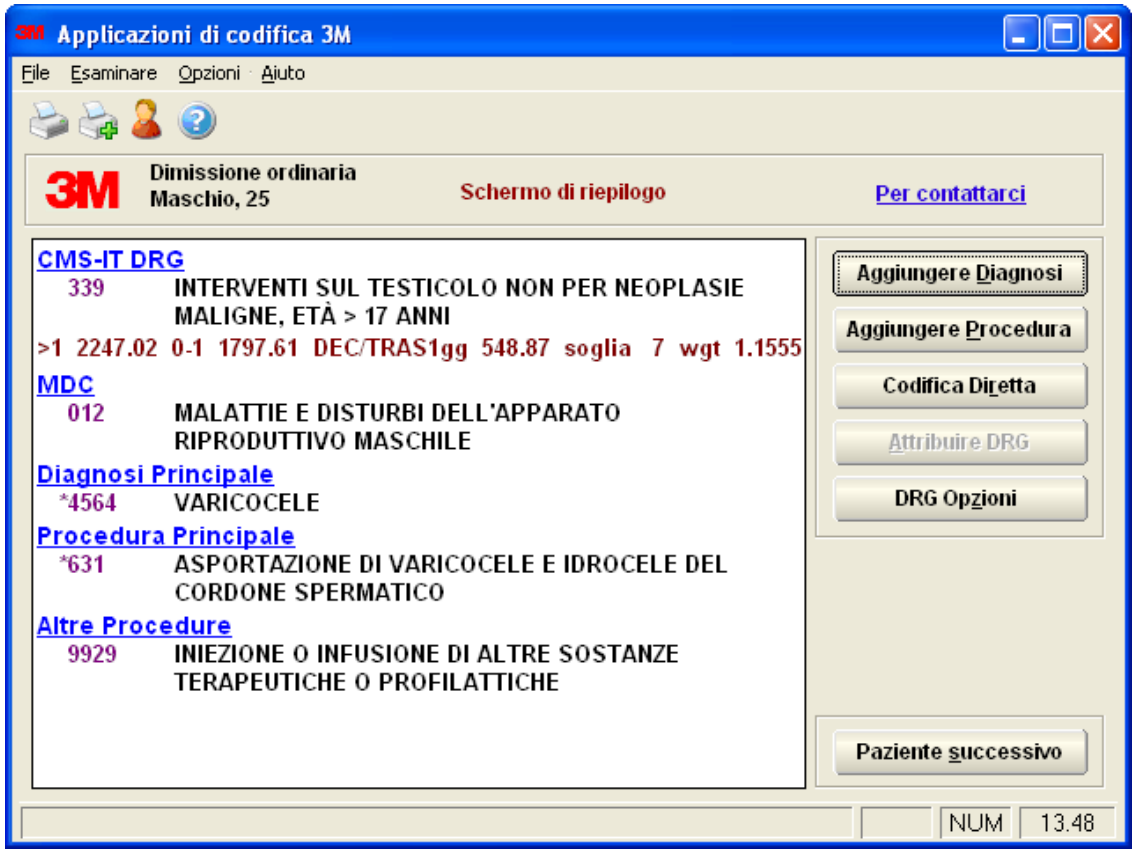
Deve essere una “fotocopia” della cartella clinica o può contenere informazioni anche *diverse*?

- Linee guida di codifica (regionali e/o nazionali)
- Indicazioni specifiche di codifica
- Integrazioni / correzioni successive all’archiviazione della documentazione

LG RER: iperidrosi



LG RER: sclerotizzazione varici scrotali



Manuale dei codici ICD9CM

289.5 Altre malattie della milza

289.50 Malattia della milza, non specificata

289.51 Splenomegalia cronica congestizia

289.52 Sequestro splenico

Codificare per prima la malattia a cellule falciformi in crisi (282.42, 282.62, 282.64, 282.69)

Manuale dei codici ICD9CM

751.7 Anomalie del pancreas

Assenza
Agenesia
Ipoplasia
Eterotopia del pancreas
Pancreas accessorio
Pancreas anulare
Tessuto pancreatico ectopico

Escl.: diabete mellito:
congenito (250.0-250.9)
neonatale (775.1)
malattia fibrocistica del pancreas (277.00-277.09)

Agenesia

- Aplasia, mancanza o arresto di sviluppo di un organo o di una parte del corpo.

- Arresto precoce di sviluppo di un organo o tessuto, sinonimo di aplasia

Anomalia

- Presenza di elementi non riconducibili al modello prototipo di una classificazione o al normale svolgimento di determinate funzioni

- s. f. [dal gr. ἀνωμαλία, lat. *anomalĭa*; v. anomalo] l'essere difforme da ciò che si considera normale: le a. della natura; a. di funzionamento di una macchina] ≈ abnormità, anormalità, atipicità, deviazione, difformità, eccezione, irregolarità, particolarità, singolarità. ‖ bizzarria, stranezza, stravaganza.

Contenuto della SDO

- È richiesta una congruità sostanziale con la cartella clinica, dovendo descrivere lo “stesso ricovero dello stesso paziente”
- È accettabile una formulazione descrittiva diversa delle patologie e degli interventi (**agenesia** vs **anomalia**)
- È attesa un'elencazione di problematiche non congruente con la "**diagnosi di dimissione**" formulata nella lettera per il curante
- È accettabile una sequenza di eventi non congruente con la scheda ISTAT di morte
- È accettabile una diagnosi principale diversa dal motivo del ricovero e/o dalla diagnosi di ammissione

La SDO

È uno strumento sempre efficace per la rilevazione epidemiologica?

00.66 Angioplastica coronarica

- Unico codice
- Facilità di reperimento
- Rimborso determinato dalla sua presenza

88.72 Diagnostica ecografica del cuore

- Unico codice
- Facilità di reperimento

La SDO

È uno strumento sempre efficace per la rilevazione epidemiologica?

140-239 Neoplasie

- Ampio range di codici
- Percorso di codifica complesso
- Rimborso non sempre mirato alla codifica
- Scarsa chiarezza classificatoria

Il sistema DRG

Definizione

DRG (diagnosis related groups):

- sistema di classificazione iso-risorse che determina gruppi di pazienti omogenei dal punto di vista delle risorse consumate (mette in relazione la tipologia dei problemi con le risorse consumate dall'Ospedale per il loro trattamento).

Il sistema DRG

Il sistema è stato sviluppato in maniera empirica con l'obiettivo finale di identificare una serie di categorie che fossero:

- clinicamente significative
- omogenee (per risorse assorbite)
- mutuamente esclusive
- esaustive di tutti ricoveri ospedalieri
- derivabili da uno strumento schematico diffuso capillarmente e compilato per ogni paziente
- numericamente contenute

Il sistema DRG

Il Prospective Payment System nasce in America, da una ricerca del gruppo di **Robert Fetter** (Università di Yale), nel 1977.

Il **1° ottobre 1983** il Medicare (*programma federale per pazienti > 65 anni*) **new Prospective Payment System** (PPS) divenne effettivo per 1.500 ospedali nazionali americani

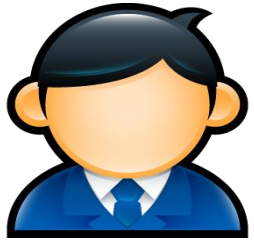
Nel **settembre 1984** altri 3.700 ospedali adottarono questo sistema

Il sistema DRG

La definizione iniziale dei DRG sviluppata a Yale intendeva descrivere **tutti i tipi di pazienti trattati** in un ospedale per acuti, sia la popolazione anziana, sia quella pediatrica e neonatale, sia quella adulta

Nella fase di prima applicazione non venne applicato a strutture psichiatriche, ospedali riabilitativi e pediatrici, strutture di lungodegenza, centri per il trattamento e riabilitazione da droghe e farmaci

Simili o diversi?



Il sistema DRG

- Ciascun paziente riceve un numero di prodotti intermedi specifici per la sua condizione

- Numero di linee di produzione coincidente con il numero di pazienti trattati

Alert

- Necessità di un calcolo minuzioso di ciascun servizio intermedio offerto
  Ingestibilità del sistema

Il sistema DRG: razionale

Il razionale del rimborso era basato sul DRG, una classificazione inizialmente di 467 categorie, identificate attraverso la **classificazione ICD9CM** (*International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modifications*)

Ciascun raggruppamento è considerato clinicamente significativo: per tutti i pazienti all'interno di uno stesso DRG è atteso - mediamente - un medesimo impiego di risorse

Il modello "Fetter"

Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals

ROBERT B. FETTER
JEAN L. FREEMAN
Yale University

The hospital is viewed as a human service enterprise whose primary function is the provision of diagnostic and therapeutic medical services. Its products are the specific sets of services provided to individual patients. A system for defining hospital products based on the characteristics of patients receiving similar sets of services has been developed and is referred to as Diagnosis Related Groups (DRGs). The system is described, and its implications for improved hospital management are discussed.

The Academy of Management Review - Vol. 11, No. 1, Jan., 1986

Il modello "Fetter"

Ospedale = azienda multiprodotto

Input	Output intermedi	Prodotto
• Personale • Reagenti • Macchine • Alimenti • …	• Tempo di assistenza • Referti di laboratorio • Indagini TAC • Pasti • …	• Diagnosi e/o trattamento di una specifica condizione clinica

Il modello "Fetter"

Isorisorse

descrive la complessità dell'assistenza prestata partendo dal principio che

Malattie simili	Reparti ospedalieri simili	Stesso consumo di risorse e materiali

Elementi che concorrono alla determinazione del DRG

Variabili anagrafiche

- Sesso
- Età

Variabili amministrative

- Modalità di dimissione

Variabili sanitarie

- Diagnosi principale alla dimissione
- Altre diagnosi alla dimissione
- Intervento chirurgico principale
- Altri interventi o procedure

Diagnosi principale

Indica la **MDC** (*Categoria Diagnostica Maggiore*), cioè:

- l'organo o apparato
- l'eziologia
- alcune categorie di dimessi

All'interno di ciascuna MDC le diagnosi sono rappresentate gerarchicamente per consumo di risorse, secondo la loro frequenza statistica

Diagnosi secondarie

Indicano le comorbilità o complicazioni, ossia condizioni che :

- determinano uno specifico (maggiore) consumo di risorse
- possono complicare il DRG
- possono comportare un diverso (maggiore) valore del ricovero

Per diagnosi secondaria è da intendersi qualunque condizione diversa dalla principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di:

- trattamento terapeutico
- procedure diagnostiche eseguite
- **durata della degenza**
- assistenza infermieristica
- monitoraggio clinico

Intervento chirurgico principale

Descrive l'atto chirurgico che:

- richiede l'uso della sala operatoria (O.R.)
- è scelto dal Grouper gerarchicamente
- attribuisce il ricovero a DRG chirurgico

Nella Clinica si può definire come atto cruento, invasivo, mentre per i sistemi di classificazione il concetto è legato a **dove** viene eseguito

Procedure

Descrivono l’atto diagnostico o terapeutico che:

- non richiede l’uso della sala operatoria (N.O.R.)
- può essere scelto dal Grouper per attribuire a DRG specifici

Strumenti di lavoro

- Manuale dei codici ICD-9-CM [la versione in uso in Italia è quella dell'anno 2007]
- Linee Guida Nazionali [C.S.R. 29 aprile 2010]
- Linee Guida Regionali [2014]

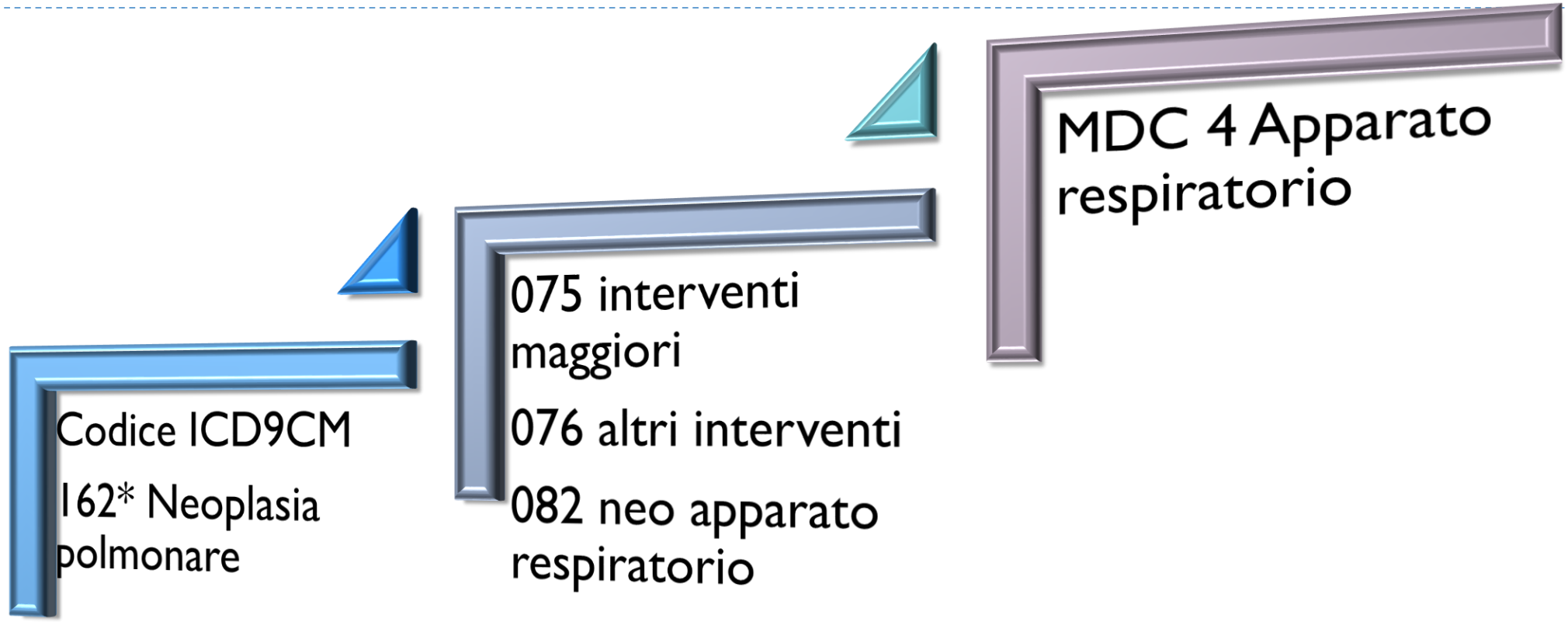
Perché le Linee Guida? La codifica, come la Legge, è uguale per tutti.

Tutti devono parlare la stessa lingua, perché i dati devono essere omogenei.

Omogenei significa confrontabili.

- IDENTIFICO gli stessi fenomeni
- MISURO i volumi complessivi di attività
- TARIFFO in modo univoco le prestazioni

Il sistema DRG



Il sistema DRG

- I codici ICD9CM descrivono le condizioni trattate e le prestazioni erogate
- La combinazione di codici ICD9CM determina l'attribuzione del caso ad un DRG specifico
- Più DRG confluiscono all'interno della stessa MDC

Il sistema DRG

Livello "UOMO": codici ICD9CM

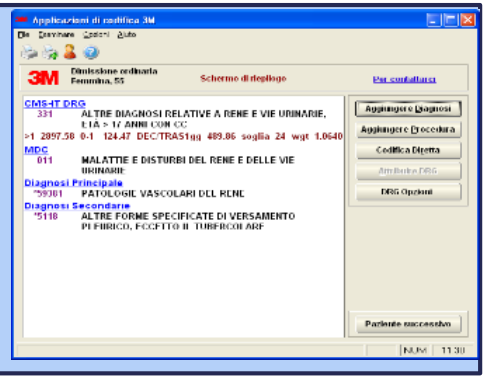
- 162* Neoplasia polmonare

- 32.5 Pneumonectomia completa
- 33.27 Biopsia endoscopica del polmone

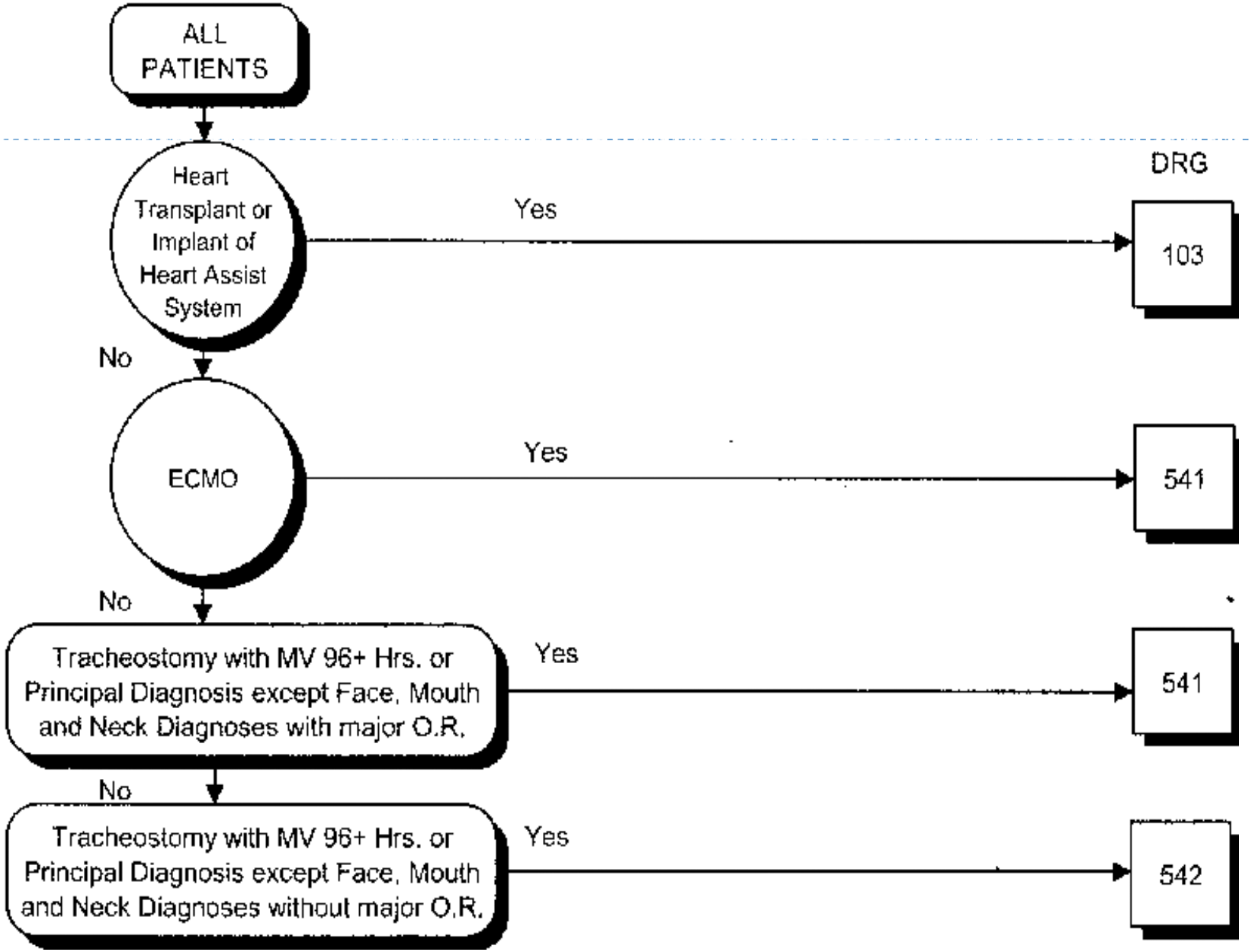
Livello "MACCHINA": attribuzione DRG e MDC

DRG 082 neo apparato respiratorio
DGR 075 interventi maggiori
DRG 076 altri interventi

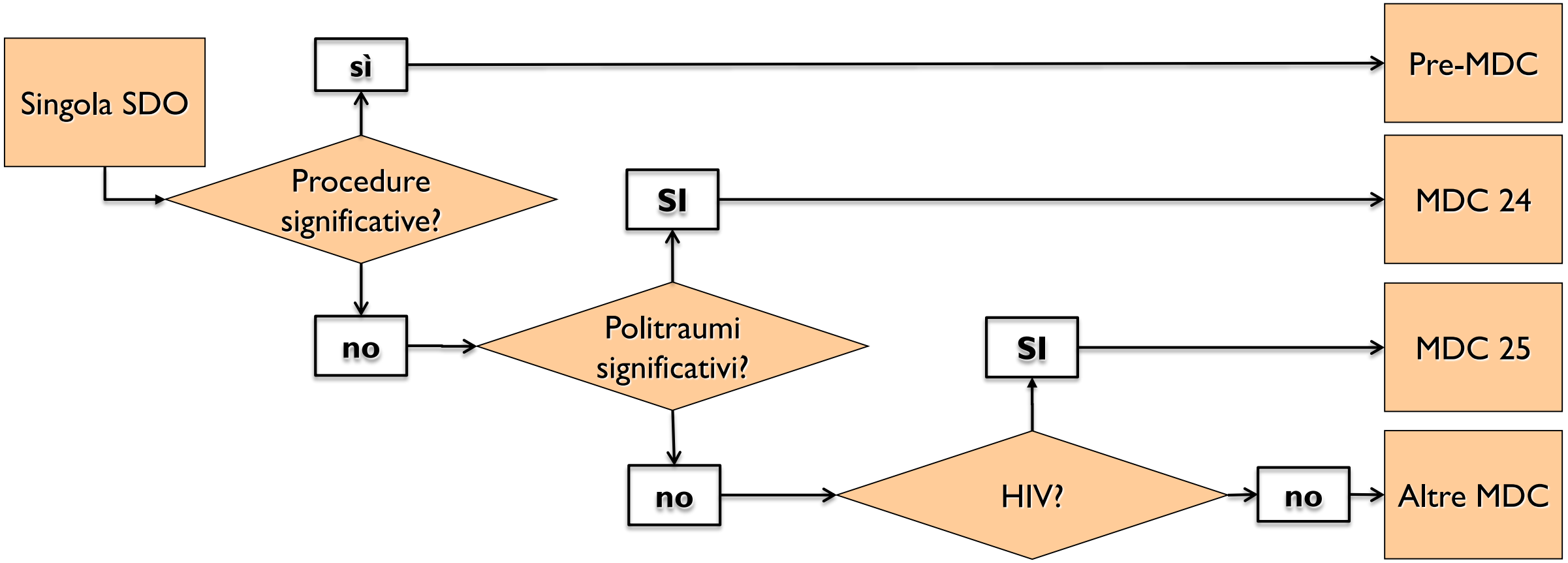
MDC 4 Apparato respiratorio



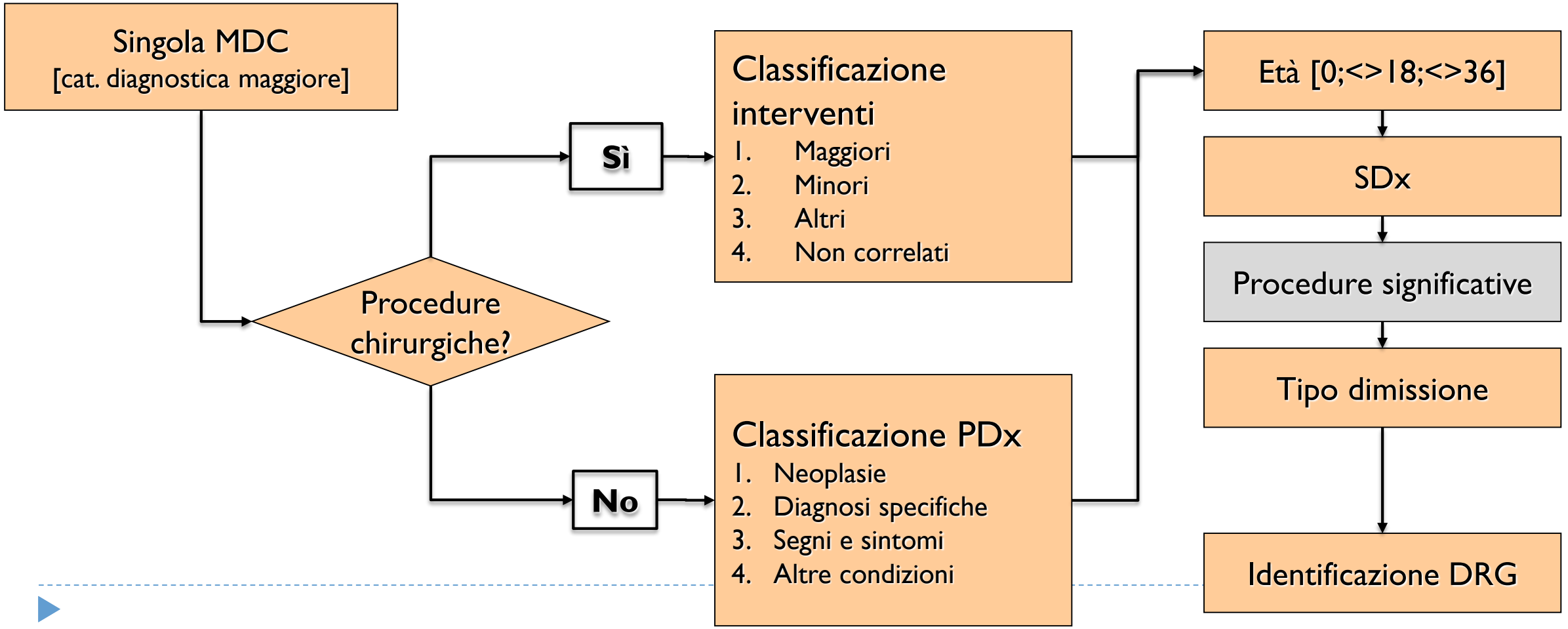
Algoritmo


ALL PATIENTS
Heart Transplant or Implant of Heart Assist System
Yes
DRG
103
No
ECMO
Yes
541
No
Tracheostomy with MV 96+ Hrs. or Principal Diagnosis except Face, Mouth and Neck Diagnoses with major O.R.
Yes
541
No
Tracheostomy with MV 96+ Hrs. or Principal Diagnosis except Face, Mouth and Neck Diagnoses without major O.R.
Yes
542

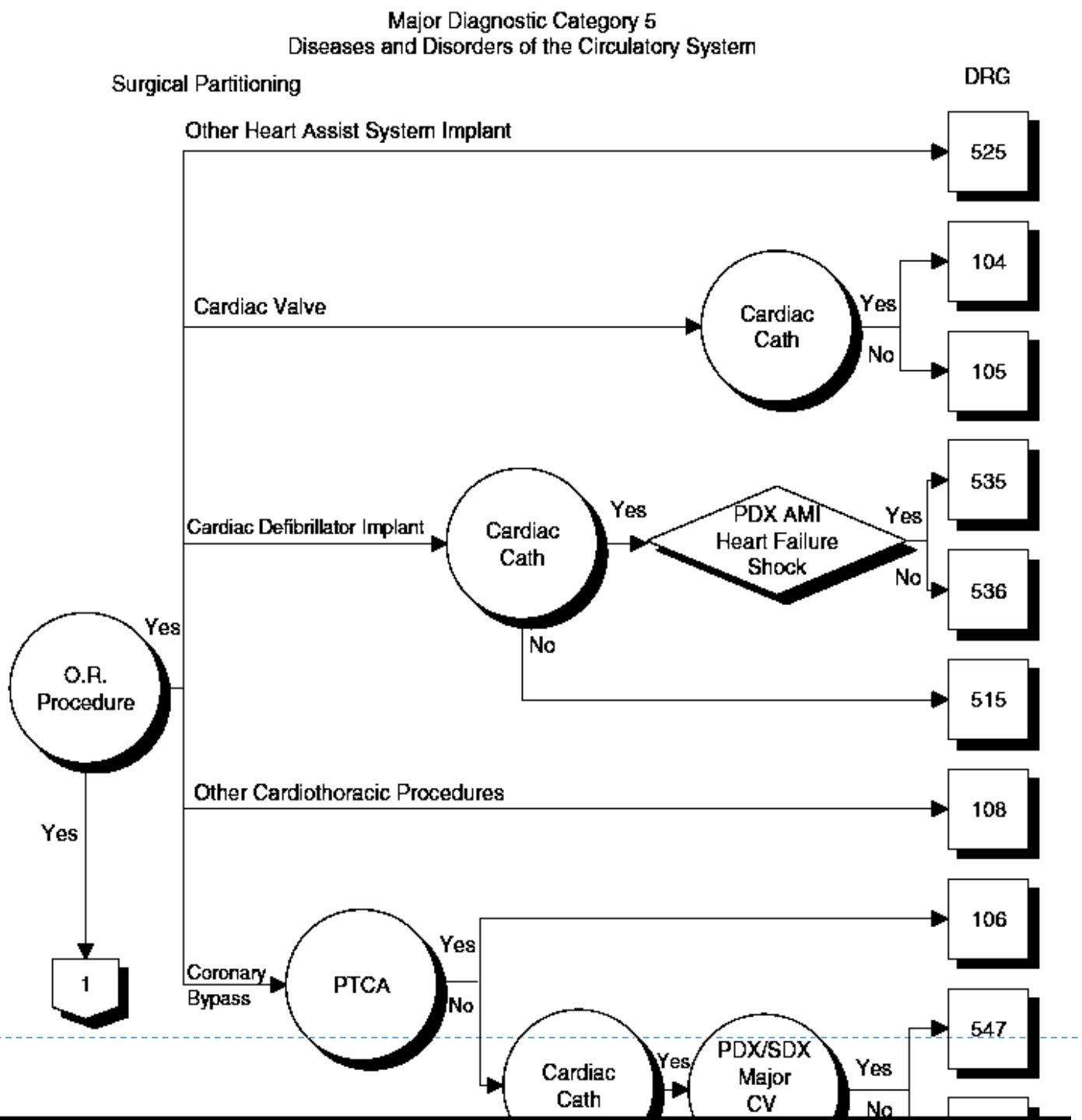
Algoritmo - *fasi 1 e 2*



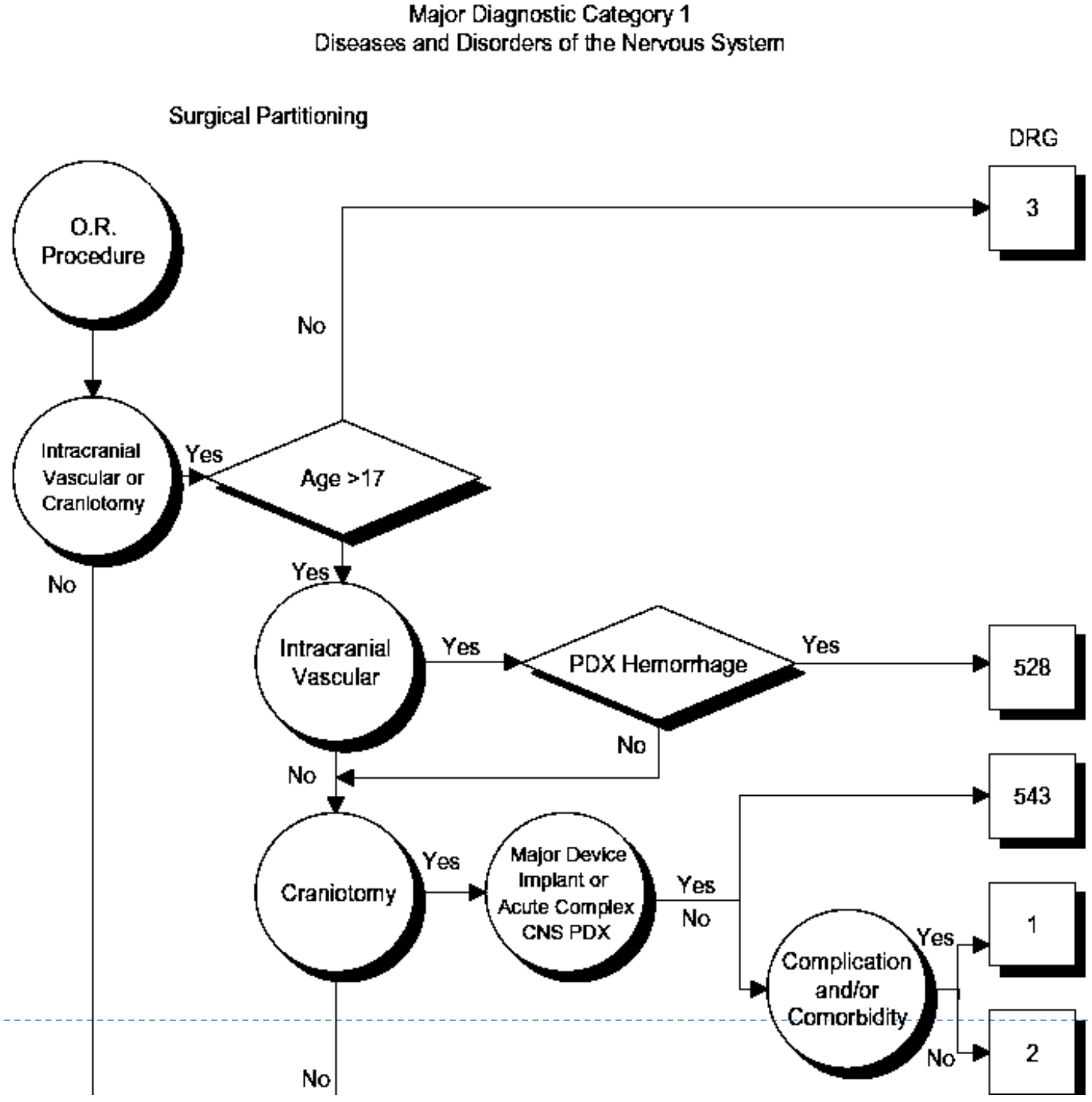
Algoritmo - *fasi 3 e 4*



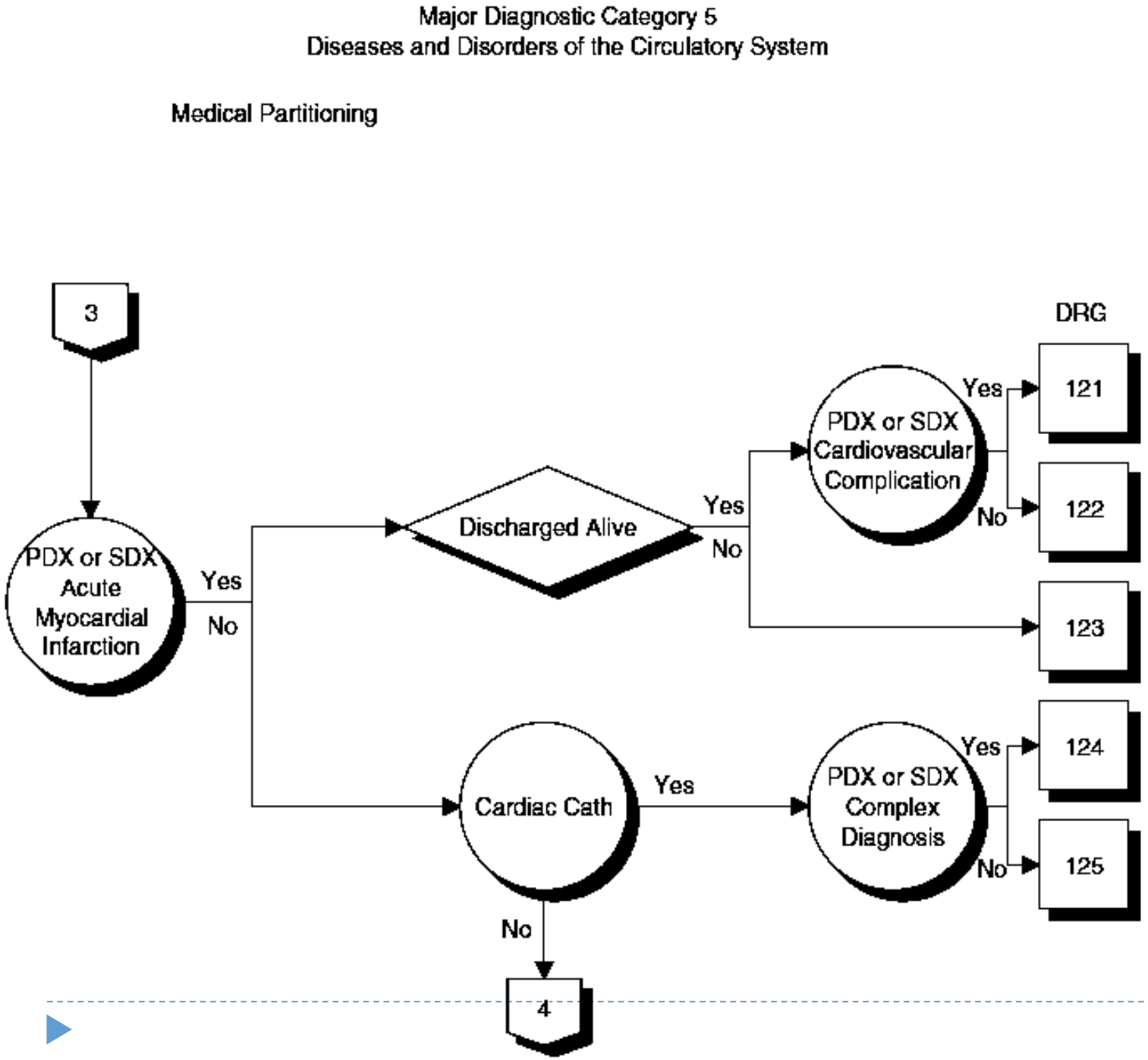
Algoritmo


Major Diagnostic Category 5
Diseases and Disorders of the Circulatory System
Surgical Partitioning
DRG
Other Heart Assist System Implant
525
Cardiac Valve
Cardiac Cath
Yes
No
104
105
Cardiac Defibrillator Implant
Cardiac Cath
Yes
PDX AMI Heart Failure Shock
Yes
No
535
536
No
515
O.R. Procedure
Yes
Yes
1
Other Cardiothoracic Procedures
108
Coronary Bypass
PTCA
Yes
No
106
Cardiac Cath
Yes
PDX/SDX Major CV
Yes
No
547

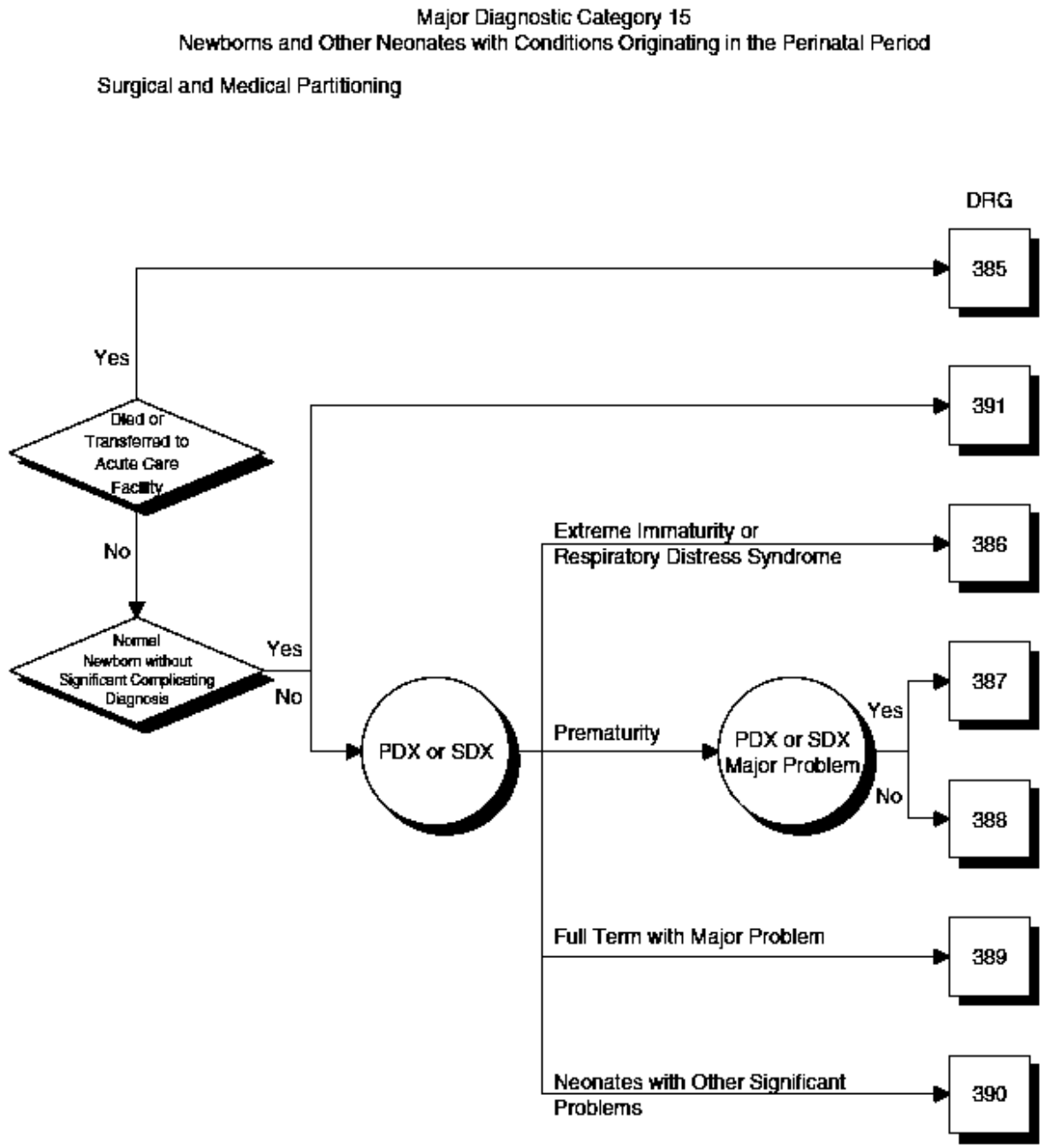
Algoritmo


Major Diagnostic Category 1
Diseases and Disorders of the Nervous System
Surgical Partitioning
DRG
O.R. Procedure
No
3
Intracranial Vascular or Craniotomy
Yes
Age >17
No
Yes
Intracranial Vascular
Yes
PDX Hemorrhage
Yes
528
No
No
543
Craniotomy
Yes
Major Device Implant or Acute Complex CNS PDX
Yes
No
Complication and/or Comorbidity
Yes
1
No
2
No

Algoritmo

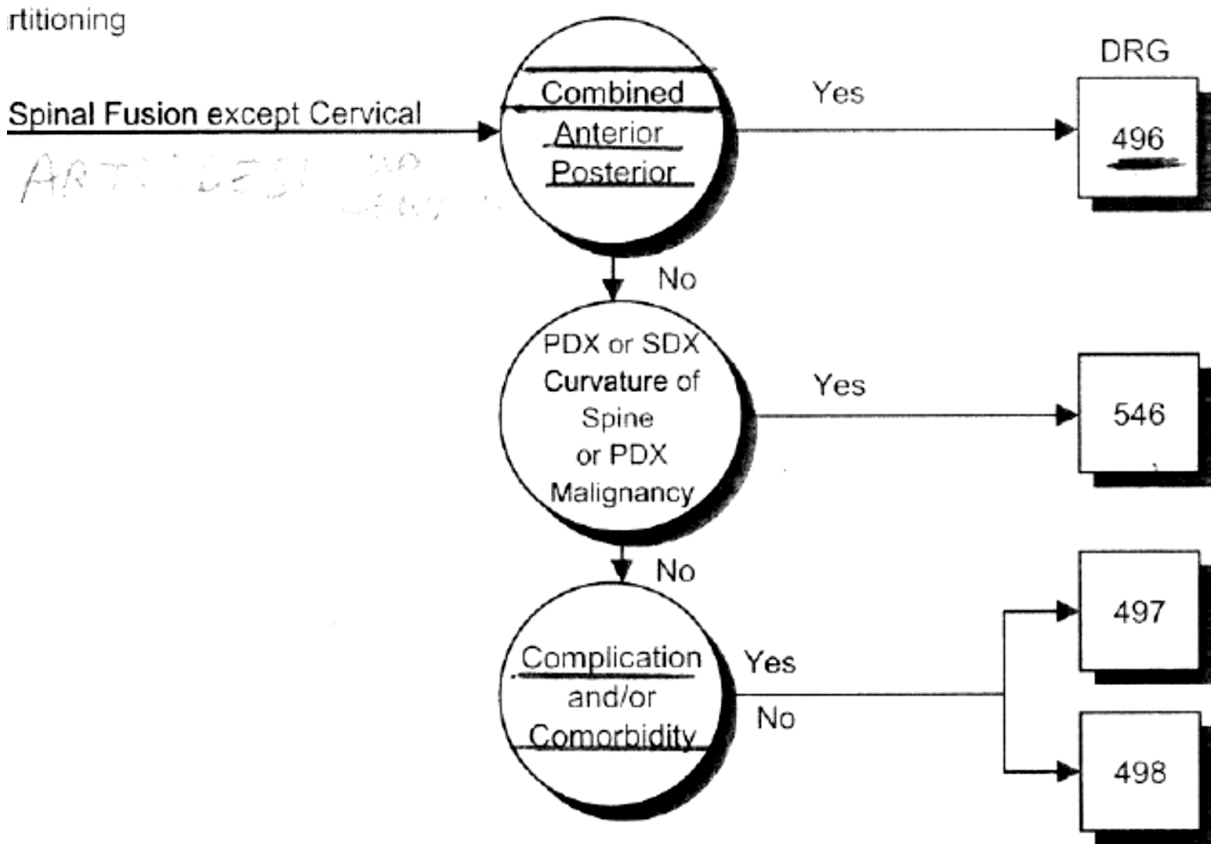

Major Diagnostic Category 5
Diseases and Disorders of the Circulatory System
Medical Partitioning
3
DRG
PDX or SDX Acute Myocardial Infarction
Yes
No
Discharged Alive
Yes
No
PDX or SDX Cardiovascular Complication
Yes
No
121
122
123
Cardiac Cath
Yes
No
PDX or SDX Complex Diagnosis
Yes
No
124
125
4

Algoritmo: anomalie

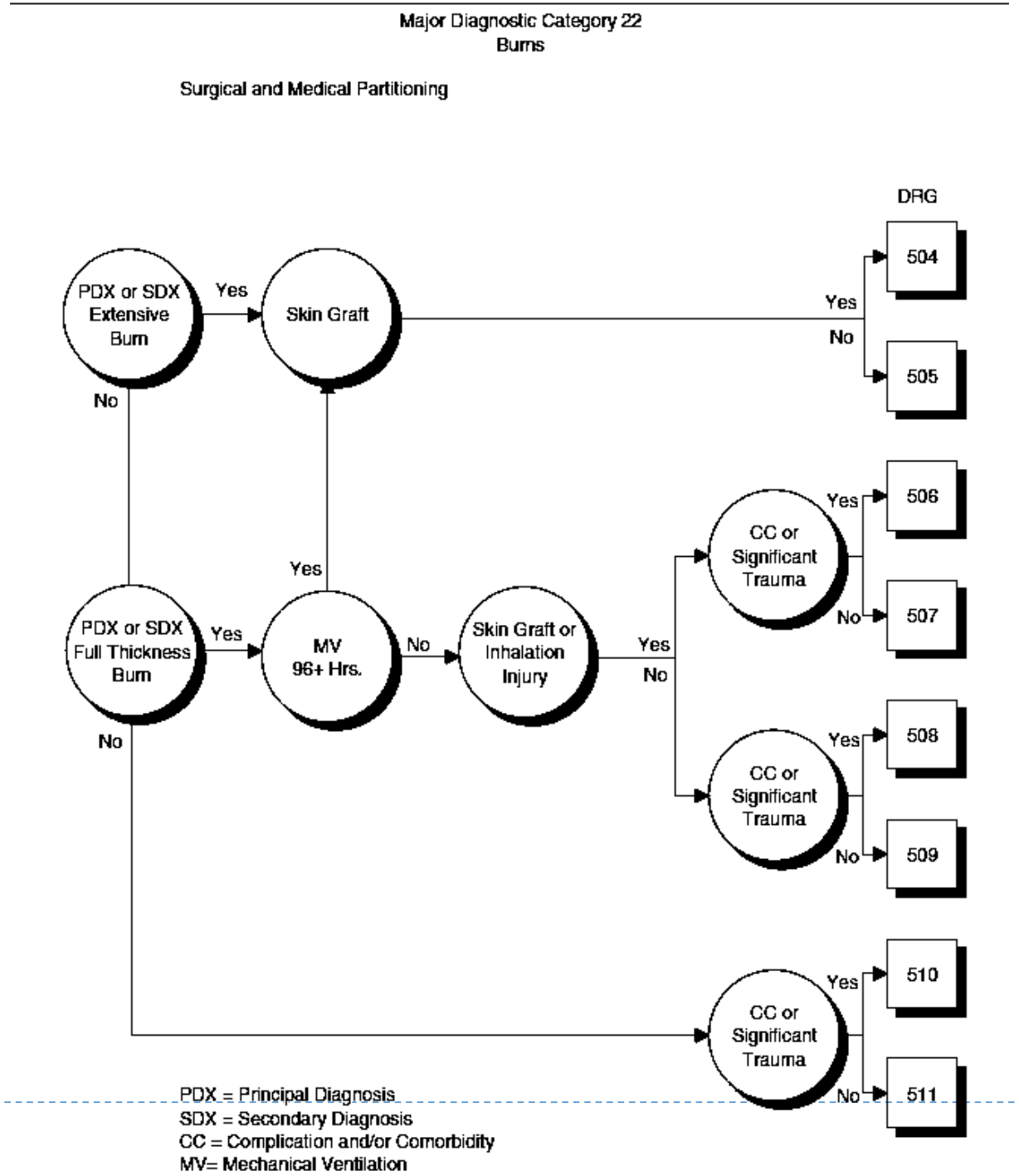


PDX = Principal Diagnosis
SDX = Secondary Diagnosis

Algoritmo: profili di cura



Algoritmo: profili di cura



DRG 24°

MDC	Descrizione breve	Chir	Med	Ped	Totale
Pre	Trapianti e tracheostomie	9			9
1	Sistema nervoso	15	31	4	46
2	Occhio	7	6	2	13
3	Orecchio, naso, bocca, gola	17	14	7	31
4	Apparato respiratorio	3	27	3	30
5	Apparato circolatorio	30	25	1	55
6	Apparato digerente	26	18	4	44
7	Fegato, vie biliari, pancreas	13	7		20
8	Sistema muscolo scheletrico, tessuto connettivo	37	22	4	59

DRG 24°

MDC	Descrizione breve	Chir	Med	Ped	Totale
9	Tessuto sottocutaneo e mammella	14	14	2	28
10	Endocrini, nutrizione, metabolismo	9	8	1	17
11	Rene e vie urinarie	15	18	5	33
12	Apparato riproduttivo maschile	12	7	2	19
13	Apparato riproduttivo femminile	13	4		17
14	Gravidanza, parto e puerperio	6	9		15
15	Neonato normali e disturbi perinatali		7		7
16	Sangue e organi ematopoietici	3	6	2	9
17	Mieloproliferativi, neoplasie scarsamente differenziate	7	11	1	18

DRG 24°

MDC	Descrizione breve	Chir	Med	Ped	Totale
18	Malattie infettive e parassitarie	2	9	2	11
19	Disturbi psichici	1	8		9
20	Abuso di alcol e farmaci		4		4
21	Traumi e avvelenamenti	5	12	3	17
22	Ustioni	3	5		8
23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1	6		7
24	Traumatismi multipli rilevanti	3	1		4
25	Infezioni da HIV	1	2		3
NA	Maldefiniti	3	2		5
	Totale	**255**	**281**	**43**	**538**

Il sistema tariffario

DGR 1673/2014 "*Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2014*"

Il sistema DRG

Le delibere tariffarie vigenti (RER) prevedono, per le attività di ricovero per acuti, tre distinti livelli:

- FASCIA A:
  - **A2: 100%** della tariffa nazionale
  - **A1: 103%** della Tariffa nazionale per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, compreso l'Istituto ortopedico Rizzoli,
- FASCIA B: **95%** della tariffa nazionale
- FASCIA C: rimodulazione della tariffa nazionale, con tendenziale riduzione degli importi

Ospedali di fascia "A"

Aziende Ospedaliero Universitarie e IRCCS sede del triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia e Ospedali con più di 300 Posti Letto con presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello e Ospedali privati accreditati per le la fornitura di prestazioni di alta specialità

Ospedali di fascia "A"

- AOSPU OSPEDALI RIUNITI - PR
- AOSPU POLICLINICO - MO
- AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO
- AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE
- IRCCS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI
- OSPEDALE PIACENZA
- S.MARIA NUOVA – RE
- IRCCS DI REGGIO EMILIA
- OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO – ESTENSE
- OSPEDALE MAGGIORE
- OSPEDALE BELLARIA
- IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE BO
- OSPEDALE IMOLA
- OSPEDALE RAVENNA
- OSPEDALE FORLI'
- OSPEDALE CESENA
- OSPEDALE RIMINI
- I.R.S.T. SRL IRCCS - MELDOLA
- OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL - RE
- OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL – MO
- OSP. PRIVATO VILLA TORRI – BO
- OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA – RA

Ospedali di fascia "B"

Ospedali con Posti Letto 150-300 e presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 1° livello o Pronto Soccorso con Rianimazione /Terapia Intensiva

- OSPEDALE FIDENZA
- OSPEDALE GUASTALLA
- OSPEDALE CARPI
- OSPEDALE MIRANDOLA
- OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.
- OSPEDALE BENTIVOGLIO
- OSPEDALE DEL DELTA
- OSPEDALE CENTO
- OSPEDALE LUGO
- OSPEDALE FAENZA
- OSPEDALE RICCIONE

Ospedali di fascia "C"

Ospedali pubblici e privati accreditati con meno di 150 Posti Letto e/o con Pronto Soccorso o Punti di Primo Intervento

- *OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI*
- *OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA*
- *OSPEDALE BORGO VAL DI TARO*
- *08002102-OSPEDALE CORREGGIO*
- *08002103-OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA*
- *08002104-OSPEDALE SCANDIANO*
- *08002105-OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI*
- *OSPEDALE VIGNOLA*
- *OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO*
- *OSPEDALE BAZZANO*
- *OSPEDALE PORRETTA TERME*
- *OSPEDALE VERGATO*
- *OSPEDALE BUDRIO*
- *OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO*
- *OSPEDALE ARGENTA*
- *OSPEDALE SANTARCANGELO DI ROMAGNA*
- *OSPEDALE NOVAFELTRIA*
- *OSPEDALE CATTOLICA*
- *OSP. PRIVATO PIACENZA*
- *OSP. PRIVATO S. ANTONINO – PC*
- *OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA*
- *OSP. PRIVATO HOSPITAL PICCOLE FIGLIE – PR*
- *OSP. PRIVATO HOSPITAL VAL PARMA*

Ospedali di fascia "C"

- OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL – RE
- OSP. PRIVATO VILLA VERDE – RE
- OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL – MO
- OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI – MO
- OSP. PRIVATO VILLA PINETA – MO
- OSP. PRIVATO VILLA CHIARA – BO
- OSP. PRIVATO PROF. NOBILI – BO
- OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA – BO
- OSP. PRIVATO NIGRISOLI – BO
- OSP. PRIVATO VILLA LAURA – BO
- OSP. PRIVATO VILLA REGINA – BO
- OSP. PRIVATO QUISISANA – FE
- OSP. PRIVATO VILLA SALUS – FE
- OSP. PRIVATO DOMUS NOVA – RA
- OSP. PRIVATO SAN FRANCESCO – RA
- OSP. PRIVATO S. PIER DAMIANO – RA
- OSP. PRIVATO VILLA IGEA – FO
- OSP. PRIVATO VILLA SERENA – FO
- OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO – CE
- OSP. PRIVATO S. LORENZINO – CE
- OSP. PRIVATO SOL ET SALUS – RN
- OSP. PRIVATO VILLA MARIA – RN
- OSP. PRIVATO PROF. E. MONTANARI – RN

Ospedali a remunerazione con tariffa giornaliera di € 130

- *OSPEDALE BOBBIO*
- *OSPEDALE SAN SECONDO PARMENSE*
- *OSPEDALE CASTELFRANCO EMILIA*
- *OSPEDALE LOIANO*
- *OSPEDALE CASTEL S. PIETRO TERME*
- *OSPEDALE COMACCHIO (fino al 31 maggio 2014)*
- *OSPEDALE COPPARO (fino al 31 maggio 2014)*
- *OSPEDALE SANTA SOFIA*
- *OSPEDALE CESENATICO*
- *OSPEDALE BAGNO DI ROMAGNA*

Ospedali a remunerazione con tariffa giornaliera

Monospecialistici psichiatrici

- *OSP. PRIVATO VILLA MARIA LUIGIA - PR*
- *OSP. PRIVATO VILLA IGEA - MO*
- *OSP. PRIVATO VILLA ROSA - MO*
- *OSP. PRIVATO AI COLLI - BO*
- *OSP. PRIVATO VILLA BARUZZIANA - BO*
- *OSP. PRIVATO VILLA AZZURRA - RA*

Monospecialistici di Riabilitazione o Lungodegenza

- OSPEDALE BORGONOVO VAL TIDONE
- OSPEDALE VILLANOVA SULL'ARDA
- OSPEDALE MONTECATONE
- OSP. PRIVATO S.GIACOMO - PC
- OSP. PRIVATO VILLA IGEA - PR
- OSP. PRIVATO FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI - PR
- OSP. PRIVATO CENTRO CARDINAL FERRARI - PR
- OSP. PRIVATO VILLA BELLOMBRA - BO
- OSP. PRIVATO SANTA VIOLA - BO
- OSP. PRIVATO LUCE SUL MARE - RN
- OSP. PRIVATO VILLA SALUS - RN

Delibera tariffaria RER

Variabili di rilievo: regime di ricovero, durata della degenza, tipo di dimissione e carattere del DRG (M/C)

- Ricovero ordinario, durata max 1 notte
- Ricovero ordinario, durata max 1 notte, deceduto o trasferito ad altro ospedale per acuti
- Ricovero ordinario da 2 notti al valore soglia
- Ricoveri ordinari oltre soglia
- Ricovero diurno, DRG medico, fino a 3 accessi
- Ricovero diurno, DRG medico, 3 accessi o più
- Ricovero diurno, DRG chirurgico, numero accessi non di rilievo
- Ricovero in Lungodegenza o in Riabilitazione

Delibera tariffaria RER

Condizioni specifiche:

- protesi, presidi ad alto costo e casistica ad alta complessità (*protesi articolari, mammarie, endoaortiche; artrodesi vertebrale, eviscerazione pelvica per neo maligna ginecologica, ortopedia oncologica, chirurgia della mano, correzione del piede torto, neurostimolatori, …*): tariffe specifiche o quote aggiuntive
- Trapianti non descritti da specifici DRG (*intestino, multiviscerale, cuore+rene, rene+fegato, fegato+cuore, …*): tariffe specifiche
- Altra casistica a tariffa specifica (infusione di cellule dendritiche, prelievo di CSE midollari, brachiterapia, neurostimolatore spinale o urologico, termoablazione di epatoca, TAVI, gamma-Knife, litotrissia, neonato sano, …)

Delibera tariffaria RER

Condizioni specifiche:

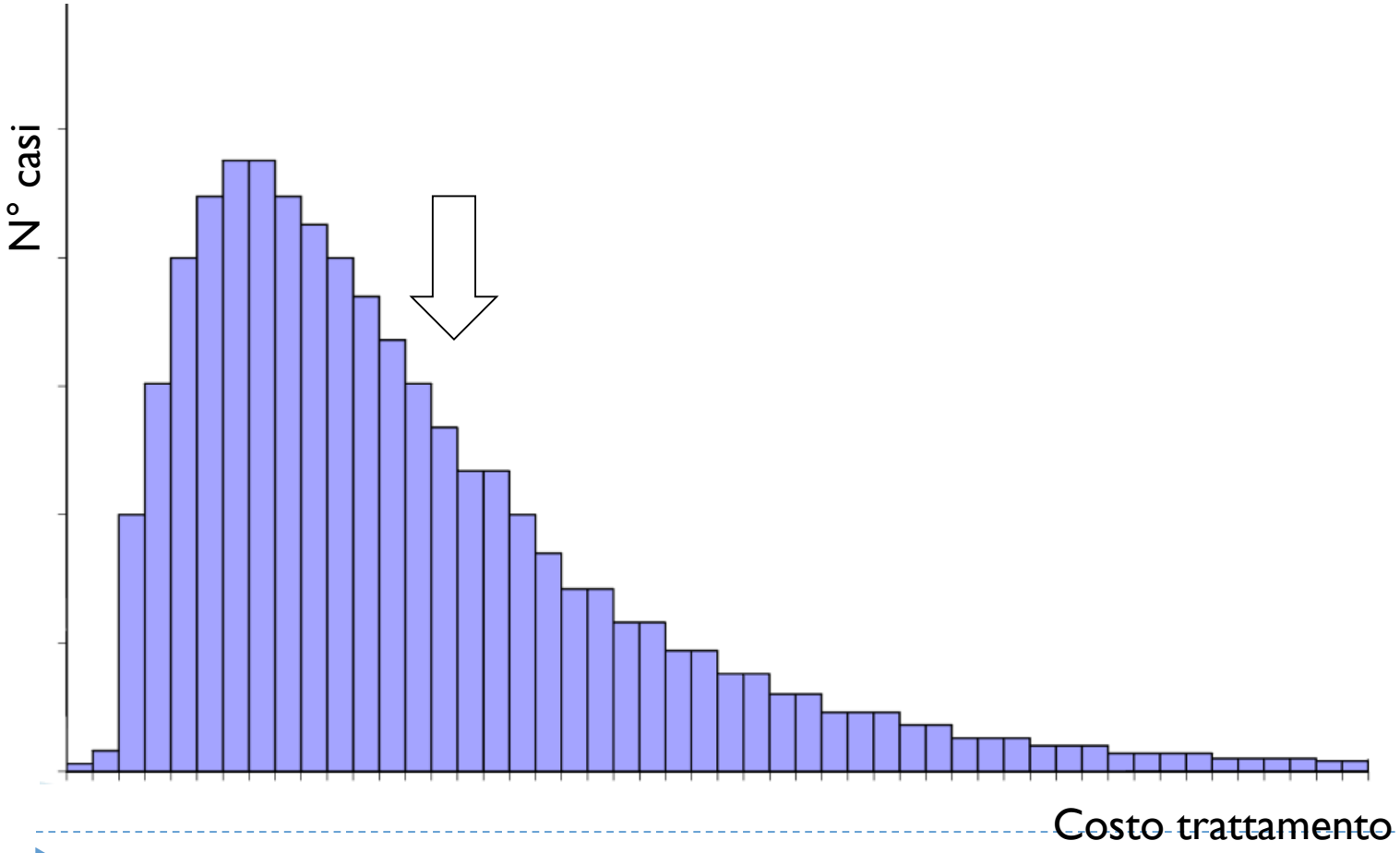
- Grandi ustionati: tariffa giornaliera
- Tracheostomia: tariffa variabile in relazione alla durata della degenza (tre fasce)
- DH Oncologico per chemioterapia: accessi leggeri e pesanti (*la circolare regionale 3 del 2016 dà indicazioni per spostare l'attività al setting ambulatoriale*)

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Oridnario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
9	279	Cellulite, età < 18 anni	M		**A1**	1.752,52	220,00	124,47	1.315,15	289,58	10	266,07
					A2	1.637,87	220,00	124,47	1.229,11	270,64	10	266,07
					B	1.555,91	220,00	124,47	1.167,61	256,50	10	266,07
					C	1.474,08	220,00	124,47	1.106,20	243,58	10	266,07
9	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	M		**A1**	2.985,24	220,00	124,47	2.388,17	412,20	18	283,81
					A2	2.789,94	220,00	124,47	2.231,93	385,23	18	283,81
					B	2.650,41	220,00	124,47	2.120,31	365,76	18	283,81
					C	2.510,91	220,00	124,47	2.008,72	346,50	18	283,81
9	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	M	potenzialmente inappropriato	**A1**	963,54	220,00	124,47	770,82	450,11	12	266,51
					A2	900,50	220,00	124,47	720,39	420,66	12	266,51
					B	855,48	220,00	124,47	684,37	399,00	12	266,51
					C	855,48	220,00	124,47	684,37	399,00	12	266,51
9	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	M	potenzialmente inappropriato	**A1**	895,14	220,00	124,47	716,11	446,73	4	238,85
					A2	836,58	220,00	124,47	669,26	417,50	4	238,85
					B	794,68	220,00	124,47	635,74	396,16	4	238,85
					C	794,68	220,00	124,47	635,74	396,16	4	238,85
9	283	Malattie minori della pelle con CC	M	potenzialmente inappropriato	**A1**	1.608,00	220,00	124,47	1.286,40	316,01	19	151,07
					A2	1.502,80	220,00	124,47	1.202,24	295,34	19	151,07
					B	1.427,66	220,00	124,47	1.142,13	280,26	19	151,07
					C	1.382,58	220,00	124,47	1.106,06	271,40	19	151,07
9	284	Malattie minori della pelle senza CC	M	potenzialmente inappropriato	**A1**	778,71	220,00	124,47	622,96	254,56	12	216,50
					A2	727,77	220,00	124,47	582,21	237,91	12	216,50
					B	691,32	220,00	124,47	553,05	225,16	12	216,50
					C	691,32	220,00	124,47	553,05	225,16	12	216,50
10	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	C	alta complessità	**A1**	8.237,01	2.481,89	2.481,89	2.481,89	1.678,47	33	140,27
					A2	7.698,14	2.319,52	2.319,52	2.319,52	1.568,66	33	140,27
					B	7.313,20	2.203,53	2.203,53	2.203,53	1.489,60	33	140,27
					C	6.928,33	2.087,57	2.087,57	2.087,57	1.411,79	33	140,27
10	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	alta complessità	**A1**	8.233,72	2.263,31	2.263,31	2.263,31	2.189,97	12	278,33
					A2	7.695,07	2.115,24	2.115,24	2.115,24	2.046,70	12	278,33
					B	7.310,25	2.009,44	2.009,44	2.009,44	1.943,70	12	278,33
					C	6.925,50	1.903,68	1.903,68	1.903,68	1.841,40	12	278,33
10	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	C	alta complessità	**A1**	5.103,91	1.930,25	1.930,25	1.930,25	1.359,69	18	182,03
					A2	4.770,01	1.803,97	1.803,97	1.803,97	1.270,74	18	182,03
					B	4.531,50	1.713,71	1.713,71	1.713,71	1.206,50	18	182,03
					C	4.531,50	1.713,71	1.713,71	1.713,71	1.206,50	18	182,03
10	288	Interventi per obesità	C	alta complessità	**A1**	6.078,96	2.694,56	2.694,56	2.694,56	2.235,36	12	195,94
					A2	5.681,27	2.518,28	2.518,28	2.518,28	2.089,12	12	195,94
					B	5.397,14	2.392,29	2.392,29	2.392,29	1.984,56	12	195,94
					C	5.397,14	2.392,29	2.392,29	2.392,29	1.984,56	12	195,94

DGR 1673/2014 [Emilia-Romagna]

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Oridnario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
					C	6.647,04	2.066,58	2.066,58	2.066,58	2.004,30	16	196,50
11	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	C	alta complessità	A1	7.636,96	1.987,51	1.987,51	1.987,51	2.166,09	26	242,70
					A2	7.137,35	1.857,49	1.857,49	1.857,49	2.024,38	26	242,70
					B	6.780,44	1.764,53	1.764,53	1.764,53	1.922,80	26	242,70
					C	6.566,32	1.708,81	1.708,81	1.708,81	1.862,08	26	242,70
11	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	alta complessità	A1	5.299,24	1.987,51	1.987,51	1.987,51	1.638,46	16	236,58
					A2	4.952,56	1.857,49	1.857,49	1.857,49	1.531,27	16	236,58
					B	4.704,88	1.764,53	1.764,53	1.764,53	1.454,46	16	236,58
					C	4.457,25	1.671,66	1.671,66	1.671,66	1.377,90	16	236,58
6	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C		A1	5.234,40	1.629,58	1.629,58	1.629,58	1.554,73	19	208,75
					A2	4.891,96	1.522,97	1.522,97	1.522,97	1.453,02	19	208,75
					B	4.647,31	1.446,76	1.446,76	1.446,76	1.380,36	19	208,75
					C	4.402,71	1.370,61	1.370,61	1.370,61	1.307,70	19	208,75
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	1.466,62	1.629,58	1.629,58	1.629,58	614,88	9	198,95
					A2	1.370,67	1.522,97	1.522,97	1.522,97	574,65	9	198,95
					B	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95
					C	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95
6	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C		A1	3.820,66	1.369,88	1.369,88	1.369,88	1.326,68	14	243,82
					A2	3.570,71	1.280,26	1.280,26	1.280,26	1.239,89	14	243,82
					B	3.392,17	1.216,19	1.216,19	1.216,19	1.177,06	14	243,82
					C	3.213,63	1.152,18	1.152,18	1.152,18	1.115,10	14	243,82
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	A1	1.249,75	1.369,88	1.369,88	1.369,88	694,75	4	214,38
					A2	1.167,99	1.280,26	1.280,26	1.280,26	649,30	4	214,38
					B	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19	616,56	4	214,38
					C	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19	616,56	4	214,38

Il sistema DRG



- La tariffa prevista per ciascun DRG rappresenta un valore medio, non necessariamente "adeguato" alla complessità del singolo caso clinico trattato
- **Tariffa ≠ rimborso**

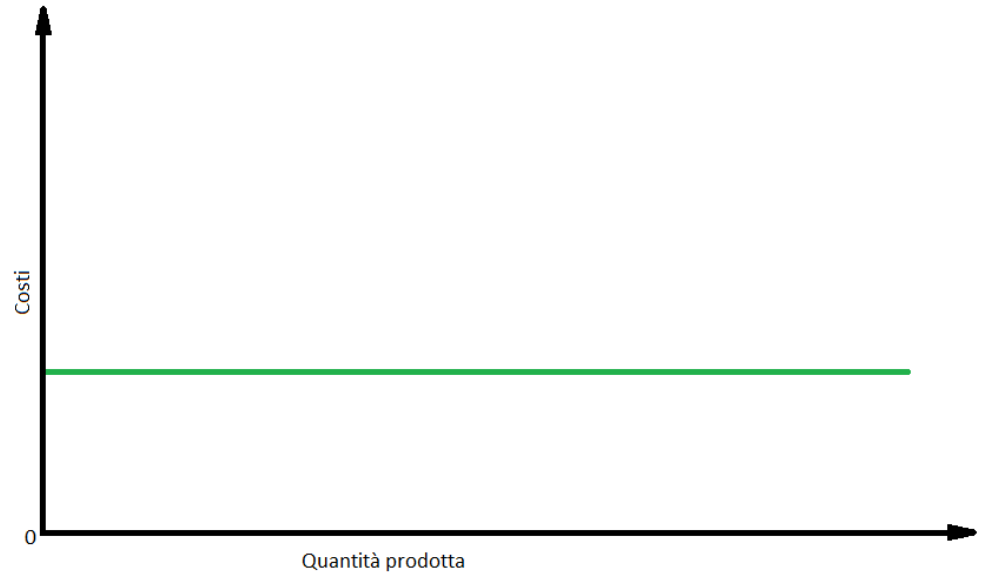
Costi e ricavi

Costi fissi e variabili

Classificazione dei costi in base al comportamento:

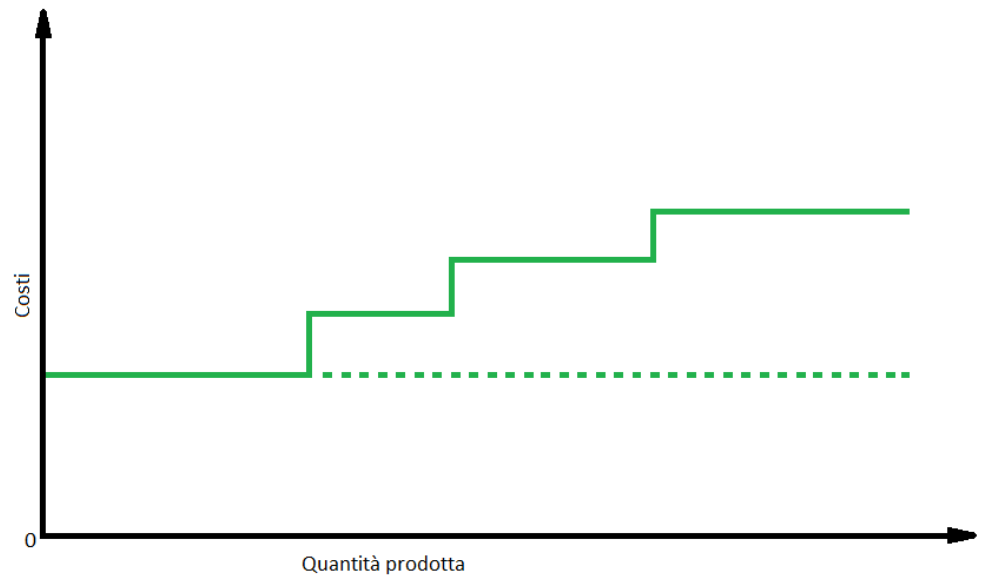
- **fissi**: costi che derivano dalla predisposizione di una certa struttura e capacità aziendale e non subiscono variazioni al mutare dei volumi dei produzione nell'ambito di una struttura produttiva (ad esempio: canoni di leasing, spese generali aziendali, rate di fitto)
- **variabili**: costi la cui entità varia in proporzione alla variazione del volume produttivo (ad esempio: costi delle materie prime, costi di trasporto)
- **semivariabili** o **misti**: costi in cui è possibile identificare una componente variabile ed una fissa (ad esempio: costi per utenze quali telefono, luce elettrica, … che prevedono un costo fisso a titolo di canone ed un costo variabile in proporzione ai consumi)

Costi fissi e variabili



Rappresentazione dei costi fissi: nel breve periodo non subiscono variazioni al mutare dei volumi dei produzione, nell’ambito di una struttura produttiva

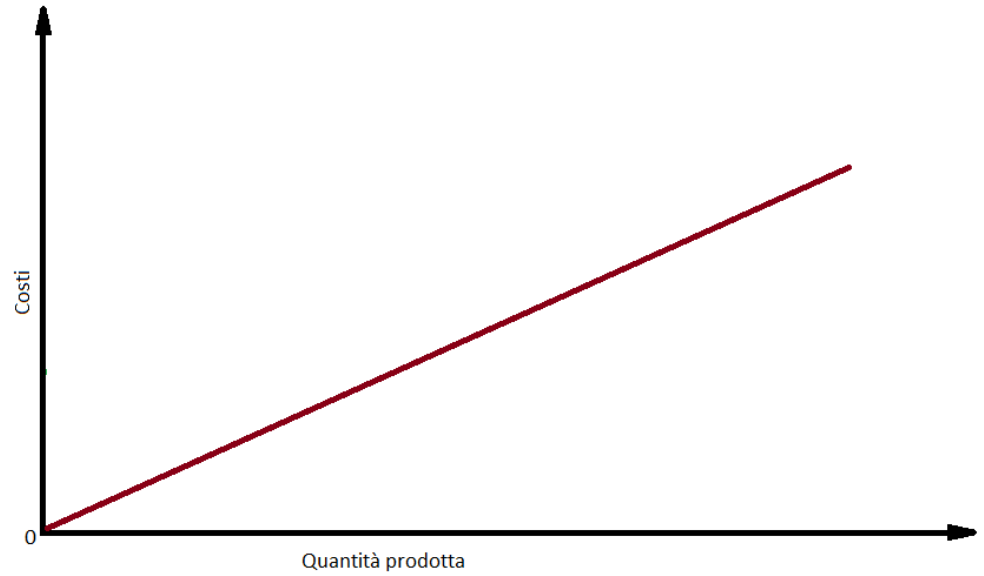
Costi fissi e variabili



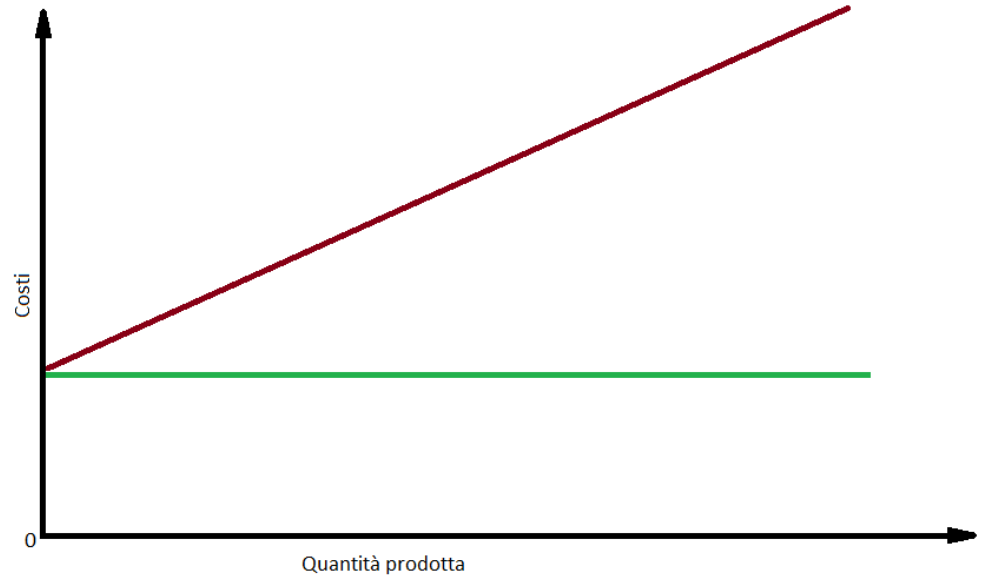
Rappresentazione dei costi fissi: nel tempo, possono registrare una crescita discontinua, a scatti, in relazione al mutare della capacità produttiva dell'azienda (acquisto di nuove apparecchiature, variazione dei canoni, dei costi di acquisto delle materie prime, …)

Costi fissi e variabili

Rappresentazione dei costi variabili, strettamente legati al volume produttivo



Costi fissi e variabili



- Rappresentazione della combinazione costi fissi + costi variabili, in relazione al volume produttivo

Costi fissi e variabili

Nell’ambito di una struttura aziendale, i costi fissi mantengono un livello costante, rappresentato graficamente con una retta parallela all’asse delle ascisse; si riferiscono al breve periodo durante il quale la capacità produttiva rimane immutata.

Se si considerano le decisioni aziendali, nel lungo periodo esse possono essere orientate ad aumentare la capacità produttiva; in tal caso occorre effettuare nuovi investimenti che modifichino la struttura dei costi, per cui il livello dei costi seguirà l'andamento "a gradini".

Costi fissi e variabili

I costi variabili sono rappresentati graficamente da una retta passante per l'origine in quanto a produzione nulla corrispondono costi variabili pari a zero, e con andamento crescente nell'ipotesi di costi variabili proporzionali alla quantità prodotta

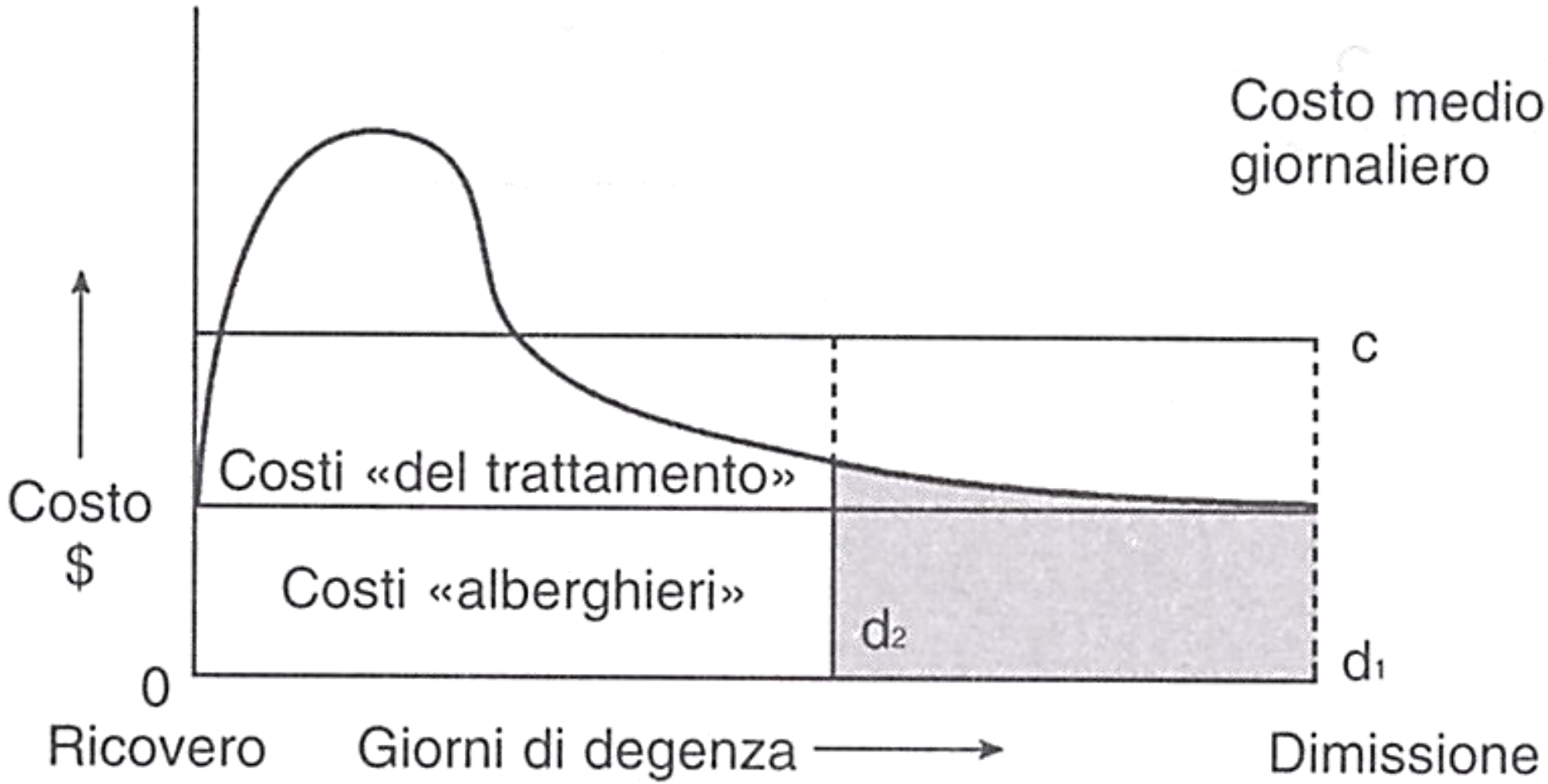
Più prodotti si realizzano, più il costo sul singolo prodotto si riduce.

In questi casi, si dice che l'imprese realizza delle **economie di scala** (*il singolo prodotto costa meno quando aumenta il numero dei prodotti*)

Costi fissi e variabili

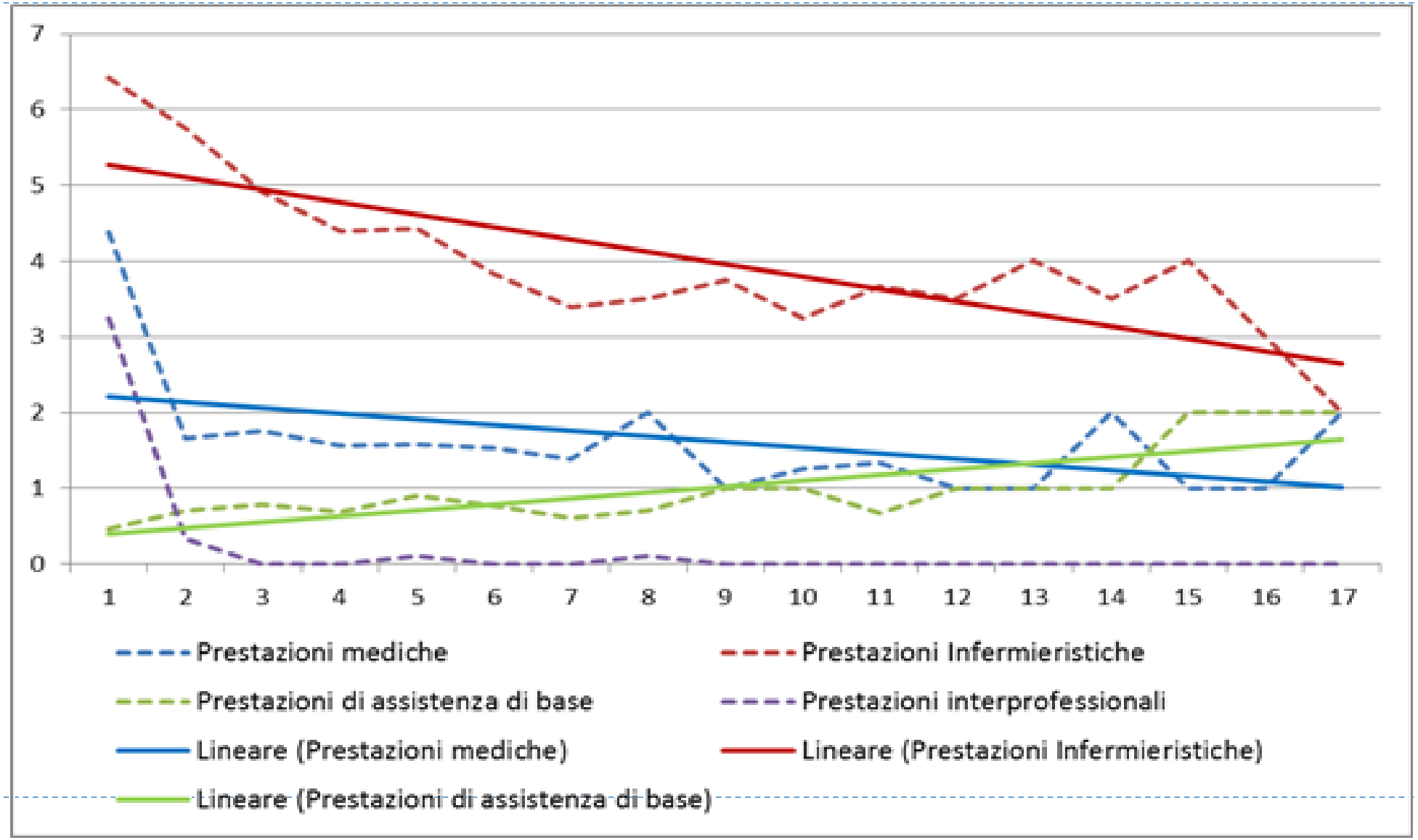
Quantità	Costi fissi	Costi variabili	Costo unitario complessivo
1	100	10	110,0
2	100	20	60,0
3	100	30	43,3
4	100	40	35,0
5	100	50	30,0
6	100	60	26,7
7	100	70	24,3
8	100	80	22,5
9	100	90	21,1
10	100	100	20,0
25	100	250	14,0
50	100	500	12,0
75	100	750	11,3
100	100	1000	11,0

Costi fissi e variabili



[Fonte: Drummond et AA, 2000, pagina 76]

Appropriatezza organizzativa nei DRG 182, 183, 189



Costi diretti e indiretti

Classificazione dei costi:

- **diretti**: costi sostenuti esclusivamente per un determinato oggetto di costo e per i quali esiste la possibilità di misurare "oggettivamente" il consumo di fattore produttivo; è opportuno che tale misurazione sia anche conveniente, nel senso che l'onere associato sia superato dal beneficio ricavabile dalla misurazione stessa
- **indiretti**: costi comuni a più oggetti di calcolo per i quali non risulta possibile una misurazione oggettiva della quantità di fattore impiegata da ciascun oggetto (ovvero, è possibile ma non conveniente effettuare una misurazione)

Costi diretti

Si imputano "mediante misurazione oggettiva della quantità di risorse da impiegare o effettivamente impiegate per un certo oggetto (centro, prodotto, …) oppure mediante attribuzione nella sua interezza di un costo che è sostenuto solo per quell'oggetto e non per altri" (Brusa).

Per tali costi si riscontra una relazione del tipo:

Costo imputato = quantità del fattore x prezzo unitario del fattore

Esempi di costi diretti: materie prime e manodopera diretta impiegati per la costruzione del bene. Ammortamento del macchinario: è considerabile "costo diretto" nel solo caso in cui lo stesso sia imputabile unicamente all'oggetto di costo sotto osservazione

Costi indiretti

Si imputano "attraverso una ripartizione soggettiva, ovvero per mezzo di un criterio di ripartizione che esprime attraverso valori numerici il metodo con cui i costi sono attribuiti agli oggetti cui si riferiscono" (Bocchino).

Per tali costi si riscontra una relazione del tipo:

Costo imputato = costo totale da ripartire x coefficiente di ripartizione

Esempi di costi indiretti: spese amministrative, affitti, ammortamenti dei materiali, costi di manodopera indiretta (capireparto, dirigenti di funzione, …), le quote di ammortamento dei macchinari che erogano prestazioni comuni a tutti i prodotti, …

Costi diretti e indiretti

Affinché un costo sia diretto non solo deve essere possibile l'attribuzione oggettiva, ma essa deve essere anche conveniente, ovvero non deve venire a costare troppo.

Pensiamo, ad esempio, al costo che si sostiene per il consumo dell'energia elettrica: se disponiamo di un unico contatore per più macchinari, siamo in presenza di un costo indiretto, non imputabile in modo oggettivo ai singoli prodotti. Per rendere diretto il costo dell'energia elettrica si dovrebbe applicare un contatore a ogni macchinario; se però i contatori vengono a costare troppo rispetto al vantaggio di ottenere delle informazioni più attendibili, allora il costo rimane indiretto.

La distinzione che esiste tra costi diretti e indiretti è relativa, perché dipende dall'ampiezza dell'oggetto di calcolo: all'ampliarsi dell'oggetto di costo, i costi da indiretti divengono diretti in maniera graduale.

Costi diretti e indiretti

Ricavo

ricavo s. m. [der. di ricavare]. –

a. raro. L'operazione, il lavoro di ricavare, cioè di cavare fuori, estrarre o trarre: *luogo di r*. (di terra, pietre, ecc.).

b. Somma di denaro che si ricava dalla vendita o rivendita di un prodotto, da una prestazione o da altre attività economiche. In partic.:

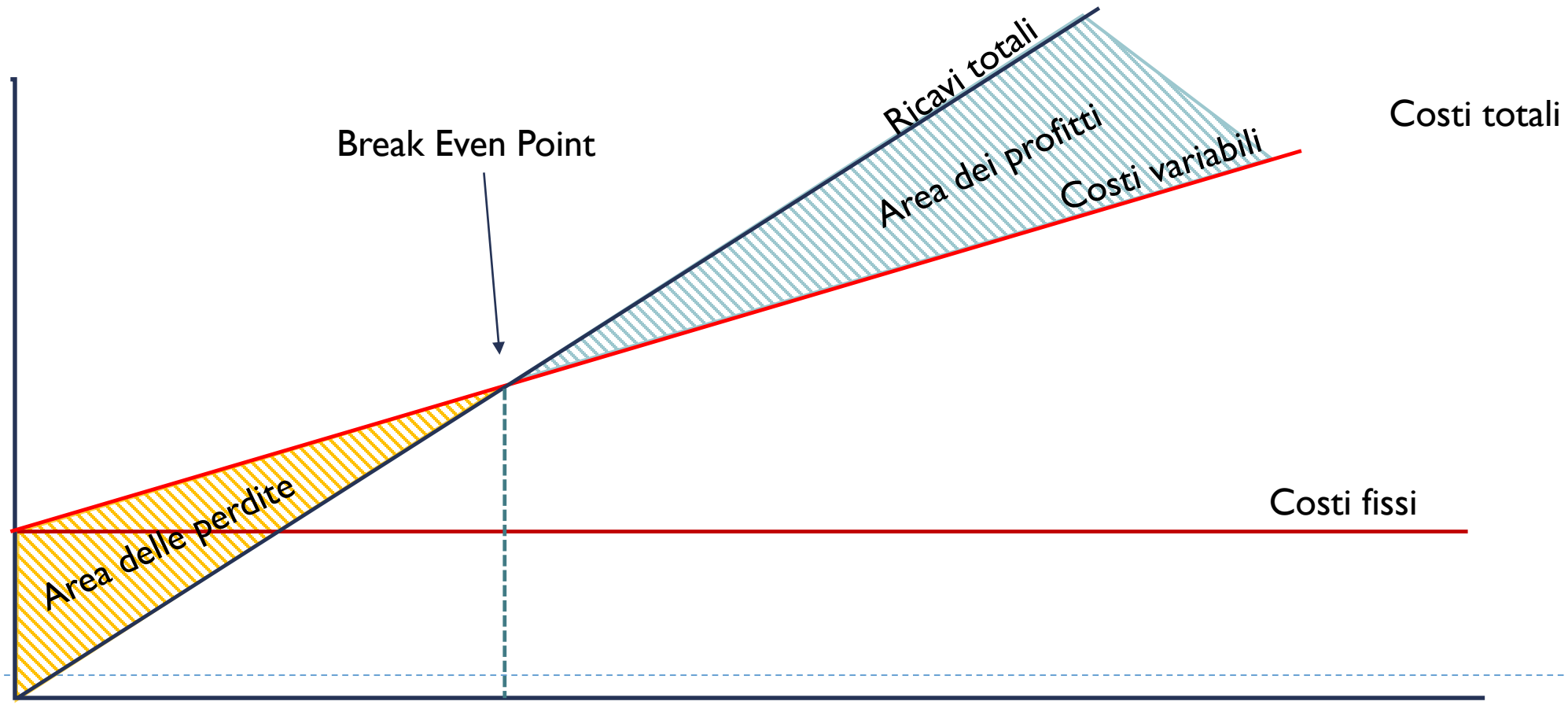
   a. In economia, ogni acquisizione di ricchezza numeraria ottenuta dallo scambio di beni o servizî e considerata come reintegrazione, totale o parziale, dei costi sostenuti per la loro produzione (*r*. *lordo*), o il valore della ricchezza acquisita depurato di tutte le spese sostenute e di tutti gli abbuoni o le riduzioni concessi alla controparte (*r*. *netto*). Si distingue il *r*. *totale* (ottenuto dal prezzo unitario moltiplicato per la quantità venduta) dal *r*. *medio* (risultante dalla divisione del precedente per il numero delle unità vendute) e dal *r*. *marginale* (incremento positivo o negativo del ricavo totale in funzione di un aumento infinitesimo della quantità venduta). Dalla differenza tra ricavo totale e costo totale dipende il beneficio del produttore.

   b. Nel linguaggio bancario, *netto r*., il valore di una cambiale scontata o incassata per conto altrui, o quello risultante dalla negoziazione di titoli e di cambî dopo detratte le competenze e spese bancarie; *conto di netto r*., documento che il commissionario rimette al committente per renderlo edotto dei ricavi delle vendite eseguite per suo ordine e conto, delle spese inerenti sostenute e dei compensi a lui spettanti; per la *distinta di netto r*., v. distinta.

Ricavo

Come si adatta la definizione "*Somma di denaro che si ricava dalla vendita o rivendita di un prodotto, da una prestazione o da altre attività economiche*" alle attività tipiche di un'azienda sanitaria?

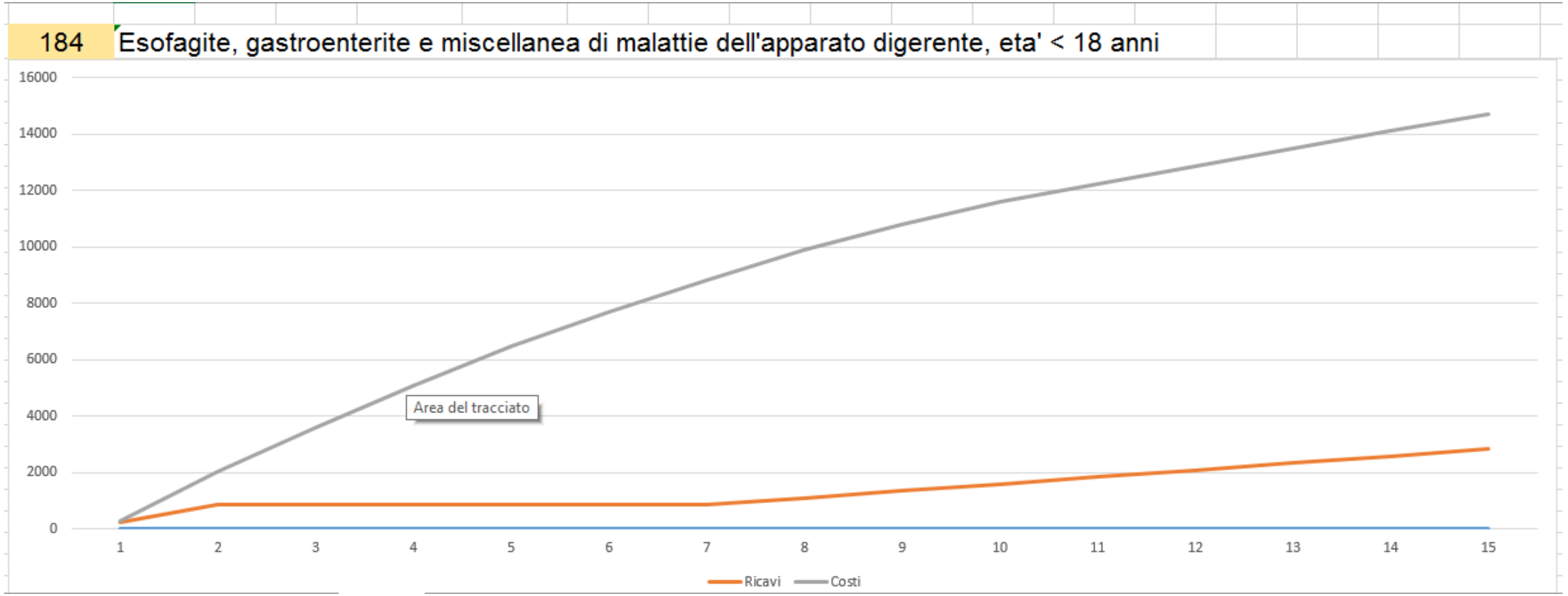
Break Even Point



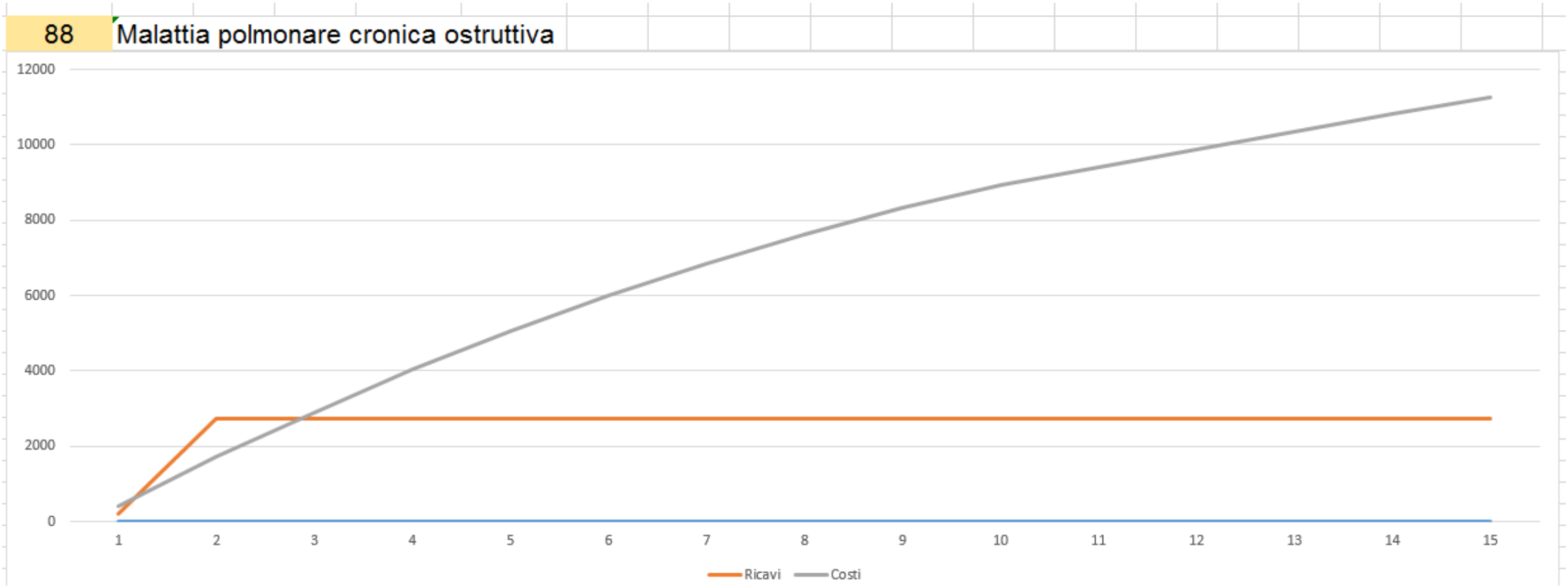
Break even point

La **Break Even Analysis** è una rappresentazione semplificata della realtà, in quanto costi e ricavi, per convenzione, hanno sempre l'andamento lineare. Tuttavia, è sufficientemente approssimata e fornisce rapidamente un ordine di grandezza per le strategie produttive e di vendita.

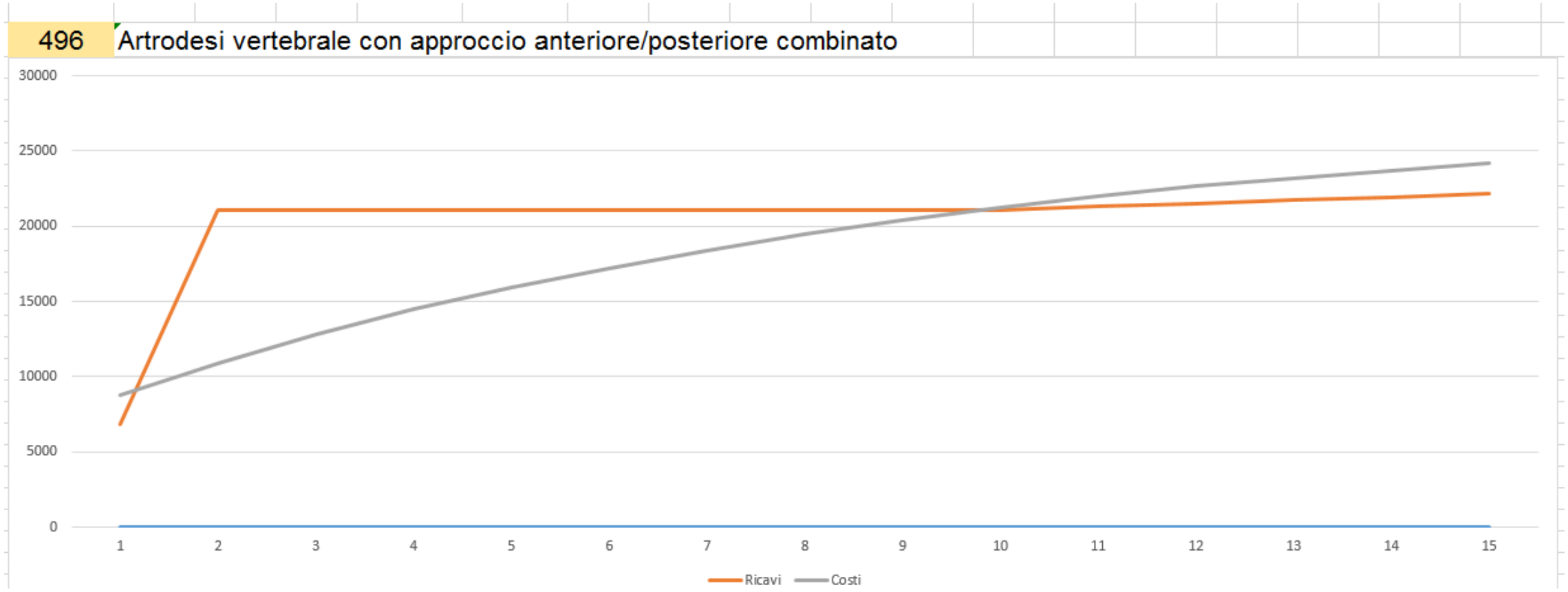
Analisi costi-ricavi per singolo caso trattato



Analisi costi-ricavi per singolo caso trattato



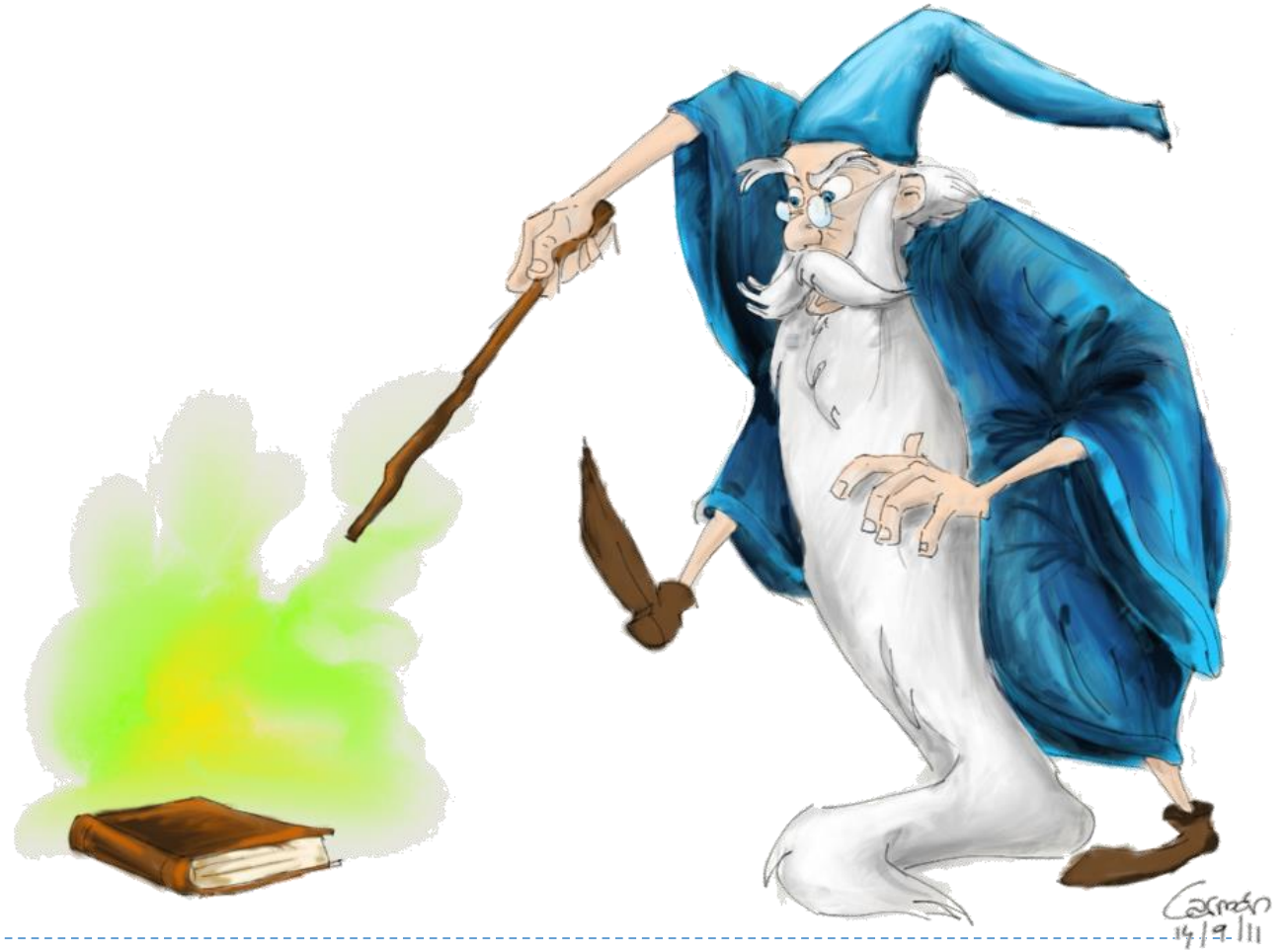
Analisi costi-ricavi per singolo caso trattato



La problematica del controllo

Il sistema DRG

Il sistema DRG è alla base del sistema tariffario delle prestazioni di ricovero, e comporta un elevato rischio di adozione di comportamenti opportunistici finalizzati al raggiungimento di un risultato "economico" non congruente con l'impegno di risorse mediamente richiesto per la gestione di casi simili



Riflessi medico-legali

Codice Penale, art. 43: Elemento psicologico del reato. «Il delitto: è **doloso**, o **secondo l'intenzione**, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente **preveduto e voluto** come conseguenza della propria azione od omissione …»

Codice Penale, art. 323: Abuso d'ufficio. «… il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio … intenzionalmente **procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale** ovvero **arreca ad altri un danno ingiusto** è punito ...»

Codice Penale, art. 479: Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici «… che … **attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità**»

Codice Penale, art. 476: Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici. «… Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, **forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero** …»

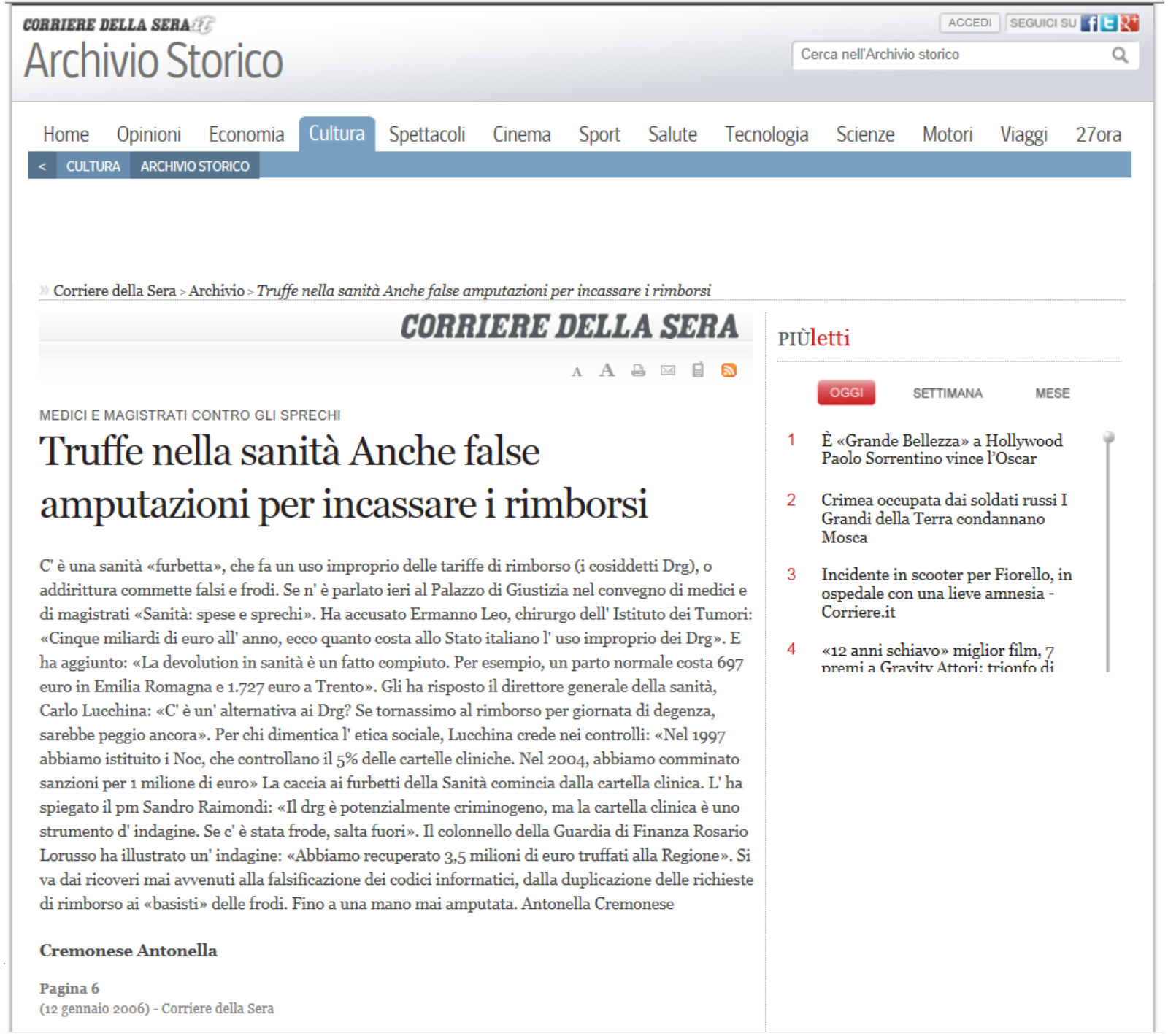
Lombardia [ottobre-dicembre 1997]

Cartelle verificate:	4.309
Percentuale cartelle “errate”:	72%
DRG modificati:	1.062 [24,64%]
Durata degenza modificata:	1.581 [36,69%]
DRG e degenza modificata:	186 [4,32%]
Variazione economica:	lit. 13.834.676.000

Lit. 13.834.676.000 / 3.102 = Lit. 4.459.921, valore medio recuperato per ciascuna cartella «errata»

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 12 gennaio 2006

http://archiviostorico.corriere.it/2006/gennaio/12/Truffe_nella_sanita_Anche_false_co_7_060112014.shtml



CORRIERE DELLA SERA.it

Archivio Storico

ACCEDI SEGUICI SU

Cerca nell'Archivio storico

Home Opinioni Economia Cultura Spettacoli Cinema Sport Salute Tecnologia Scienze Motori Viaggi 27ora

< CULTURA ARCHIVIO STORICO

Corriere della Sera › Archivio › *Truffe nella sanità Anche false amputazioni per incassare i rimborsi*

CORRIERE DELLA SERA

MEDICI E MAGISTRATI CONTRO GLI SPRECHI

Truffe nella sanità Anche false amputazioni per incassare i rimborsi

C' è una sanità «furbetta», che fa un uso improprio delle tariffe di rimborso (i cosiddetti Drg), o addirittura commette falsi e frodi. Se n' è parlato ieri al Palazzo di Giustizia nel convegno di medici e di magistrati «Sanità: spese e sprechi». Ha accusato Ermanno Leo, chirurgo dell' Istituto dei Tumori: «Cinque miliardi di euro all' anno, ecco quanto costa allo Stato italiano l' uso improprio dei Drg». E ha aggiunto: «La devolution in sanità è un fatto compiuto. Per esempio, un parto normale costa 697 euro in Emilia Romagna e 1.727 euro a Trento». Gli ha risposto il direttore generale della sanità, Carlo Lucchina: «C' è un' alternativa ai Drg? Se tornassimo al rimborso per giornata di degenza, sarebbe peggio ancora». Per chi dimentica l' etica sociale, Lucchina crede nei controlli: «Nel 1997 abbiamo istituito i Noc, che controllano il 5% delle cartelle cliniche. Nel 2004, abbiamo comminato sanzioni per 1 milione di euro» La caccia ai furbetti della Sanità comincia dalla cartella clinica. L' ha spiegato il pm Sandro Raimondi: «Il drg è potenzialmente criminogeno, ma la cartella clinica è uno strumento d' indagine. Se c' è stata frode, salta fuori». Il colonnello della Guardia di Finanza Rosario Lorusso ha illustrato un' indagine: «Abbiamo recuperato 3,5 milioni di euro truffati alla Regione». Si va dai ricoveri mai avvenuti alla falsificazione dei codici informatici, dalla duplicazione delle richieste di rimborso ai «basisti» delle frodi. Fino a una mano mai amputata. Antonella Cremonese

Cremonese Antonella

Pagina 6
(12 gennaio 2006) - Corriere della Sera

PIÙletti

OGGI SETTIMANA MESE

1 È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar

2 Crimea occupata dai soldati russi I Grandi della Terra condannano Mosca

3 Incidente in scooter per Fiorello, in ospedale con una lieve amnesia - Corriere.it

4 «12 anni schiavo» miglior film, 7 premi a Gravity Attori: trionfo di

Archivio storico di ANAAO ASSOMED, articolo del 17 giugno 2006

http://www.anaaoveneto.it/rassegna/corriere17-6-06.htm

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI
SEGRETERIA REGIONALE DEL VENETO

Corriere del Veneto - 17 giugno 2006

Sanità privata, inchiesta sui pazienti non veneti
La Finanza in una clinica polesana e in Regione: si sospetta la truffa sui degenti. «esterni»

NUOVO FILONE Si allarga l'inchiesta sui rapporti fra case di cura e Regione: nel mirino le «migrazioni» dei malati nelle strutture locali

L'INDIZIO L'indagine é partita da un'intercettazione ambientale di Giuseppe Puntin con un direttore sanitario: «Rovinano tutto, scoppierà lo scandalo»

VENEZIA- Un blitz negli uffici della Regione; un'acquisizione di documenti in una clinica di Occhiobello; un nuovo filone d'inchiesta sulla sanità privata: le migrazioni di pazienti da una regione all'altra. E poi il trasferimento dell'indagine per corruzione sul reuccio delle case di cura venete Giuseppe Puntin da Trento a Verona, dopo l'interrogatorio nel quale quest'ultimo ha dimostrato. che il passaggio di denaro (50 mila euro) da lui a Franco Toniolo, ex segretario regionale alla sanità, è avvenuto nella città scaligera.

La sanità privata è dunque sempre più nel mirino della magistratura veneta. L'ultimo. settore ad essere finito sotto inchiesta è dunque quello delle cosiddette migrazioni sanitarie. Si tratta degli spostamenti da una regione all'altra di pazienti delle case di cura private. Un sistema che alcune cliniche avrebbero adottato per ottenere più soldi dalla Regione.

IL MECCANISMO - Si basa sui tetti tariffari «dinamico regressivi». Significa che, superato un numero di prestazioni prestabilito, le strutture private possono ottenere dei rimborsi dall'ente pubblico ma solo in misura ridotta e progressivamente in discesa, fino a un abbattimento tariffario dell'80%. Dalla regressione è escluso un solo tipo di intervento: quello sui degenti che arrivano da altre regioni. Per queste prestazioni la tariffa è sempre piena. E così, fatta la regola trovato l'inganno. Alcune cliniche, dopo aver toccato i tetti, avrebbero spinto su questi ricoveri costringendo la Regione a pagare tariffe intere anche sull'eccedenza. Un danno per la casse pubbliche, quindi, e anche per i malati regionali che in questo modo sarebbero stati scavalcati dai più remunerativi «colleghi» esterni.

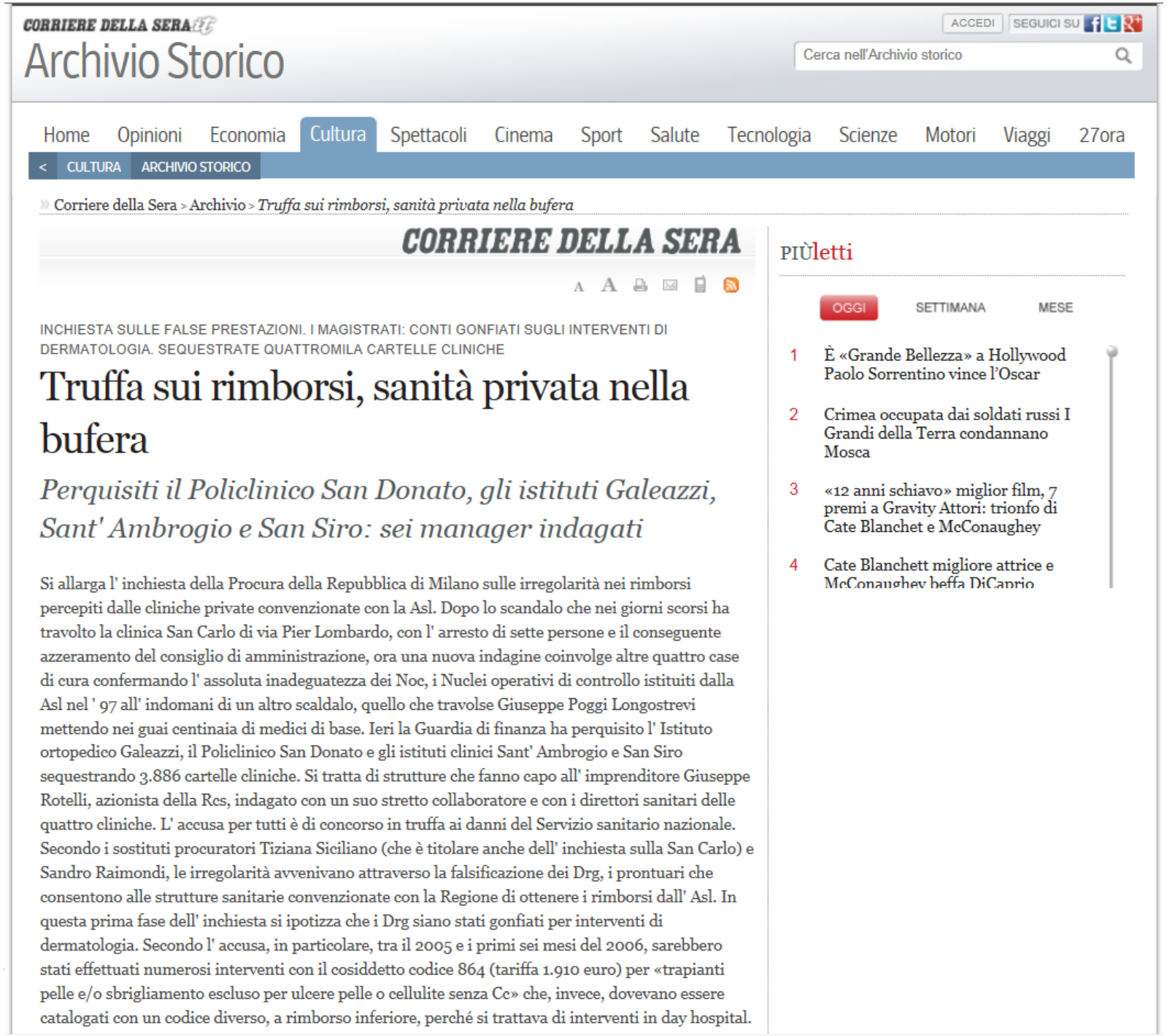
LE CLINICHE-La Guardia di Finanza, su incarico della procura di Venezia dove il pm Carlo Nordio ha aperto un fascicolo per truffa, ha bussato alla casa di cura Santa Maria Maddalena di Occhiobello (Rovigo) chiedendo i documenti riguardanti i Drg, i Diagnosis related groups, cioè le prestazioni con tariffe predeterminate. A muovere gli inquirenti è stata un'intercettazione ambientale nell'automobile di Puntin. Il ragioniere veronese stava parlando con il dottor Vito Bongiovanni, attuale direttore sanitario dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna e prima in forza alla Pederzoli di Peschiera del Garda. «E' vero, è una truffa questa, è una schifezza - diceva quest'ultimo a Puntin - Capisci? La fa il ... che sta rovinando tutto il mercato. Scoppierà lo scandalo. Te lo posso dire perché lui esagera. Ne ha fatto 400, ne ha fatti a tutti ... ne ha fatti ripetutamente, non bisogna esagerare con queste cose perché poi il giocattolo si rompe». Nel succesivo interrogatorio Puntin ha spiegato che stavano parlando di «vene varicose trattate con una tecnica che da una buona percentuale». Ha precisato anche che si trattava solo di chiacchiere.
Da una parte, quindi, il privato e dall'altra l'assessorato alla sanità della Regione, dove la Finanza ha chiesto le carte riguardanti i rimborsi.

I NUMERI - Ma è un po' tutto il settore sotto i riflettori e non solo delle procure. Dal 2001 al 2005 le 27 case di cura venete hanno registrato un autentico boom di incassi dalla Regione. Secondo la contabilità di Palazzo Balbi ci sono cliniche che dal 2001 al 2005 hanno addirittura triplicato le entrate, come la Maria Maddalena che è passata da 4 a 12 milioni. La Pederzoli di Peschiera del Garda, gestita da Puntin, nello stesso periodo ha più che raddoppiato, da 24,8 a 55,3 milioni. E le prime undici della graduatoria hanno incrementato il volume tariffario da 151 a 256,50 milioni.
Denaro pubblico per cliniche private venete. Con percentuali di crescita da economia cinese.
Andrea Pasqualetto

IL NODO TARIFFARIO
Gli utenti che arrivano dal resto d'Italia preferiti ai residenti perché le tariffe dei rimborsi sono più alte. Boom degli incassi sui pagamenti a prestazione

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 25 gennaio 2007

http://archiviostorico.corriere.it/2007/gennaio/25/Truffa_sui_rimborsi_sanita_privata_co_7_070125008.shtml



CORRIERE DELLA SERA

INCHIESTA SULLE FALSE PRESTAZIONI. I MAGISTRATI: CONTI GONFIATI SUGLI INTERVENTI DI DERMATOLOGIA. SEQUESTRATE QUATTROMILA CARTELLE CLINICHE

Truffa sui rimborsi, sanità privata nella bufera

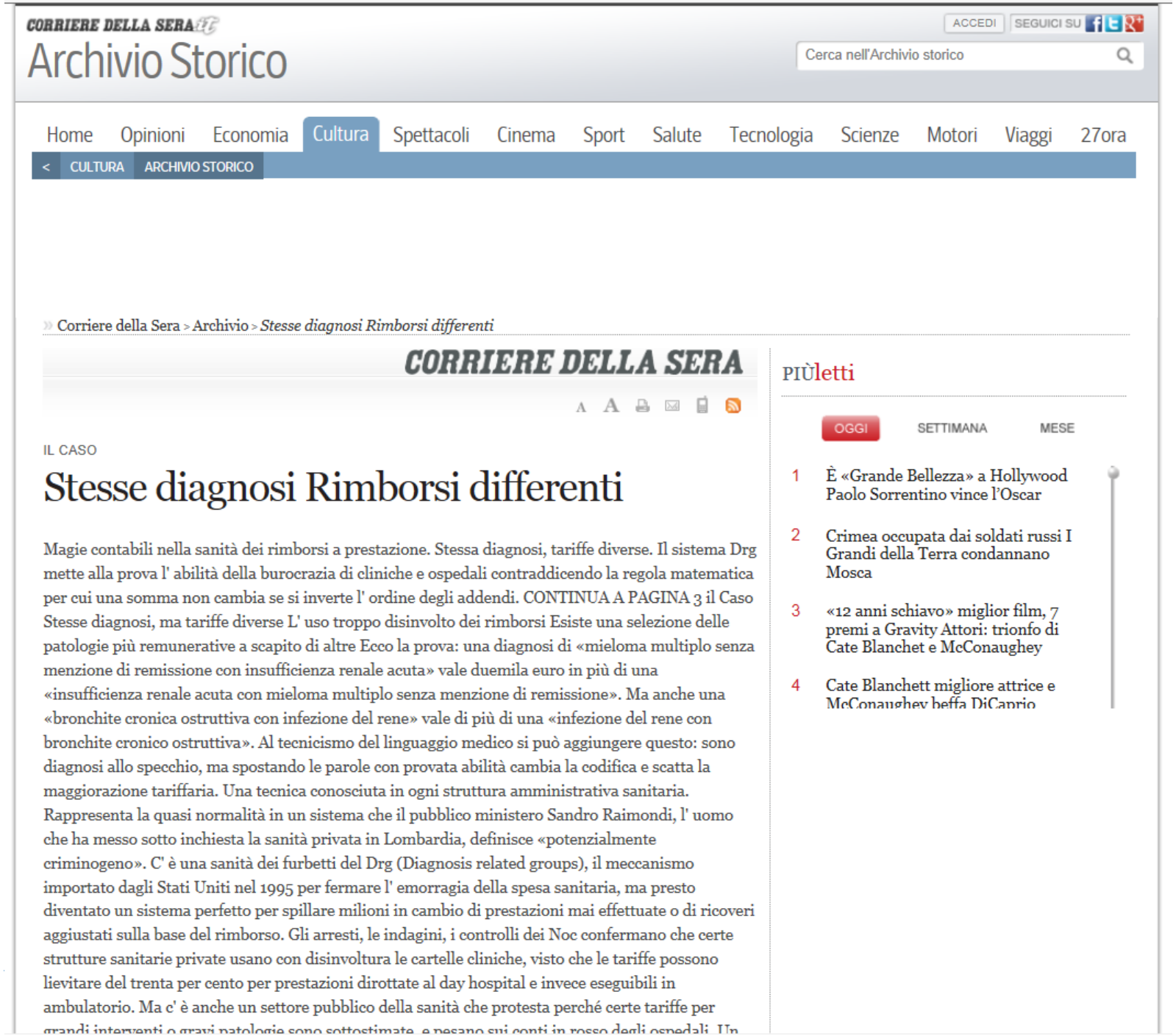
Perquisiti il Policlinico San Donato, gli istituti Galeazzi, Sant' Ambrogio e San Siro: sei manager indagati

Si allarga l' inchiesta della Procura della Repubblica di Milano sulle irregolarità nei rimborsi percepiti dalle cliniche private convenzionate con la Asl. Dopo lo scandalo che nei giorni scorsi ha travolto la clinica San Carlo di via Pier Lombardo, con l' arresto di sette persone e il conseguente azzeramento del consiglio di amministrazione, ora una nuova indagine coinvolge altre quattro case di cura confermando l' assoluta inadeguatezza dei Noc, i Nuclei operativi di controllo istituiti dalla Asl nel ' 97 all' indomani di un altro scaldalo, quello che travolse Giuseppe Poggi Longostrevi mettendo nei guai centinaia di medici di base. Ieri la Guardia di finanza ha perquisito l' Istituto ortopedico Galeazzi, il Policlinico San Donato e gli istituti clinici Sant' Ambrogio e San Siro sequestrando 3.886 cartelle cliniche. Si tratta di strutture che fanno capo all' imprenditore Giuseppe Rotelli, azionista della Rcs, indagato con un suo stretto collaboratore e con i direttori sanitari delle quattro cliniche. L' accusa per tutti è di concorso in truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale. Secondo i sostituti procuratori Tiziana Siciliano (che è titolare anche dell' inchiesta sulla San Carlo) e Sandro Raimondi, le irregolarità avvenivano attraverso la falsificazione dei Drg, i prontuari che consentono alle strutture sanitarie convenzionate con la Regione di ottenere i rimborsi dall' Asl. In questa prima fase dell' inchiesta si ipotizza che i Drg siano stati gonfiati per interventi di dermatologia. Secondo l' accusa, in particolare, tra il 2005 e i primi sei mesi del 2006, sarebbero stati effettuati numerosi interventi con il cosiddetto codice 864 (tariffa 1.910 euro) per «trapianti pelle e/o sbrigliamento escluso per ulcere pelle o cellulite senza Cc» che, invece, dovevano essere catalogati con un codice diverso, a rimborso inferiore, perché si trattava di interventi in day hospital.

PIÙletti
OGGI SETTIMANA MESE
1 È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar
2 Crimea occupata dai soldati russi I Grandi della Terra condannano Mosca
3 «12 anni schiavo» miglior film, 7 premi a Gravity Attori: trionfo di Cate Blanchet e McConaughey
4 Cate Blanchett migliore attrice e McConaughey beffa DiCaprio

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 19 febbraio 2007

http://archiviostorico.corriere.it/2007/febbraio/19/Stesse_diagnosi_Rimborsi_differenti_co_7_070219007.shtml



CORRIERE DELLA SERA.it
Archivio Storico

ACCEDI SEGUICI SU

Cerca nell'Archivio storico

Home Opinioni Economia Cultura Spettacoli Cinema Sport Salute Tecnologia Scienze Motori Viaggi 27ora

< CULTURA ARCHIVIO STORICO

» Corriere della Sera › Archivio › *Stesse diagnosi Rimborsi differenti*

CORRIERE DELLA SERA

IL CASO

Stesse diagnosi Rimborsi differenti

Magie contabili nella sanità dei rimborsi a prestazione. Stessa diagnosi, tariffe diverse. Il sistema Drg mette alla prova l' abilità della burocrazia di cliniche e ospedali contraddicendo la regola matematica per cui una somma non cambia se si inverte l' ordine degli addendi. CONTINUA A PAGINA 3 il Caso Stesse diagnosi, ma tariffe diverse L' uso troppo disinvolto dei rimborsi Esiste una selezione delle patologie più remunerative a scapito di altre Ecco la prova: una diagnosi di «mieloma multiplo senza menzione di remissione con insufficienza renale acuta» vale duemila euro in più di una «insufficienza renale acuta con mieloma multiplo senza menzione di remissione». Ma anche una «bronchite cronica ostruttiva con infezione del rene» vale di più di una «infezione del rene con bronchite cronico ostruttiva». Al tecnicismo del linguaggio medico si può aggiungere questo: sono diagnosi allo specchio, ma spostando le parole con provata abilità cambia la codifica e scatta la maggiorazione tariffaria. Una tecnica conosciuta in ogni struttura amministrativa sanitaria. Rappresenta la quasi normalità in un sistema che il pubblico ministero Sandro Raimondi, l' uomo che ha messo sotto inchiesta la sanità privata in Lombardia, definisce «potenzialmente criminogeno». C' è una sanità dei furbetti del Drg (Diagnosis related groups), il meccanismo importato dagli Stati Uniti nel 1995 per fermare l' emorragia della spesa sanitaria, ma presto diventato un sistema perfetto per spillare milioni in cambio di prestazioni mai effettuate o di ricoveri aggiustati sulla base del rimborso. Gli arresti, le indagini, i controlli dei Noc confermano che certe strutture sanitarie private usano con disinvoltura le cartelle cliniche, visto che le tariffe possono lievitare del trenta per cento per prestazioni dirottate al day hospital e invece eseguibili in ambulatorio. Ma c' è anche un settore pubblico della sanità che protesta perché certe tariffe per grandi interventi o gravi patologie sono sottostimate, e pesano sui conti in rosso degli ospedali. Un

PIÙletti

OGGI SETTIMANA MESE

1 È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar

2 Crimea occupata dai soldati russi I Grandi della Terra condannano Mosca

3 «12 anni schiavo» miglior film, 7 premi a Gravity Attori: trionfo di Cate Blanchet e McConaughey

4 Cate Blanchett migliore attrice e McConaughey beffa DiCaprio

Archivio storico de il Giornale.it, articolo del 26 luglio 2007

http://www.ilgiornale.it/news/sanit-truffe-18-milioni-35-cliniche-nel-mirino.html

il Giornale.it

milano

Home Interni Esteri Cronache Blog Economia Sport Cultura Tech Milano Motori Casa Speciali Cerca

Condividi:

Commenti:

Sanità, truffe per 18 milioni: 35 cliniche nel mirino

Due «storici» funzionari che collaborano come periti rischiano il posto al Pirellone. Oggi i Pm milanesi titolari delle inchieste riferiranno a Roma, in Senato

Enrico Lagattolla - Gio, 26/07/2007 - 03:07

commenta 0

«Ovunque ci capiti di gettare lamo, abbocca qualcosa». Una sintesi fin troppo chiara. Così parla un investigatore impegnato nelle indagini su cliniche private e truffe al sistema sanitario nazionale. «Sembra - aggiunge - che qualcuno abbia studiato il modo per frodare il sistema dei rimborsi». In un anno, dieci case di cura sono finite sotto inchiesta. Altre cinque sono già allattenzione dei magistrati a Milano e Provincia. Ma è lo scenario complessivo a fare impressione, perché «questa è solo la punta delliceberg». In totale, sono 35 i centri medici convenzionati con la Regione ad essere finiti nel mirino della Procura.

Tutti santi

In principio fu la San Carlo. Era il gennaio 2006, la prima inchiesta. Al fascicolo lavorano i pm Grazia Pradella, Tiziana Siciliano e il comandante dei Nas Giovanni Jacobazzi. Un anno dopo in sette, tra dirigenti e medici, vengono arrestati con laccusa di aver falsificato i drg (diagnosis related group), i prontuari che consentono alle strutture sanitarie convenzionate con la Regione di ottenere i rimborsi dalla Asl. Era solo linizio. Da allora, altre nove case di cura sono finite sotto inchiesta. Nellordine: San Donato, San Siro, SantAmbrogio, Galeazzi, San Raffaele, San Giuseppe, San Pio X, e - lultima in ordine di tempo - la clinica Santa Rita. A farci caso, quasi tutti ordini minori con voto (teorico) di povertà. Migliaia le cartelle sequestrate dai Nas dei carabinieri e dagli uomini del nucleo di polizia tributaria della Guardia di finanza. Da inchiesta nasce inchiesta, in un domino di illeciti. In mano ai magistrati, ora, cè unenorme documentazione riferibile al biennio 2005-2006. Una minima parte del materiale prodotto solo da alcuni reparti di ogni singola clinica, precisano gli investigatori. Eppure cè già di che allarmarsi. In solo due anni, infatti, vengono contestati indebiti rimborsi per circa 18 milioni di euro. Ma laffare è di gran lunga più ricco.

Il miliardo

La sanità convenzionata è la voce con la maggiore incidenza sul bilancio regionale. Per qualcuno, una gallina dalle uova doro. Lultimo anno, il costo dei drg per i cittadini residenti

Archivio storico de il Giornale.it, articolo del 6 febbraio 2009

http://www.ilgiornale.it/news/bufera-sul-galeazzi-32-medici-e-manager-indagati-truffa.html

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 25 gennaio 2014

http://www.corriere.it/cronache/14_gennaio_25/rimborsi-gonfiati-cartelle-cliniche-truccate-il-presidente-dell-inps-mastrapasqua-indagato-56081848-859f-11e3-97a7-e7402e9bb91d.shtml

CORRIERE DELLA SERA.it
Cronache
ACCEDI SEGUICI SU
Cerca
Home Opinioni Economia Cultura Spettacoli Cinema Sport Salute Tecnologia Scienze Motori Viaggi 27ora
< CRONACHE
Corriere della Sera › Cronache › *Rimborsi gonfiati e cartelle cliniche truccate «Indagato il presidente Inps Mastrapasqua»*

OSPEDALE ISRAELITICO DI ROMA

Rimborsi gonfiati e cartelle cliniche truccate «Indagato il presidente Inps Mastrapasqua»

Truffa allo Stato da 85 milioni di euro. L'Ospedale israelitico, di cui Mastrapasqua è direttore generale, nella bufera

Truffa 1
ALTRI 3 ARGOMENTI

Antonio Mastrapasqua, 56 anni (Imagoeconomica)

Facili interventi di odontoiatria condotti in ambulatorio erano fatti passare per «operazioni invasive effettuate in ortopedia». In questo modo l'Ospedale israelitico di Roma, non accreditato con il Servizio sanitario per odontoiatria ma per ortopedia sì, è riuscito ad avere dalla Regione Lazio 13,8 milioni di euro di rimborsi. Ma non finisce qui: la struttura, fra il 2011 e il 2013, avrebbe conseguito un «ingiusto vantaggio» da 71 milioni di euro grazie a un protocollo di intesa illecito con la Regione. Totale della truffa ai danni dello Stato: 85 milioni di euro. Fra gli

89% INDIGNATO
Totale voti: 230
1615 305
DA GUARDARE
Ascolta | Stampa | Email

NOTIZIE CORRELATE
- Reportime e i legali di Mastrapasqua (06/02/2014)
- Incarichi multipli , serve uno scatto (01/02/2014)
- Mastrapasqua nel suo ufficio: sono in regola, aspetto il Parlamento (01/02/2014)
- I rapasqua si

PIÙletti
OGGI SETTIMANA MESE
1 È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar
2 Crimea occupata dai soldati russi I Grandi della Terra condannano Mosca
3 «12 anni schiavo» miglior film, 7 premi a Gravity Attori: trionfo di Cate Blanchet e McConaughey
4 Cate Blanchett migliore attrice e McConaughey beffa DiCaprio

IN PRIMO piano
È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar
CRONACA
Incidente in scooter per Fiorello In ospedale con una lieve amnesia

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 9 giugno 2008

http://www.corriere.it/cronache/08_giugno_09/arresti_medici_milano_ebc4ff96-35ef-11dd-9226-00144f02aabc.shtml

MILANO, L'INCHIESTA INIZIATA NEL 2007 RIGUARDA PRESUNTI RIMBORSI GONFIATI

Truffa e lesioni, 14 arresti alla Santa Rita In manette anche il direttore sanitario

Tra le accuse cinque omicidi aggravati e interventi non necessari: come l'asportazione di un seno a una 18enne

La facciata della clinica milanese Santa Rita, in zona Lambrate

MILANO - La Guardia di Finanza di Milano ha arrestato 13 medici e il titolare della casa di cura milanese Santa Rita, struttura privata ma convenzionata con il Servizio sanitario nazionale. Le 14 ordinanze di custodia cautelare, delle quali due in carcere e le altre ai domiciliari, sono state firmate dal gip Micaela Curami su richiesta dei pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano, titolari delle inchieste sulla nuova «sanitopoli» milanese che riguarda presunti rimborsi gonfiati per un totale di circa 2 milioni e mezzo di euro, denaro sequestrato insieme a circa 4mila cartelle cliniche. Destinatari 13 medici, tra cui l'ex direttore sanitario della Santa Rita, e il rappresentante legale nonché socio di maggioranza della struttura, il notaio Francesco Paolo Pipitone. Anche la clinica in qualità di ente giuridico è indagata in base alla legge sulla responsabilità amministrativa degli enti.

PRIMARIO E AIUTO IN CARCERE - È il primario della Chirurgia Toracica della clinca Santa Rita, il dottor Pierpaolo Brega Massone, una delle due persone destinatarie dell'ordinanza di custodia cautelare in carcere nell'ambito dell'inchiesta della Procura di Milano sui rimborsi gonfiati nella struttura sanitaria milanese. L'altra persona per il quale il gip Micaela Curami ha disposto il carcere è uno dei più stretti collaboratori del primario, il dottor Pietro Fabio Presicci.

TUTTI GLI ALTRI ARRESTATI - Oltre a Pier Paolo Brega Massone e Pietro Fabio Presicci che sono finiti in carcere, sono stati disposti gli arresti domiciliari per le seg[illegible]one: Paolo Francesco Pipitone, socio unico e legale rappresentante della casa di cu[illegible]tro Maurizio.

PIÙletti

OGGI SETTIMANA MESE

1 È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar

2 Crimea occupata dai soldati russi I Grandi della Terra condannano Mosca

3 Incidente in scooter per Fiorello, in ospedale con una lieve amnesia - Corriere.it

4 «12 anni schiavo» miglior film, 7 premi a Gravity Attori: trionfo di

IN PRIMO piano

È «Grande Bellezza» a Hollywood Paolo Sorrentino vince l'Oscar

CRONACA
Incidente in scooter per Fiorello In ospedale con una lieve amnesia

No Tav, Grillo condannato a 4 mesi per la violazione dei sigilli della baita di Chiomonte

Archivio storico Milano 2.0, articolo del 29 ottobre 2010

http://milano.blogosfere.it/2010/10/clinica-santa-rita-pier-paolo-brega-massone-condannato-a-15-anni-e-sei-mesi-per-gli-interventi-inuti.html

BLOGO Vai al canale News Tutti i Blog cerca in Milano 2.0 Cerca blogosfere

MILANO 2.0

>>> IL PRIMO CITTADINO SEI TU <<<

Home | Milano arte e cultura | Milano cronaca | Milano eventi | Milano politica | Milano sport | Tutti i temi | Archivi

Clinica Santa Rita, Pier Paolo Brega Massone condannato a 15 anni e sei mesi per gli interventi inutili

Venerdì 29 Ottobre 2010, 13:29 in Milano cronaca
di Arianna Ascione

+1 0 Tweet 0 Pin it

L'ex primario **Pier Paolo Brega Massone** della **clinica Santa Rita** di Milano (ora **Istituto Clinico Città Studi**) è stato condannato a **15 anni e sei mesi di carcere** per aver eseguito presunti interventi inutili al fine di gonfiare i rimborsi da parte del servizio sanitario nazionale. I giudici hanno dichiarato Brega Massone *"interdetto in via perpetua dai pubblici uffici"*, e l'ex primario è stato interdetto anche **per 5 anni dalla professione medica**.

In un certo senso gli è *'andata di lusso'*: infatti per lui i pm Grazia Pradella e Tiziana Siciliano avevano chiesto 21 anni di reclusione. **Fabio Pietro Presicci e Marco Pansera** inoltre sono stati condannati a 10 anni e 6 anni e nove mesi di carcere.

Blogosfere
Mi piace 32.812

Articoli Correlati

Processo Infinito 'Ndrangheta: la sentenza di primo grado, 110 condanne

Atm Gessate: dipendente dell'azienda dei trasporti colpito da infarto dopo una colluttazione

Domeniche a piedi 2011: stop agli ecologisti della domenica (senz'auto)

Domeniche a piedi 2011: il 20 novembre la prima domenicaAspasso, tutte le informazioni

Domeniche a piedi 2011: i testimonial dello stop alle auto del 20 novembre

Archivio storico di RovigoOggi.it, articolo del 13 maggio 2010: La casa di cura privata "*Santa Maria Maddalena*" sotto indagine. Viene contestata la truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale.

Sospetti per rimborsi gonfiati

http://www.rovigooggi.it/articolo/2010-05-13/sospetti-per-i-rimborsi-gonfiati/

Ad Occhiobello (Ro) due immobili della clinica privata "Santa Maria Maddalena" sono stati posti sotto sequestro. A 8,4 milioni di euro ammonterebbero i rimborsi indebitamente percepiti dal 2005 al 2007.
L'amministratore delegato della clinica Morello: "Le ipotesi sono infondate"

Rovigo - La casa di cura privata "Santa Maria Maddalena" di Occhiobello è sotto inchiesta della magistratura rodigina. L'11 maggio i carabinieri del Nas di Padova, secondo quanto disposto dal giudice per le indagini preliminari del tribunale di Rovigo Carlo Negri, hanno sequestrato preventivamente due immobili di proprietà della casa di cura e un conto corrente, quello dove sono depositati i soldi degli stipendi per medici e dipendenti della struttura sanitaria. La magistratura rodigina, che coordina l'indagine, ha già nominato un amministratore giudiziario per tutelare l'amministrazione della società e la prosecuzione dell'attività della casa di cura. Immediata l'impugnazione da parte dell'avvocato ferrarese Riccardo Venturi, legale della clinica privata, con la richiesta del riesame del decreto di sequestro emesso dal Gip.
Il reato contestato è quello della truffa aggravata ai danni del Servizio sanitario nazionale. Dall'analisi delle cartelle cliniche del 2005, 2006 e 2007 sono emersi presunti rimborsi gonfiati. La struttura privata infatti è convenzionata con l'ospedale pubblico, in virtù di questo riceve dalla Regione il rimborso di una parte delle prestazioni. A far partire l'indagine molto probabilmente la segnalazione del direttore generale dell'Ulss 18 Adriano Marcolongo che nel novembre 2009, in seguito agli accertamenti della Corte dei conti relativamente all'esercizio del 2005, chiese alla casa di cura la restituzione di 3 milioni e 300mila euro perché i rimborsi ottenuti dalla Regioni, relativi a prestazioni effettivamente erogate, sarebbero stati meno onerosi di quanto riportato dai documenti. La somma dei rimborsi indebitamenti percepiti dalla Casa di cura dal 2005 al 2007 ammonterebbero a 8,4 milioni di euro, tanto è il valore del sequestro richiesto al Gip Negri dal pm Stefano Longhi che conduce l'indagine. Gi indagati per truffa sono 9 tra amministratori della clinica privata, medici operanti nella struttura e anche una persona dell'Ulss addetta ai controlli sulle cartelle cliniche della congruità dei codici inseriti.
"La Casa di cura ed i suoi amministratori e collaboratori — dice in una nota Vittorio Morello, amministratore delegato della casa di cura — ritengono che non vi fossero i presupposti per un simile provvedimento cautelare: l'ipotesi di truffa di rilevante importo, ai danni della sanità regionale è del tutto infondata, basandosi integralmente sulle opinabili ed unilaterali interpretazioni di una sola consulente".

Il consigliere regionale polesano del Pd Graziano Azzalin interviene con parole decise sulla vicenda che ha portato al sequestro: "Un fatto del genere evidenzia ancora una volta l'importanza dei controlli. L'attenzione in un settore che assorbe circa l'80% dell'intero bilancio regionale deve essere sempre massima".

Guglielmo Brusco assessore provinciale alla sanità: "Auguro a tutte le persone implicate

Tutti d'accordo per l'oasi del verde aperta ai cittadini

AMBIENTE ROVIGO Il parco dell'ex ospedale psichiatrico di Granzette sarà rimesso a nuovo grazie ad un accordo tra Ulss 18, Comune, Provincia, Wwf e Italia nostra

Disturbi psichici, all'Ulss 19 metodiche all'avanguardia

SANITA' ADRIA (ROVIGO) Al via gli incontri tra pazienti e specialisti per un percorso formativo agli utenti del dipartimento di Salute mentale

A pensar male...

SANITA' ROVIGO Nuovo intervento dell'assessore provinciale Guglielmo Brusco che trova incomprensibili i tagli dei posti letti all'ospedale del capoluogo mentre nella vicina Ulss 17 ci sono le risorse per un nuovo ospedale

Mezzi di soccorso più attrezzati grazie alla solidarietà

ULSS 18 ROVIGO Donati sette nuovi rilevatori di monossido di carbonio per il 118

Troppi tagli ai posti letto

SANITA' ROVIGO Il vicepresidente della Provincia Gugliemo Brusco lancia un nuovo grido di allarme per l'ospedale San Luca di Trecenta

Riordinare è la parola d'ordine

SANITA' ROVIGO Nel convegno che Cgil Funzione pubblica ha indetto presso la cittadella socio sanitaria è stata condivisa l'idea di riorganizzare territorialmente i servizi sanitari, cercando di non doverli tutti privatizzare

Bollini rosa, "le donne altopolesane sono penalizzate"

SANITA' ROVIGO Guglielmo Brusco non ritiene soddisfacenti le risposte che ha ricevuto dal direttore dell'Ulss 18 Arturo Orsini e del primario Giancarlo Stellin

COLDIRETTI

APPUNTAMENTI

2 marzo
A Lendinara festa studiata nel dettaglio perché sia indimenticabile

2 marzo
In città soluzione fai da te, la tradizione fuori

2 marzo
Archeologia, storia e passione al tempo degli Ostrogoti

EVENTI

Dal 7 marzo al 9 marzo
Le azioni che valorizzano il delta e l'enogastronomia del Po

Dal 1 marzo al 31 marzo
Accademia dei Concordi, tutti gli appuntamenti di marzo

LETTERE

Viale Tre martiri rischia il collasso

CURIOSITÀ

Restauro quantomeno discutibile

Archivio storico di Estense.com, articolo del 13 settembre 2013

http://www.estense.com/?p=327640

SCOPRI LE OFFERTE
IL CASTELLO
CENTRO COMMERCIALE

estense.com
Quotidiano on-line di informazione ferrarese

DIRITTO CIVILE E PE
Avvocato Enrico Zan
Ferrara - tel 0532 - 79

13 settembre 2013, 0:08 1.030 visite

Casa di Cura S.Maria Maddalena, sequestro revocato

Le indagini non hanno ottenuto riscontri sull'ipotesi di truffa per rimborsi 'gonfiati'. Si attende l'archiviazione

Tweet Condividi g+1 Manda via email Condividi

In attesa dell'esito della richiesta di archiviazione totale del procedimento penale, avanzata dal legale della Casa di Cura Privata Sata Maria Maddalena spa, l'avvocato Riccardo Venturi comunica l'intervenuta revoca ad opera dello stesso Pm del sequestro conservativo disposto nel 2010 ed eseguito sui beni immobili e sulle attrezzature della Casa di Cura. Il decreto di revoca, datato 7 agosto, è stato eseguito il 21 agosto di quest'anno mediante notifica alla Casa di Cura e annotazione presso la Camera di Commercio e sui Pubblici Registri Immobiliari tenuti presso l'Agenzia delle Entrate – Ufficio Provinciale del Territorio di Rovigo.

La vicenda, che ha portato una settantina di persone a essere indagate per truffa a vantaggio della stessa Casa di Cura (responsabili amministrativi e direttore sanitario della struttura, responsabile sanitario della struttura, responsabile del nucleo aziendale di controllo dell'Ulss 18 di Rovigo, medici responsabili delle schede di dimissione ospedaliera), riguarda ipotesi di reato relative agli anni 2005 e 2009, per le quali era stato disposto il sequestro preventivo dei beni intestati alla società per un valore di oltre 10 milioni di euro. Secondo l'ipotesi accusatoria, il meccanismo della truffa si fondava sulla reiterazione di una serie di condotte che avrebbero avuto come dato comune quello della formulazione di richieste di rimborsi al sistema sanitario nazionale per importi superiori a quelli

Ultimi Commenti Tags Ultime New
Lettera ai miei studenti indiani sugli effetti li dei colpi d'arma da fuoco partiti dal ponte di petroliera italiana
Girolamo De Michele:@ V.D.50 A causare la m de...
Progetto Idrovia, Di Munno per il salvataggio "lanterna rossa"
INDIGNATA:Tranquilli, tanto tutto verrà ...
Proposta choc: una taglia per chi ha ucciso g
delta:addirittura una taglia...hahah...
Lettera ai miei studenti indiani sugli effetti li dei colpi d'arma da fuoco partiti dal ponte di petroliera italiana
Girolamo De Michele:@ Roby Guerra Se l'argo d...
Lettera ai miei studenti indiani sugli effetti li dei colpi d'arma da fuoco partiti dal ponte di petroliera italiana
V.D.50:Girolamo Di Michele riformulo ...

ALBANATI IMPIA
di Albanati Romano & C. s
IMPIANTI ELETTRICI - FOTOVO
PROTOS SOA n° 12976/11/00
Via L. Luzzaschi, 3 - 44124 Fer
Tel. 0532 90 92 86 - Cell. 345 47 9
Fax 0532 90 55 12
e-mail: albanati.impiati@alice
www.albanatimpianti.i

Archivio storico del Corriere della sera, articolo del 20 luglio 2013

http://roma.corriere.it/roma/notizie/cronaca/13_luglio_20/20130720NAZ01_35-2222251729771.shtml

L'INCHIESTA

Rimborsi d'oro per la riabilitazione Scandalo da 87 milioni nel Lazio

Prestazioni gonfiate al San Raffaele di Cassino. La Corte dei conti accusa gli Angelucci e la Regione Lazio: restituiscano i soldi

Per i 460 lavoratori del San Raffaele di Cassino, che a fine maggio scioperavano dopo essere rimasti senza stipendio per tre mesi, è altro sale sulle ferite. La Procura della Corte dei conti ha citato in giudizio la società proprietaria della casa di cura e sedici persone che negli anni si sono avvicendate ai vertici dell'azienda sanitaria di Frosinone, perché rispondano di un danno erariale astronomico: 86 milioni 931.219 euro e 54 centesimi.

L'ingresso del San Raffaele di Cassino

Non una società qualunque. Perché il San Raffaele fa capo alla famiglia del deputato del Popolo della libertà Antonio Angelucci, re delle cliniche private convenzionate con la sanità pubblica nonché editore di Libero e azionista dell'Alitalia. L'iniziativa dei magistrati contabili, innescata da due denunce del presidente del collegio sindacale dell'Asl di

87% INDIGNATO
134 166
DA GUARDARE
Ascolta | Stampa | Email

NOTIZIE CORRELATE
- Scontro tra Regione Lazio e Angelucci per l'appalto capestro del San Raffaele (30/12/2013)
- S e, bloccati i

SERVIZI A ROMA
Farmacie aperte Mappe Traffico Aperti domenica
TROVO A ROMA Tutte le categorie >
Cerca negozi e servizi nella tua città
Roma
Palestre - Piscine - SPA - Parrucchieri - Estetista Massaggi - Profumerie - Dermatologi - Cavitazione
Ristoranti - Pizzerie - Bar - Locali - Hotel - B&B Residence - Agriturismi - Pub - Ristoranti Etnici
Centri Commerciali - Alimenti Bio - Gastronomie Supermercati - Pasticcerie - Gelaterie - Enoteche
Abbigliamento - Gioielleria - Scarpe - Borse - Outlet Lavanderie - Sartorie - Occhiali - Abiti da cerimonia

+1 0 Tweet 19 Consiglia 618

Truffa delle cliniche private 70 indagati dalla Corte dei conti

Cartelle mediche falsificate, dimissioni fittizie, pazienti trasferiti e poi rientrati. Tutti trucchi per ottenere il massimo dei rimborsi possibili dalla regione. Tra gli istituti sotto inchiesta anhe quelli che fanno capo alla famiglia del vicepresidente del Csm, Vietti

di OTTAVIA GIUSTETTI

Lo leggo dopo

Michele Vietti

FALSIFICAZIONI delle cartelle cliniche, dimissioni fittizie, pazienti rimpallati da una clinica all'altra per restare sempre ricoverati "a prezzo pieno", il tutto per ottenere il massimo profitto e il rimborso totale dei costi da parte della Regione. Anche quando non spettava. Sono settanta gli avvisi di garanzia che la Procura della Corte dei conti sta notificando in questi giorni dopo aver chiuso l'inchiesta sulla maxi truffa dei rimborsi alle cliniche private accreditate. Una cinquantina sono indirizzati a titolari di case di cura, e gli altri venti ai dirigenti delle Asl piemontesi e della Regione, assessorato alla Sanità, che sono le vittime del raggiro ma che rispondono per non aver controllato e aver lasciato che questa dei prassi andasse avanti indisturbata almeno per gli anni che i magistrati contabili hanno esaminato.

A tutti la Procura della Corte dei conti chiede di restituire alle casse regionali circa 8 milioni di euro complessivamente, il danno erariale frutto di sette anni di rimborsi fasulli tra aziende sanitarie e cliniche private. Tecnicamente, quelli che sta notificando la Guardia di finanza si chiamano in realtà «inviti a dedurre», un termine tecnico che significa in sostanza «avviso di garanzia» per la giustizia penale. Gli «indagati» avranno trenta giorni di tempo per depositare memorie difensive, produrre documentazione o chiedere di essere sentiti, prima che il procuratore della Corte dei Conti che ha coordinato l'inchiesta, Pia Manni, insieme al procuratore capo, Piero Floreani, depositino le citazioni in giudizio.

BOTTEGA VENETA

Riferimenti normativi

Decreto Legislativo 502/1992

L’art. 8-octies del D. Lgs. 502/1992 (e successive modificazioni):

- stabilisce l’obbligo, da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie, di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dai produttori accreditati, privati e pubblici (comma 1);
- attribuisce alla Regione la definizione delle regole per l’esercizio della funzione di controllo esterno sull’appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni (comma 3);
- stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l’avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte (comma 4).

Legge 133/2008

L’articolo 79 comma 1-septies della Legge 133/2008 modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall’art. 88, comma 2 della Legge 388/2000, prevedendo che “… Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. <…> Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate delle Regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze”.

Decreto ministeriale 10 dicembre 2009

Il Decreto 10 dicembre 2009 del Ministero del Lavoro, relativo ai Controlli sulle cartelle cliniche definisce i parametri "… *mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera*".

All'articolo 1, comma 2, si precisa che "Nei controlli di qualità e appropriatezza rientrano anche i controlli di congruità tra le cartelle cliniche e le corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. Tutte le tipologie di controllo devono essere effettuate secondo specifici protocolli di valutazione".

Delibera di Giunta Regionale 1706/2009

La DGR 1706/2009 prevede:

- di effettuare verifiche periodiche presso le Unità Operative, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche;
- di prevedere, per ogni Unità Operativa, un controllo su un campione significativo di cartelle (non inferiore al 5%);
- di prevedere, periodicamente, un audit dipartimentale nel quale mostrare, disaggregati per singola U.O., i risultati di tale indagine, definire gli obiettivi e gli eventuali correttivi per il trimestre successivo in ogni Dipartimento;
- di collegare tali attività a incentivi/disincentivi di budget;
- di subordinare la verifica dei Direttori/Responsabili di U.O. anche alle attività relative alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.

Delibera di Giunta Regionale 1890/2010

Con la DGR 1890/2010, la Regione Emilia Romagna ha definito il Valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria, in ottemperanza alle disposizioni della L. 133/2008.

La definizione di Ricoveri potenzialmente inappropriati offerta dalla DGR 1890/2010 deriva dal DPCM 29 novembre 2001 che definisce inappropriati “i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse”

Delibera di Giunta Regionale 354/2012

La DGR 354/2012 prevede:

- un'**architettura di sistema** articolata in Nucleo Regionale di Controllo (NRC), Nucleo di Controllo di Area Vasta e Nucleo Aziendale di Controllo (NAC);
- un sistema di **pianificazione annuale dei controlli**, definito dal NRC e pubblicato nel Piano Annuale dei Controlli (PAC), che contiene gli elementi fondamentali per la esecuzione dei controlli e ne rappresenta il riferimento per ciò che concerne la parte minima e obbligatoria.

Determine 10449/2012 e 6151/2014 (PAC)

I controlli a cui sottoporre la documentazione clinica rientrano in quattro macro-tipologie:

- controllo di completezza e qualità della compilazione della cartella clinica (ex DGR 1706/2009);
- controlli di congruità informativa tra cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera
- controlli di appropriatezza organizzativa, genericamente finalizzati alla valutazione del setting assistenziale che deve poter consentire l'uso più efficiente delle risorse;
- controlli di appropriatezza clinica, da attivare qualora, nel corso di controlli routinari, si evidenzino fenomeni meritevoli di approfondimento; per tale tipologia di controllo appare indicata la progettazione e la conduzione di attività di audit clinico.

Qualità della compilazione della documentazione clinica

Il "caso Lanzoni"

Sanità, chieste 4 condanne per i medici del caso Lanzoni

Il 27 settembre 2007 la donna morì per le conseguenze di un intervento chirurgico non necessario e di una serie di errori successivi. L'inchiesta del PM Francesco Caleca ravvisò, da parte dei medici che avevano trattato la paziente, "negligenze e imprudenze plurime". All'origine della catena di errori ci fu uno scambio di tac (quella di Daniela Lanzoni venne scambiata con quella di una paziente, più anziana, che aveva lo stesso cognome) che indusse i medici a effettuarle un intervento di asportazione di un rene che non era necessario. Successivamente all'operazione, alla 54enne non venne somministrata l'eparina, il farmaco anticoagulante che avrebbe forse potuto evitare l'embolia che il 27 settembre la uccise. Per tutti dunque l'accusa è omicidio colposo, ma per Severini c'è anche quella di falso materiale e ideologico, perché per la procura falsificò l'orario del suo ingresso in sala operatoria sul registro. Scrisse 12.20, mentre secondo la procura entrò alle 11.48.

(15 ottobre 2012)

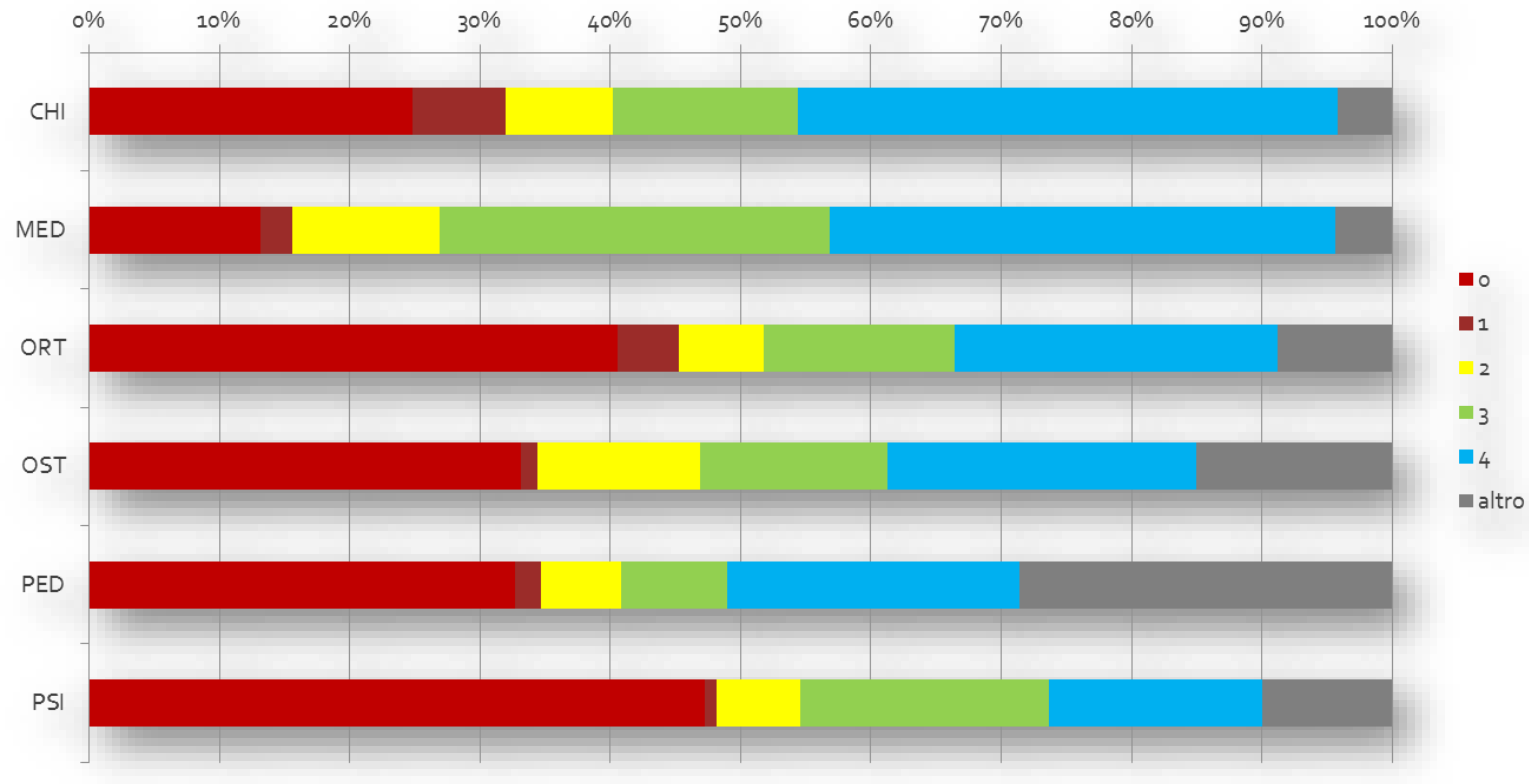
Analisi della qualità della compilazione della cartella clinica

Le verifiche (ex DGR 1706/2009) sono svolte dai componenti del NAC attraverso una scheda di rilevazione concordata e condivisa che analizza gli elementi ritenuti maggiormente critici: la gestione della terapia farmacologica e la gestione dei consensi.

Tale valutazione integra e non sostituisce l'uso di griglie di valutazione della qualità della compilazione della cartella clinica in uso presso le diverse UO.

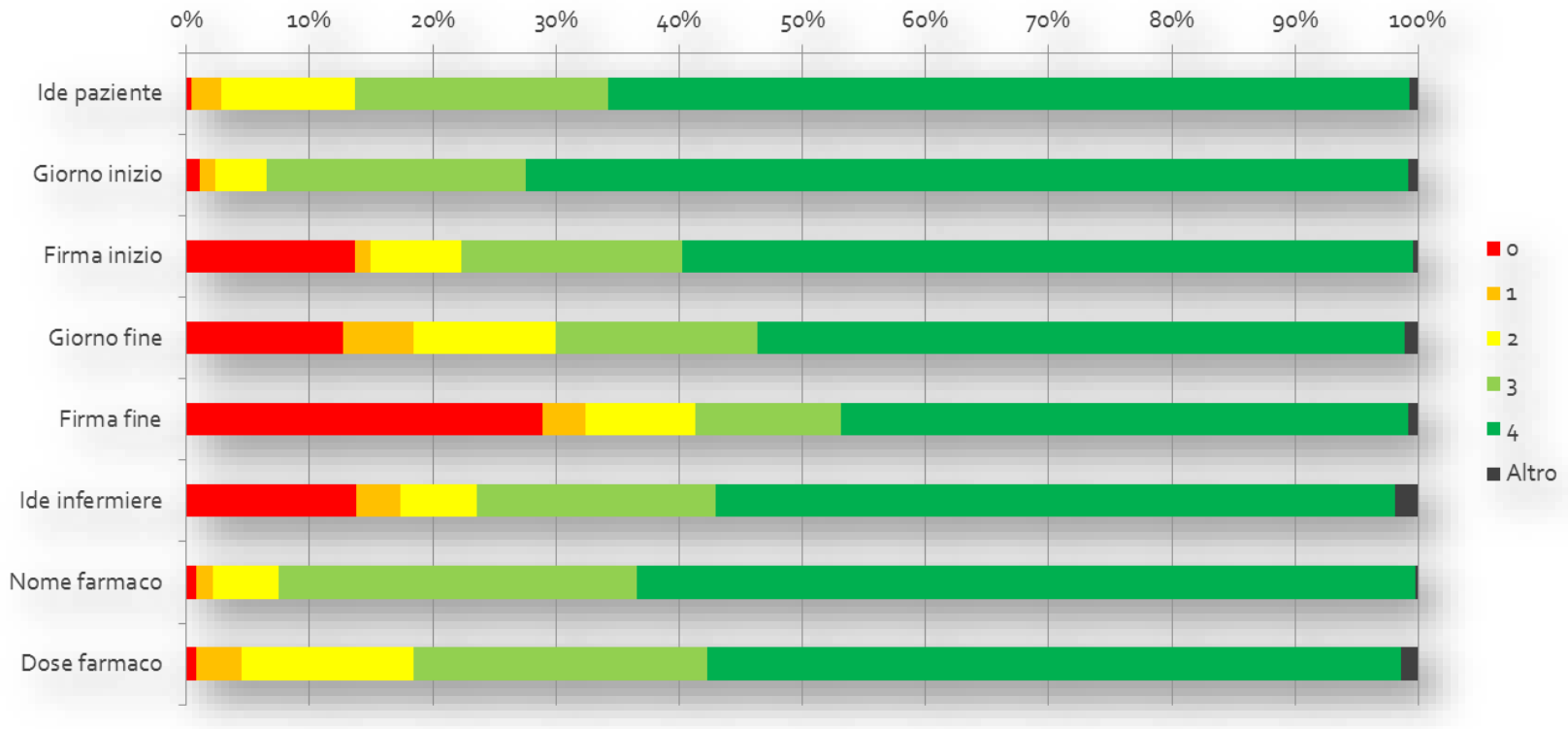
Particolare attenzione agli aspetti relativi a gestione dei permessi e gestione della terapia.

Audit regionale 2011 (DGR 1706/2009)



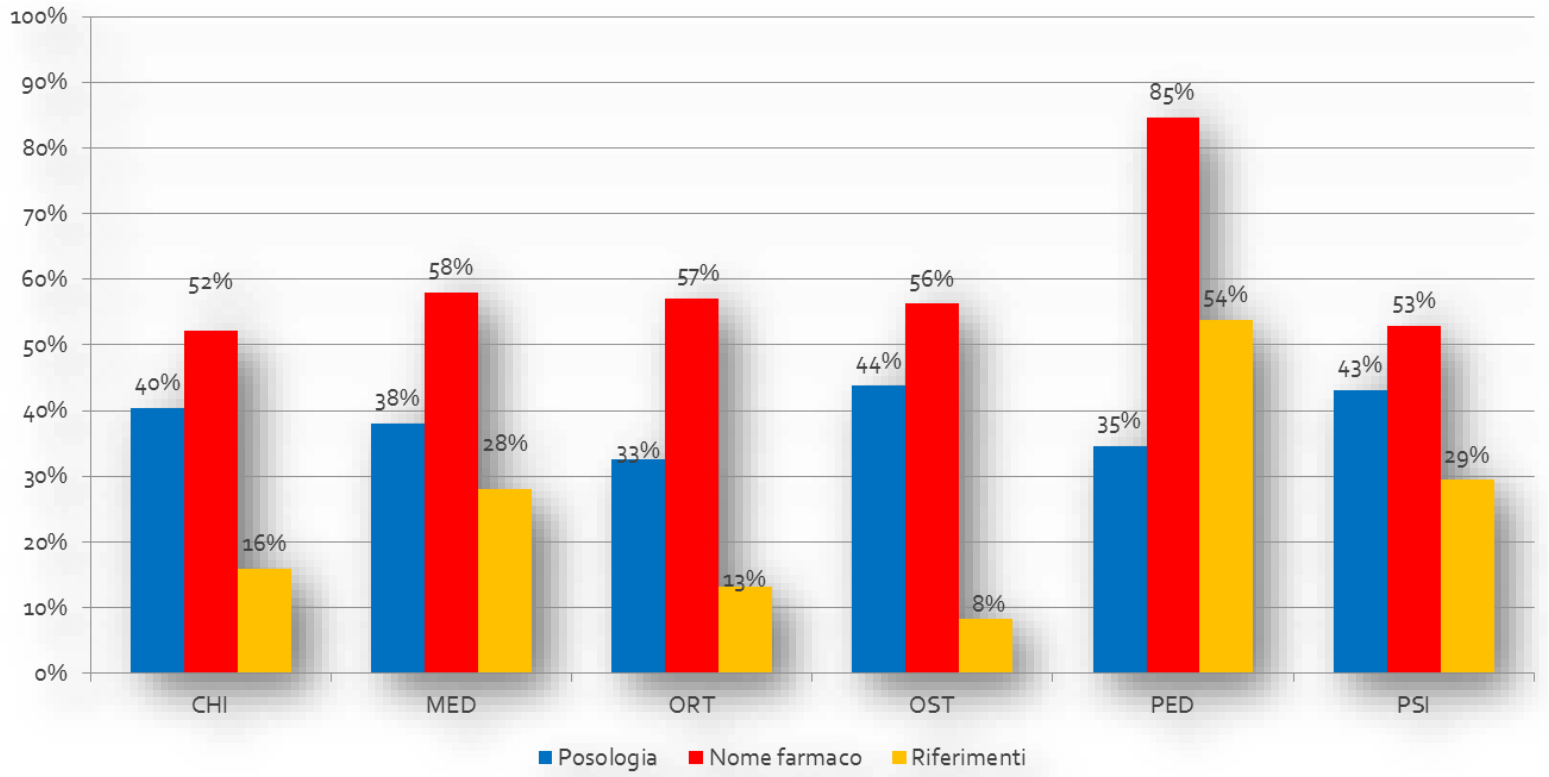
Livello di aderenza alle indicazioni regionali in merito alla ricognizione terapeutica, per disciplina. Dato regionale (818 cartelle esaminate)

Audit regionale 2011 (DGR 1706/2009)



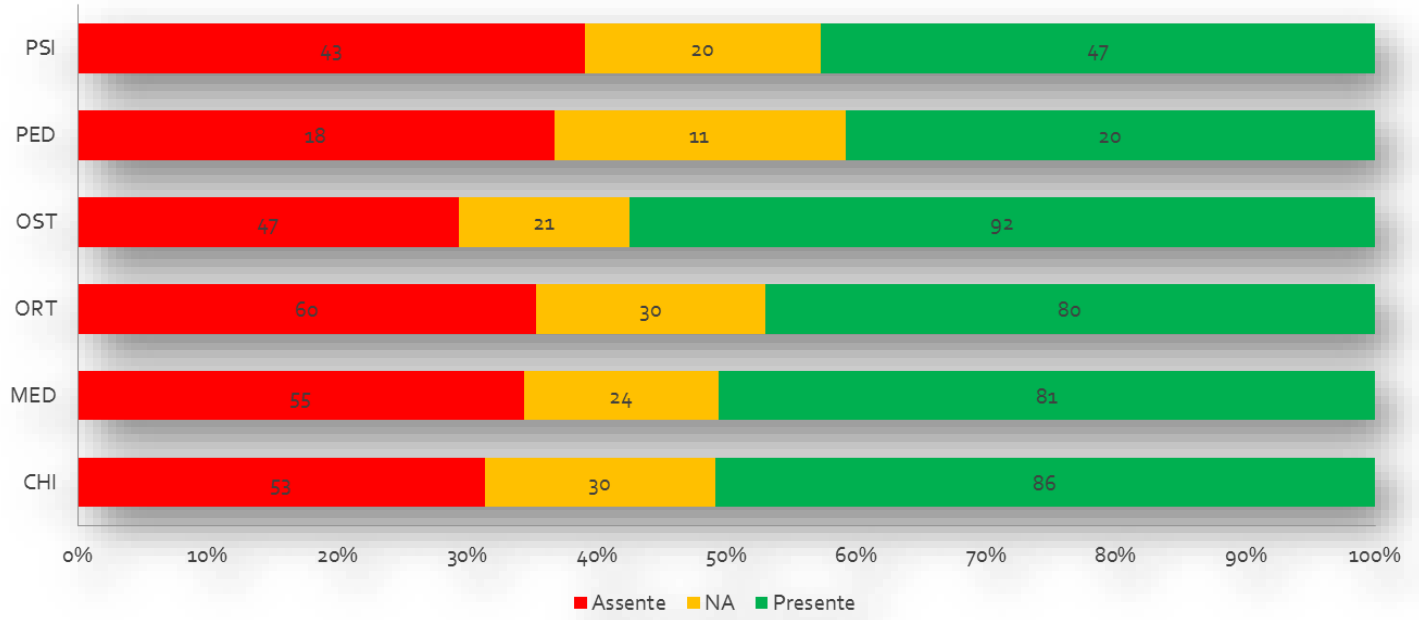
Informazioni registrate sul FUT. Dato regionale (738 cartelle esaminate)

Audit regionale 2011 (DGR 1706/2009)



Caratteristiche della prescrizione al bisogno: confronto tra discipline (casi con valore "3" e "4").
Dato regionale (357 cartelle esaminate)

Audit regionale 2011 (DGR 1706/2009)



Modulo "privacy" in cartella. Dato regionale (818 cartelle esaminate)

Audit regionale 2011 (DGR 1706/2009)

	Assente		Bassa ad.		Presente		Missing		NA		Totale	
	N. casi	% casi	N. casi	% casi	N. casi	% casi	N. casi	% casi	N. casi	% casi	N. casi	% casi
DATA DELL'INFORMATIVA	58	16,6	-	-	289	82,8	2	0,6	-	-	349	100,0
DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE	34	9,7	61	17,5	252	72,2	2	0,6	-	-	349	100,0
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	54	15,5	-	-	295	84,5	-	-	-	-	349	100,0
DESCRIZIONE DELLE EVENTUALI CONSEGUENZE" IF NOT"	218	62,5	-	-	116	33,2	3	0,9	12	3,4	349	100,0
DESCRIZIONE DELLE POSSIBILI COMPLICANZE	156	44,7	-	-	193	55,3	-	-	-	-	349	100,0
FIRMA DEL PAZIENTE	48	13,8	-	-	299	85,7	1	0,3	1	0,3	349	100,0
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE	199	57,0	-	-	24	6,9	-	-	126	36,1	349	100,0
FIRMA DI EVENTUALI TESTIMONI	221	63,3	-	-	11	3,2	-	-	117	33,5	349	100,0
IDENTIFICABILITÀ DI CHI INFORMA IL PAZIENTE	66	18,9	-	-	276	79,1	5	1,4	2	0,6	349	100,0

Omesso consenso informato e intervento corretto: quali i danni risarcibili?

Il fatto. Un uomo afflitto da patologia emorroidaria si è sottoposto ad una visita specialistica presso gli ambulatori della Asl per valutare la possibilità di un intervento non invasivo o meno invasivo rispetto al tradizionale trattamento chirurgico. Il medico che lo ha visitato ha escluso la possibilità di utilizzazione della metodica con laser, confermando la necessità di una operazione chirurgica, ma ha garantito la mini invasività dell'operazione, effettuabile in day hospital, e assicurato che il giorno dopo sarebbe stato possibile riprendere la normale vita anche lavorativa.
Profili giuridici. Nel corso del giudizio, instauratosi a seguito di richiesta di risarcimento danni avanzata dal paziente sul presupposto di una non corretta esecuzione della tecnica chirurgica, i Ctu nominati dal giudice hanno escluso una condotta colpevole del sanitario. E' emersa, invece, una mancata acquisizione del consenso informato sia in ordine alla tipologia di trattamento ed alle eventuali complicanze post-operatorie sia in relazione al rischio (per nulla trascurabile) della persistenza a distanza di tempo di incontinenza anale ai gas e alle feci liquide. Pertanto, è stata riconosciuta la risarcibilità della violazione del diritto all'autodeterminazione, che ha causato al paziente conseguenze pregiudizievoli di apprezzabile gravità. In particolare, è risarcibile anche il danno non patrimoniale, quale turbamento o sofferenza psichica di entità rilevante, che sia derivato da conseguenze dell''atto medico del tutto inattese, in quanto non preannunciate e proprio per questo più difficilmente accettabili.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net su http://www.doctor33.it/omesso-consenso-informato-e-intervento-corretto-quali-i-danni-risarcibili/diritto-sanitario/news-51313.html?xrtd=RVVXPYLLPVSXCTSPVRYSXCS, 23 maggio 2014]

Doctor33

Controlli previsti dal PAC

Corretta prescrizione ambulatoriale

… Sono state individuate coppie di prestazioni per le quali ***non è accettabile la coesistenza nella medesima ricetta****.*

Le tipologie di incompatibilità individuate riguardano le sole incompatibilità inequivocabili e cioè i casi in cui la descrizione da nomenclatore di una delle due prestazioni riporta "inclusa o non associabile a" (condizione 1A) e quei casi in cui l'incompatibilità risulta in modo inequivocabile dalla descrizione della prestazione (condizione 1B) ad esempio bilaterale e monolaterale, superiore e inferiore, senza e con contrasto.

Le prestazioni incompatibili sono reperibili nella pagina web "Area Controlli Sanitari" (http://www.saluter.it/siseps/sanita/controlli-sanitar).

L'analisi delle incompatibilità verrà eseguita a livello regionale e gli esiti saranno resi disponibili ai produttori con il ritorno informativo della specialistica ambulatoriale (flusso ASA) come segnalazioni. ***Dopo un primo anno di segnalazioni, dal 2015 tali incompatibilità produrranno errori scartant****i.*"

DRG maldefiniti

Sono oggetto di verifica tutti i ricoveri, prodotti sia in regime di ricovero ordinario che di ricovero diurno, che hanno prodotto uno dei seguenti DRG:

- 424 - Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale
- 468 - Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
- 476 - Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale
- 477 - Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale

DRG complicati

Rientrano, in tale controllo, le seguenti tipologie di ricovero:

- ricoveri a ciclo diurno attribuiti a DRG di tipo chirurgico, complicato, programmati, finalizzati al trattamento della patologia descritta in diagnosi principale;
- ricoveri a ciclo diurno attribuiti a DRG di tipo medico, complicato, con un numero di accessi superiore a 3;
- ricoveri ordinari di breve durata (0/1 giorno, ovvero senza pernottamento o con al massimo una notte in struttura) attribuiti a DRG di tipo chirurgico; sono esclusi dalla selezione i casi chiusi per “Decesso” o per “Trasferimento ad altro istituto per acuti”;
- ricoveri ordinari attribuiti a DRG complicati, di durata superiore a 1 giorno, con durata della degenza inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo, non complicato.

DRG complicati

Con la DGR 354/2012 e la successiva Determina 10449/2012 è stato introdotto il criterio di **correlazione stretta** fra maggiore assorbimento di risorse e l'allungamento della degenza attesa.

Un DRG complicato si ottiene, in genere, nei casi in cui una specifica diagnosi secondaria si mostra in grado di modificare la quantità di risorse assistenziali consumate durante il ricovero (allungamento di almeno un giorno della durata di degenza nel 75% dei casi).

DRG complicati

I **ricoveri a ciclo diurno**, sempre programmati e finalizzati al trattamento della patologia descritta in diagnosi principale, non dovrebbero essere attribuiti a un DRG complicato, in quanto la presenza di condizioni complicanti non consentirebbe il trattamento in tale regime, così come i ricoveri ordinari di un giorno (con o senza pernottamento).
Per questo motivo tutti i DRG chirurgici complicati in regime diurno o ordinario 0-1 devono essere controllati.

DRG complicati

Il problema dei DRG complicati è stato "affrontato" anche attraverso la DGR 525/2013 (Delibera tariffaria valida per i dimessi dal 01/01/2013 in avanti), che ha previsto, per molte coppie di DRG omologhi chirurgici, una valorizzazione unica indipendente dal fatto che attraverso la codifica si sia giunti alla costruzione di un DRG con complicanze

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Oridnario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi	Deceduto 1 g. o Trasferito altro ospedale 1 g.	soglia DRG espressa in gg	Incremento pro die
6	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	C	alta complessità	**A1**	6.232,19	1.670,69	1.670,69	1.670,69	1.423,49	31	224,89
					A2	6.050,67	1.622,03	1.622,03	1.622,03	1.382,03	31	224,89
					B	5.748,07	1.540,90	1.540,90	1.540,90	1.312,90	31	224,89
					C	5.445,54	1.459,80	1.459,80	1.459,80	1.243,80	31	224,89
6	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	C	alta complessità	**A1**	4.625,41	1.670,69	1.670,69	1.670,69	1.375,22	15	215,42
					A2	4.490,69	1.622,03	1.622,03	1.622,03	1.335,17	15	215,42
					B	4.266,07	1.540,90	1.540,90	1.540,90	1.268,26	15	215,42
					C	4.041,54	1.459,80	1.459,80	1.459,80	1.201,50	15	215,42
6	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	C	alta complessità	**A1**	6.763,08	1.944,41	1.944,41	1.944,41	1.603,79	23	200,39
					A2	6.566,10	1.887,78	1.887,78	1.887,78	1.557,08	23	200,39
					B	6.237,80	1.793,32	1.793,32	1.793,32	1.479,16	23	200,39
					C	5.909,49	1.698,93	1.698,93	1.698,93	1.401,30	23	200,39
6	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	C	alta complessità	**A1**	5.308,21	902,19	902,19	902,19	848,97	51	258,84
					A2	5.153,61	875,92	875,92	875,92	824,25	51	258,84
					B	4.895,92	832,11	832,11	832,11	782,80	51	258,84
					C	4.638,24	788,31	788,31	788,31	741,60	51	258,84
6	157	Interventi su ano e stoma con CC	C	potenzialmente inappropriato	**A1**	3.922,40	1.036,77	1.036,77	1.036,77	1.040,69	14	225,02
					A2	3.808,16	1.006,58	1.006,58	1.006,58	1.010,38	14	225,02
					B	3.617,70	956,18	956,18	956,18	959,50	14	225,02
					C	3.427,29	905,85	905,85	905,85	909,00	14	225,02
6	158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	potenzialmente inappropriato	**A1**	1.238,29	1.036,77	1.036,77	1.036,77	1.100,70	4	222,36
					A2	1.202,23	1.006,58	1.006,58	1.006,58	1.068,65	4	222,36
					B	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36
					C	1.142,09	956,18	956,18	956,18	1.014,60	4	222,36
6	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	potenzialmente inappropriato	**A1**	5.038,71	1.568,65	1.568,65	1.568,65	1.496,61	19	208,75
					A2	4.891,96	1.522,97	1.522,97	1.522,97	1.453,02	19	208,75
					B	4.647,31	1.446,76	1.446,76	1.446,76	1.380,36	19	208,75
					C	4.402,71	1.370,61	1.370,61	1.370,61	1.307,70	19	208,75
6	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	potenzialmente inappropriato	**A1**	1.411,79	1.568,65	1.568,65	1.568,65	591,88	9	198,95
					A2	1.370,67	1.522,97	1.522,97	1.522,97	574,65	9	198,95
					B	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95
					C	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76	545,30	9	198,95

DRG complicati

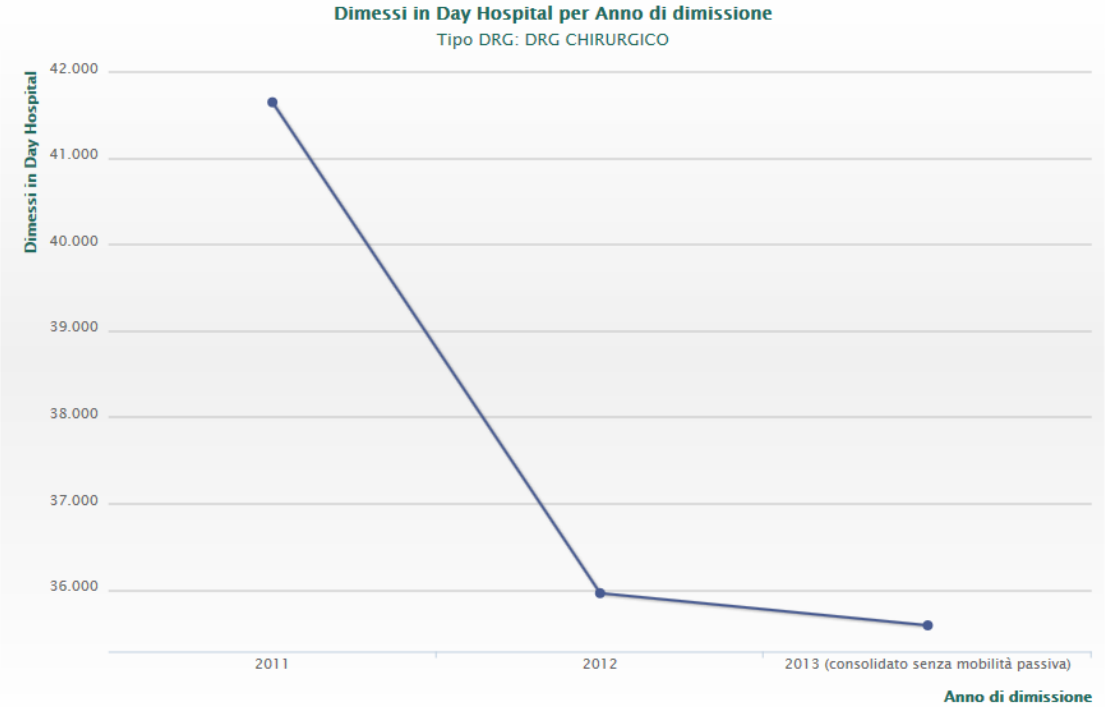
I referenti per la compilazione della SDO ed i componenti del NAC svolgono il ruolo di (primo e più importante) **regolatore di sistema**: l'attività di sensibilizzazione alla corretta compilazione della SDO (*in primis* selezione delle diagnosi secondarie) a cura dei singoli componenti del NAC, all'interno delle UUOO di appartenenza, potrà contribuire al controllo del fenomeno "codifica opportunistica"

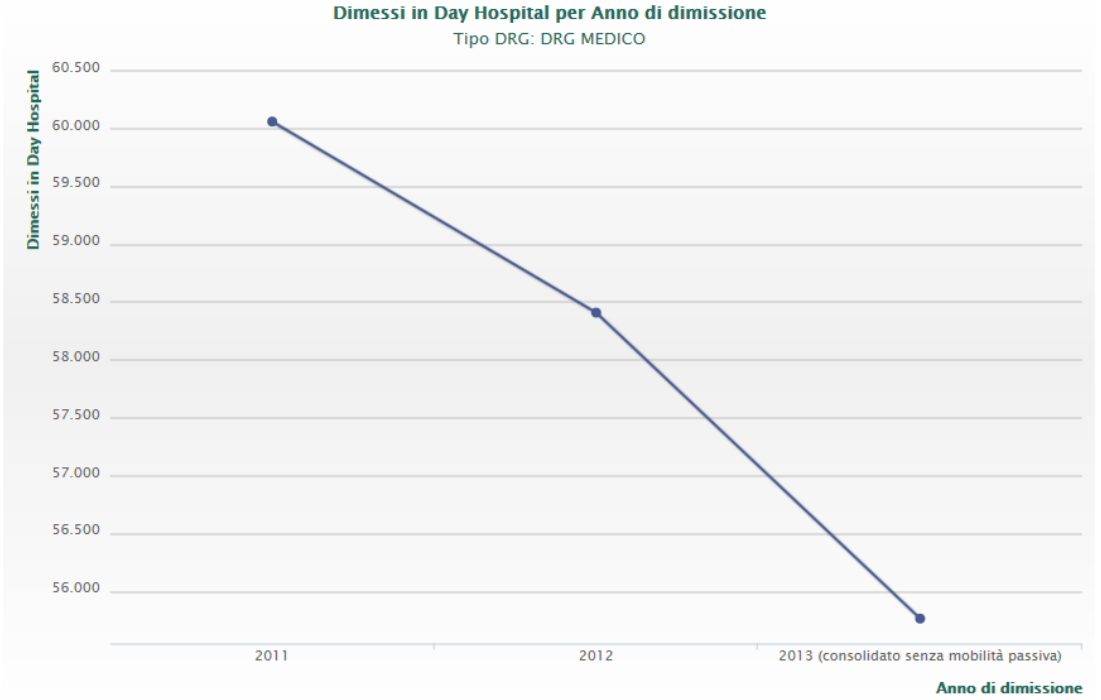
DRG potenzialmente inappropriati

Il Patto della Salute fissa alcuni indicatori di **appropriatezza organizzativa**, prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery **trasferibili** in regime ambulatoriale e DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria superiore a 1 giorno: di tali indicazioni si potrà tener conto nell'espletamento dei controlli.

Il ricovero diurno, sempre programmato, deve essere attivato qualora sussista la necessità di osservazione protratta del paziente in ragione o delle sue specifiche condizioni o dell'erogazione di prestazioni che, per complessità o invasività, comportino un rischio e non possano essere eseguite in ambulatorio

DRG potenzialmente inappropriati: ricoveri in DH (RER 2011 vs 2013)





DRG potenzialmente inappropriati

Vanno sottoposte a controllo:

- i ricoveri in regime diurno per i quali sia stata compilata una SDO in cui non compaiono interventi o procedure;
- i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in degenza ordinaria di più di 1 giorno, secondo le indicazioni contenute nella DGR 1890/2010, potendo escludere dalla verifica, a selezione avvenuta, i ricoveri urgenti e i ricoveri di pazienti deceduti.

Ricoveri ripetuti 0/1 giorno

Rientrano in questa tipologia i re-ricoveri avvenuti nello stesso Presidio con un intervallo temporale tra la riammissione e la precedente dimissione uguale o inferiore a 1 giorno; sono comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente.

Sono oggetto di controllo interno obbligatorio, verificabile dal controllo esterno, con possibilità di:

- validazione di entrambi i ricoveri,
- annullamento dell'importo di uno dei due,
- abbattimento tariffario in caso di ricoveri con valorizzazione a giornata di degenza

Onnicomprensività della tariffa

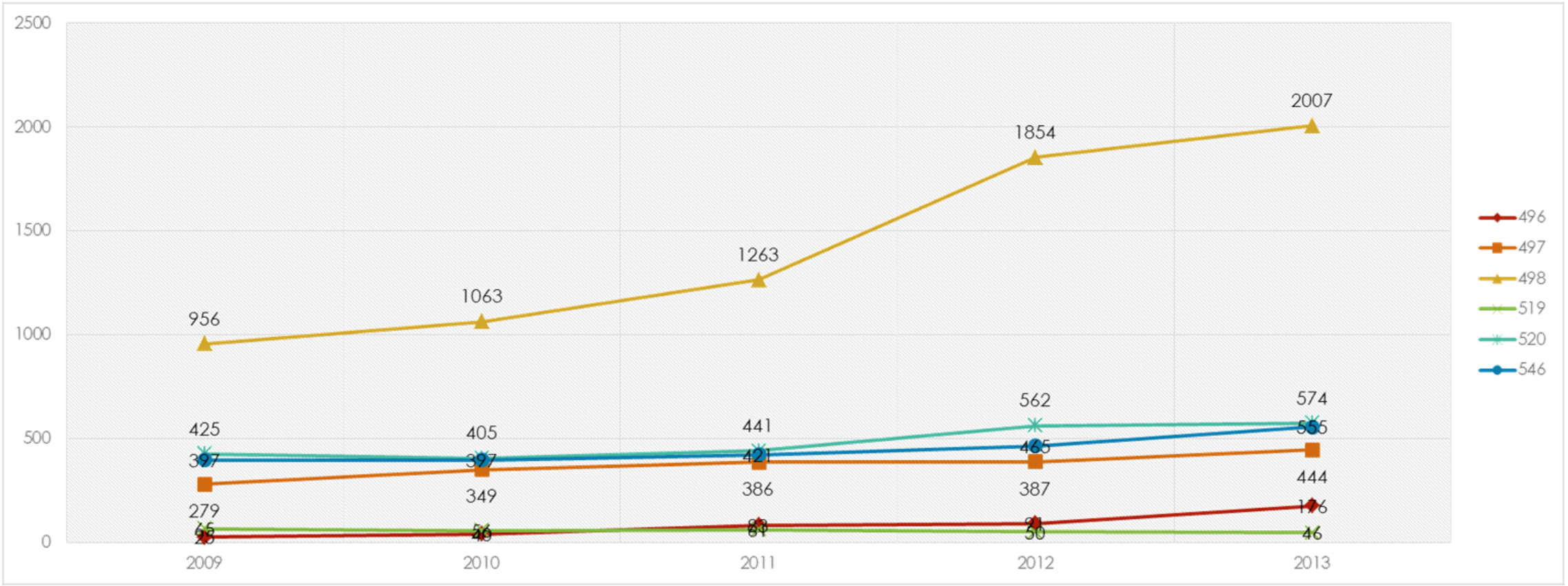
Il controllo prende in esame i ricoveri chirurgici in regime di ordinario preceduti da un ricovero medico nello stesso presidio di durata inferiore a 4 giorni - se in degenza ordinaria - o a 4 accessi, se in day-hospital.

Chirurgia vertebrale

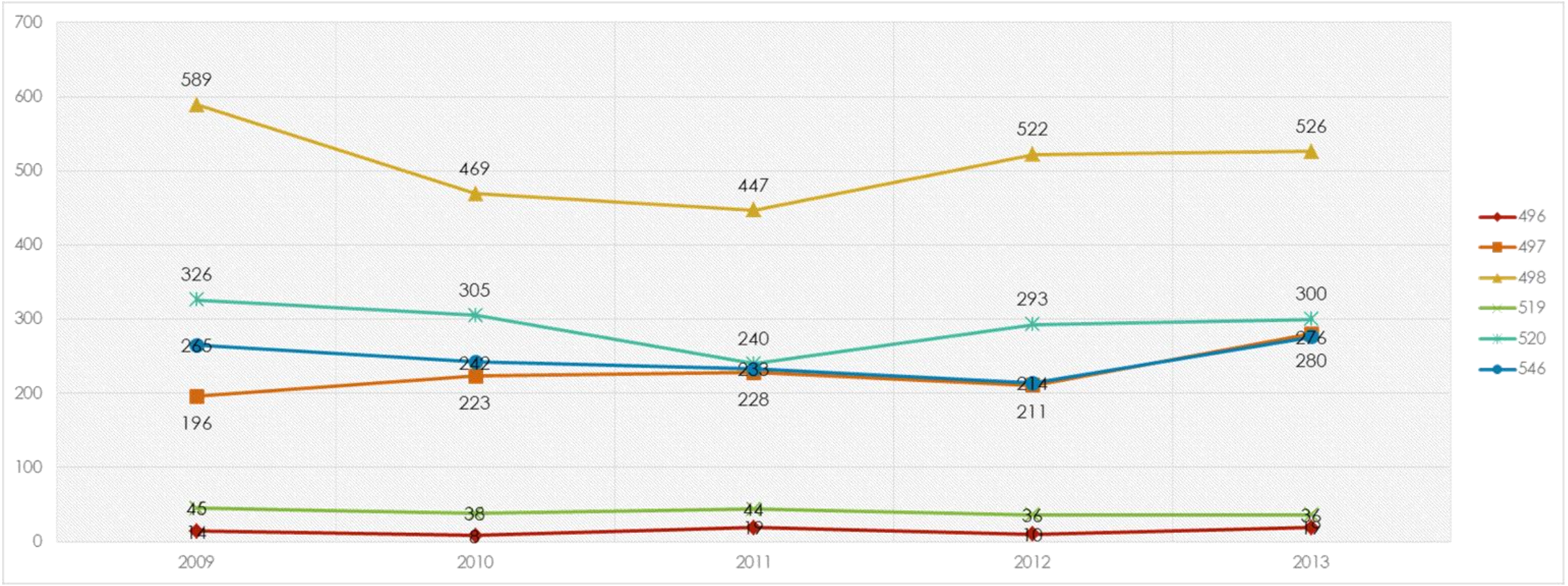
DRG di interesse (tra parentesi valorizzazione per RO > 1 gg, DGR 525/2013):

- 496-Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato [€ 20.314,33]
- 497-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC [€ 15.521,30]
- 498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC [€ 12.474,01]
- 519-Artrodesi vertebrale cervicale con CC [€ 13.135,28]
- 520-Artrodesi vertebrale cervicale senza CC [€ 8.153,53]
- 546-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna [€ 20.131,07]
- 499-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC [€ 6.537,91]
- 500-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC [€ 3.782,41]

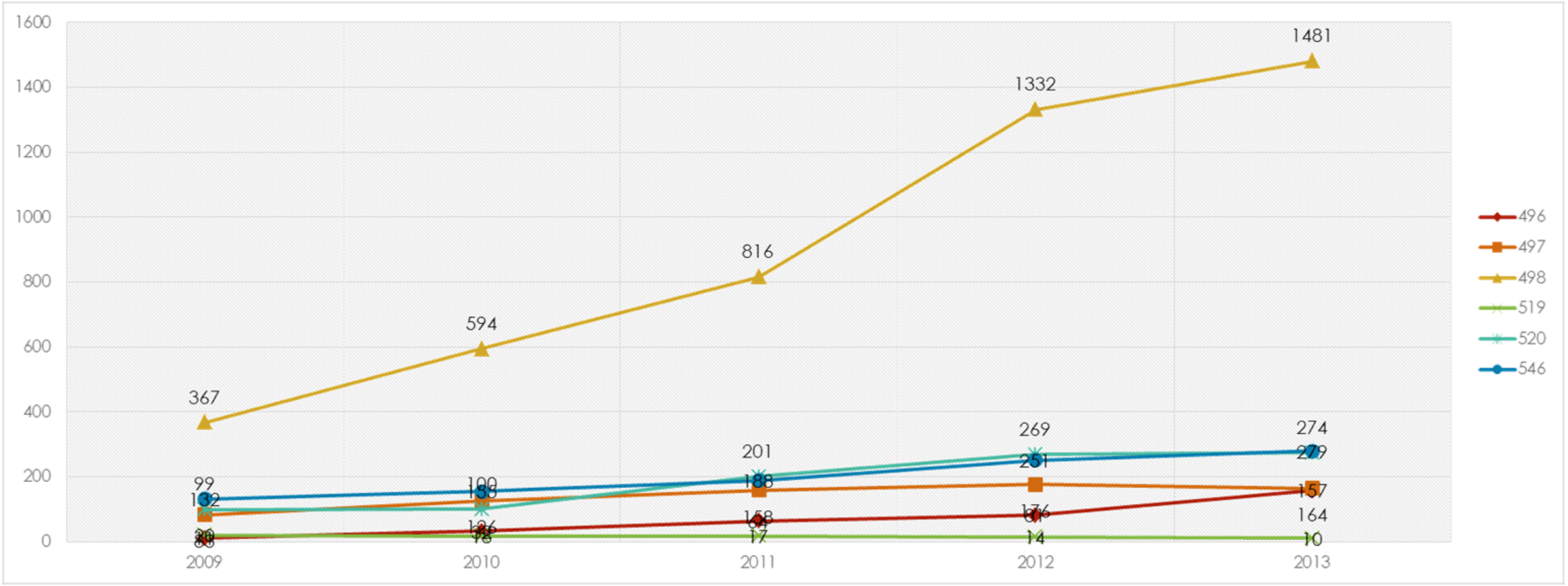
Artrodesi vertebrale: dato regionale



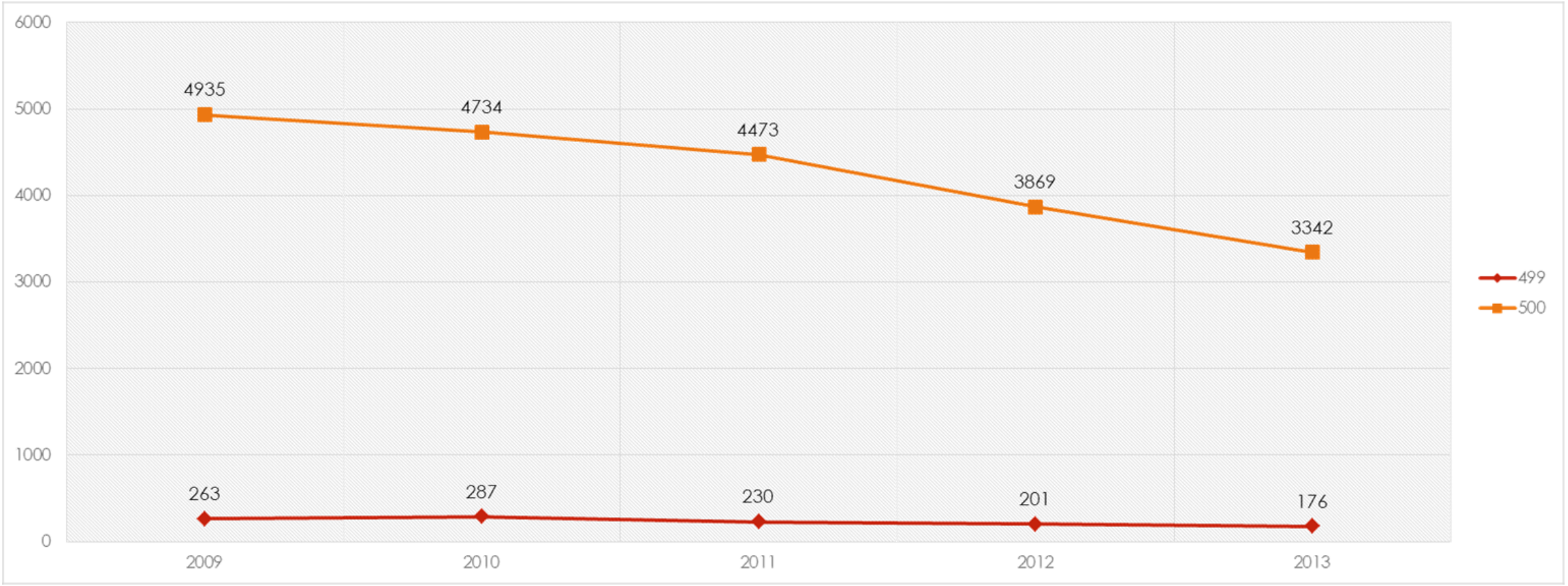
Artrodesi vertebrale: strutture pubbliche



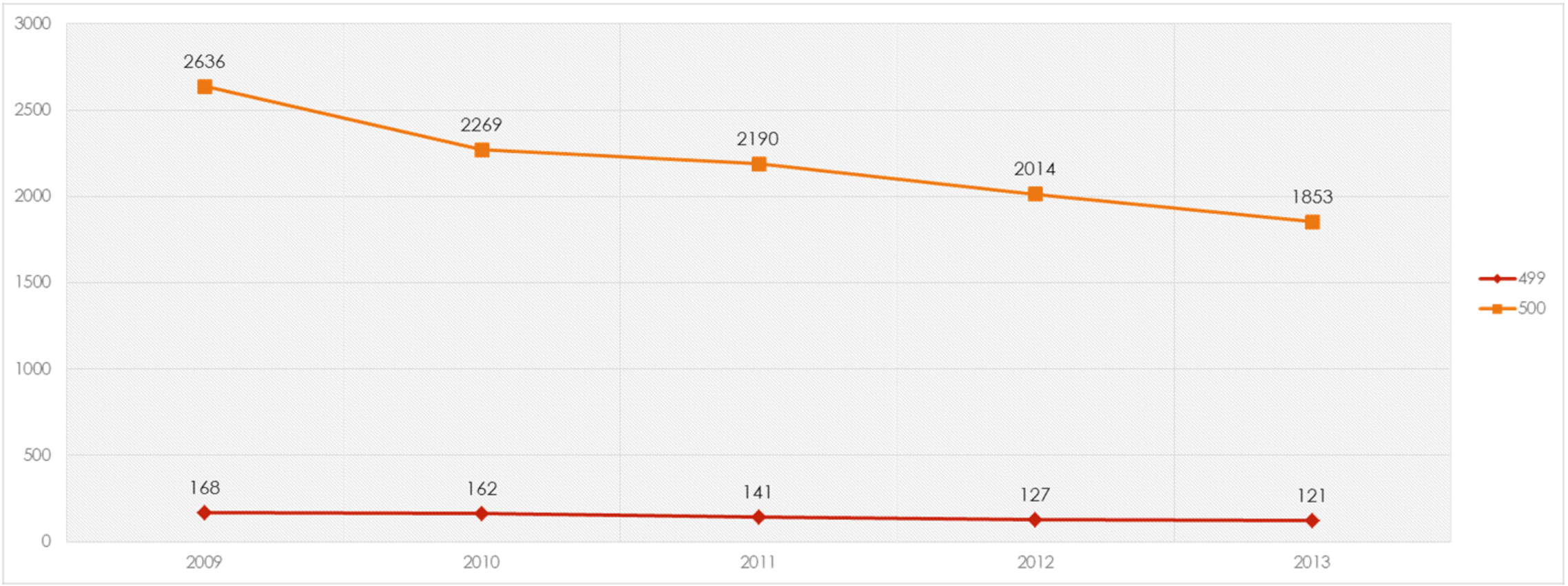
Artrodesi vertebrale: strutture private



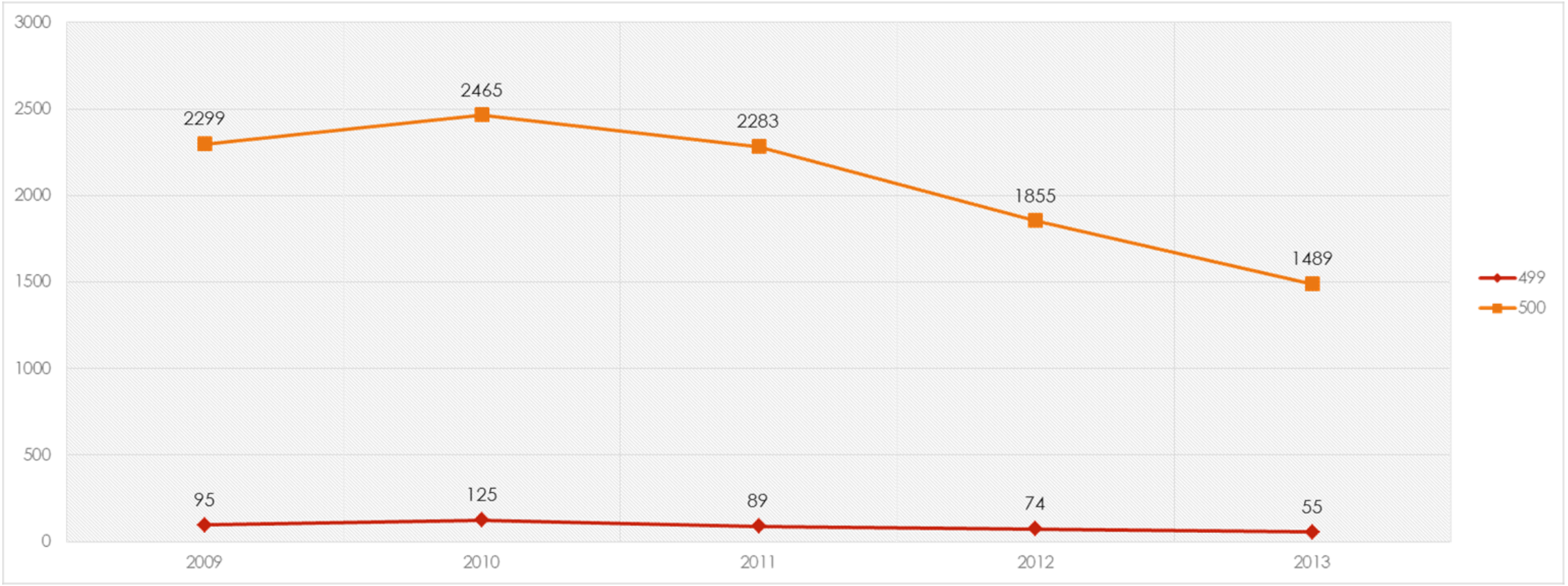
Altra chirurgia vertebrale: dato regionale



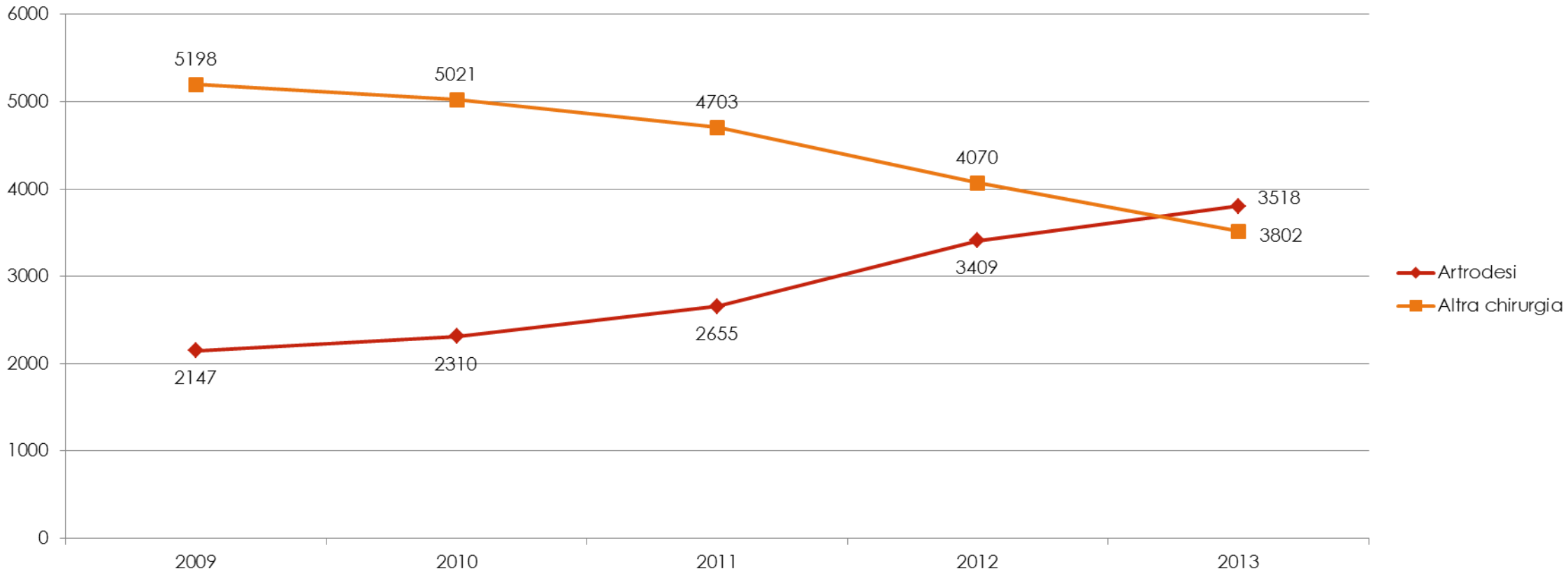
Altra chirurgia vertebrale: strutture pubbliche



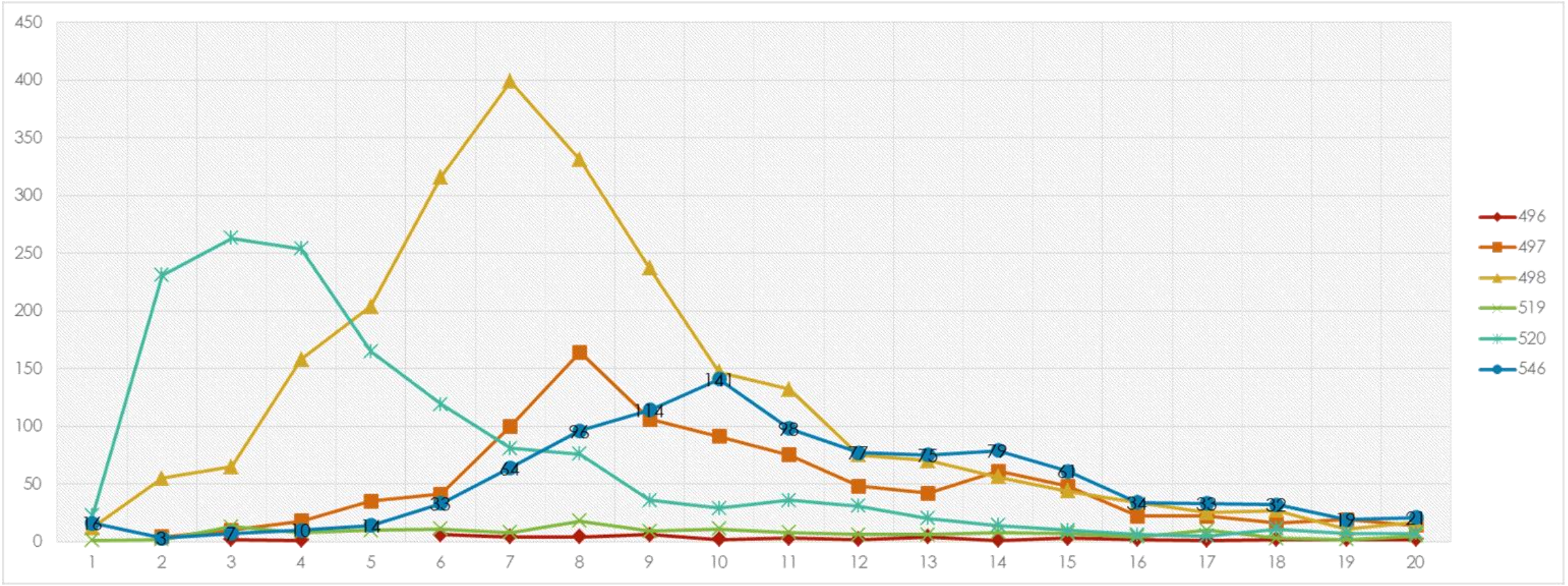
Altra chirurgia vertebrale: strutture private



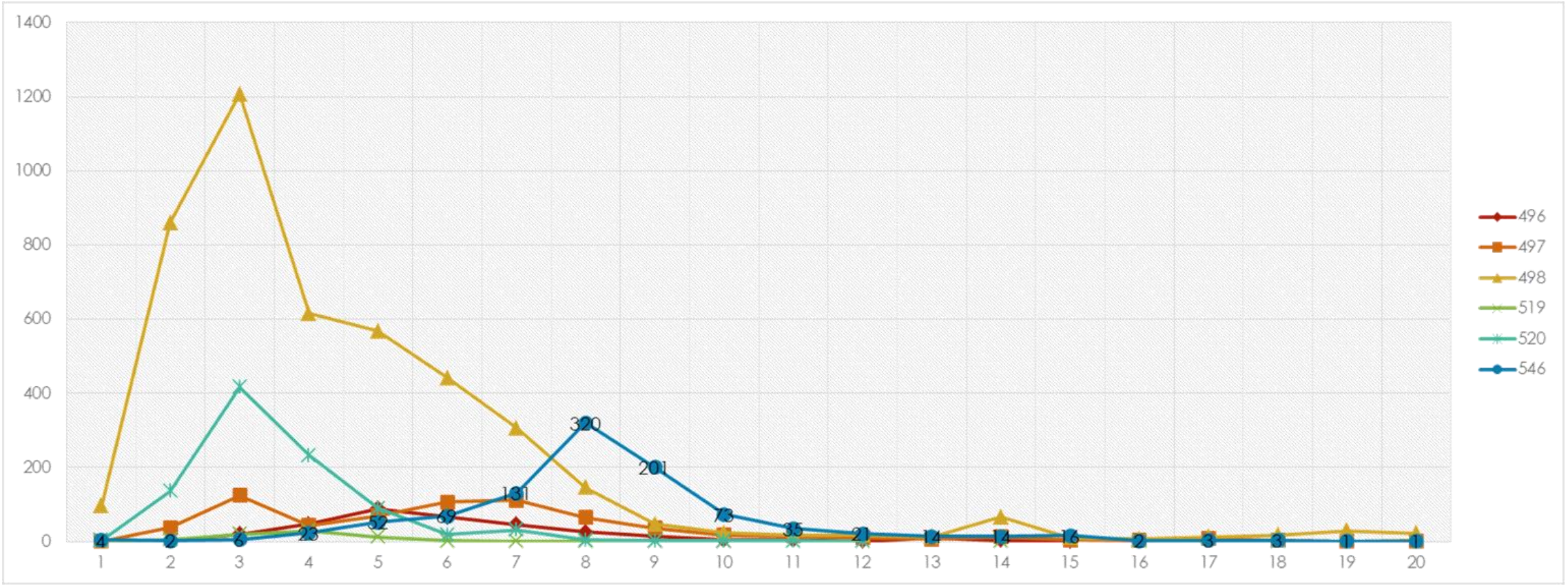
Chirurgia vertebrale: dato regionale



Durata della degenza per artrodesi, strutture pubbliche



Durata della degenza per artrodesi, strutture private



Artrodesi vertebrale

Audit regionale (appropriatezza clinica e codifica SDO).

- Criteri di selezione della casistica:
  - Dimessi nel corso del 2013
  - DRG 496, 497 e 498, esclusi i casi con PDx di frattura traumatica amielica
  - Selezione obbligata di:
  - Casistica gestita in DH (1 caso)
    - Ricoveri di brevissima durata (0/1 giorno), esclusi deceduti e trasferiti ad altro ospedale per acuti
    - Re-ricoveri sui medesimi DRG (con finestra temporale di osservazione allargata al 2012 e al 2014)

Altri controlli/analisi

Cosa influenza la durata media di degenza?

Casistica trattata (Numero dei ricoveri per patologia e interventi effettuati → Numero dei ricoveri attributi a ciascun DRG)

Efficienza operativa

Cosa influenza la durata media di degenza?

Alcuni elementi da considerare:

- Risorse Ospedale (tecnologie e funzionalità operative)
- Attività didattica
- Condizione sociale del paziente
- Autonomia ed esperienza professionale del personale
- Organizzazione dell'unità operativa
- Ricettività strutture territoriali

Come confrontarmi sull'efficienza operativa?

Degenza media (rapporto tra giornate e n. dimissioni) del reparto per casi trattati esclusivamente dall'unità operativa considerata (senza ammissioni o trasferimenti da altri reparti, esclusi casi con:

- durata degenza pari a 1 giorno
- durata degenza outlier (superiore al valore soglia)
- deceduti o trasferiti ad altri ospedali

Vs

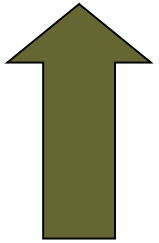
Degenza media attesa (deg. medie DRG AOSP RER)

Degenza media attesa

Rappresenta la durata media di degenza che il reparto avrebbe con la propria casistica (numero ricoveri rilevato per DRG nel reparto del S. Anna) e la durata media di degenza dello standard (le altre Aziende Ospedaliere della Regione Emilia-Romagna della medesima disciplina)

Esempio: reparto Chirurgia A

DRG	N. Casi	Degenza media oss.
149 C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza CC	116	**9.53**



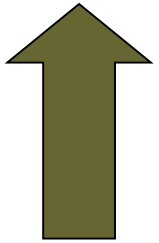
D. M. Altre AOSP
8.31

116 x 9.53 = 1.106 gg consumati
116 x 8.31 = 964 gg attesi

1.106 -964 = 142 gg risparmiabili

Esempio: reparto Chirurgia A

DRG	N. casi	Degenza media oss.
290 – Interventi sulla tiroide	53	**2.72**



D. M. Altre AOSP
2.91

53 x 9.53 = 115 gg consumati
53 x 8.31 = 154 gg attesi

115 - 154 = 39 gg risparmiati

Sistema «bersaglio»

- Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di quattro regioni: **Toscana**, **Liguria**, **Piemonte** ed **Umbria**. Nell'anno 2010 si sono aggiunte **Valle d'Aost**a, **P.A. Trento**, **P.A. Bolzano** e **Marche**, nel 2011 la regione **Basilicata**, nel 2012 la regione **Veneto** e nel 2014 le regioni **Emilia Romagna** e **Friuli Venezia Giulia**.
  Attualmente le Regioni che partecipano al network sono: **Basilicata**, **Emilia Romagna**, **Liguria**, **Marche**, **P.A. Trento**, **P.A. Bolzano**, **Toscana**, **Umbria**, **Veneto** e **Friuli Venezia Giulia**.
  Il Sistema di valutazione delle performance, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e adottato già dal 2004 dalla Regione Toscana, risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti.

Sistema «bersaglio»

Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di 160 indicatori, di cui 100 di valutazione e 60 di osservazione volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario:

- lo stato di salute della popolazione,
- la capacità di perseguire le strategie regionali,
- la valutazione sanitaria,
- la valutazione dell'esperienza dei cittadini e dei dipendenti
- la valutazione della dinamica economico-finanziaria
- la valutazione dell'efficienza operativa

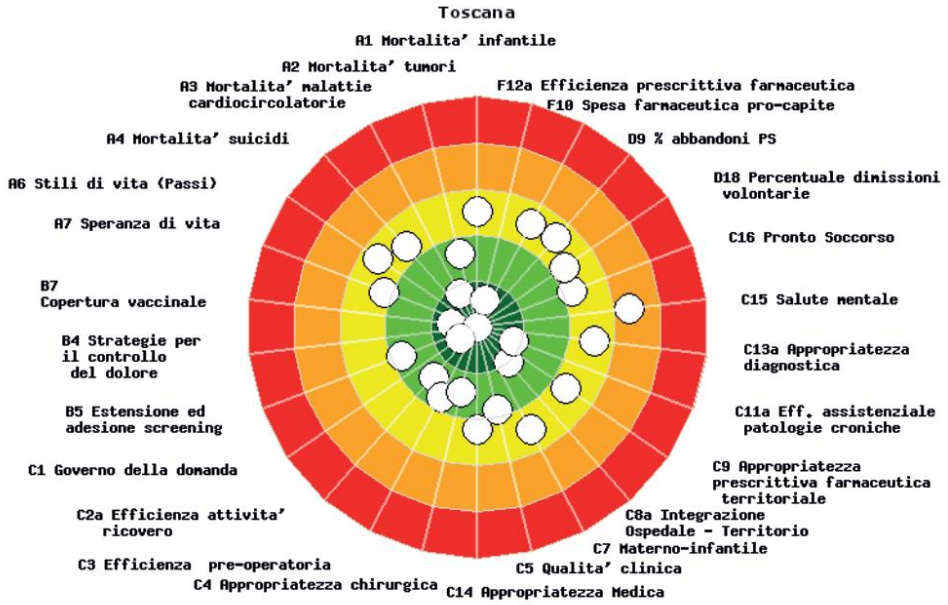
Sistema «bersaglio»

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza.
Il confronto avviene a più livelli: regionale, delle aziende territoriali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

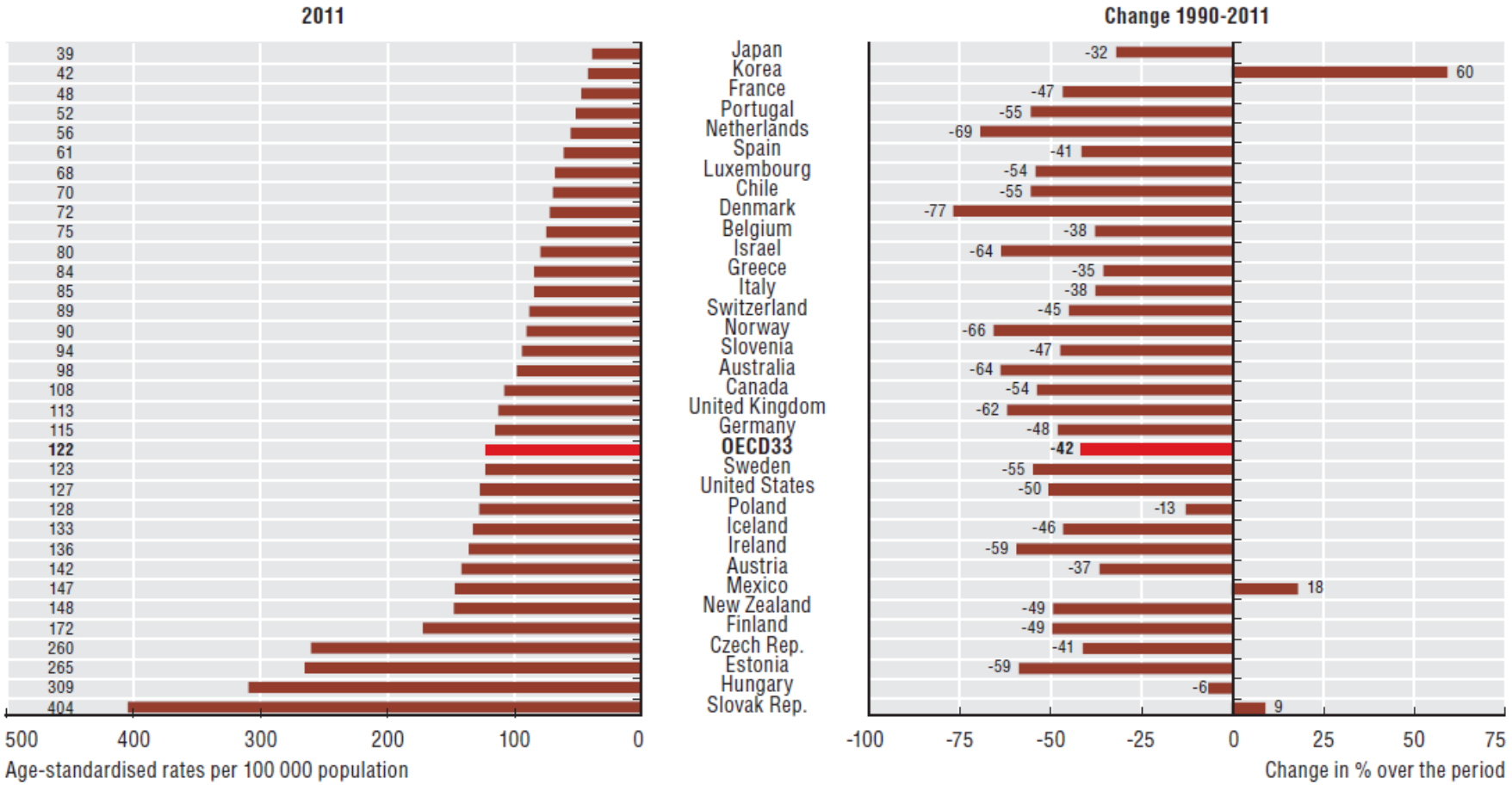
Dal 2008 viene predisposto un report annuale con i risultati delle Regioni sugli indicatori identificati.
Nei primi due anni il report è stato utilizzato dalle Regioni aderenti al network con una diffusione interna al sistema per facilitare il processo di conoscenza e condivisione tra il management, i professionisti sanitari e i policy makers, facilitando la diffusione della cultura della valutazione.
Dal 2010 il report viene reso pubblico, fruibile da tutti gli stakeholders, cittadini compresi.

Sistema «bersaglio»

VERDE	4 - 5	Performance ottima (Punto di forza)
VERDINO	3 - 4	Performance buona
GIALLO	2 - 3	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	Performance molto scarsa (Punto di debolezza)



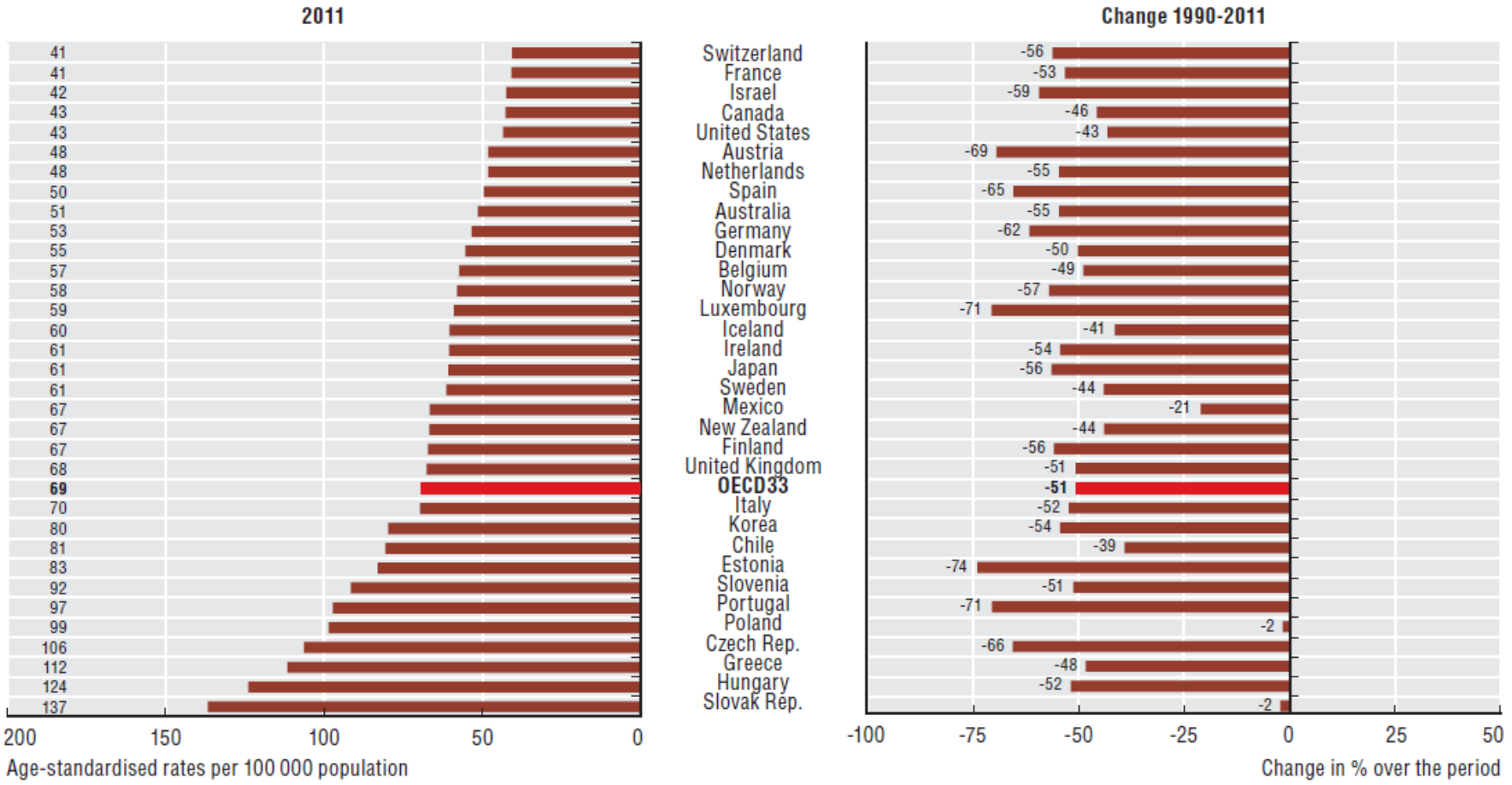
Ischemic heart disease mortality, 2011 and change between 1990 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932916097

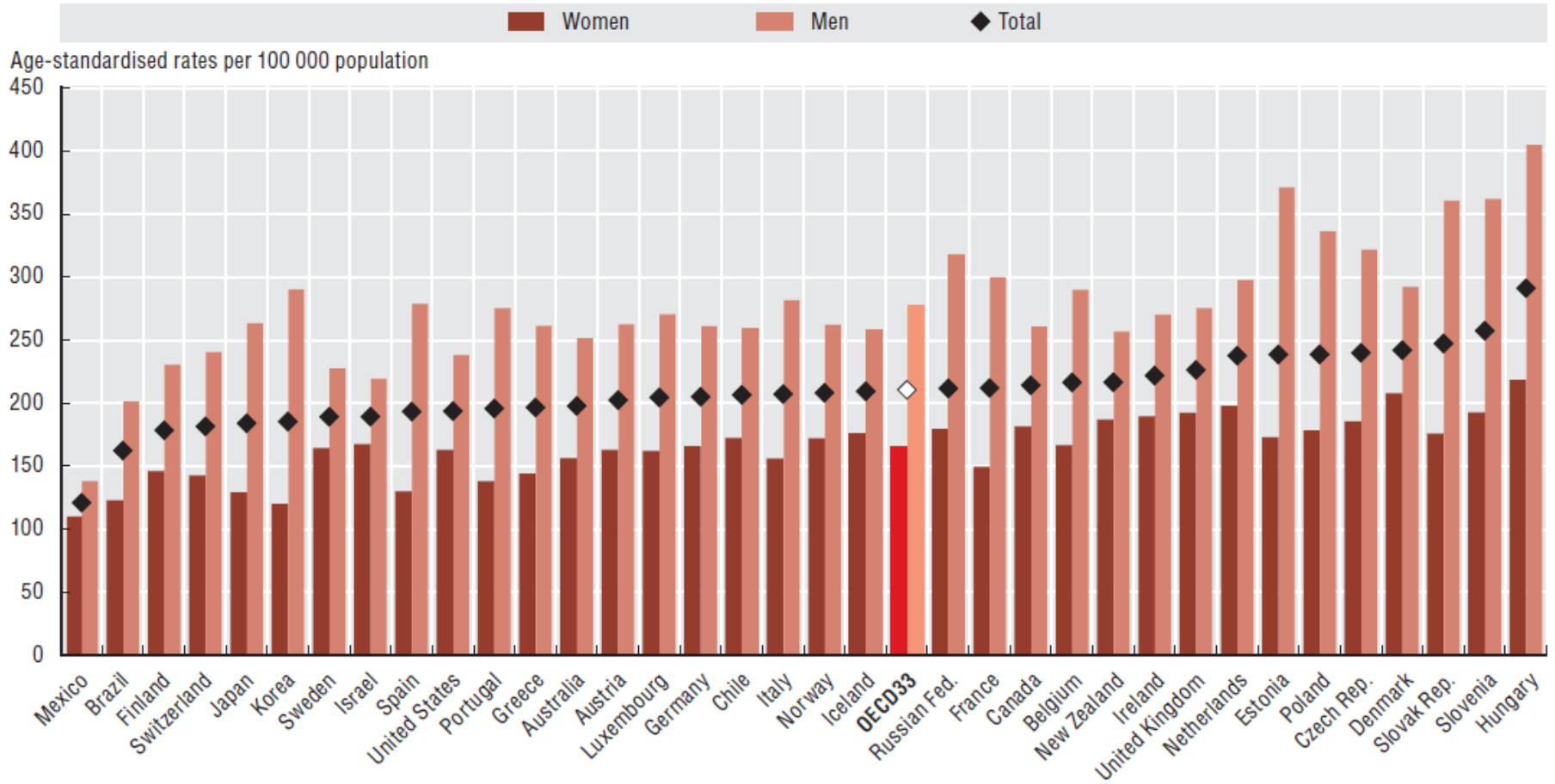
Cerebrovascular disease mortality, 2011 and change between 1990 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932916116

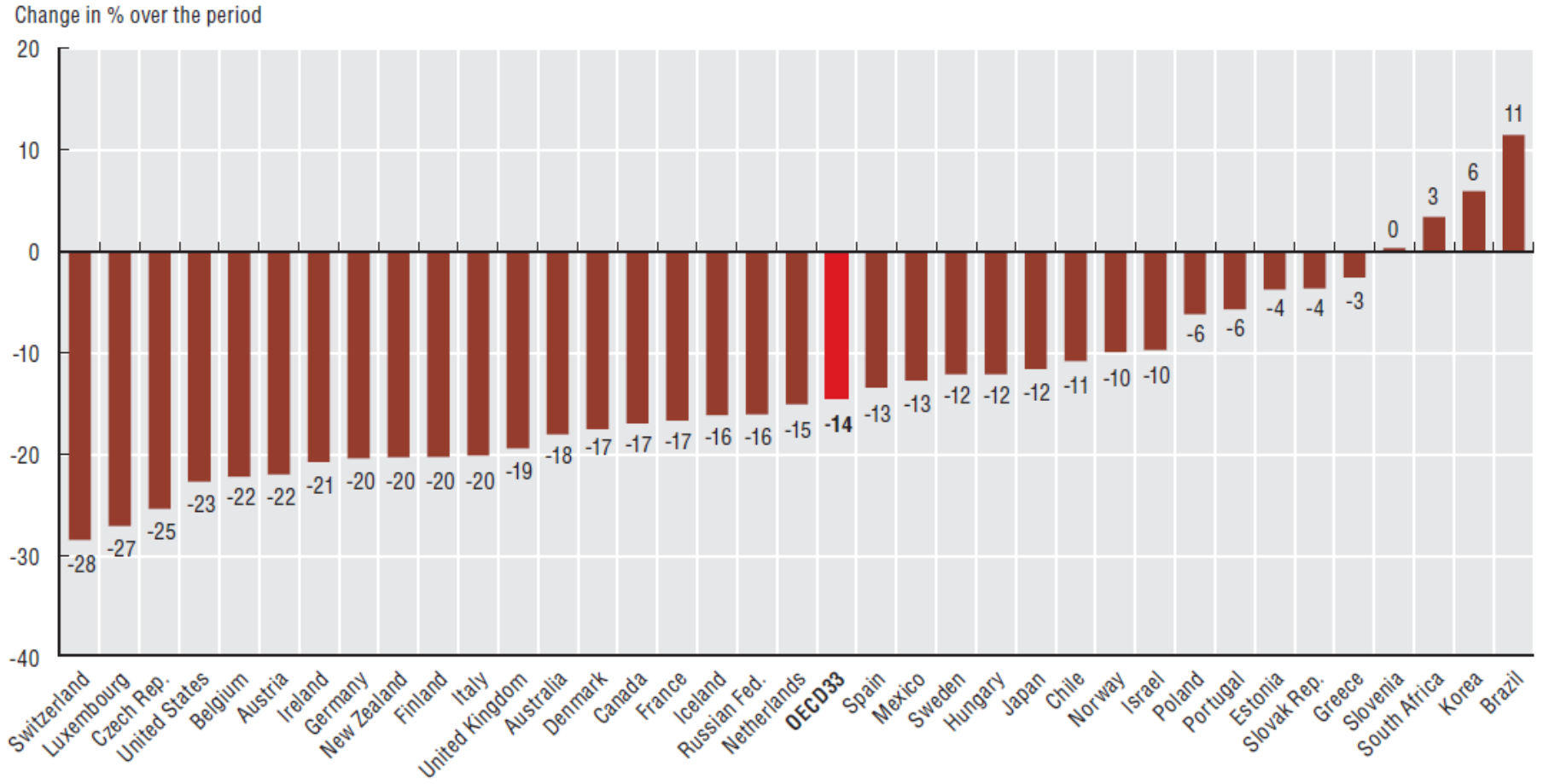
All cancer mortality rates, total and by gender, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932916135

Change in all cancer mortality rates, 1990-2011 (or nearest year)

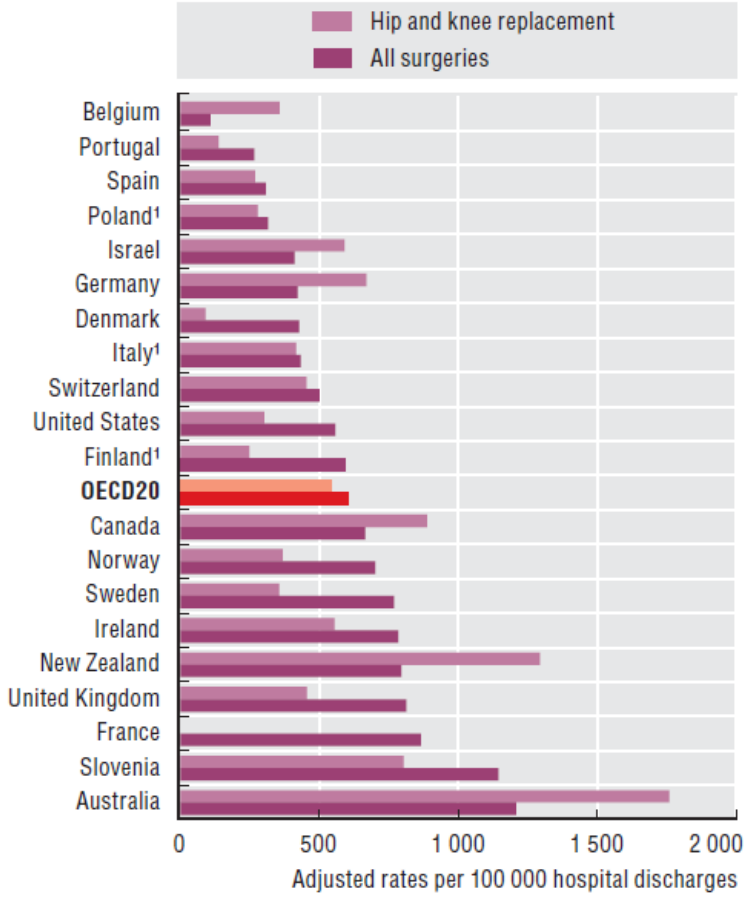


Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932916154

Surgical complications

5.5.1. Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis in adults, 2011 (or nearest year)

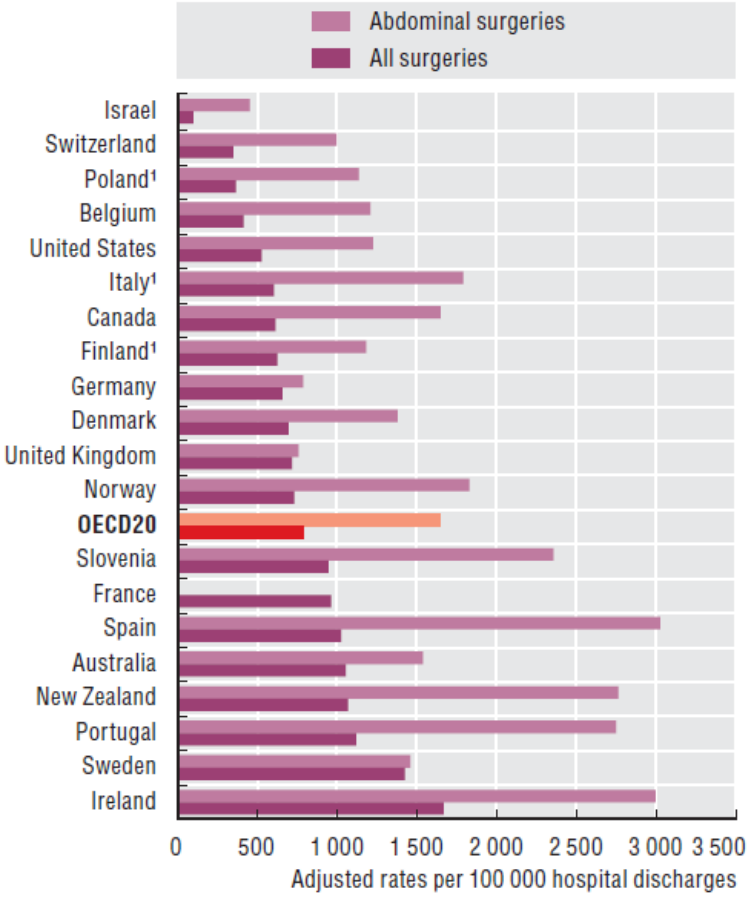


1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932917978

5.5.2. Postoperative sepsis in adults, 2011 (or nearest year)

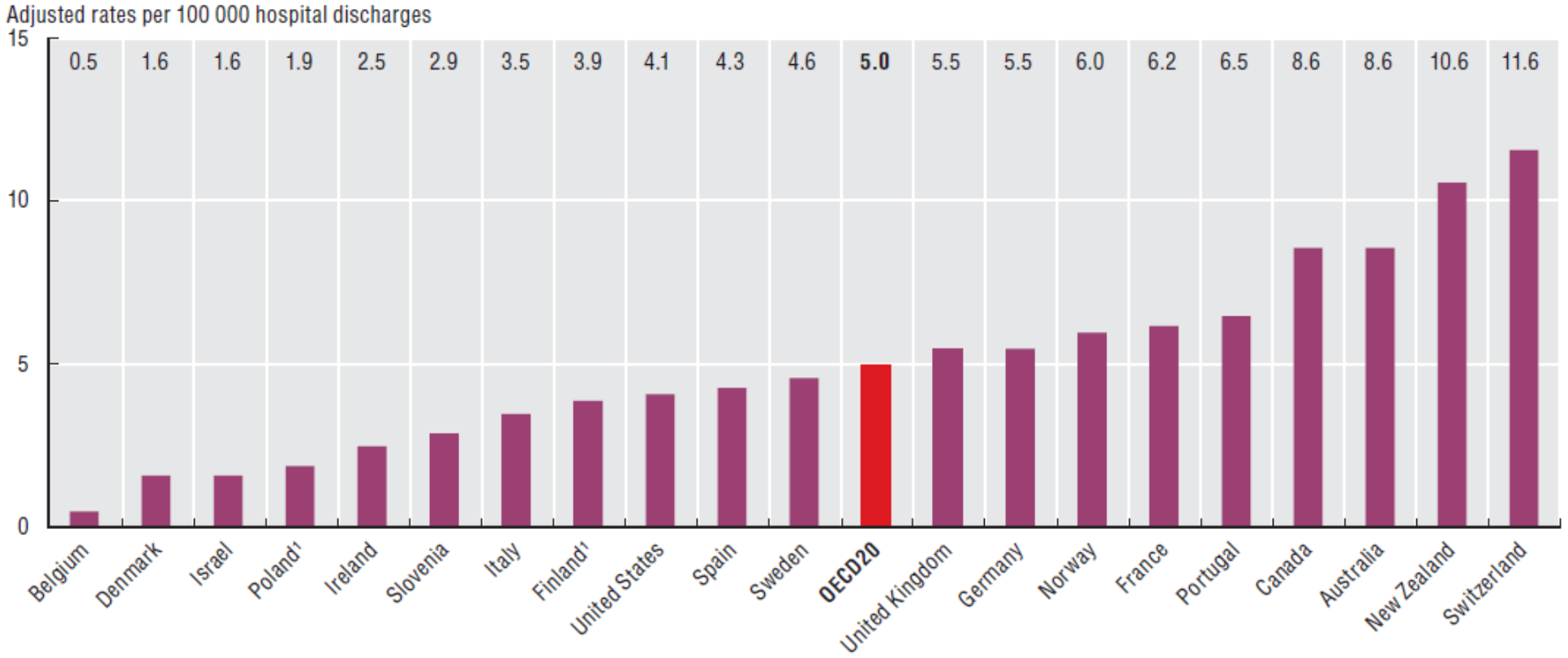


1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932917997

Foreign body left in during procedure in adults, 2011 (or nearest year)



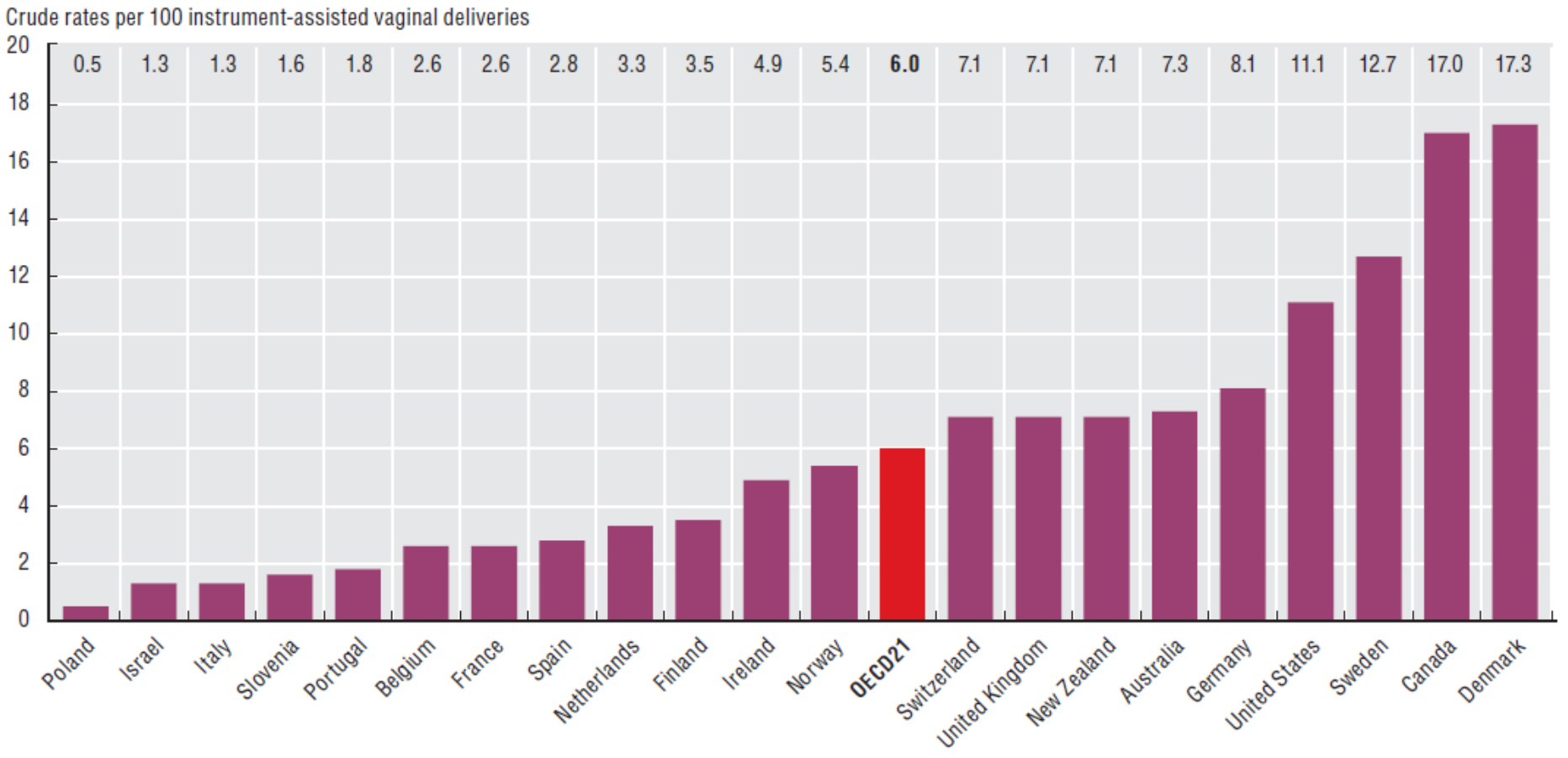
Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices.

1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932918016

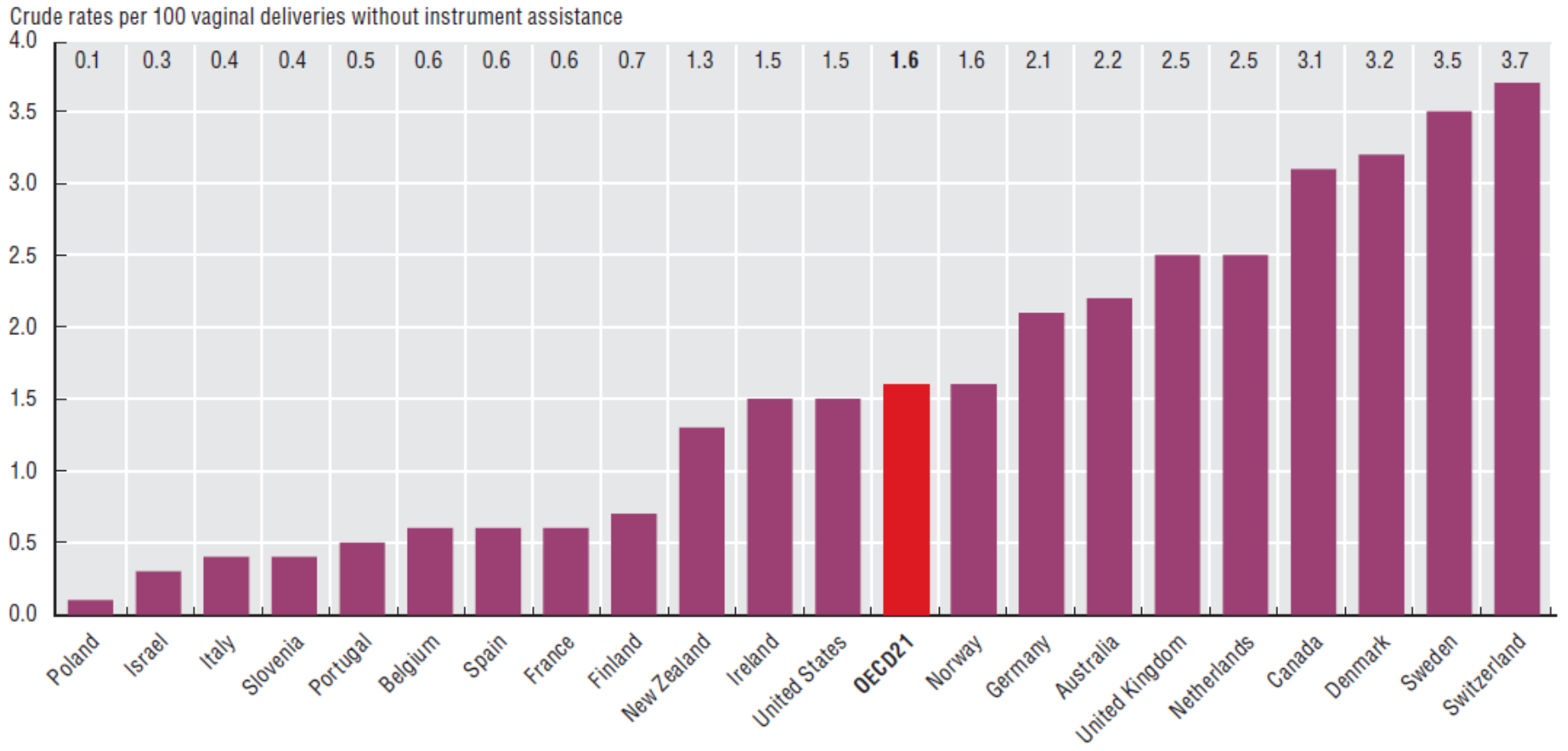
Obstetric trauma, vaginal delivery with instrument, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932918035

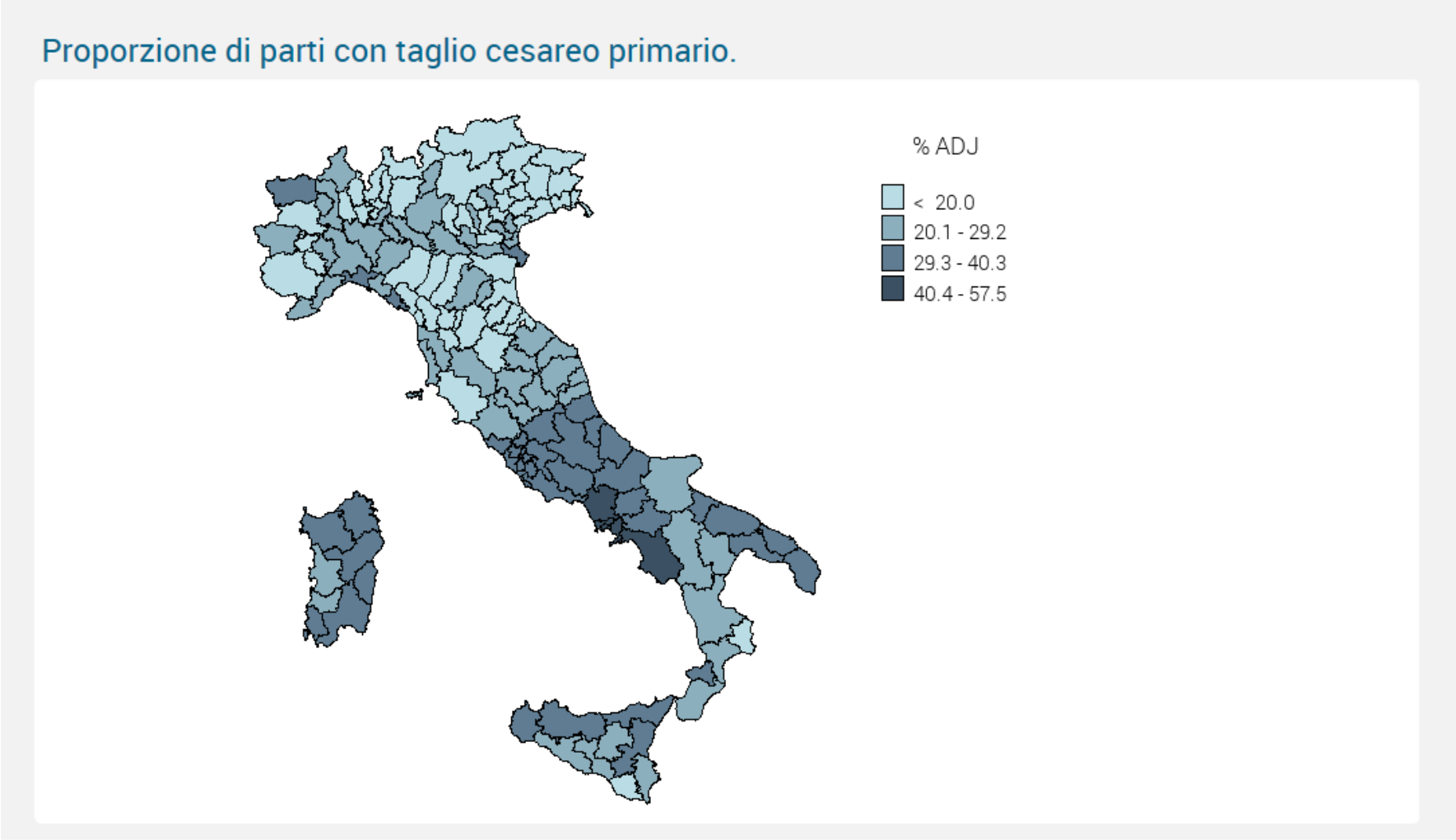
Obstetric trauma, vaginal delivery without instrument, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

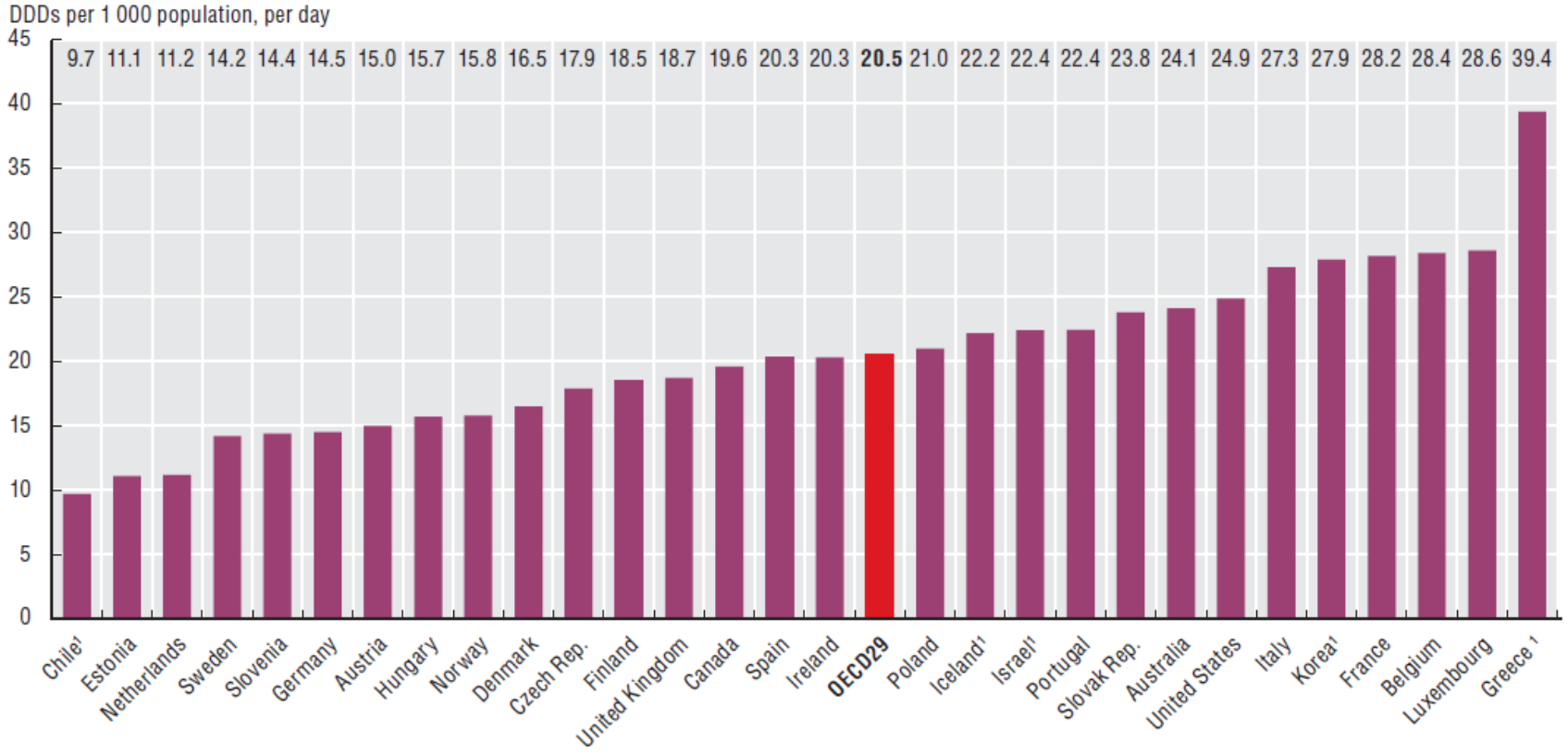
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932918054

Proporzione di parti con TC primario (PNE, 2013)



total volume of antibiotics

5.2.1. Overall volume of antibiotics prescribed, 2010 (or nearest year)

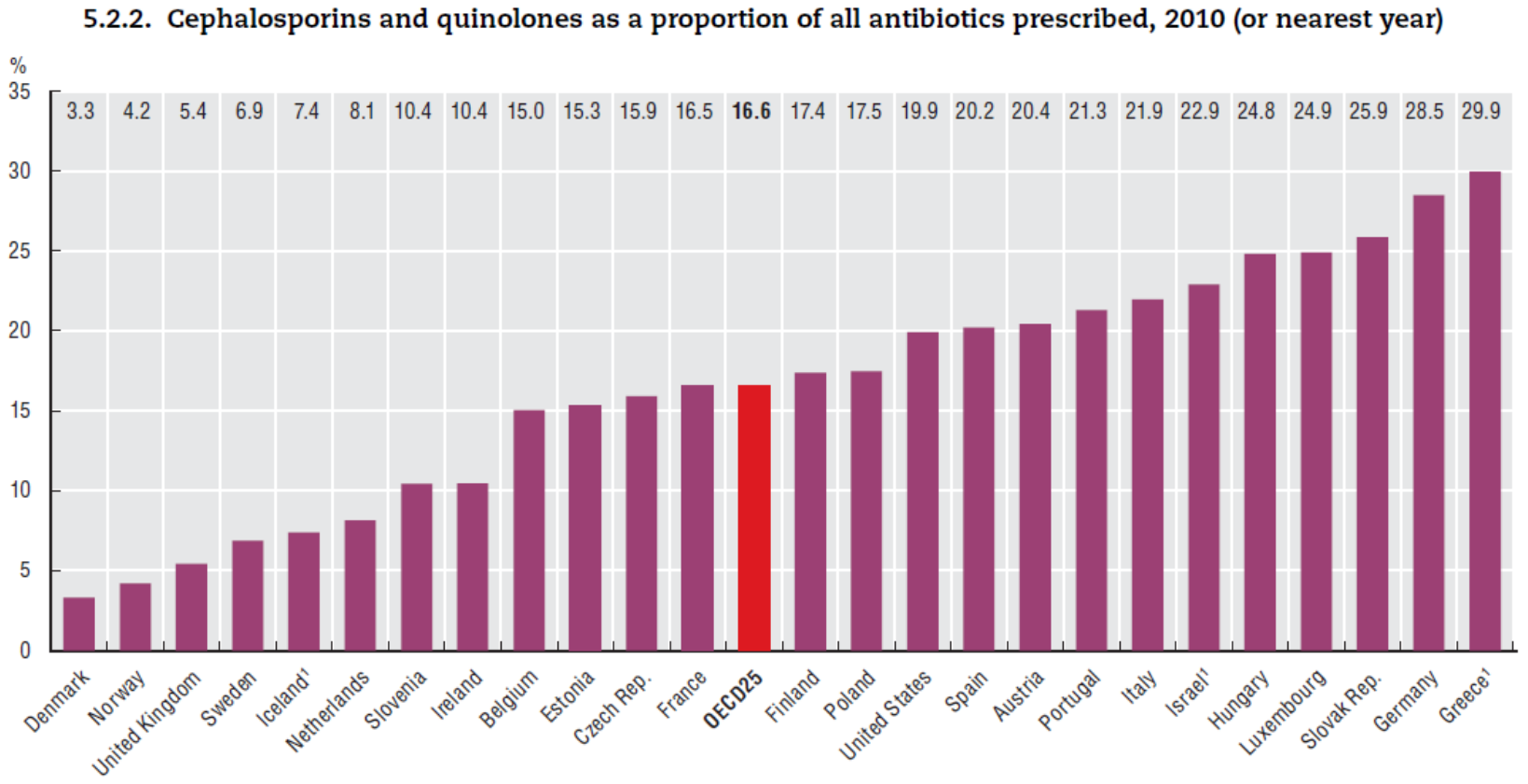


1. Data refer to all sectors (not only primary care).

Source: OECD Health Statistics 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en, IMS for United States.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932917864

volume of quinolones and cephalosporins prescribed as a proportion of all antibiotics



1. Data refer to all sectors (not only primary care).

Source: European Centre for Disease Prevention and Control 2013 and IMS for United States.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932917883