



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

Il sistema di finanziamento: implicazioni gestionali

dott. Franco Guerzoni

Il sistema DRG



La classificazione ICD9CM

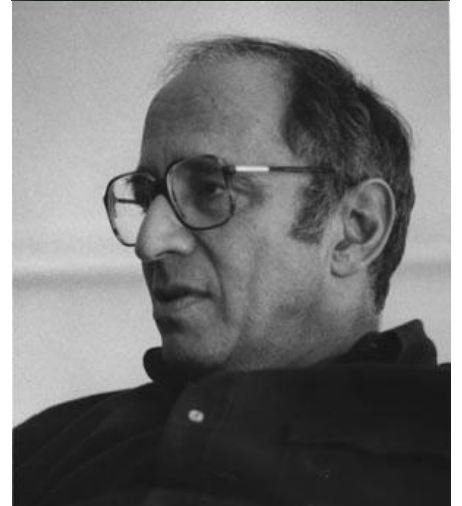
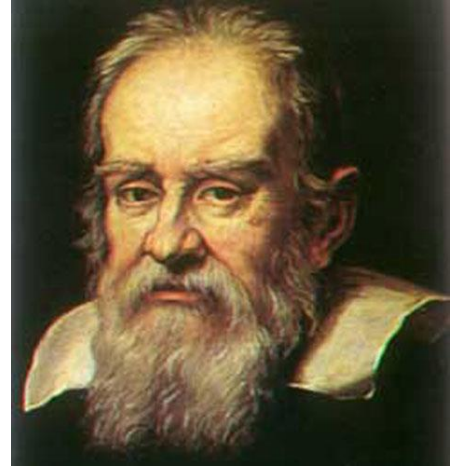
Perché codificare?

"Misura ciò che è misurabile,
e rendi misurabile ciò che non lo è"

Galileo Galilei - fisico e filosofo della scienza

"Non tutto è misurabile,
ma è migliorabile solo ciò che è misurabile"

Thomas Samuel Kuhn - fisico e filosofo della scienza



La classificazione ICD-9-CM

La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

E' un sistema sottoposto a revisione annuale (U.S.A.) che comporta inserimento, rivisitazione e cancellazione di uno o più codici. In Italia è in uso la versione 2007, associata alla versione DRG 24.



La classificazione ICD-9-CM

- ▶ Parte 1: indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi
- ▶ Parte 2: elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi
- ▶ Parte 3: indice alfabetico degli interventi e delle procedure
- ▶ Parte 4: elenco sistematico degli interventi e delle procedure

Classificazioni supplementari:

- ▶ **Codici V:** fattori che influenzano lo stato di salute e determinano il contatto con i servizi sanitari
- ▶ **Codici E:** cause esterne di traumi ed avvelenamenti (obbligatorie, in Italia per tutti i dimessi dal 1° gennaio 2011 in poi)
- ▶ **Codici M:** morfologia dei tumori (non in uso in Italia)



II sistema DRG

ICD-9 Codes (International Classification of Diseases, 9th Revision): current procedure terminology (CPT) determines *what* you get paid.

However, the diagnosis (ICD-9) codes determine *if* you get paid.

ICD-9 codes describe the reason for the medical services to commercial and government payers in alpha/numeric codes.

Debra C. Cascardo: "Correct Coding Helps You Get Paid What You're Worth"

Medscape Money & Medicine 2000. © 2000 Medscape Portals, Inc



Limiti della classificazione ICD-9-CM

Classificazioni non condivise

STADIAZIONE SECONDO RAI

STADIO	PARAMETRI	RISCHIO
0	Linfocitosi assoluta (Linfociti $> 5.000/\text{mmc}$)	Basso
I	Linfocitosi assoluta + linfadenomegalie	Intermedio
II	Linfocitosi assoluta + splenomegalia	Intermedio
III	Linfocitosi assoluta + anemia (Emoglobina $< 11 \text{ gr/dl}$)	Alto
IV	Linfocitosi assoluta + trombocitopenia (Piastrine $< 100.000/\text{mmc}$)	Alto

STADIAZIONE SECONDO BINET

STADIO	PARAMETRI
A	Linfocitosi assoluta (Linfociti $> 5.000/\text{mmc}$), non anemia, non trombocitopenia e aree linfonodali coinvolte < 3
B	Linfocitosi assoluta, non anemia, non trombocitopenia e aree linfonodali coinvolte ≥ 3
C	Linfocitosi assoluta, anemia (Emoglobina $< 10 \text{ gr/dl}$) e trombocitopenia (Piastrine $< 100.000/\text{mmc}$).



Classificazioni non condivise

204 Leucemia linfoide

Incl.: Leucemia:
linfatica
linfoblastica
linfocitica
linfogenica

204.0 Leucemia linfoide, acuta

Escl.: l'esacerbazione acuta di una leucemia linfatica cronica (204.1)

204.00 Leucemia linfoide, acuta, senza menzione di remissione

204.01 Leucemia linfoide, acuta, in remissione

204.1 Leucemia linfoide, cronica

204.10 Leucemia linfoide, cronica, senza menzione di remissione

204.11 Leucemia linfoide, cronica, in remissione

204.8 Altre leucemie linfatiche

Leucemia aleucemica:
leucemia a cellule granulari
leucemia a cellule T dell'adulto
leucemia prolinfocitica
linfatica
linfocitica
linfoide

204.80 Altre leucemie linfatiche, senza menzione di remissione

204.81 Altre leucemie linfatiche, in remissione

204.9 Leucemia linfoide, non specificata

204.90 Leucemia linfoide, non specificata, senza menzione di remissione

204.91 Leucemia linfoide, non specificata, in remissione



Severità

440.2 Aterosclerosi delle arterie native degli arti

Escl.: aterosclerosi dell'impianto di bypass delle estremità (440.30-440.32)

440.20 Aterosclerosi delle arterie native degli arti, non specificata

440.21 Aterosclerosi delle arterie native degli arti con claudicazione intermittente

440.22 Aterosclerosi delle arterie native degli arti con dolore a riposo

Incl.: qualsiasi condizione classificabile in 440.21

440.23 Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni

Incl.: qualsiasi condizione classificabile in 440.21 e 440.22

Utilizzare un codice aggiuntivo per ogni ulcerazione associata (707.10-707.9)

440.24 Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena

Utilizzare un codice aggiuntivo per ogni ulcerazione associata (707.10-707.9)

Incl.: qualsiasi condizione classificabile in 440.21, 440.22 e 440.23 con gangrena ischemica (785.4)

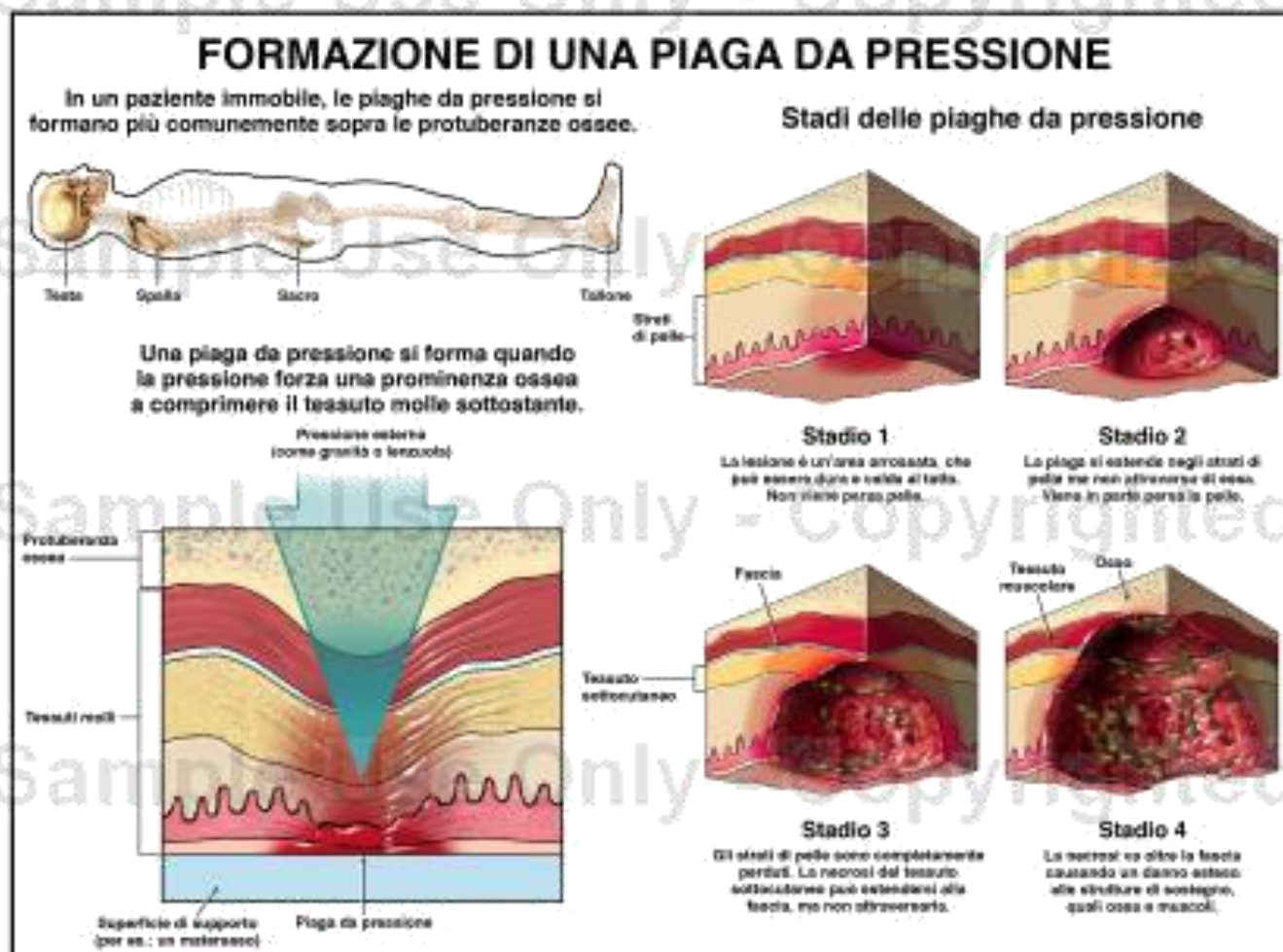
Escl.: gangrena gassosa (040.0)

- Raramente il sistema dei codici è in grado di descrivere la severità clinica del caso



Severità

Piaghe da pressione



707.0 Ulcerazione da decubito

Ulcera da compressione

Ulcera da decubito

Ulcerazioni da decubito (ogni localizzazione)

707.00 Ulcerazione da decubito, sito non specificato

707.01 Ulcerazione da decubito del gomito

707.02 Ulcerazione da decubito, parte superiore del dorso

Scapole

707.03 Ulcerazione da decubito, parte inferiore del dorso

Sacro

707.04 Ulcerazione da decubito dell'anca

707.05 Ulcerazione da decubito della natica

707.06 Ulcerazione da decubito della caviglia

707.07 Ulcerazione da decubito del tallone

707.09 Ulcerazione da decubito di altro sito

Testa

Bilateralità

Diagnosi: non è prevista la possibilità di scrivere due volte lo stesso codice

- ▶ o si utilizzano codici diagnosi diversi per descrivere localizzazioni diverse
- ▶ o si utilizza l'informazione «lateralità» presente nella nuova SDO 2017



Bilateralità

Procedure: alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali.

- ▶ se il sistema non prevede tale possibilità, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale
- ▶ oppure si utilizza l'informazione «lateralità» presente nella nuova SDO 2017

La regola ha senso se la descrizione della bilateralità riveste rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; non è appropriata nel caso di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).



Limiti della classificazione ICD-9-CM

Il sistema di codifica ICD-9-CM presenta alcune carenze:

- ▶ Non fornisce il dettaglio informativo necessario / richiesto per la corretta descrizione delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai pazienti ricoverati
- ▶ Utilizza una terminologia obsoleta
- ▶ È alla base di elaborazioni ritenute inaccurate e limitate
- ▶ Non è allineato alla moderna pratica medica
- ▶ È inadeguato a descrivere la pratica medica del 21° secolo.





ASSOBIOMEDICA

Limiti della classificazione ICD-9-CM

Secondo Assobiomedica:

- ▶ Derivazione per “traduzione” del sistema di codifica ICD9CM e di classificazione per DRG dalla versione USA CMS, senza particolari e specifici adattamenti e soprattutto non tenendo particolarmente conto del diverso mix tra le procedure erogate in regime di ricovero ordinario, rispetto alle forme alternative a ciclo diurno

- ▶ Mancanza di specifici codici descrittivi relativi:
 - ▶ all’approccio chirurgico utilizzato (chirurgia aperta, approccio laparoscopico, approccio endoscopico, approccio per cutaneo, etc);
 - ▶ al materiale protesico utilizzato (descrizioni generiche obsolete);
 - ▶ all’utilizzo di nuove tecnologie, innovative ma ormai presenti nella pratica clinica da mesi o addirittura anni



Limiti della classificazione ICD-9-CM

Secondo Assobiomedica:

- ▶ Mancanza di un regolare sistema di aggiornamento dei codici di procedura e di un chiaro sistema “nazionale”, con frammentazione e possibili contraddizioni “informative” tra i diversi SSR;
- ▶ Mancanza di un meccanismo idoneo a far avanzare la richiesta di inserimento di specifici codici di procedura per dispositivi innovativi che vengono utilizzati nella pratica clinica;
- ▶ Mancanza di DRG sufficientemente specifici ed esaustivi nel recepire le caratteristiche di singoli casi clinici, anche complessi;
- ▶ Mancanza di un sistema di discriminazione dei casi in funzione della severità del caso clinico

"Aggiornamento dei sistemi di classificazione e di codifica e innovazione tecnologica",

<http://www.assobiomedica.it/static/upload/agg/aggiornamento-dei-sistemi-di-classificazione-e-di-codifica.pdf>



Limiti della classificazione ICD-9-CM

The periodic revisions of ICD-9-CM mirror changes in the medical and health care field. The U.S. has been using ICD-9-CM since 1979, and it **is not sufficiently robust** to serve the health care needs of the future. The content is **no longer clinically accurate** and **has limited data about patients' medical conditions and hospital inpatient procedures**, the **number of available codes is limited**, and the **coding structure is too restrictive**. The U.S. **cannot directly compare morbidity diagnosis data to state and national mortality data**, because mortality data have already transitioned to ICD-10 code sets. Further, most developed countries have already made the transition to ICD-10 code sets, so the U.S. cannot compare U.S. morbidity diagnosis data at the international level.



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™





ASSOBIO MEDICA

Perché non aggiornare il sistema?

Rimborsi

- Non è possibile continuare a pagare per prestazioni codificate in maniera non soddisfacente e valorizzate in maniera iniqua

Un sistema **flessibile, tempestivo, aggiornabile, trasparente, accurato, equo e omogeneo** permetterebbe l'eliminazione di quei casi in cui numerose procedure, valide dal punto di vista clinico, sono penalizzate da codifiche inappropriate e da una remunerazione inadeguata che ne disincentiva fortemente l'utilizzo e la diffusione (es: biopsia stereotassica cerebrale).

Qualità

- È difficile valutare correttamente i processi medici e gli outcome

Programma nazionale esiti (PNE), sistema Bersagli, indicatori regionali SIVER, budget aziendale, ...

Perché cambiare?

I nuovi sistemi di classificazione basati sull'ICD10 rappresentano un miglioramento significativo delle attività di codifica dal momento che prevedono:

- ▶ un notevole arricchimento informativo grazie ad una dettagliata descrizione delle condizioni cliniche, degli interventi e delle procedure
- ▶ la possibilità di adattamento alle innovazioni tecnologiche e/o alle diverse esigenze informative in ambito clinico



The next generation of coding

Negli Stati Uniti, il sistema di classificazione ICD-10-CM/PCS è composta da due elementi:

- ▶ **ICD-10-CM**: sistema di classificazione delle diagnosi, sviluppato dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, utilizzato in tutte le strutture deputate alla gestione di problematiche sanitarie.
Il sistema utilizza codici costituiti da 3-7 caratteri alfa-numerici
- ▶ **ICD-10-PCS**: sistema di classificazione delle diagnosi, sviluppato dal Centro per i Servizi Medicare & Medicaid (CMS), utilizzato in tutte le strutture di ricovero ospedaliero.
Il sistema utilizza codici costituiti da 7 caratteri alfa-numerici

In Italia è stato attivato il progetto *it.DRG*, finalizzato alla definizione di un sistema italiano di classificazione dei ricoveri; il ritardo nella generazione dei prodotti, unito alla necessità di aggiornare il sistema di classificazione, potrebbe alimentare la richiesta di soluzioni alternative, non l'ultima l'allineamento alla realtà USA



La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

DM Sanità 28 dicembre 1991

DM Sanità 27 ottobre 2000, n. 380

DM Sanità 7 dicembre 2016, n. 261

Istituzione della SDO

DM Sanità 28/12/1991: *«Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera»*

Art. 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 <...>

Successivi aggiornamenti:

DM 27 ottobre 2000, n. 380: *«Regolamento recante norme concernenti l'**aggiornamento della disciplina** del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati».*

DM 7 dicembre 2016 , n. 261: *«Regolamento recante **modifiche ed integrazioni** del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera».*



Obbligatorietà e valenza della SDO

DM Sanità 28/12/1991, 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.**

- ▶ *Ribadito nell'articolo 2 comma 2 del DM Sanità 27/10/2000, n° 380*
- ▶ *Ribadito nell'articolo 3 comma 2 del DM Sanità 7/12/2016, n° 261*



Obbligatorietà e valenza della SDO

Il testo dell'art. 2, comma 2, del DM 380/2000, come modificato dal DM 261/2016, è il seguente:

*2. Fermo restando che, ai sensi dell'art. 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, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea** o di suo equivalente documento digitale, e che **tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche***, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato, costituente parte integrante del presente decreto.*

* DGR 1706/2009, Allegato 3: gestione del rischio; compilazione della cartella clinica

* Linee Guida di codifica: identificazione delle diagnosi secondarie



Contenuto informativo della SDO

- ▶ **DM Sanità 28/12/1991, articolo 3:**

- <...> deve contenere almeno le sottoelencate informazioni:

- <...> può altresì contenere informazioni relative a:

- ▶ situazione abitativa del paziente;
 - ▶ eventuale necessità di assistenza domiciliare, ovvero di ricovero in residenza sanitaria assistenziale.

- ▶ **DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 1:**

- 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

- ▶ **DM 7 dicembre 2016 , n. 261:**

- Aggiornamento *massivo* delle informazioni da rilevare e trasmettere con i flussi SDO



Compilazione della SDO

- ▶ **DM Sanità 28/12/1991**

//

- ▶ **DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2 comma 3 e**

- ▶ **DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 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;

* Il medico responsabile è quello che firma la lettera di dimissione? È il medico che ha operato il paziente? È il medico che lo ha seguito in sala di degenza?



Compilazione della SDO

Despite their tendency to avoid the subject, **doctors must take the responsibility for coding seriously**. After all, who other than the person treating the patient is best qualified to determine the correct code to use when submitting claims for reimbursement.

To ensure that a precise description of the level of service performed is submitted to the carrier, **physicians should not fully delegate coding responsibilities** to their staff because several different codes can be used to describe the same procedure. But **only the physician knows how to fully and accurately describe what service has been performed and the level of medical decision-making involved**.

And ultimately, you are the one who will take final responsibility for the level of payment that service generates, regardless of whether you selected how it would be coded.

Debra C. Cascardo: *"Correct Coding Helps You Get Paid What You're Worth" Medscape Money & Medicine 2000. © 2000 Medscape Portals, Inc*



Firma della SDO

- ▶ **DM Sanità 28/12/1991, articolo 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 27/10/2000, n. 380, articolo 2, comma 3 e**
- ▶ **DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3:**
<...> la scheda di dimissione reca la firma dello stesso **medico responsabile*** della dimissione.

Da "curante" a "responsabile" in virtù del *nuovo* inquadramento giuridico del medico



Codifica della SDO

- ▶ **DM Sanità 28/12/1991**

//

- ▶ **DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 2, comma 3 e**
- ▶ **DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 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 28/12/1991, 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.
- ▶ **DM Sanità 28/12/1991, articolo 2 e DM Sanità 27/10/2000, n. 380, articolo 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.
- ▶ **DM Sanità 7/12/2016, n. 261, articolo 2 comma 3:**
Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla **compilazione** delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla **completezza** e la **congruità** delle informazioni in esse riportate.



Il sistema di classificazione DRG

Perché codificare?

Grouping methodologies were initially developed as a **cost management tool** to help clinicians and hospitals monitor **quality of care and utilization of services**. Today, groupers are utilized for a variety of purposes including **epidemiological monitoring, clinical management, standardized comparison of hospital activity, hospital budgeting and program planning, hospital funding and reimbursement**, and as a **prospective payment system**.

However, no one grouper can be used to do all of these things well. In fact, most groupers have been designed for one purpose (i.e. to measure hospital performance), but then have been used by those who work in health care management to meet other needs (i.e. as payment/reimbursement/funding tool).

Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups
Redevelopment



Canadian Institute
for Health Information

Institut canadien
d'information sur la santé

Il sistema DRG

Ospedale = azienda multiprodotto

Input

- Personale
- Reagenti
- Macchine
- Alimenti
- ...

Output intermedi

- Tempo di assistenza
- Referti di laboratorio
- Indagini TAC
- Pasti
- ...

Prodotto

- Diagnosi e/o trattamento di una specifica condizione clinica



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



II sistema DRG

The fundamental problem which must be solved, if effective resource and cost control is to be achieved within hospitals, is to define in a precise and manageable way the services provided by hospitals. It is not a useful observation simply to say that hospitals provide "patient care".

What hospitals provide is patient care of various kinds and intensities over various durations based on the needs of the patients they treat.

The total patients treated can be classified, based on selected clinical and demographic characteristics, **into patient classes which consume the resources of the hospital in a similar manner**. This would provide a categorization of the services provided by a hospital and establish a product definition.

Such a definition of hospital services allows the resources utilized and the costs incurred to be related directly to the types of patients the hospital treats.

In other words, the relationship between the case mix of the hospital, the resources it consumes, and the costs it incurs, is established (*Fetter, 1978*).



Il modello "Fetter"

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

Abstract

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.

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.

In the last decade national health care expenditures have increased faster than the rate of inflation and now represent almost 10 percent of the Gross National Product (GNP). The largest single component is hospital care, which has accounted for an increasing share of total health expenditures and has been a major contributor to the relative growth of the health care portion of the GNP (National Center for Health Statistics, 1983). Information on factors influencing hospital costs has therefore been essential to the regulatory activities of federal reimbursement programs and state rate setting authorities. It also has been critical to the production and operations management of health care institutions.

Hospital output and cost functions have been theoretically and empirically investigated in a

variety of research settings (Berry, 1970, 1974; Feldstein, 1965; Lave, 1966; Lave & Lave, 1970a, 1970b, 1971; Lee & Wallace, 1973; Ruchlin & Levenson, 1974). All these studies have a major limitation: the method used to account for the multiproduct nature of the hospital. Although there is little agreement on the definition of these products, there is consensus that a hospital produces an extensive variety of them and that differences in "product line" play an important role in understanding cost variations among institutions and among patients within an institution.

A system for describing hospital production has been developed and is referred to as Diagnosis Related Groups (DRGs) (Fetter, Shin, Freeman, Averill, & Thompson, 1980). The system has recently undergone extensive revisions to reflect new diagnostic and procedural coding conventions (ICD-9-CM) and suggestions from users based on their experience with the previous group definitions (Fetter, 1983). This paper presents the underlying conceptual framework and operational definitions of the current version of the DRGs and gives specific illustrations of cost con-

This paper was initially presented in part at the Sixteenth Hawaii International Conference on Systems Science, Honolulu, Hawaii, January 1983, and portions appear in the conference proceedings.

Requests for reprints should be sent to Robert B. Fetter, School of Organization and Management, Box 1A, Yale

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



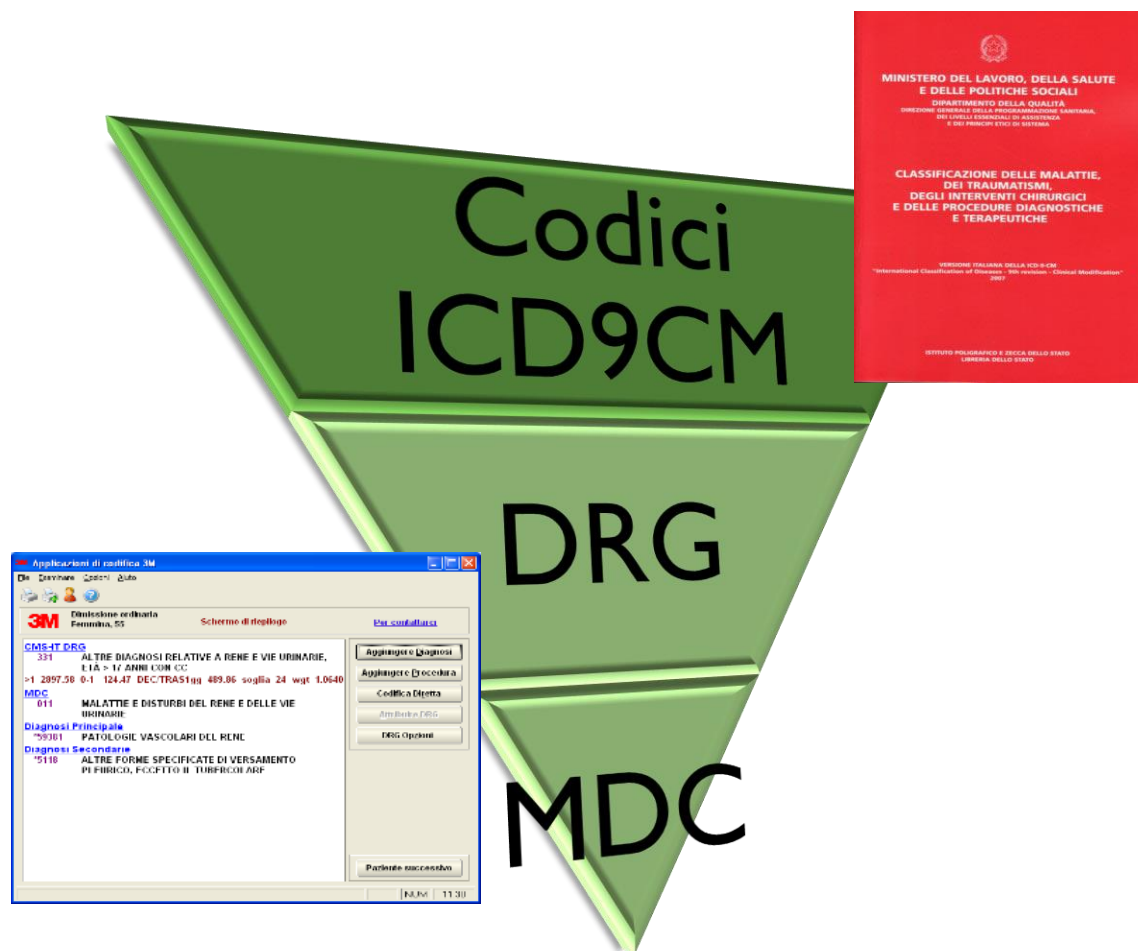
Definizione

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



- ▶ Le diagnosi e le procedure sono descritte attraverso il sistema di classificazione ICD9CM
- ▶ La combinazione di codici ICD9CM determina l'attribuzione del caso ad un DRG specifico
- ▶ Le MDC raccolgono al loro interno una serie di DRG, alcuni medici, altri chirurgici, generalmente legati ad un determinato organo o apparato

Il sistema DRG

Livello "UOMO": codici ICD9CM

- I62* 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



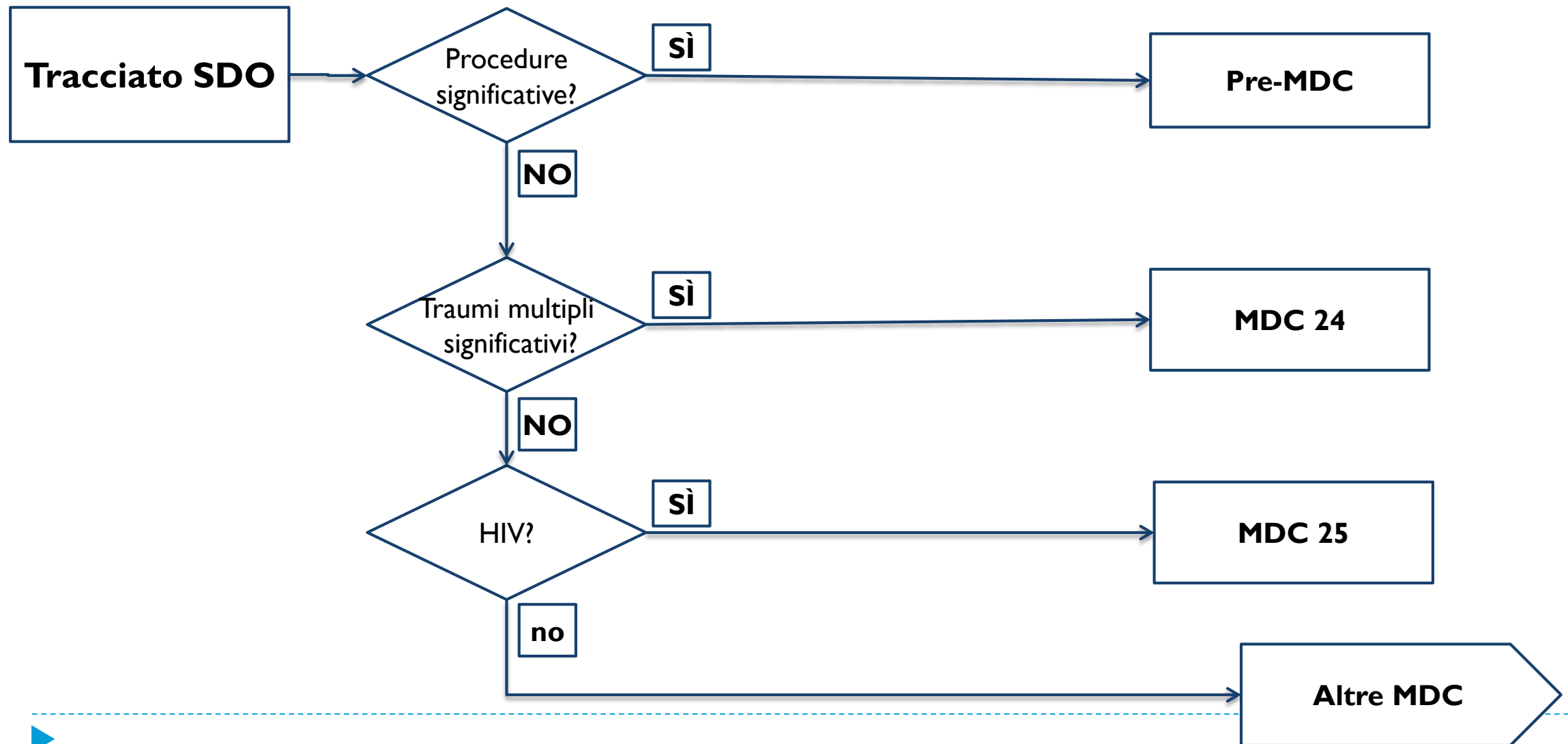
Elementi di rilievo per il calcolo del DRG

- ▶ Diagnosi principale MDC, «*timone*»
- ▶ Diagnosi secondarie complicanze e comorbidità
- ▶ Procedure DRG «medico» vs DRG «chirurgico»
- ▶ Tipo di dimissione DRG specifici
- ▶ Data anagrafici DRG "pediatrici", congruenza dati per sesso ed età

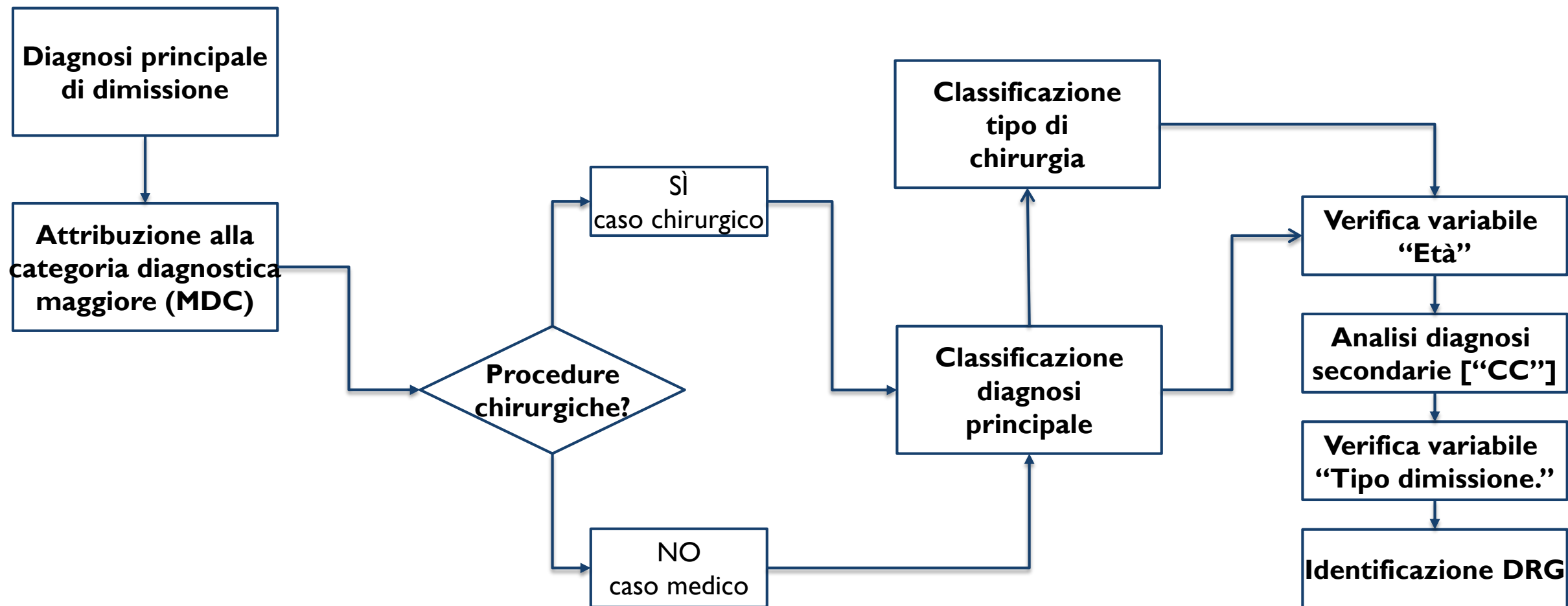
- ▶ Regione di residenza
- ▶ Regime di ricovero valorizzazione dell'episodio
- ▶ Durata della degenza



Algoritmo



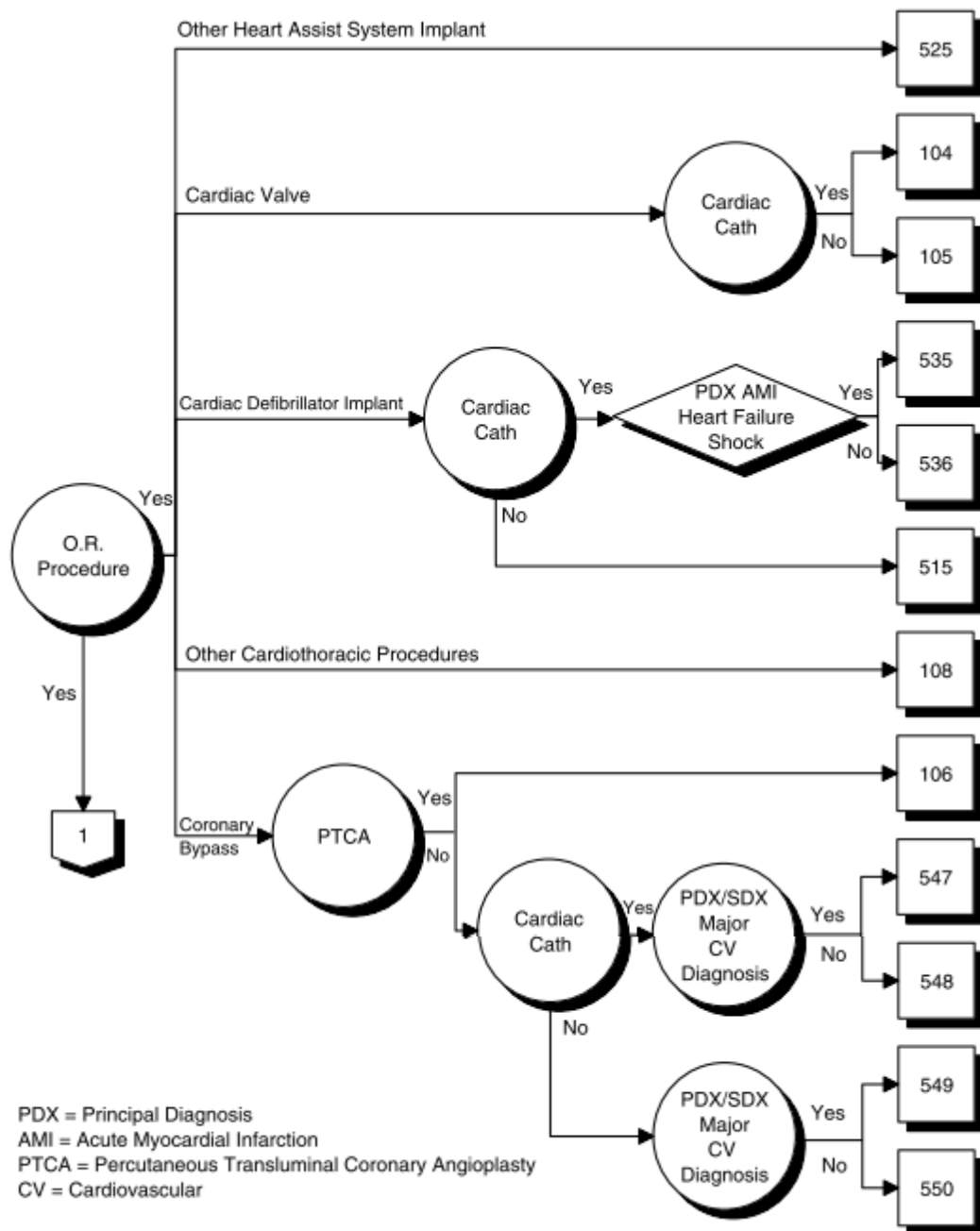
Algoritmo



Major Diagnostic Category 5
Diseases and Disorders of the Circulatory System

Surgical Partitioning

DRG

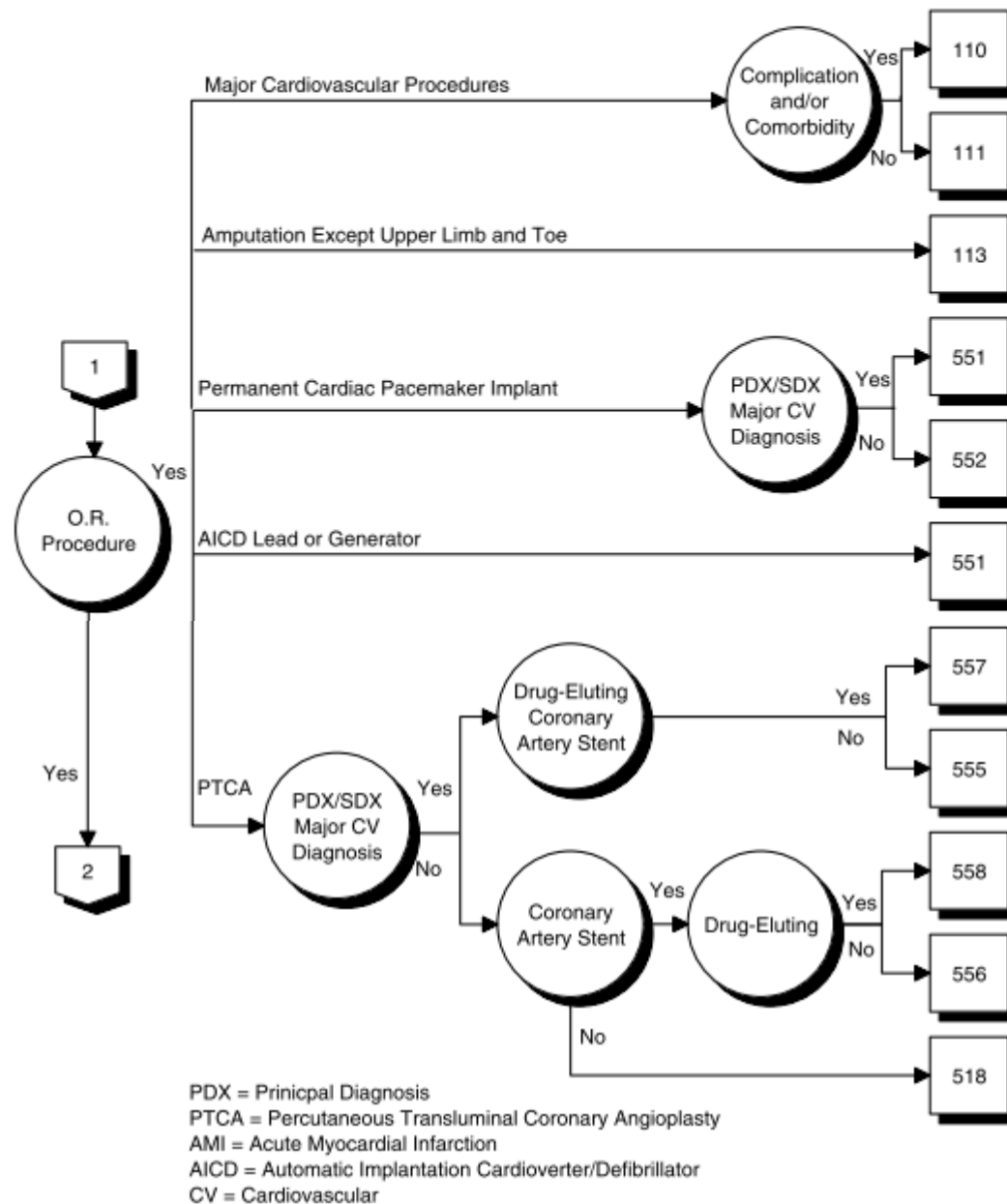


PDX = Principal Diagnosis
AMI = Acute Myocardial Infarction
PTCA = Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
CV = Cardiovascular

Major Diagnostic Category 5
Diseases and Disorders of the Circulatory System

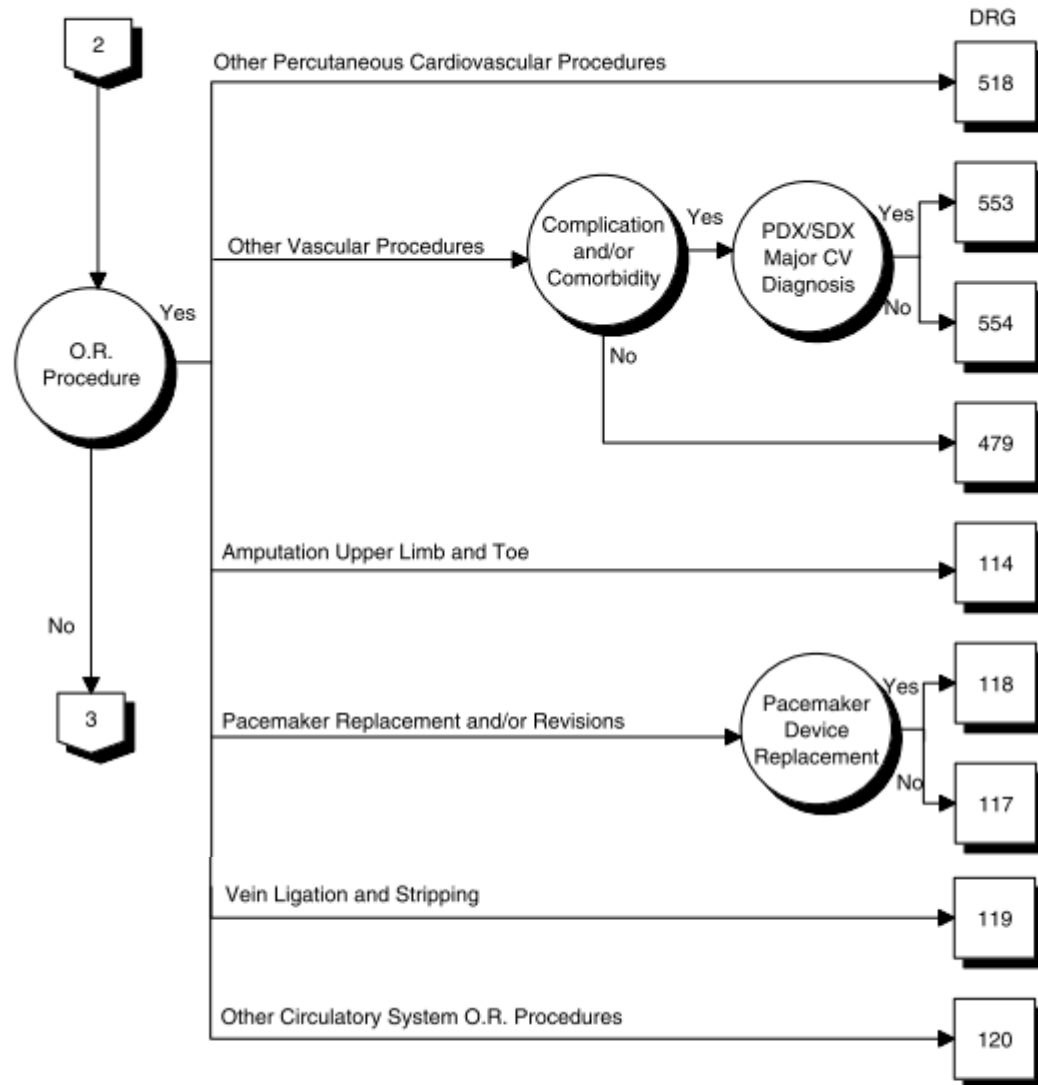
Surgical Partitioning (Cont'd.)

DRG

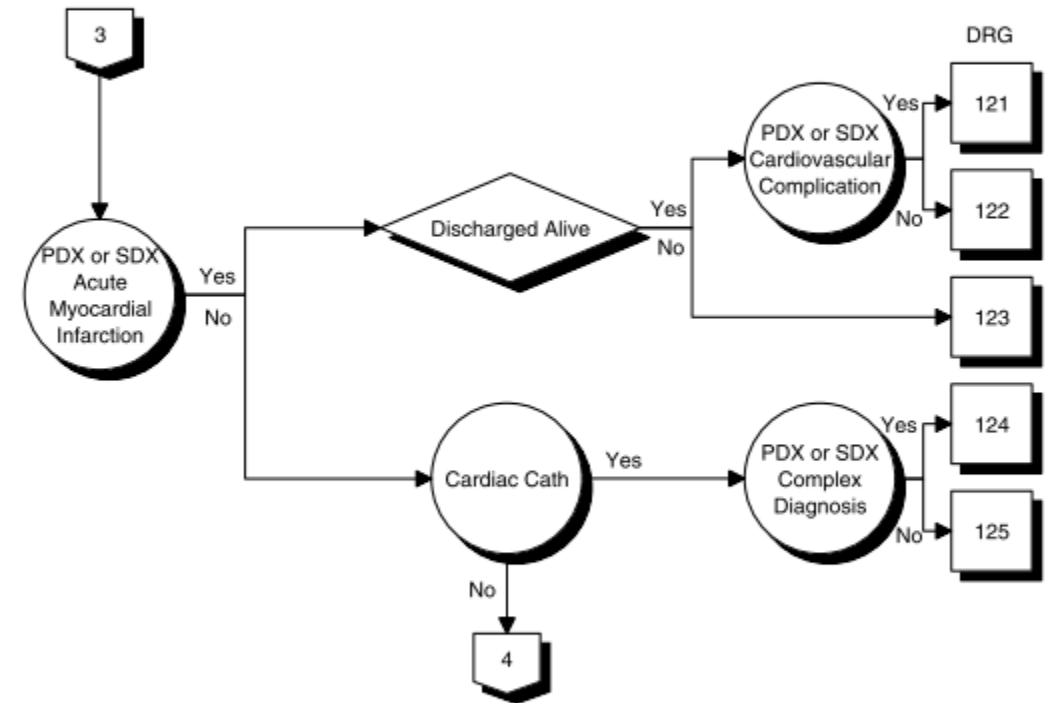


PDX = Principal Diagnosis
PTCA = Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty
AMI = Acute Myocardial Infarction
AICD = Automatic Implantation Cardioverter/Defibrillator
CV = Cardiovascular

Surgical Partitioning (Cont'd.)

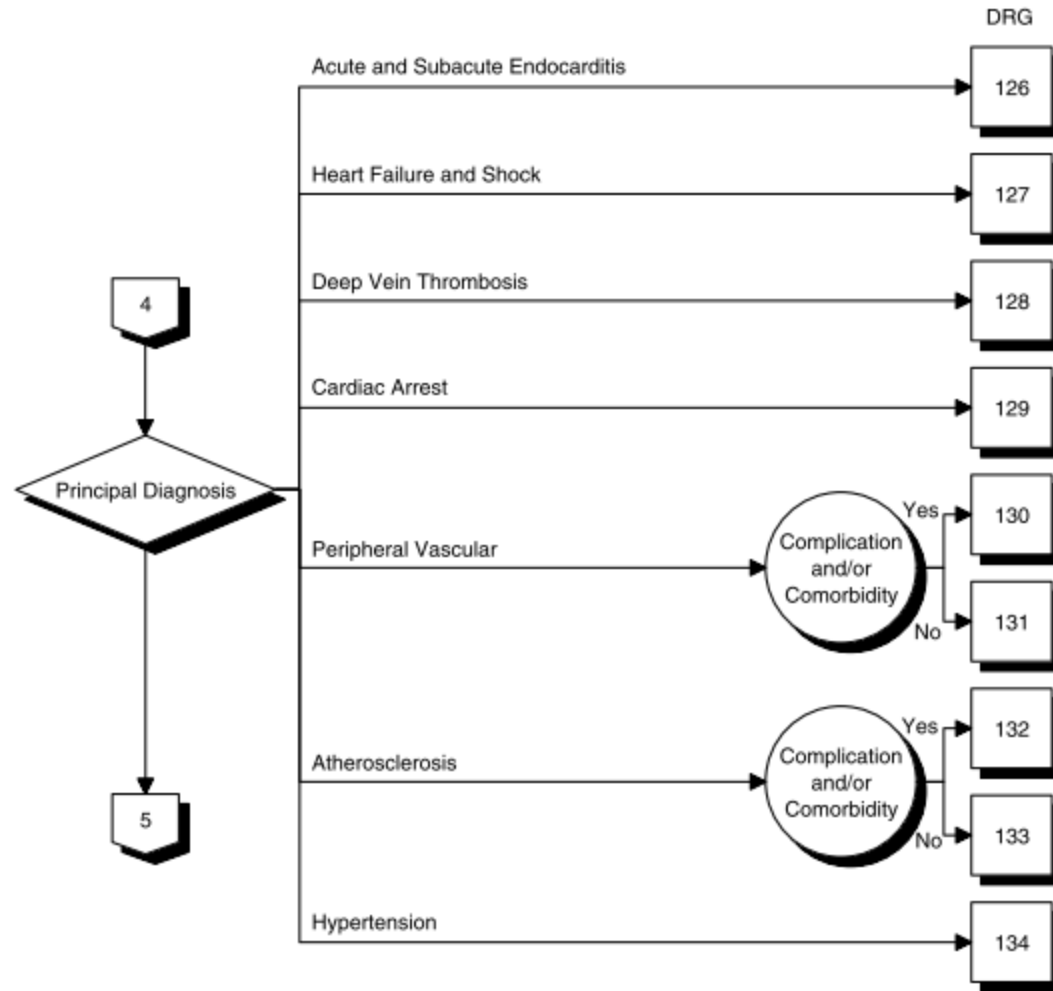


Medical Partitioning

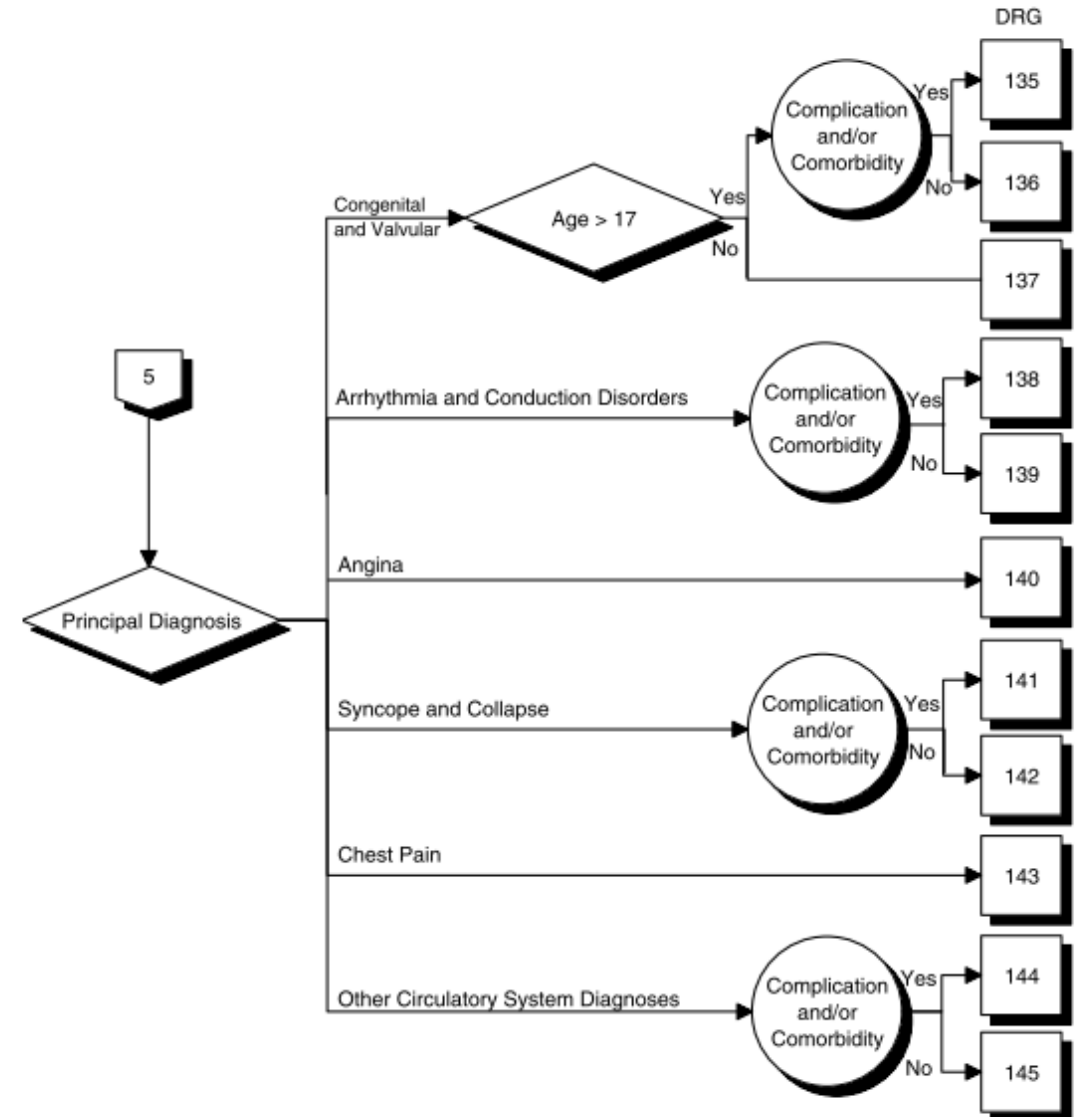


PDX = Principal Diagnosis
SDX = Secondary Diagnosis

Medical Partitioning (Cont'd.)



Medical Partitioning (Cont'd.)



Diagnosi principale

U.S.A.

A **principal diagnosis** is that “condition established after study to be chiefly responsible for occasioning the admission of the patient to the hospital for care” ... in other words, why the patient was admitted.

The **most significant diagnosis** is defined as the condition having the most impact on the patient's health, length of stay, resource consumption, and the like. The most significant diagnosis may or may not be the principal diagnosis

Italia

La diagnosi principale viene definita come “la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche”



Diagnosi principale

BAV: coronarografia + impianto
PM



USA → causa del ricovero → *principal diagnosis*



Italia → possibile diagnosi secondaria

Frattura collo femore da caduta
dal letto: osteosintesi (e
riabilitazione)



Osteosintesi di frattura
USA → *most significant diagnosis, not P.O.A.*



Italia → possibile diagnosi principale



Diagnosi secondarie

Per **diagnosi secondaria** deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale, coesistente al momento del ricovero o sviluppatasi in seguito, che influenzi l'assistenza erogata in termini di:

- ▶ trattamento terapeutico
- ▶ procedure diagnostiche eseguite
- ▶ durata della degenza
- ▶ assistenza infermieristica
- ▶ monitoraggio clinico
- **durata della degenza** (DGR 354/2012 prevede stretta correlazione tra consumo risorse e prolungamento della degenza)

La dimensione della **severità** è calcolata sulle diagnosi secondarie (*registrate sulla SDO in numero variabile - sino a 5*); la loro presenza, generalmente, è associata a maggiore complessità e costo di gestione ospedaliera del paziente in esame.

La diagnosi secondaria descrive una **comorbidità rilevante** o una **diagnosi complicante** che nel 75% dei casi è [stata] in grado di prolungare la durata della degenza di almeno 1 giorno



RICEVUTA FISCALE N. /001170
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 (R. Fisc.) ☐ RICEVUTA FISCALE

QUOTA	IMPONIBILE	IMPOSTA
PETTIVO PAGATO	CORRISPETTIVO NON PAGATO	TOTALE DOCUMENTO

VERBA di Sistemi Vinceduto - Via V. Veneto n. 1 (FERRARA) - Tel. e Fax 0532.61433 - Aut. N° 384494 del 13/10/1979

Pezzi Descrizione Prz Unit Prz

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

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

.I:

CF.:

CONT 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 21/07/09
o. Vietata - mdr Italmoduli Partners s.r.l. - Info Line 0375 40098

Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

According to a study by the Centers for Disease Control & Prevention (CDC), common medical errors total more than \$4.5 billion in additional health spending a year. Other studies have shown that hospitals only bear a small percentage of the total costs associated with preventable medical errors. Prompted by the landmark study by the Institute of Medicine titled “To Err is Human: Building a Safer Health System,” the NQF created a list of 28 Never Events



Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

Current NQF Serious Reportable Adverse Events

Patient Protection Events

- ▶ Infant discharged to wrong person
- ▶ Death/disability due to patient elopement (*SDO 2017: tipo dim = allontanamento volontario*)
- ▶ Patient suicide or attempted suicide resulting in disability (*SDO 2017: tipo dim = suicidio*)

Care Management Events:

- ▶ Death/disability associated with medication error
- ▶ Death/disability associated with incompatible blood (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Maternal death/disability with low risk delivery (*SDO 2017: numero di diagnosi*)
- ▶ Death/disability associated with hypoglycemia (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Death/disability associated with hyperbilirubinemia in neonates
- ▶ Stage 3 or 4 pressure ulcers after admission (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Death/disability due to spinal manipulative therapy



Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

Current NQF Serious Reportable Adverse Events

Surgical Events:

- ▶ Surgery on wrong body part
- ▶ Surgery on wrong patient
- ▶ Wrong surgery on a patient
- ▶ Foreign object left in patient after surgery (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Post-operative death in normal health patient (*indicatori PNE di mortalità*)
- ▶ Implantation of wrong egg

Product or Device Events:

- ▶ Death/disability associated with use of contaminated drugs
- ▶ Death/disability associated with use of device other than as intended
- ▶ Death/disability associated with intravascular air embolism (*Hospital-Acquired Condition*)



Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

Current NQF Serious Reportable Adverse Events

Environment Events:

- ▶ Death/disability associated with electric shock (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Incident due to wrong oxygen or other gas
- ▶ Death/disability associated with a burn incurred within facility (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Death/disability associated with a fall within facility (*Hospital-Acquired Condition*)
- ▶ Death/disability associated with use of restraints within facility (*SDx demenza? delirium?*)

Criminal Events:

- ▶ Impersonating a health care provider (i.e., physician, nurse)
- ▶ Abduction of a patient
- ▶ Sexual assault of a patient within or on facility grounds



Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

The CMS exercised its authority under section 5001(c) of the DRA by announcing that Medicare will no longer pay the extra cost of treating the following categories of conditions that occur while the patient is in the hospital.

- ▶ pressure ulcer stages III and IV;
- ▶ falls and trauma;
- ▶ surgical site infection after bariatric surgery for obesity, certain orthopedic procedures, and bypass surgery (mediastinitis);
- ▶ vascular-catheter associated infection;
- ▶ catheter-associated urinary tract infection;
- ▶ administration of incompatible blood;
- ▶ air embolism; and
- ▶ foreign object unintentionally retained after surgery.

Beginning October 1, 2008, Medicare will no longer pay the higher MS-DRG for these conditions (<http://www.cms.hhs.gov/SMDL/downloads/SMD073108.pdf>)



Hospital-Acquired Condition (FY 2009)

The Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (PSI) Measure

The Patient Safety Indicators (PSIs) are a set of indicators providing information on potential in hospital complications and adverse events following surgeries, procedures, and childbirth. The PSIs were developed after a comprehensive literature review, analysis of ICD-9-CM codes, review by a clinician panel, implementation of risk adjustment, and empirical analyses.

The PSIs **can be used to help hospitals identify potential adverse events that might need further study**; provide the opportunity to assess the incidence of adverse events and in hospital complications using administrative data found in the typical discharge record; include indicators for complications occurring in hospital that may represent patient safety events; and, indicators also have area level analogs designed to detect patient safety events on a regional level.



Patient Safety Indicators

Provider-Level Indicators

- ▶ PSI 02 - Death rate in low-mortality diagnosis related groups (DRGs)
- ▶ PSI 03 - Pressure ulcer rate
- ▶ PSI 04 - Death rate among surgical inpatients with serious treatable conditions
- ▶ PSI 05 - Retained surgical item or unretrieved device fragment count
- ▶ PSI 06 - Iatrogenic pneumothorax rate
- ▶ PSI 07 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- ▶ PSI 08 - Postoperative hip fracture rate
- ▶ PSI 09 - Perioperative hemorrhage or hematoma rate
- ▶ PSI 10 - Postoperative physiologic and metabolic derangement rate
- ▶ PSI 11 - Postoperative respiratory failure rate (*ICD9CM 518.5*)
- ▶ PSI 12 - Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis rate
- ▶ PSI 13 - Postoperative sepsis rate
- ▶ PSI 14 - Postoperative wound dehiscence rate
- ▶ PSI 15 - Accidental puncture or laceration rate



Patient Safety Indicators

Provider-Level Indicators

- ▶ PSI 16 - Transfusion reaction count
- ▶ PSI 17 - Birth trauma rate - injury to neonate
- ▶ PSI 18 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery with instrument
- ▶ PSI 19 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery without instrument
- ▶ PSI 90 - Patient Safety for Selected Indicators

Area-Level Indicators

- ▶ PSI 21 - Retained surgical item or unretrieved device fragment rate
- ▶ PSI 22 - Iatrogenic pneumothorax rate
- ▶ PSI 23 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- ▶ PSI 24 - Postoperative wound dehiscence rate
- ▶ PSI 25 - Accidental puncture or laceration rate
- ▶ PSI 26 - Transfusion reaction rate
- ▶ PSI 27 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate



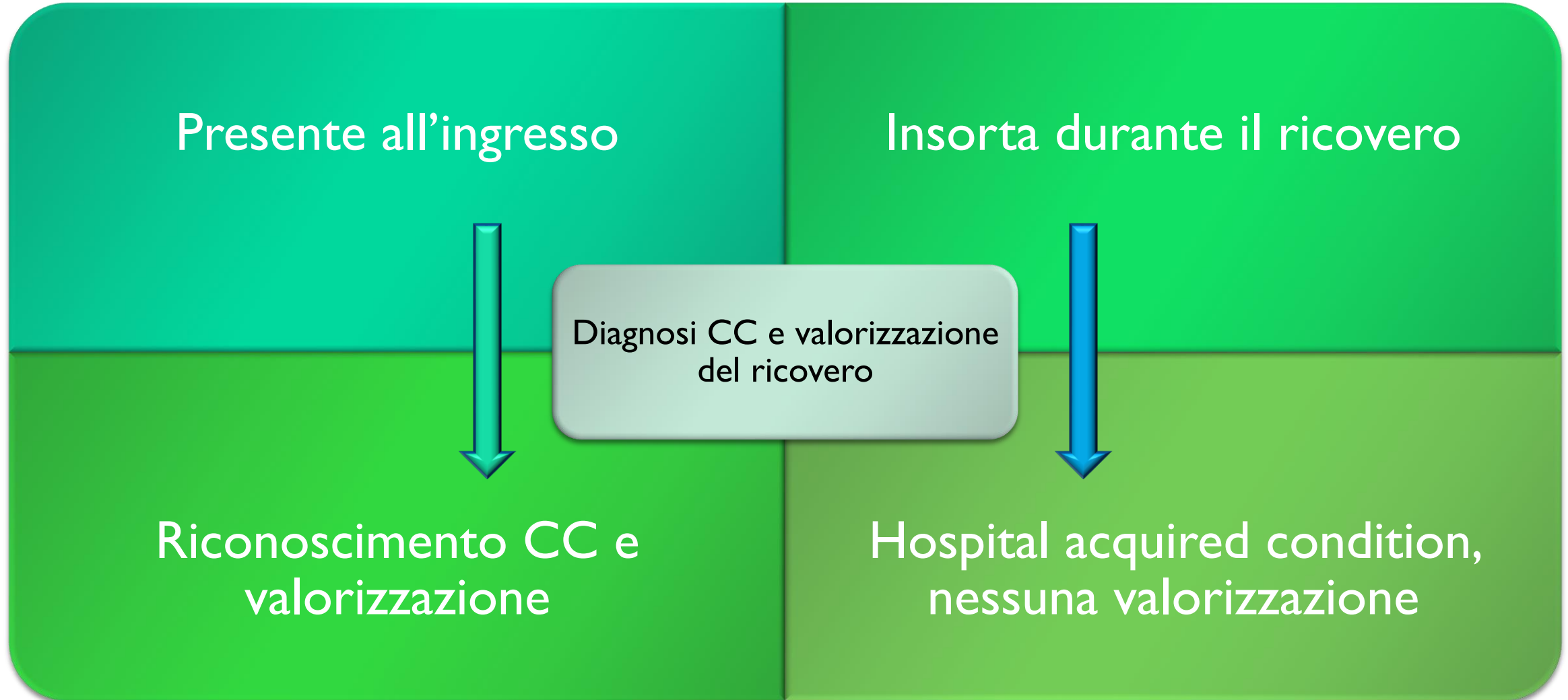
Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP)

Section 3008 of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) established the Hospital-Acquired Condition (HAC) Reduction Program to provide an incentive for hospitals to reduce HACs. Effective beginning Fiscal Year (FY) 2015 (discharges beginning on October 1, 2014), the HAC Reduction Program requires the Secretary of the Department of Health and Human Services to adjust payments to applicable hospitals that **rank in the worst-performing quartile** of all subsection (d) hospitals with respect to risk-adjusted HAC quality measures. These hospitals will have their **payments reduced to 99 percent of what would otherwise have been paid** for such discharges. In the FY 2017 HAC Reduction Program, hospitals with a Total HAC Score greater than 6.5700 are subject to a payment reduction.

(<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/HAC-Reduction-Program.html>)



Hospital-acquired conditions



Valorizzazione dei ricoveri secondo il sistema DRG [Regione Emilia Romagna]

DGR 1673/2014

Gestione del bisogno sanitario

**Programmazione
sanitaria**

**Delibera
tariffaria**

**Sistema degli
indicatori**

**Controlli
sanitari**

Valutazione

Audit

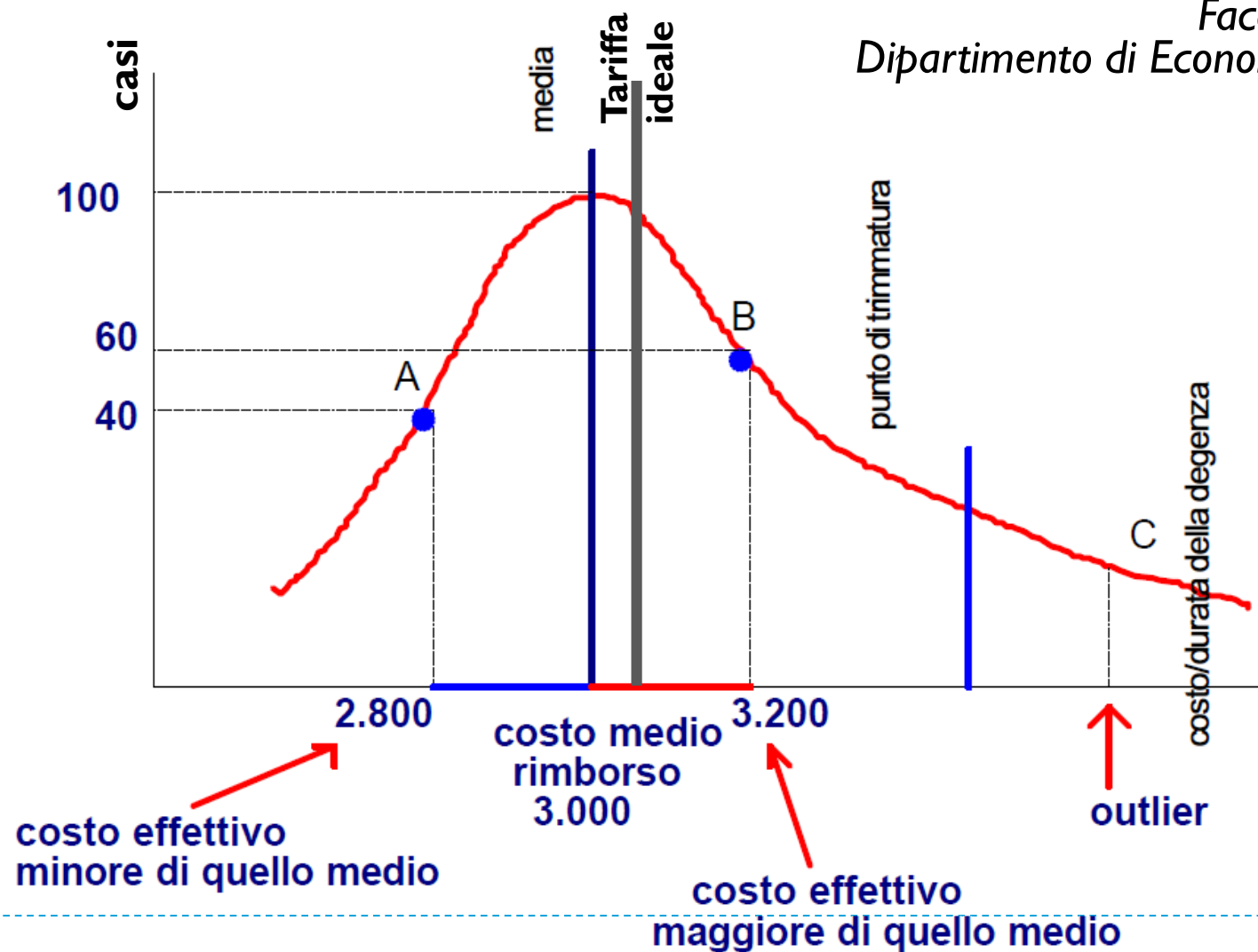


... ..



Valorizzazione dei ricoveri

Immagine di Angela Testi
Facoltà di Economia, Genova
Dipartimento di Economia e Metodi quantitativi



Tariffa ≠ rimborso



- ▶ **rimbórso** s. m. [der. di *rimborsare*]. – **1.** L'azione di rimborsare, il fatto di venire rimborsato di quanto si è speso, e la somma stessa rimborsata: *chiedere, avere il r. delle spese fatte* (o, con espressione ellittica, *il rimborso spese*); *per r. complessivo delle spese incontrate mi ha dato cento euro; r. del biglietto di un viaggio non effettuato, di uno spettacolo sospeso*. <...>



- ▶ **tariffa** s. f. [dall'arabo *ta'rīfa*, propr. «notificazione, informazione»]. – **1. a.** Serie di prezzi di beni e soprattutto di servizi, qualitativamente o quantitativamente differenziati, che non si formano liberamente sul mercato volta per volta, ma vengono fissati una volta per tutte da pubbliche imprese in condizioni di monopolio (per es., *t. ferroviarie, postali, dell'energia elettrica, del gas, dell'acqua potabile*, ecc.), da produttori vincolati da un cartello o da altra forma di accordo (per es., *t. d'incasso* di titoli e documenti per conto terzi e *t. di riporto* per le varie specie di titoli, praticate dalle banche; *t. di noli*, per tipo e unità di merce trasportata, ecc.), da un contratto collettivo (*t. salariali, t. di cottimo*, ecc.), da un ordine professionale (cosiddette *t. professionali* dei medici, degli avvocati, degli ingegneri, ecc.): *t. proporzionali* o *differenziali*, secondo che il prezzo unitario resti costante o decresca (oppure cresca) con l'aumentare del consumo; *t. unica* o *discriminata*, secondo che sia sempre uguale o differenziata in relazione al servizio richiesto (per es., le *t. ferroviarie*); *t. speciali* o *ridotte*. Nella pratica comm., *t.* (o *elenco*) *dei prezzi unitari*, allegato del contratto d'appalto su cui sono riportati i prezzi delle singole parti dell'opera da costruire, ragguagliati a una conveniente unità di misura, con i quali deve essere liquidato il compenso dell'appaltatore. <...>
- ▶ **tariffario**² s. m. [der. di *tariffa*]. – Serie, elenco dei prezzi, o dei compensi stabiliti per determinate prestazioni, che insieme costituiscono una tariffa.

Ospedali di fascia "A"

FASCIA A1

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 la fornitura di prestazioni di alta specialità

FASCIA A2

Ospedali con più di 300 Posti Letto con presenza di funzioni Emergenza-Urgenza (DEA) di 2° livello e Ospedali privati accreditati per la fornitura di prestazioni di alta specialità



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 del Delta
- ▶ Ospedale Cento



Ospedali di fascia "C"

Ospedali con meno di 150 Posti Letto con Pronto Soccorso o Punti di Primo Intervento:

- ▶ Ospedale "Mazzolani Vandini" Argenta
- ▶ Casa di cura Quisisana S.R.L.
- ▶ Casa di cura Salus S.R.L.



Strutture a tariffa giornaliera

Ospedali a Remunerazione con tariffa giornaliera di € 130

- ▶ Ospedale Comacchio (fino al 31 maggio 2014)
- ▶ Ospedale Copparo (fino al 31 maggio 2014)

Strutture monospecialistiche di riabilitazione e lungodegenza



Corollario

La salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo ... che varia in relazione alla struttura all'interno della quale il paziente è ricoverato

- ▶ Collaborazione con l'Università
- ▶ Disponibilità di servizi
- ▶ Severità clinica e intensità assistenziale
- ▶ Expertize



Regime di ricovero

Come regola generale, si distingue il regime di ricovero ordinario (con pernottamento) dal regime di ricovero diurno (day hospital o day service).

- ▶ Per i ricoveri diurni è prevista una valorizzazione che si modifica in relazione al carattere medico o chirurgico del DRG ed al numero di accessi consumati;
- ▶ Per i ricoveri ordinari è prevista una valorizzazione che si modifica in relazione alla durata della degenza e/o alla modalità di dimissione
- ▶ Per i ricoveri di altro genere (Riabilitazione, Psichiatria, lungodegenza) è prevista una valorizzazione a giornata di degenza



Condizioni specifiche

Sostituzione totale o parziale della spalla

- ▶ Intervento 81.80 o 81.81---*tariffa aggiuntiva € 2.000,00*
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

Artrodesi vertebrale senza innesto osseo

- ▶ Intervento da (81.04 a 81.08) associato
- ▶ alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43)---*tariffa aggiuntiva € 2.324,06*
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.

Artrodesi vertebrale con innesto osseo

- ▶ Intervento da (81.04 a 81.08) + 78.09 associato
- ▶ alle diagnosi 754.2 o comprese tra (737.30 e 737.43)---*tariffa aggiuntiva € 2.685,58*
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 36 ortopedia.



Condizioni specifiche

Artrodesi vertebrale senza innesto osseo

- ▶ Intervento da (81.01 a 81.03)---*tariffa aggiuntiva € 774,69*
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.

Artrodesi vertebrale con innesto osseo

- ▶ Intervento da (81.01 a 81.03) + 78.09---*tariffa aggiuntiva € 1.187,85*
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 30 neurochirurgia.

Protesi metacarpale o metacarpofalangea

- ▶ Intervento 81.71 o 81.74---*tariffa aggiuntiva € 1.804,00 a protesi*



Condizioni specifiche

Eviscerazione pelvica per patologia maligna ginecologica

- ▶ Diagnosi principale 179 o 180. _ o 182. _ o 183. _ o 184.4 o 195.3 , nel caso di intervento 68.8 e associato al DRG 353 - *tariffa aggiuntiva* € **11.600**
- ▶ Per le sole strutture con disciplina 49 Terapia intensiva.

Ortopedia oncologica

- ▶ Diagnosi per tumore maligno delle ossa da (170.1 a 170.9)
- ▶ diagnosi per tumore maligno connettivo da (171.2 a 171.9) - *tariffa aggiuntiva* € **7.633.23**
- ▶ Per le sole strutture di fascia A e A1.

Correzione piede torto

- ▶ Intervento 83.84 - *tariffa aggiuntiva* € **2.127,80**.
- ▶ Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista);
- ▶ Per le sole strutture di fascia A e A1.



Condizioni specifiche

Chirurgia della mano

- ▶ Diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19- tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa aggiuntiva è pari a euro

3.553,50;

In considerazione del fatto che, tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, e in considerazione inoltre, dei costi rilevati per gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a euro **5.047,00**. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di **2.000,00** euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.



Condizioni specifiche

Impianto di segmenti ossei

- ▶ Si intende l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni.
- ▶ Diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare *tariffa aggiuntiva € 1.797,27*.

Protesi sfinteriche urinarie

- ▶ Intervento 58.93---*tariffa aggiuntiva € 4.131,65*

Pompa per infusione intratecale

- ▶ Intervento 86.06---*tariffa aggiuntiva € 1.807.60*
- ▶ Per le sole strutture pubbliche con disciplina 49 Terapia intensiva.



Condizioni specifiche

Protesi biliare

- ▶ Intervento 51.87---*tariffa aggiuntiva € **413,16***

Neurostimolatore vagale

- ▶ Intervento 04.92 associato ai DRG 7 e 8 con Diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51 ---
*tariffa aggiuntiva € **15.000,00***
- ▶ Per le sole strutture AOSPU di Bologna, Bellaria di Bologna, S.Agostino Estense Modena.

Stimolatore cerebrale

- ▶ Intervento 02.93 associato alle diagnosi 332.0 o 333.1 o 333.6 o comprese tra (333.8 e 333.89) ---*tariffa aggiuntiva € **16.010,16***
- ▶ Per le sole strutture AOSPU di Ferrara, Bellaria di Bologna, Ospedale Baggiovara.



Condizioni specifiche

Protesi mammaria e inserzione di espansore

- ▶ Intervento 85.95 o 85.53 ---*tariffa aggiuntiva € 878,00*
- ▶ Intervento 85.54 ---*tariffa aggiuntiva € 1.317,00*

Protesi cocleare

- ▶ Intervento 20.96 o 20.97 o 20.98 ---- *tariffa aggiuntiva € 21.474,27 a protesi*
- ▶ Per le sole strutture AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini, Casa di Cura "Piacenza"

Protesi endoaortiche

- ▶ Intervento 39.71 o 39.73 associato alle diagnosi principali 441.xx- ---- *tariffa aggiuntiva € 5.254*

Riparazione di difetto del setto interatriale

- ▶ Intervento 35.52 o 37.90 associati al DRG 518 ---- *tariffa aggiuntiva € 7.236,00*



Condizioni specifiche

Trapianto d'intestino:

- ▶ tariffa € **169.160,29** con codice di intervento 46.97 “trapianto dell'intestino” per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna;

Trapianto multiviscerale:

- ▶ tariffa € **243.899,35** con codice di intervento 46.97 “trapianto dell'intestino”, associato nella medesima scheda, ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna, indipendentemente dal DRG di dimissione;

Trapianto di rene e cuore:

- ▶ tariffa € **80.889,69** con codici intervento 55.69 + 37.51 associati ai DRG 103;



Condizioni specifiche

Trapianto di rene e fegato:

- ▶ tariffa € **100.652,90** con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG 480;

Trapianto di fegato e cuore:

- ▶ tariffa a € **110.966,10** con codici intervento 50.59 + 37.51 associati al DRG 103 o 480;

Altri trapianti:

- ▶ Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti DRG 103 Trapianto di cuore, DRG 302 Trapianto di rene, DRG 480 Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino, DRG 481 Trapianto di midollo, DRG 495 Trapianto di polmone, DRG 512 Trapianto di rene e pancreas, DRG 513 Trapianto di pancreas presenti nell'allegato n. 3, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto.



Condizioni specifiche

DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino" associato ai codici di intervento 11.6_:

- ▶ la tariffa viene fissata in € 2.800,00 (omnicomprensiva del costo del tessuto corneale pari a € 1.050,00). L'Azienda sede di Banca Cornee fattura all'Azienda sede di trapianto € 1.050 per ogni cornea trapiantata e tale valore è riconosciuto all'interno della tariffa DRG pagata dall'Azienda di residenza del paziente. Tale tariffa viene applicata sia ai ricoveri in regime ordinario che day hospital e prescinde dalla fascia tariffaria di appartenenza dell'ospedale



Condizioni specifiche

Infusione di cellule dendritiche

- ▶ Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno: DRG 481- Trapianto di midollo osseo-individuato dal codice intervento 41.04 "trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione" e associato al codice 99.59 "altre vaccinazioni ed inoculazioni". Tariffa per caso trattato € **25.000,00**

Prelievo di CSE midollari

- ▶ Diagnosi ed interventi per attività di prelievo di midollo osseo. La tariffa DRG del trapianto di midollo osseo è comprensiva del prelievo, incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale, per cui tutte le SDO relative a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche avranno importo azzerato:
 - ▶ DRG 467 con diagnosi V593 “donatore di midollo osseo” associato a intervento 41.91 “aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto”
 - ▶ DRG 467 con diagnosi V59.02 “donatore di sangue, cellule staminali” associato a intervento 99.79 “altra aferesi terapeutica”



Condizioni specifiche

Brachiterapia e terapia radiometabolica

- ▶ Intervento 92.27(impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al codice diagnosi V 58.0: Tariffa per caso trattato € **8.500,00**

Neurostimolatore spinale o urologico

- ▶ Impianto o sostituzione di elettrodo codice 03.93: Tariffa per caso trattato € **4.000,00** indipendentemente dal DRG che si genera;
- ▶ Impianto o sostituzione di generatore di impulsi (canale singolo, doppio, ricaricabile) codice 86.96: Tariffa per caso trattato € **6.172,00** indipendentemente dal DRG che si genera;

Termoablazione epatica per via percutanea

- ▶ Codice intervento 50.24, associato al DRG 191 o 192: Tariffa per caso trattato € **5.040,00**



Condizioni specifiche

Discolisi con tecnica laser, radiofrequenza o altra tecnica

- ▶ Codice intervento 80.59 indipendentemente dal DRG: Tariffa per caso trattato pari a € **500,00**

Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare

- ▶ Diagnosi principale afferente alla categoria 454, associata al DRG 479:
- ▶ Tariffa per caso trattato equiparabile alla tariffa del DRG 119 vedi allegato tariffe

Gamma knife

- ▶ Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco
- ▶ Tariffa per caso trattato pari a € **7.500,00**



Condizioni specifiche

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare (TAVI)

- ▶ Codice intervento 35.21 O 35.22 associato al codice intervento 38.91
- ▶ Tariffa per caso trattato pari a € **30.634,00**

Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica transapicale (TAVI)

- ▶ Codice intervento 35.21 + 37.11 associato al codice intervento 38.91
- ▶ Tariffa per caso trattato pari a € **30.634,00**

DRG 323 M “Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”

- ▶ Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno: in presenza del codice procedura “98.51 Litotripsia rene uretere”, in qualsiasi posizione venga codificato: Tariffa per caso trattato € **550,00**. In assenza di tale procedura, tariffa per caso trattato pari a € **184,00**.



Condizioni specifiche

Neonato

- ▶ Per i neonati “sani” presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG: Tariffa massima pari a Euro **335,32**
- ▶ Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita
- ▶ Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase successiva.
- ▶ DRG 385 “Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale”: tariffa equivalente al DRG 386 per i casi con degenza > 3 giorni dimessi da Ospedali con la disciplina 73- Terapia intensiva neonatale



Condizioni specifiche

Grandi ustionati (dimessi da disciplina 47)

- ▶ L'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse della casistica che afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € **1.751,00 a giornata** per i dimessi dal cod. disciplina 47;



Condizioni specifiche

Tracheostomie

- ▶ Indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di dimissione le tariffe per i seguenti DRG sono da considerarsi in base alla durata di degenza:
- ▶ DRG **541** C-Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore”
 - ▶ Degenza <= 20 giorni € 35.551,00
 - ▶ Degenza tra 21 e 30 giorni € 41.726,00
 - ▶ Degenza > 30 giorni € 46.607,00
- ▶ DRG **542** C-Tracheostomia con ventilazione meccanica > 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore”
 - ▶ Degenza <= 20 giorni € 24.416,00
 - ▶ Degenza tra 21 e 30 giorni € 28.657,00
 - ▶ Degenza > 30 giorni € 32.009,00



Condizioni specifiche

Day hospital oncologico

- ▶ **DRG 409** M-radioterapia € **310 ad accesso**
- ▶ **DRG 410** “M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta” e
- ▶ **DRG 492** “M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia” le modalità di gestione e di valorizzazione del DH oncologico si uniformano alle seguenti indicazioni:
 - ▶ gli accessi in DH nel corso dei quali vengono eseguite le seguenti procedure rilevanti, prima fra tutte la chemioterapia <...> Tali accessi denominati “pesanti” verranno valorizzati con una tariffa pari a € 400,00 per accesso;
 - ▶ <...> gli accessi nel corso dei quali non verranno praticate procedure di cui all’elenco sopra riportato, [sono] definiti “leggeri” <...> Per gli accessi cosiddetti “leggeri”, qualora presenti in scheda nosologica, si prevede una tariffa pari a € 70,00 per accesso

Aggiornamento con Circolare Regionale 3/2016: «Flussi informativi ASA e FED: regole per la gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale»



Condizioni specifiche

Attività libero professionale

- ▶ Queste prestazioni (individuate con onere=5 e 6 riportato in SDO) dovranno avere una valorizzazione pari al 50% dell'importo.
- ▶ Percentuale calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi.



Condizioni specifiche

Ricoveri ripetuti

- ▶ Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:
 - ▶ **INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI:** re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;
 - ▶ **INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI:** abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;



Condizioni specifiche

Ricoveri ripetuti

- ▶ Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino essere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti preoperatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti 1 e 2 le seguenti categorie di ricoveri:
 - ▶ ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.11);
 - ▶ ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490;
 - ▶ casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,5.



Condizioni specifiche

Ricoveri ripetuti

- ▶ **INTERVALLO TEMPORALE 0-1 GIORNI:** fattispecie non prevista nella delibera tariffaria ma descritta nella DGR 354/2012 e nei diversi Piani Annuali dei Controlli; sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato.
- ▶ È richiesta la verifica del 100% dei casi rilevati.



La delibera tariffaria regionale

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2014- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario 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
5	141	Sincope e collasso con CC	M		A1	2.560,79	220,00	124,47	2.048,63	438,29	14	166,56
					A2	2.393,26	220,00	124,47	1.914,61	409,62	14	166,56
					B	2.273,54	220,00	124,47	1.818,84	388,56	14	166,56
					C	2.153,88	220,00	124,47	1.723,11	368,10	14	166,56
5	142	Sincope e collasso senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.074,75	220,00	124,47	859,80	388,31	10	147,35
					A2	1.004,44	220,00	124,47	803,55	362,91	10	147,35
					B	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
					C	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
5	143	Dolore toracico	M		A1	1.496,48	220,00	124,47	1.123,01	368,19	9	365,17
					A2	1.398,58	220,00	124,47	1.049,54	344,10	9	365,17
					B	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
					C	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
5	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	M		A1	4.183,66	220,00	124,47	3.139,56	712,72	22	253,28
					A2	3.909,96	220,00	124,47	2.934,17	666,09	22	253,28
					B	3.714,41	220,00	124,47	2.787,42	632,70	22	253,28
					C	3.518,91	220,00	124,47	2.640,72	599,40	22	253,28
5	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	M		A1	2.243,60	220,00	124,47	1.683,67	393,09	15	235,47
					A2	2.096,82	220,00	124,47	1.573,52	367,37	15	235,47
					B	1.991,96	220,00	124,47	1.494,84	348,66	15	235,47
					C	1.887,12	220,00	124,47	1.416,16	330,30	15	235,47
6	146	Resezione rettale con CC	C	alta complessità	A1	11.986,74	2.472,42	2.472,42	2.472,42	2.717,25	31	231,01
					A2	11.202,56	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.539,49	31	231,01
					B	10.642,38	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.412,06	31	231,01
					C	10.082,25	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.285,10	31	231,01
6	147	Resezione rettale senza CC	C	alta complessità	A1	7.998,50	2.472,42	2.472,42	2.472,42	2.443,22	9	211,53
					A2	7.475,23	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.283,38	9	211,53
					B	7.101,44	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.168,86	9	211,53
					C	6.727,68	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.054,70	9	211,53
6	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	alta complessità	A1	7.611,36	1.369,88	1.369,88	1.369,88	2.124,95	19	160,31
					A2	7.113,42	1.280,26	1.280,26	1.280,26	1.985,93	19	160,31
					B	6.757,73	1.216,19	1.216,19	1.216,19	1.885,76	19	160,31
					C	6.402,06	1.152,18	1.152,18	1.152,18	1.786,50	19	160,31
6	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	C		A1	8.107,75	2.004,00	2.004,00	2.004,00	2.020,56	26	262,74
					A2	7.577,34	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.888,37	26	262,74
					B	7.198,44	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.793,60	26	262,74
					C	6.971,12	1.723,07	1.723,07	1.723,07	1.736,96	26	262,74
6	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C		A1	4.684,67	2.004,00	2.004,00	2.004,00	1.646,64	14	203,17
					A2	4.378,20	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.538,92	14	203,17
					B	4.159,29	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.461,10	14	203,17
					C	3.940,38	1.685,61	1.685,61	1.685,61	1.384,20	14	203,17

Delibera tariffaria regionale

Tre macro-tipologie di DRG

**Ad alta
complessità**

**Non ad alta
complessità né
potenzialmente
inappropriati**

**Potenzialmente
inappropriati**



DRG potenzialmente inappropriati

Delibera (DGR 1890/2010):

1. di approvare i valori percentuali/soglia di ammissibilità regionali, calcolati per specifico DRG, dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria maggiore di 1 giorno allegati alla presente, come parte integrante e sostanziale deliberazione;
2. che al fine di ottemperare a quanto stabilito dall'art. 88 della L.n. 388/2000 così come modificato dal comma 1-septies dell'art. 79 del DL 112/2008, convertito con Legge 133/2008 che prevede che i “controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza individuate dalle regioni..”, siano oggetto di controllo i casi attribuiti ai DRG di cui agli allegati alla presente deliberazione che esorbitano dalle soglie definite, per ciascun produttore e per ciascun DRG;
3. che il numero di cartelle da controllare debba essere calcolato secondo la metodologia esplicitata nell'allegato n 2 alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale;
4. che per l'anno 2010, in linea con quanto previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009, i controlli di cui al comma 2 siano inclusi nel 10% dei controlli di cui al comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388/2000 e successive modificazioni, mentre a decorrere dall'anno 2011 devono considerarsi aggiuntivi;
5. che, in considerazione del fatto che i controlli riferiti ai DRG potenzialmente inappropriati sono parte dei cosiddetti controlli esterni (come da deliberazione n. 1171/2009), i casi che, a seguito dei controlli effettuati, risultino non appropriatamente erogati in regime di degenza ordinaria, siano valorizzati con la tariffa prevista per il regime assistenziale ritenuto appropriato;



DRG potenzialmente inappropriati

ALLEGATO 1

SOGLIE MASSIME DI AMMISSIBILITÀ DI 89 DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA SE EROGATI IN DEGENZA ORDINARIA DI PIÙ DI 1 GIORNO (valori percentuali)

Indicatore: ordinari >1 giorno appropriati / totale casistica DRG *100

DRG	Soglia % di ammissibilità in regime ordinario
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	0%
013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	6%
018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	34%
019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	7%
039 C-INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1%
040 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17 ANNI	2%
042 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	20%
047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	4%
055 C-MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	17%
065 M-ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	10%
073 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17 ANNI	12%
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	79%
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	62%
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	14%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	0%
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	48%
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	23%
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	54%
133 M-ATEROSCLEROSI SENZA CC	24%
134 M-IPERTENSIONE	31%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	48%
141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	91%
142 M-SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	79%

DRG potenzialmente inappropriati

157 C-INTERVENTI SU ANO E STOMA CON CC	48%
158 C-INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	15%
159 C-INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	78%
160 C-INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	44%
161 C-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	28%
162 C-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	4%
182 M-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 ANNI CON	59%
183 M-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI	26%
187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	1%
189 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	15%
206 M-MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA SENZA CC	15%
207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	87%
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	61%
232 C-ARTROSCOPIA	2%
241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	11%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	28%
244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	48%
245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	5%
248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	4%
249 M-ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO	20%
251 M-FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' > 17 ANNI SENZA	12%
254 M-FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' > 17 ANNI	9%
256 M-ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	6%
262 C-BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	0%
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	1%
269 C-ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	33%
270 C-ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	4%
276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	3%



DRG potenzialmente inappropriati

280 M-TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 ANNI CON CC	61%
281 M-TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	15%
283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	10%
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	3%
294 M-DIABETE ETA' > 35 ANNI	44%
295 M-DIABETE ETA' < 36 ANNI	32%
299 M-DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	27%
300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC	35%
301 M-MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	7%
317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE	17%
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	33%
324 M-CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	33%
325 M-SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	86%
326 M-SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	59%
329 M-STENOSI URETRALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	43%
332 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	40%
349 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC	8%
352 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	5%
364 C-DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	3%
369 M-DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5%
384 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	43%
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	18%



DRG potenzialmente inappropriati

399 M-DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	5%
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	2%
409 M-RADIOTERAPIA	1%
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1%
411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	4%
412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	5%
426 M-NEVROSI DEPRESSIVE	17%
427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	15%
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	44%
465 M-ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	0%
466 M-ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	6%
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	4%
490 M-H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	22%
503 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	24%
563 M-CONVULSIONI, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	86%
564 M-CEFALEA, ETA' > 17 ANNI	70%



Monitoraggio griglia LEA 2012-2013 [Ministero Salute]

Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono previsti una serie di **adempimenti** ai quali sono tenute le Regioni **per accedere al maggior finanziamento del SSN**. La verifica degli adempimenti, mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero con il supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA, è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA).

Tra gli adempimenti rientra il “mantenimento nell'erogazione dei LEA”, la cui verifica avviene attraverso l'utilizzo della "Griglia LEA"; essa prevede un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni, e consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione.



Monitoraggio griglia LEA 2012-2013 [Ministero Salute]

Mappa interattiva



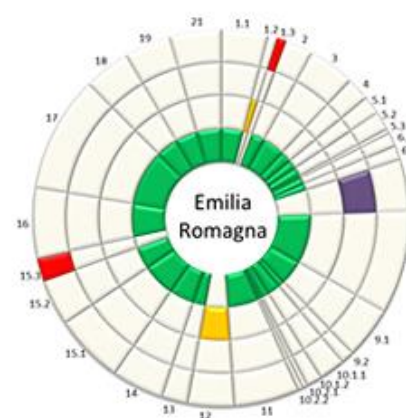
Legenda della mappa dell'Italia

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

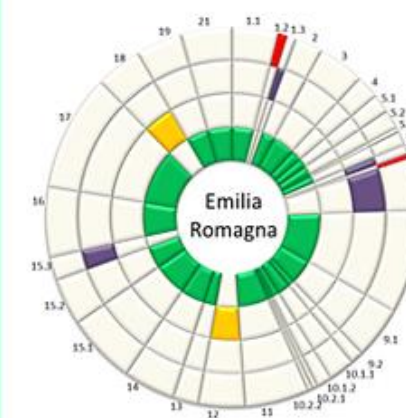
- Leggi il documento **Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea - Anno 2013**
- Consulta le pagine dedicate al **Monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea)**
- Consulta il **Monitoraggio griglia LEA 2011-2012**

Emilia Romagna

2012



2013



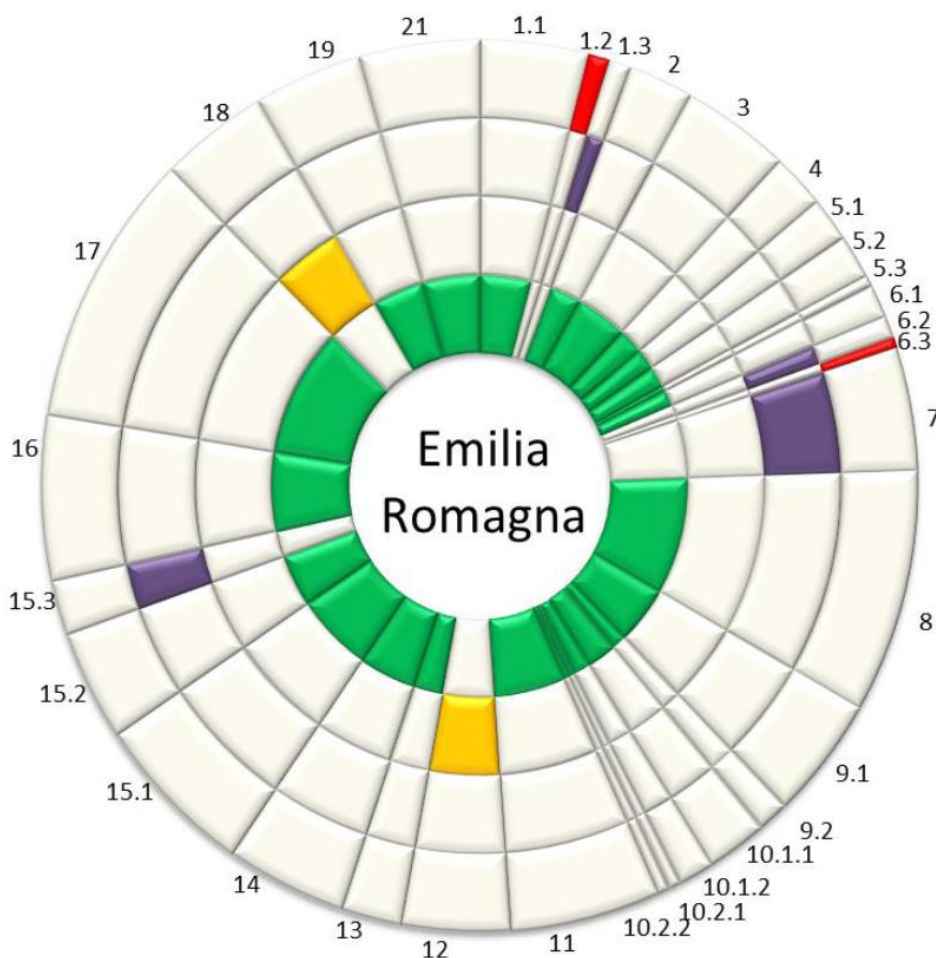
Anche nel 2013 la Regione è **adempiente**

Come si legge

Il "Rosone" 2013 si compone di 32 settori circolari di ampiezza pari al peso del singolo **indicatore** e quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie di valutazione, esclusa quella relativa al dato mancante, errato o carente. Per ogni settore, la posizione e il colore dell'etichetta consentono di individuare facilmente punti di forza (colore verde) e livelli crescenti di criticità (dal giallo, al viola al rosso).



Monitoraggio griglia LEA 2012-2013 [Ministero Salute]

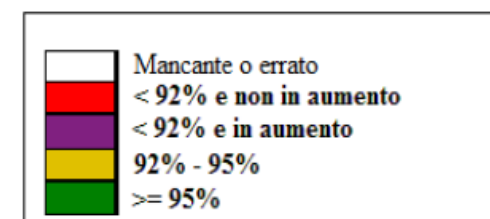
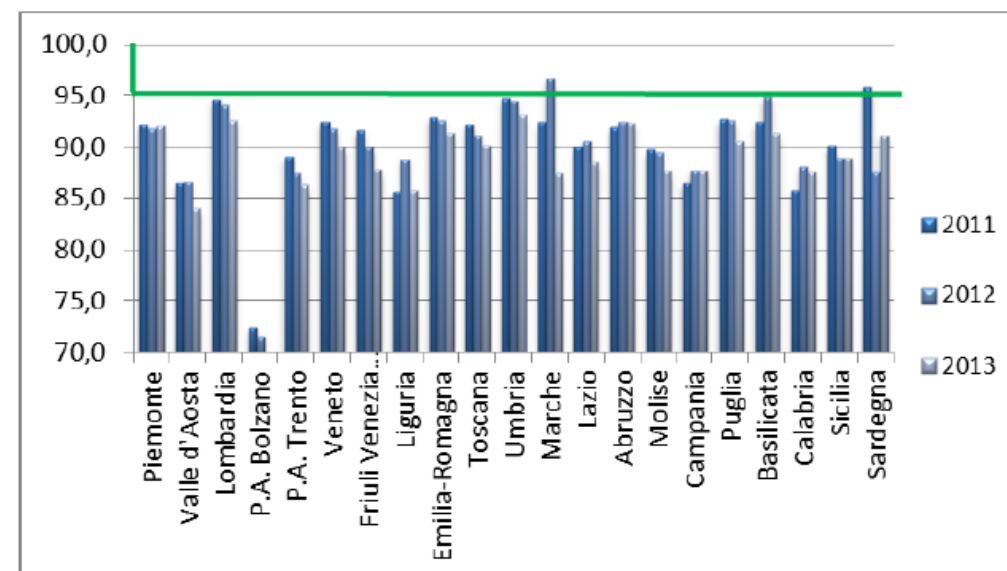
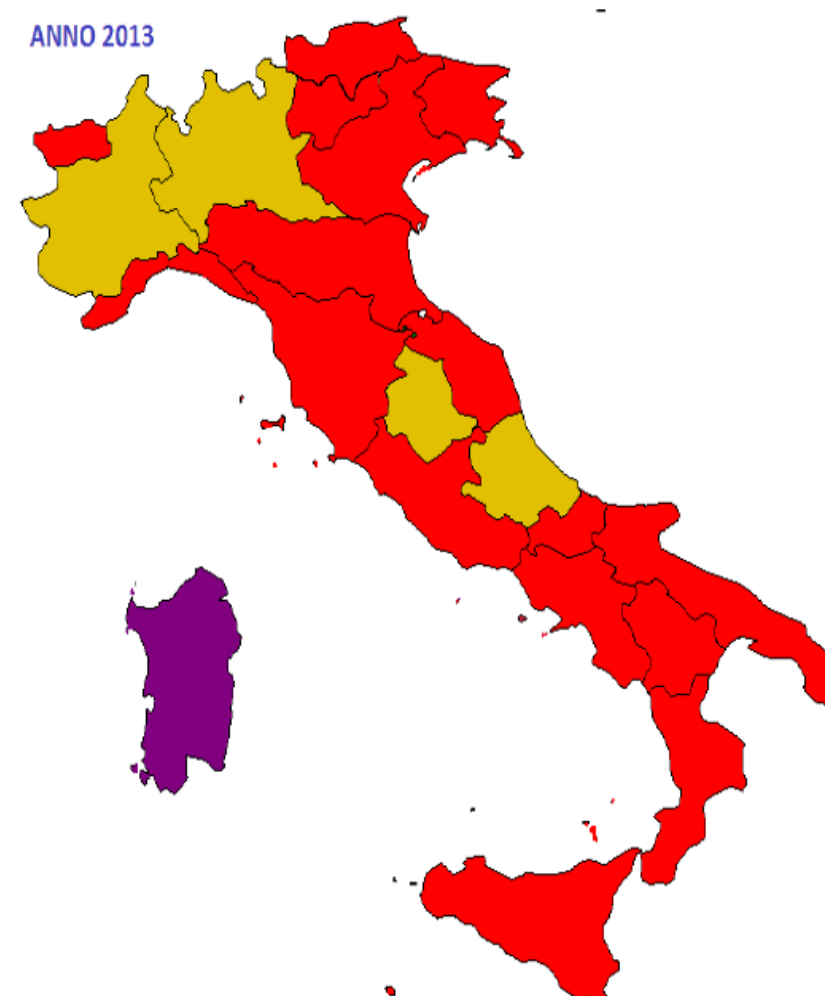


1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (2011: 92,9%; 2012: 92,6%, 2013: 91,3%)

6.3 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti (>100% in 3 categorie ma pari a 13% e 43 % nelle altre due)

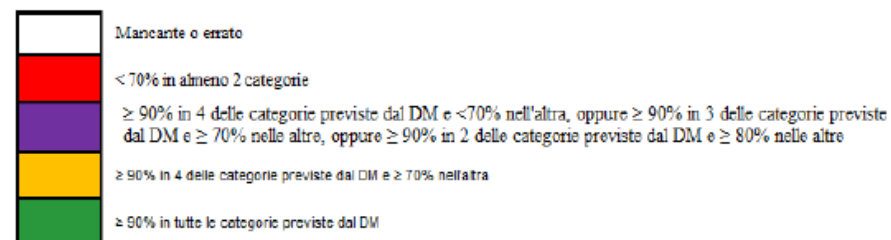
1.2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (%)

	2011	2012	2013
Piemonte	92,2	91,8	92,1
Valle d'Aosta	86,4	86,6	83,9
Lombardia	94,6	94,1	92,6
P.A. Bolzano	72,4	71,5	68,9
P.A. Trento	89,1	87,4	86,3
Veneto	92,5	91,8	90,0
Friuli V.G.	91,6	90,0	87,8
Liguria	85,7	88,8	85,8
Emilia-Romagna	92,9	92,6	91,3
Toscana	92,2	91,1	90,1
Umbria	94,7	94,5	93,1
Marche	92,4	96,7	87,4
Lazio	90,0	90,5	88,5
Abruzzo	91,9	92,4	92,4
Molise	89,7	89,4	87,6
Campania	86,5	87,7	87,7
Puglia	92,7	92,6	90,6
Basilicata	92,4	95,0	91,3
Calabria	85,8	88,1	87,6
Sicilia	90,1	89,0	88,9
Sardegna	95,8	87,6	91,1



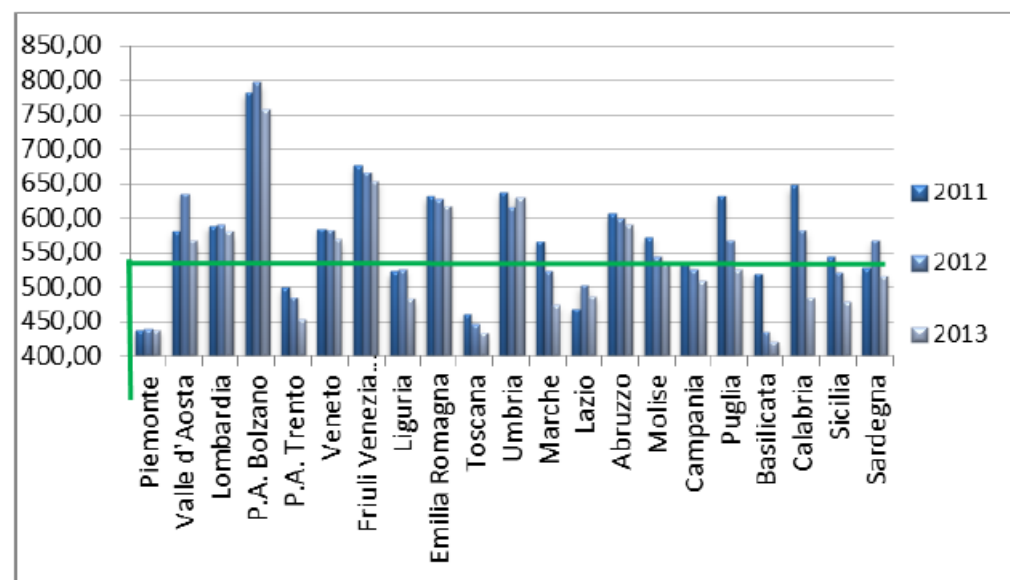
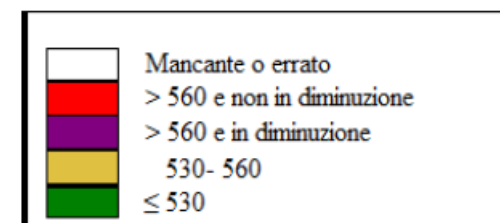
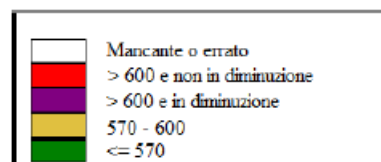
6.3 Programma di ricerca di residui fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992): percentuale dei campioni previsti.

2013	
Piemonte	> 100% in 2 categorie e <70% nelle altre
Valle d'Aosta	> 100% in 1 categorie e <70% nelle altre
Lombardia	>100% in 1 categoria e < 70% nelle altre
P.A. Bolzano	>100% in 4 categorie ma pari a 60 % in una categoria
P.A. Trento	>100% in 4 categorie e 0% in 1 categoria
Veneto	>100% in tutte le categorie
Friuli V.G.	>100% in 4 categorie ma pari a 41 % nell'altra
Liguria	>100% in 4 categorie ma pari a 50% nell'altra categoria
Emilia-Romagna	>100% in 3 categorie ma pari a 13% e 43 % nelle altre due
Toscana	3 categorie ≥90%, 1 categoria >80% e 1 categoria pari al 67%
Umbria	>100% in 3 categorie, in un'altra superiore al >70% in 1 categoria ma >70% in 1 categoria
Marche	> 100% in 2 categorie e <70% nelle altre
Lazio	>100% in 4 categorie ma pari a 30% nell'altra categoria
Abruzzo	>100% in 4 categorie ma pari a 8% nella restante categoria
Molise	≥80% in 2 categorie e >70% nelle altre
Campania	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
Puglia	> 100% in 1 categorie e <70% nelle altre
Basilicata	n.d.
Calabria	2 categorie >100% e altre <70%
Sicilia	Tutte le categorie <70%
Sardegna	≥ 90% in 4 categorie e 67% in 1 categoria



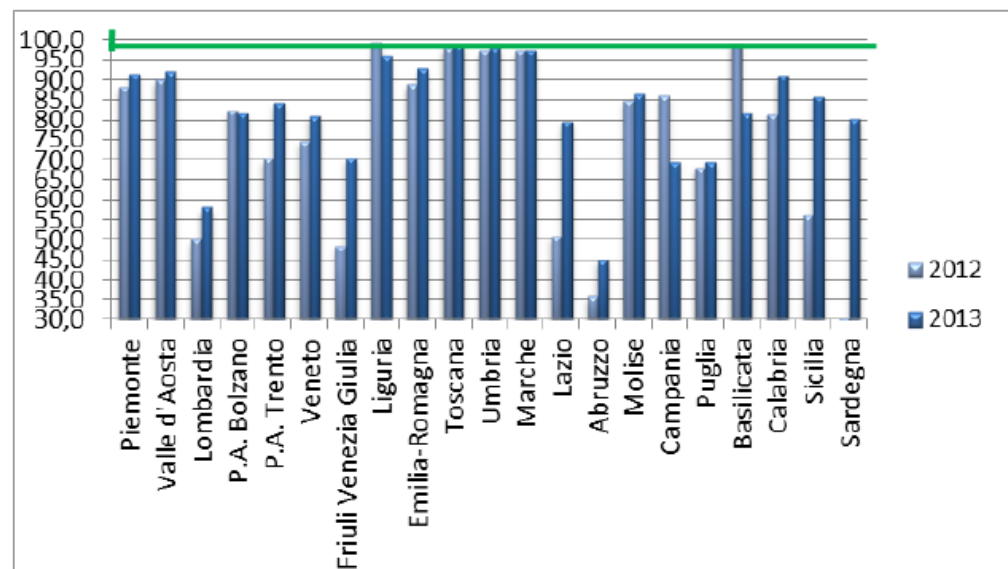
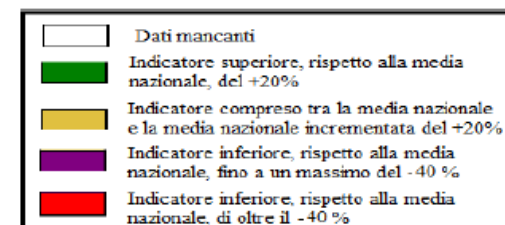
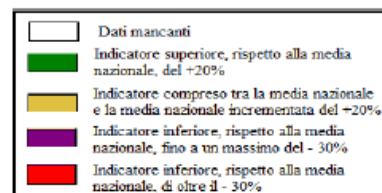
7 Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO

	2011	2012	2013
Piemonte	437,72	438,05	437,41
Valle d'Aosta	580,47	635,57	567,14
Lombardia	588,46	589,62	579,28
P.A. Bolzano	782,76	795,98	757,42
P.A. Trento	498,52	483,23	452,76
Veneto	584,75	582,03	569,04
Friuli V.G.	676,73	665,65	653,83
Liguria	522,60	524,86	482,56
Emilia-Romagna	631,41	625,77	616,99
Toscana	459,93	445,99	432,69
Umbria	636,08	613,70	629,12
Marche	565,85	521,81	474,67
Lazio	468,52	501,56	486,57
Abruzzo	605,64	599,22	589,96
Molise	572,33	543,57	532,98
Campania	535,92	525,11	507,90
Puglia	631,28	568,19	524,09
Basilicata	518,91	434,44	420,36
Calabria	646,56	580,95	484,11
Sicilia	542,39	520,16	477,95
Sardegna	525,77	567,39	515,15



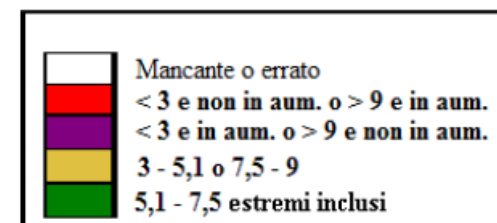
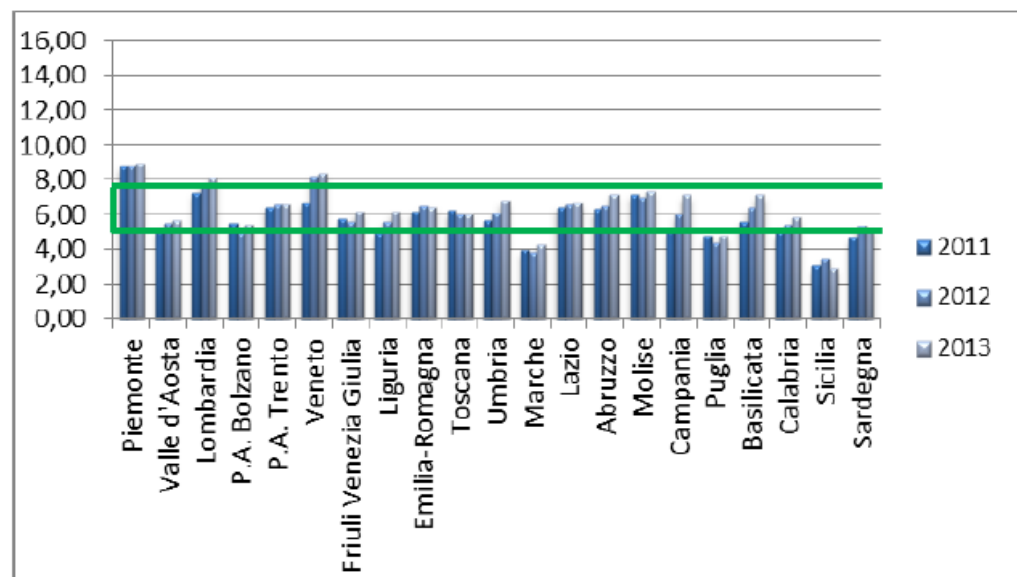
12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT

	2012	2013
Piemonte	88,1	91,4
Valle d'Aosta	90	92,0
Lombardia	50	58,1
P.A. Bolzano	82,2	81,5
P.A. Trento	70,3	84,1
Veneto	74,6	80,9
Friuli V.G.	48,5	70,4
Liguria	99,4	96,1
Emilia-Romagna	89	92,7
Toscana	98,2	98,9
Umbria	97,3	98,1
Marche	97,4	97,5
Lazio	50,9	79,5
Abruzzo	35,8	44,9
Molise	84,9	86,4
Campania	86,1	69,4
Puglia	68	69,5
Basilicata	99,1	81,6
Calabria	81,3	91,1
Sicilia	56	85,9
Sardegna	n.a.	80,3



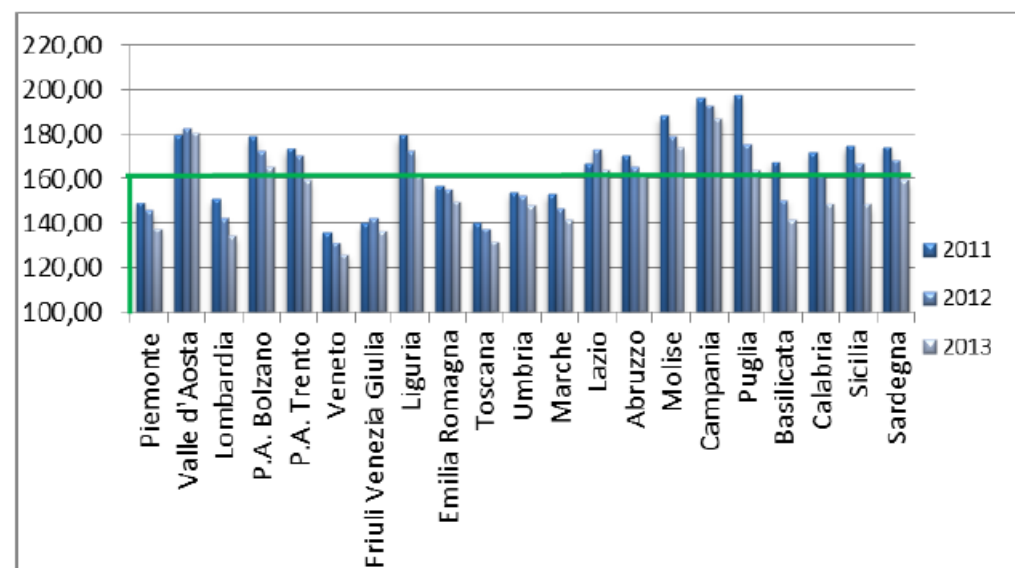
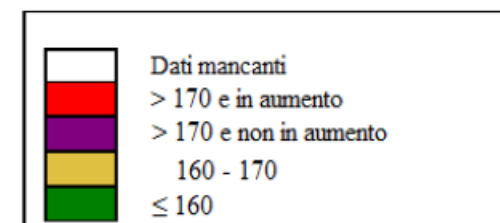
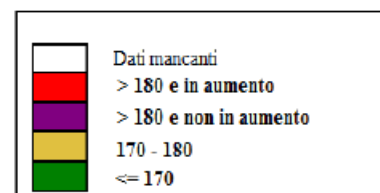
13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti

	2011	2012	2013
Piemonte	8,77	8,80	8,89
Valle d'Aosta	5,11	5,49	5,67
Lombardia	7,23	7,76	8,12
P.A. Bolzano	5,49	4,97	5,43
P.A. Trento	6,42	6,52	6,52
Veneto	6,65	8,23	8,36
Friuli V.G.	5,74	5,60	6,12
Liguria	4,97	5,59	6,16
Emilia-Romagna	6,18	6,46	6,42
Toscana	6,20	6,01	5,99
Umbria	5,62	6,06	6,79
Marche	3,91	3,78	4,27
Lazio	6,40	6,56	6,65
Abruzzo	6,29	6,52	7,14
Molise	7,15	6,99	7,32
Campania	5,07	6,03	7,10
Puglia	4,76	4,36	4,79
Basilicata	5,62	6,37	7,10
Calabria	5,00	5,41	5,81
Sicilia	3,04	3,44	2,90
Sardegna	4,66	5,32	5,19



15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti

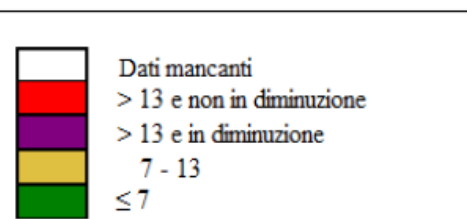
	2011	2012	2013
Piemonte	149,12	145,72	137,72
Valle d'Aosta	179,40	182,50	180,32
Lombardia	150,84	141,85	134,29
P.A. Bolzano	178,41	171,98	164,91
P.A. Trento	173,42	170,42	159,14
Veneto	135,72	130,71	125,99
Friuli V.G.	139,95	141,81	136,37
Liguria	179,21	172,56	161,14
Emilia-Romagna	156,84	154,74	149,93
Toscana	140,16	137,38	131,52
Umbria	153,59	152,52	148,00
Marche	153,12	146,20	141,40
Lazio	166,32	173,03	164,16
Abruzzo	170,22	164,91	162,11
Molise	188,31	178,78	174,19
Campania	195,78	193,12	187,30
Puglia	197,11	175,73	163,64
Basilicata	167,17	150,47	141,56
Calabria	171,77	162,15	148,46
Sicilia	174,65	166,59	148,19
Sardegna	174,08	168,17	159,04



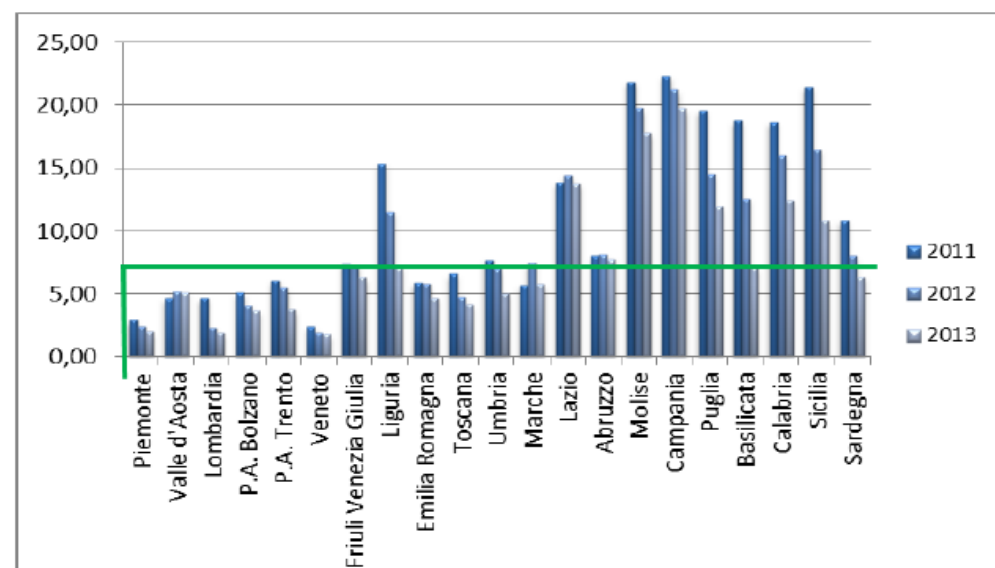
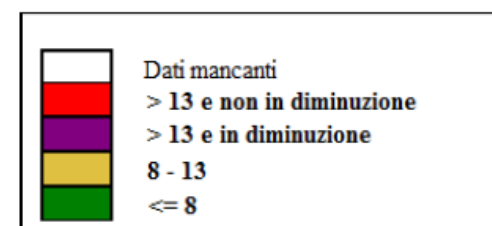
15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

	2011	2012	2013
Piemonte	2,94	2,38	1,98
Valle d'Aosta	4,64	5,17	5,12
Lombardia	4,67	2,30	1,89
P.A. Bolzano	5,11	4,11	3,68
P.A. Trento	6,06	5,44	3,76
Veneto	2,39	1,92	1,79
Friuli V.G.	7,37	7,29	6,30
Liguria	15,37	11,52	7,09
Emilia-Romagna	5,87	5,78	4,68
Toscana	6,61	4,77	4,15
Umbria	7,64	6,95	5,05
Marche	5,69	7,44	5,73
Lazio	13,84	14,36	13,77
Abruzzo	8,01	8,07	7,77
Molise	21,84	19,73	17,77
Campania	22,28	21,22	19,73
Puglia	19,58	14,47	11,95
Basilicata	18,79	12,55	7,04
Calabria	18,63	15,95	12,41
Sicilia	21,44	16,48	10,81
Sardegna	10,83	8,01	6,37

ANNO 2012



ANNO 2013



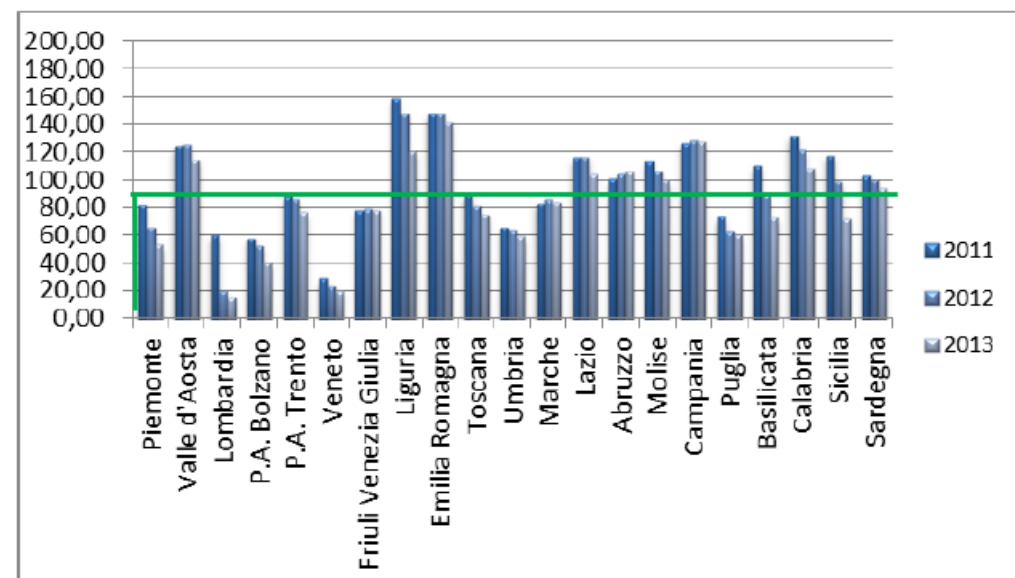
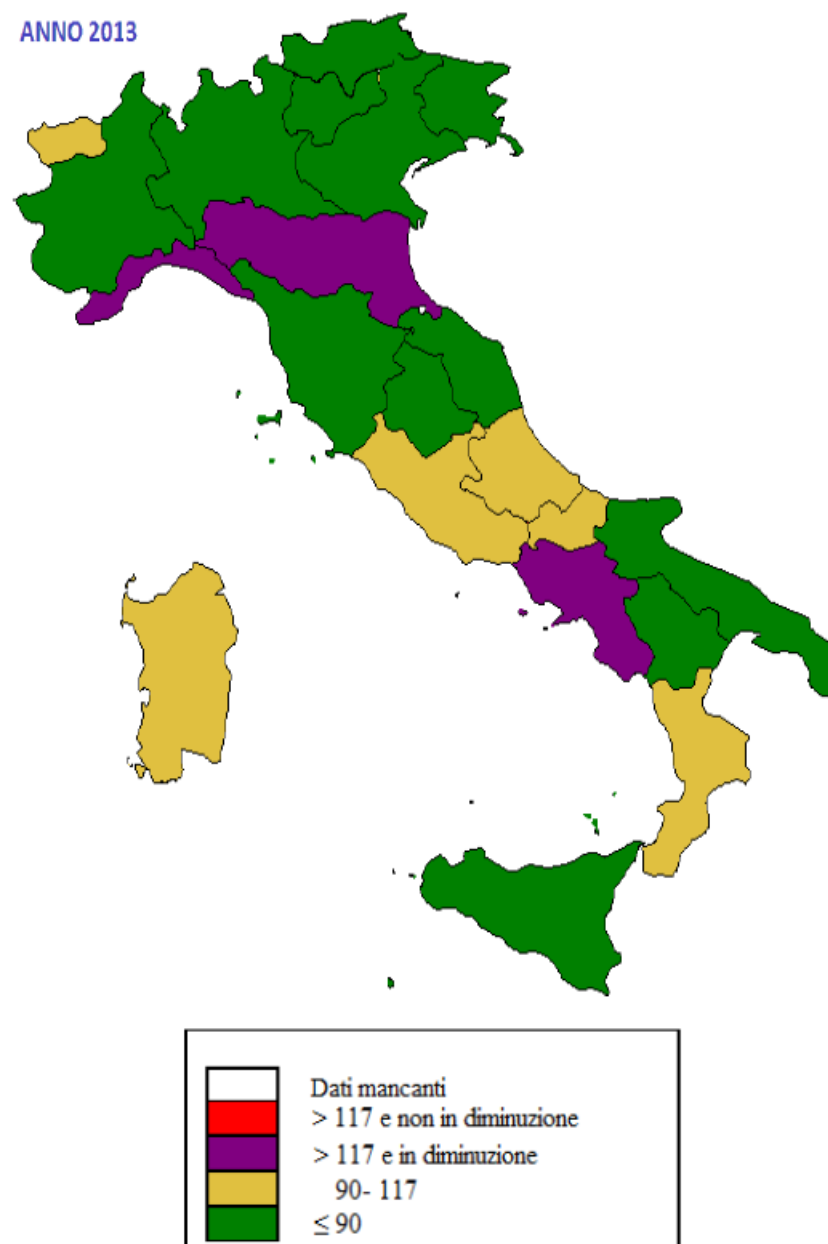
15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti

	2011	2012	2013
Piemonte	81,30	65,33	53,14
Valle d'Aosta	124,07	124,96	114,68
Lombardia	60,36	19,61	15,14
P.A. Bolzano	57,54	52,13	40,54
P.A. Trento	87,45	85,58	76,56
Veneto	28,48	23,33	19,81
Friuli V.G.	78,05	78,59	77,80
Liguria	158,85	147,58	120,63
Emilia-Romagna	147,51	148,16	141,17
Toscana	88,99	80,39	74,48
Umbria	65,45	63,49	59,15
Marche	83,22	86,31	83,71
Lazio	116,00	116,57	104,25
Abruzzo	100,65	103,99	106,15
Molise	113,27	106,42	99,98
Campania	126,05	128,22	127,68
Puglia	73,62	62,06	60,35
Basilicata	109,69	88,48	72,63
Calabria	131,98	121,15	107,93
Sicilia	117,49	98,72	71,95
Sardegna	103,53	100,50	94,34

ANNO 2012

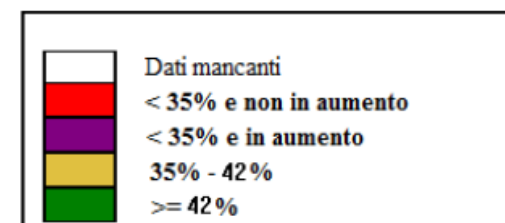
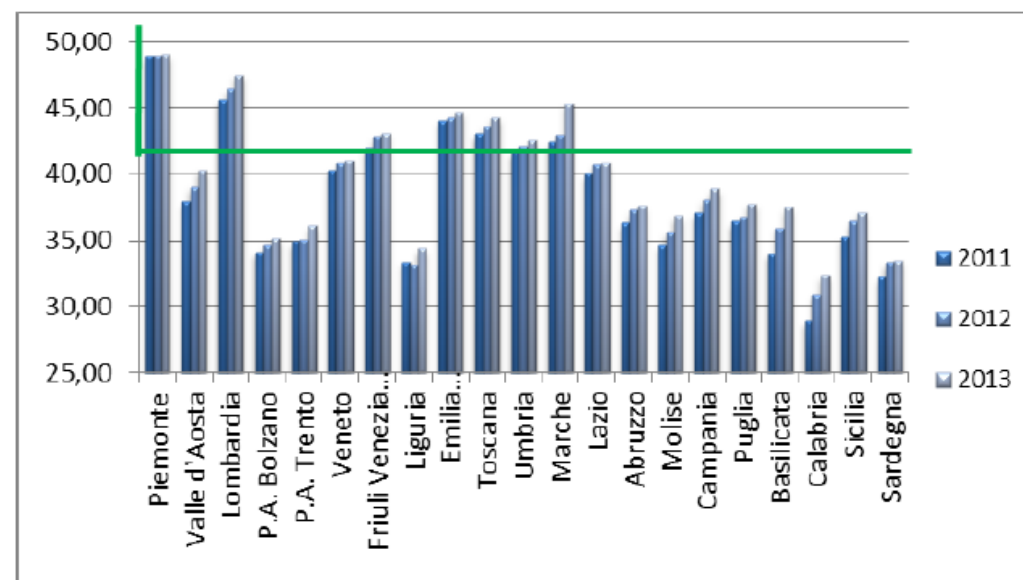


ANNO 2013



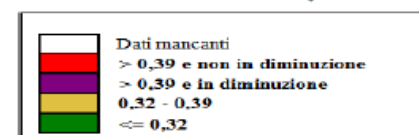
16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari

	2011	2012	2013
Piemonte	48,94	49,00	49,03
Valle d'Aosta	37,93	39,05	40,35
Lombardia	45,63	46,50	47,52
P.A. Bolzano	34,10	34,65	35,14
P.A. Trento	34,93	35,02	36,12
Veneto	40,31	40,83	41,02
Friuli V.G.	42,01	42,86	43,12
Liguria	33,35	33,10	34,39
Emilia-Romagna	44,06	44,22	44,72
Toscana	43,07	43,66	44,28
Umbria	41,75	42,15	42,53
Marche	42,39	42,93	45,33
Lazio	40,07	40,74	40,80
Abruzzo	36,30	37,27	37,58
Molise	34,67	35,62	36,84
Campania	37,08	38,07	38,87
Puglia	36,44	36,81	37,77
Basilicata	34,04	35,96	37,49
Calabria	28,91	30,93	32,36
Sicilia	35,27	36,42	37,14
Sardegna	32,25	33,31	33,46

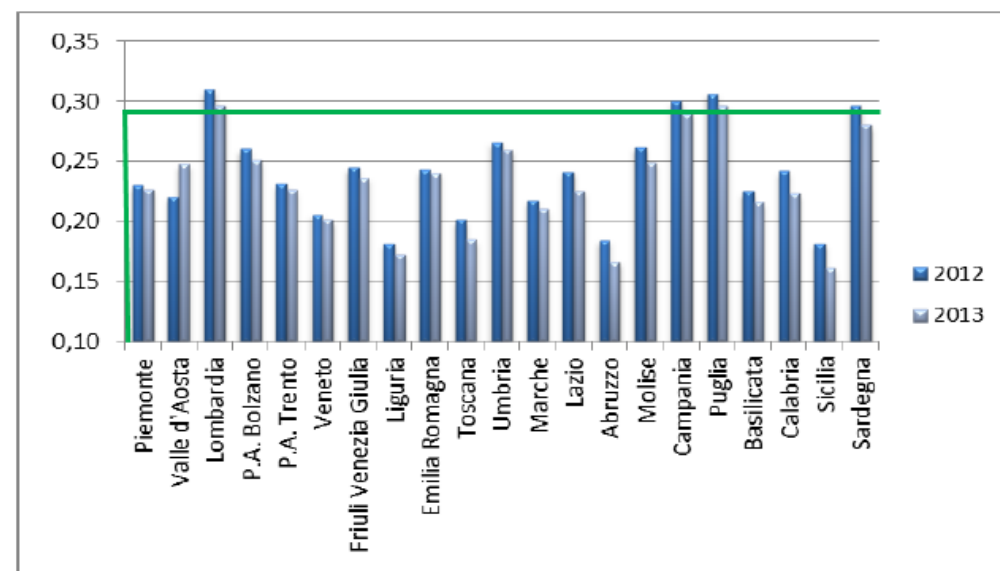
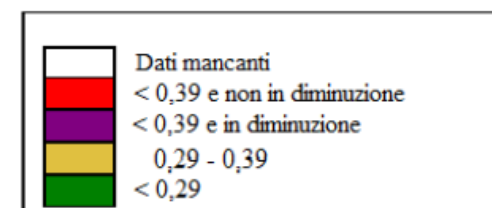


17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

	2012	2013
Piemonte	0,23	0,23
Valle d'Aosta	0,22	0,25
Lombardia	0,31	0,30
P.A. Bolzano	0,26	0,25
P.A. Trento	0,23	0,23
Veneto	0,21	0,20
Friuli V.G.	0,24	0,24
Liguria	0,18	0,17
Emilia-Romagna	0,24	0,24
Toscana	0,20	0,18
Umbria	0,27	0,26
Marche	0,22	0,21
Lazio	0,24	0,23
Abruzzo	0,18	0,17
Molise	0,26	0,25
Campania	0,30	0,29
Puglia	0,31	0,30
Basilicata	0,22	0,22
Calabria	0,24	0,22
Sicilia	0,18	0,16
Sardegna	0,30	0,28

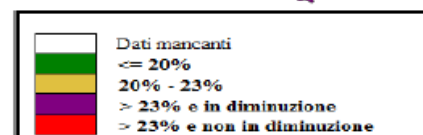


Si riporta il Cartogramma come da Monografia 2012. Nel 2013 sono stati apportati dei correttivi alle modalità di calcolo (cfr. nota 6, pag. 23).

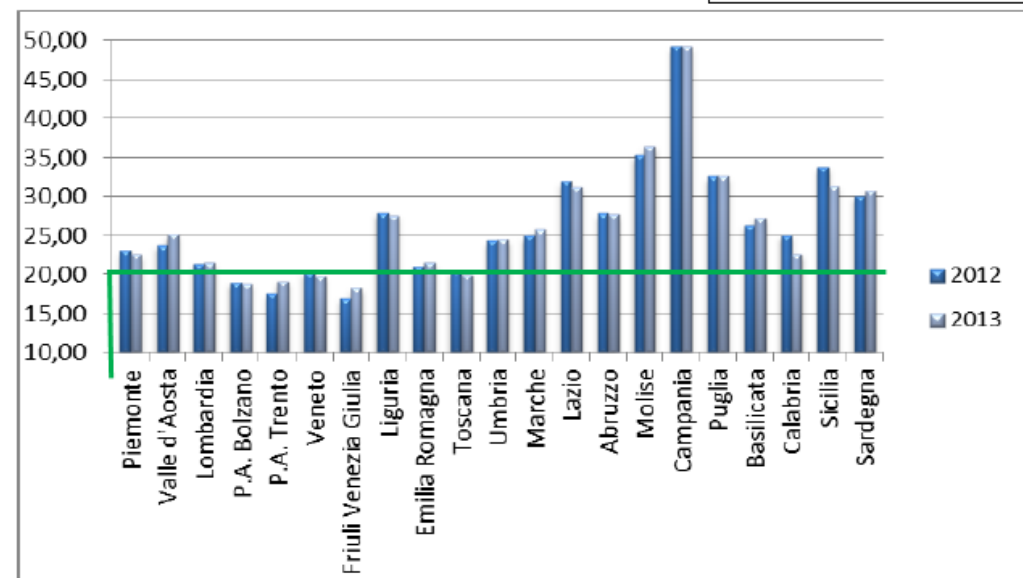
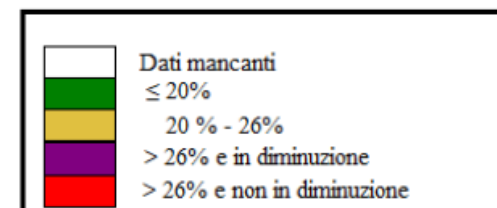


18 Percentuale parti cesarei primari

	2012	2013
Piemonte	23,07	22,54
Valle d'Aosta	23,71	25,07
Lombardia	21,35	21,43
P.A. Bolzano	19,02	18,82
P.A. Trento	17,50	19,17
Veneto	20,22	19,81
Friuli V.G.	16,94	18,24
Liguria	27,90	27,56
Emilia-Romagna	20,94	21,44
Toscana	20,51	19,94
Umbria	24,29	24,44
Marche	24,92	25,76
Lazio	31,91	31,23
Abruzzo	27,83	27,63
Molise	35,26	36,47
Campania	49,21	49,25
Puglia	32,60	32,59
Basilicata	26,29	27,24
Calabria	24,99	22,63
Sicilia	33,72	31,36
Sardegna	30,13	30,63

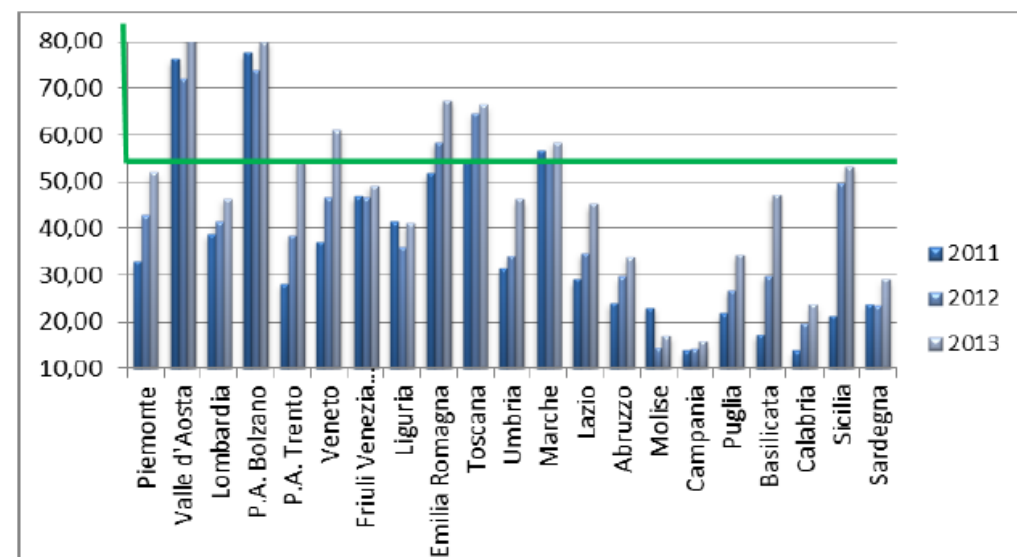
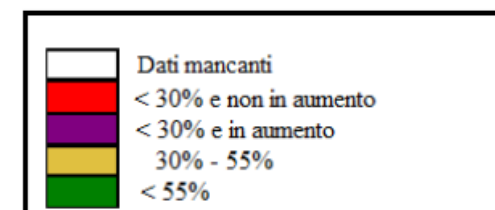
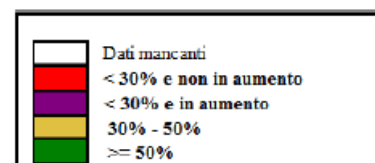


Si riporta il Cartogramma come da Monografia 2012.
 Nel 2013 sono stati apportati dei correttivi alle
 modalità di calcolo (cfr. nota 6, pag. 23).



19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

	2011	2012	2013
Piemonte	32,91	42,87	52,06
Valle d'Aosta	76,33	72,11	84,62
Lombardia	38,75	41,52	46,36
P.A. Bolzano	77,66	73,89	79,97
P.A. Trento	28,15	38,50	54,42
Veneto	37,09	46,65	60,98
Friuli V.G.	46,93	46,51	49,20
Liguria	41,34	35,97	41,08
Emilia-Romagna	51,72	58,42	67,40
Toscana	54,46	64,73	66,53
Umbria	31,47	34,13	46,33
Marche	56,60	54,88	58,48
Lazio	29,10	34,74	45,16
Abruzzo	24,00	29,60	33,88
Molise	22,94	14,41	17,02
Campania	13,82	14,22	15,77
Puglia	21,75	26,85	34,36
Basilicata	17,29	29,75	47,30
Calabria	13,80	19,67	23,62
Sicilia	21,33	49,52	53,23
Sardegna	23,79	23,41	29,11



La delibera tariffaria regionale

Allegato 3. TARIFFE OSPEDALIERE ANNO 2014- REGIONE EMILIA -ROMAGNA

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario 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
5	141	Sincope e collasso con CC	M		A1	2.560,79	220,00	124,47	2.048,63	438,29	14	166,56
					A2	2.393,26	220,00	124,47	1.914,61	409,62	14	166,56
					B	2.273,54	220,00	124,47	1.818,84	388,56	14	166,56
					C	2.153,88	220,00	124,47	1.723,11	368,10	14	166,56
5	142	Sincope e collasso senza CC	M	potenzialmente inappropriato	A1	1.074,75	220,00	124,47	859,80	388,31	10	147,35
					A2	1.004,44	220,00	124,47	803,55	362,91	10	147,35
					B	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
					C	954,18	220,00	124,47	763,35	343,90	10	147,35
5	143	Dolore toracico	M		A1	1.496,48	220,00	124,47	1.123,01	368,19	9	365,17
					A2	1.398,58	220,00	124,47	1.049,54	344,10	9	365,17
					B	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
					C	1.328,58	220,00	124,47	997,01	326,80	9	365,17
5	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	M		A1	4.183,66	220,00	124,47	3.139,56	712,72	22	253,28
					A2	3.909,96	220,00	124,47	2.934,17	666,09	22	253,28
					B	3.714,41	220,00	124,47	2.787,42	632,70	22	253,28
					C	3.518,91	220,00	124,47	2.640,72	599,40	22	253,28
5	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	M		A1	2.243,60	220,00	124,47	1.683,67	393,09	15	235,47
					A2	2.096,82	220,00	124,47	1.573,52	367,37	15	235,47
					B	1.991,96	220,00	124,47	1.494,84	348,66	15	235,47
					C	1.887,12	220,00	124,47	1.416,16	330,30	15	235,47
6	146	Resezione rettale con CC	C	alta complessità	A1	11.986,74	2.472,42	2.472,42	2.472,42	2.717,25	31	231,01
					A2	11.202,56	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.539,49	31	231,01
					B	10.642,38	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.412,06	31	231,01
					C	10.082,25	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.285,10	31	231,01
6	147	Resezione rettale senza CC	C	alta complessità	A1	7.998,50	2.472,42	2.472,42	2.472,42	2.443,22	9	211,53
					A2	7.475,23	2.310,67	2.310,67	2.310,67	2.283,38	9	211,53
					B	7.101,44	2.195,07	2.195,07	2.195,07	2.168,86	9	211,53
					C	6.727,68	2.079,54	2.079,54	2.079,54	2.054,70	9	211,53
6	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	alta complessità	A1	7.611,36	1.369,88	1.369,88	1.369,88	2.124,95	19	160,31
					A2	7.113,42	1.280,26	1.280,26	1.280,26	1.985,93	19	160,31
					B	6.757,73	1.216,19	1.216,19	1.216,19	1.885,76	19	160,31
					C	6.402,06	1.152,18	1.152,18	1.152,18	1.786,50	19	160,31
6	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	C		A1	8.107,75	2.004,00	2.004,00	2.004,00	2.020,56	26	262,74
					A2	7.577,34	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.888,37	26	262,74
					B	7.198,44	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.793,60	26	262,74
					C	6.971,12	1.723,07	1.723,07	1.723,07	1.736,96	26	262,74
6	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C		A1	4.684,67	2.004,00	2.004,00	2.004,00	1.646,64	14	203,17
					A2	4.378,20	1.872,90	1.872,90	1.872,90	1.538,92	14	203,17
					B	4.159,29	1.779,26	1.779,26	1.779,26	1.461,10	14	203,17
					C	3.940,38	1.685,61	1.685,61	1.685,61	1.384,20	14	203,17

Valorizzazione ricoveri diurni

- ▶ Ricoveri con 1, 2 o 3 accessi, DRG medico → € 124,47
 - ▶ Ricoveri con 4 o più accessi, DRG medico → tariffa specificata
 - ▶ Ricoveri attribuiti a DRG chirurgico (indipendentemente dal numero di accessi) → tariffa specificata
-
- ▶ La valorizzazione di un DRG chirurgico in DH è frequentemente la stessa prevista per un ricovero ordinario con 0/1 notte di degenza



Valorizzazione ricoveri ordinari

- ▶ Massimo 1 notte, DRG medico → € 220,00
- ▶ Massimo 1 notte, DRG medico, paziente deceduto o trasferito ad altro ospedale per acuti → tariffa specifica
- ▶ Massimo 1 notte, DRG chirurgico → tariffa specificata
- ▶ Durata della degenza compresa tra 2 notti e il numero di giorni descritto nella colonna "Valore soglia" → tariffa specificata, non modificabile in relazione alla diversa durata della degenza
- ▶ Durata della degenza eccedente il "valore soglia" descritto, specifico per ciascun DRG → tariffa specificata + una tariffa giornaliera integrativa per ciascun giorno che eccede il valore soglia



Valorizzazione ricoveri ordinari

Durata della degenza eccedente il "valore soglia" descritto, specifico per ciascun DRG → tariffa specificata + una tariffa giornaliera integrativa per ciascun giorno che eccede il valore soglia.

Esempio:

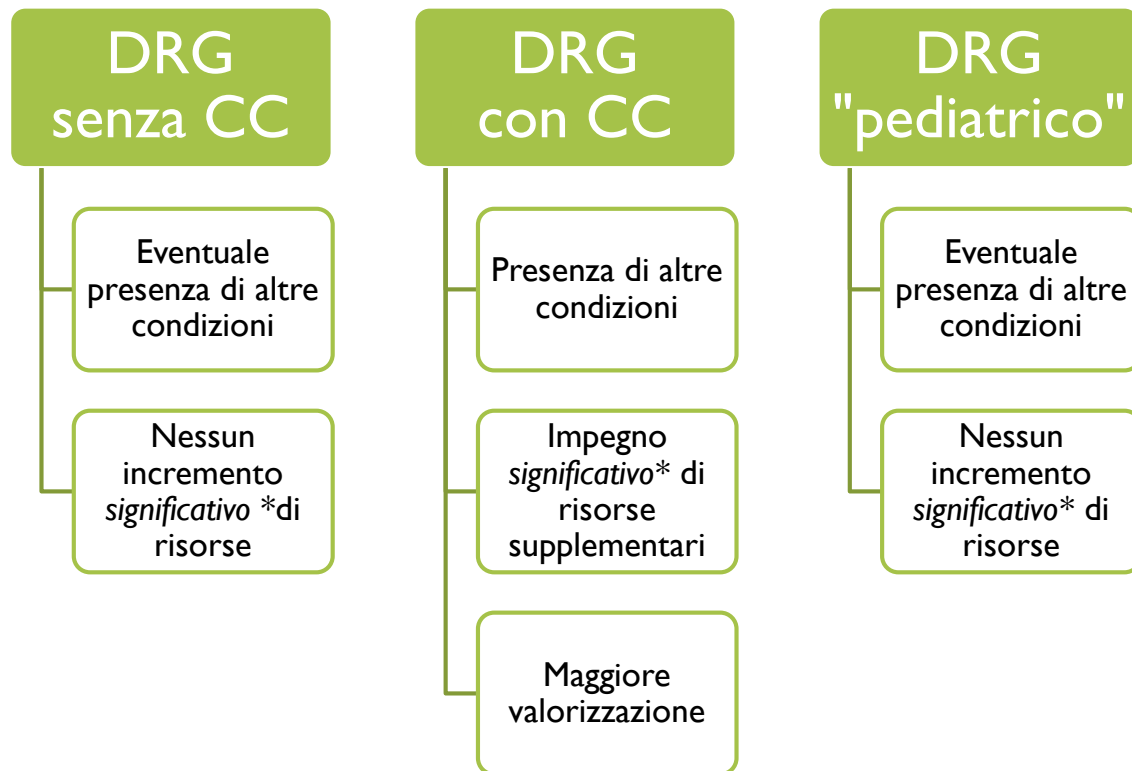
DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock

Peso 1,0270 Valorizzazione € 3.265,90 Soglia: 20 gg Incremento pro die: € 204,80

- ▶ Ricovero 1 notte, dimesso vivo € 220,00
- ▶ Ricovero 1 notte, deceduto o trasferito a *Bologna* € 445,44
- ▶ Ricovero con 2 notti in struttura € 3.265,90
- ▶ Ricovero con 20 notti in struttura € 3.265,90
- ▶ Ricovero con 21 notti in struttura € 3.470,70
 - ▶ *Tariffa DRG specifica € 3.265,90 + incremento pro die € 204,80 * 1 giorno*
- ▶ Ricovero con 23 notti in struttura € 3.880,30
 - ▶ *Tariffa DRG specifica € 3.265,90 + incremento pro die € 204,80 * 3 giorni*



Valorizzazione DRG omologhi



In linea di massima, il DRG con CC prevede una valorizzazione superiore rispetto all'omologo senza CC. Tuttavia, per molti ricoveri di breve durata (max 1 notte) la valorizzazione non cambia (es: per il *DRG 310 Interventi per via transuretrale con CC* ed il *DRG 311 Interventi per via transuretrale senza CC* la valorizzazione è € 1.228,16)

* significativo, ossia in grado di determinare il prolungamento della durata della degenza di almeno 1 giorno, nel 75% dei casi



Controlli sui ricoveri con CC (Determina 10449/2012)

Un'alta proporzione di DRG con complicanze può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata, ma può riflettere anche fenomeni di “sovracodifica”: 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).

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.

I **ricoveri ordinari superiori a 1 giorno** attribuiti a DRG complicati con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata regionale delle strutture pubbliche e private (anno precedente rispetto al controllo) dell'analogo DRG omologo non complicato, devono essere sottoposti a controllo su base campionaria per ogni specifico DRG.

I ricoveri in regime diurno attribuiti a **DRG medici complicati superiori a 3 accessi** sono sottoposti a controllo su base campionaria.



Tariffa come strumento di politica sanitaria

MDC	DRG	Descrizione			Fascia struttura	Ordinario > 1 giorno	Ordinario di 1 giorno	DH < 3 accessi	DH > 4 accessi
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
					A2	4.891,96	1.522,97	1.522,97	1.522,97
					B	4.647,31	1.446,76	1.446,76	1.446,76
					C	4.402,71	1.370,61	1.370,61	1.370,61
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
					A2	1.370,67	1.522,97	1.522,97	1.522,97
					B	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76
					C	1.302,07	1.446,76	1.446,76	1.446,76
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
					A2	3.570,71	1.280,26	1.280,26	1.280,26
					B	3.392,17	1.216,19	1.216,19	1.216,19
					C	3.213,63	1.152,18	1.152,18	1.152,18
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
					A2	1.167,99	1.280,26	1.280,26	1.280,26
					B	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19
					C	1.109,51	1.216,19	1.216,19	1.216,19



Tariffa come strumento di politica sanitaria

	RO 0/I gg	RO 2 o + gg	DH	Amb
Anno 1999	80% tariffa*	50% tariffa*	80% tariffa*	
Anno 2002	€ 800,00	€ 800,00	€ 800,00	€ 650,00
	⇅	⇅	⇅	⇅
Anno 2011	€ 800,00	€ 800,00	€ 800,00	€ 650,00
Anno 2013	€ 673,64	€ 606,27	€ 673,64	€ 665,00
Anno 2014	€ 699,82	€ 629,82	€ 699,80	€ 665,00

DRG 006 - Liberazione del tunnel carpale

* Tariffa = valorizzazione calcolata con la formula: [valore del punto DRG (Lit 5.000.000) * Peso DRG]



Economicità

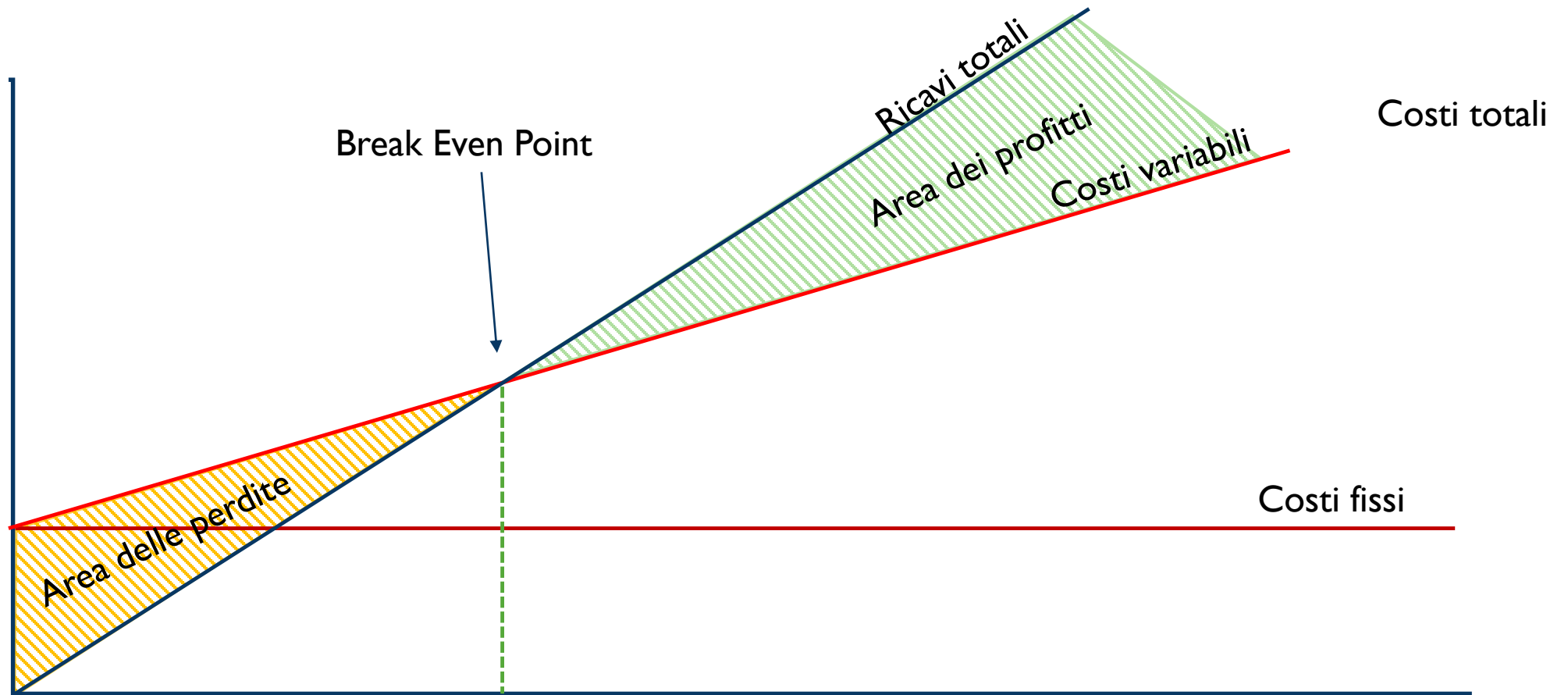
In un determinato periodo t , la differenza tra la somma dei ricavi ($\mathbf{R}_t$) e la somma dei costi ($\mathbf{C}_t$) del periodo t formano il risultato economico dello stesso periodo $\mathbf{Re}_t$:

$$\mathbf{R}_t - \mathbf{C}_t = \mathbf{Re}_t$$

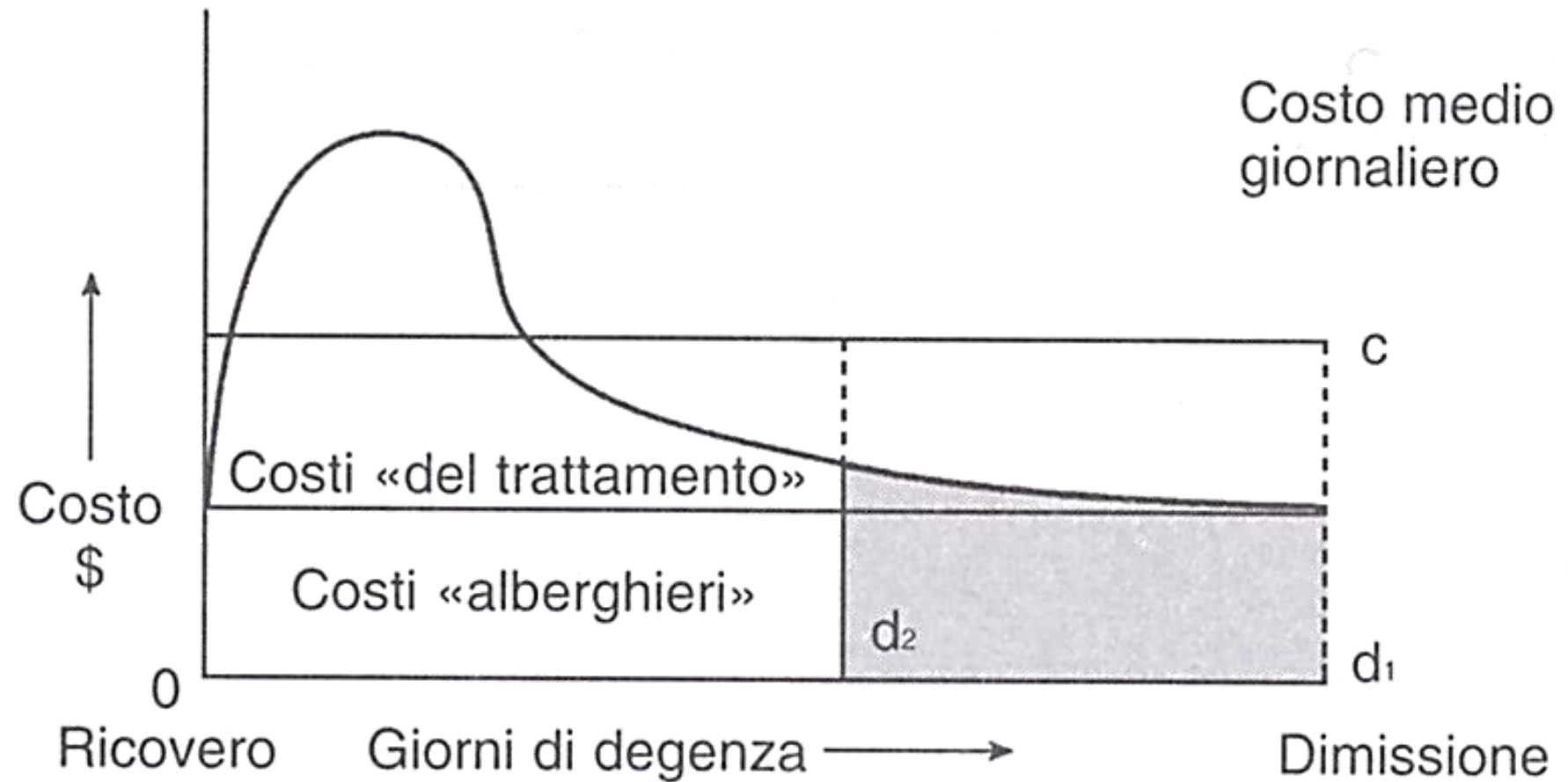
- $\mathbf{Re}_t$ positivo [>0] $\rightarrow$ utile (profitto)
- $\mathbf{Re}_t$ negativo [<0] $\rightarrow$ perdita
- La condizione $\mathbf{Re}_t = 0$ (ossia $\mathbf{R}_t = \mathbf{C}_t$) identifica il *Break Even Point*



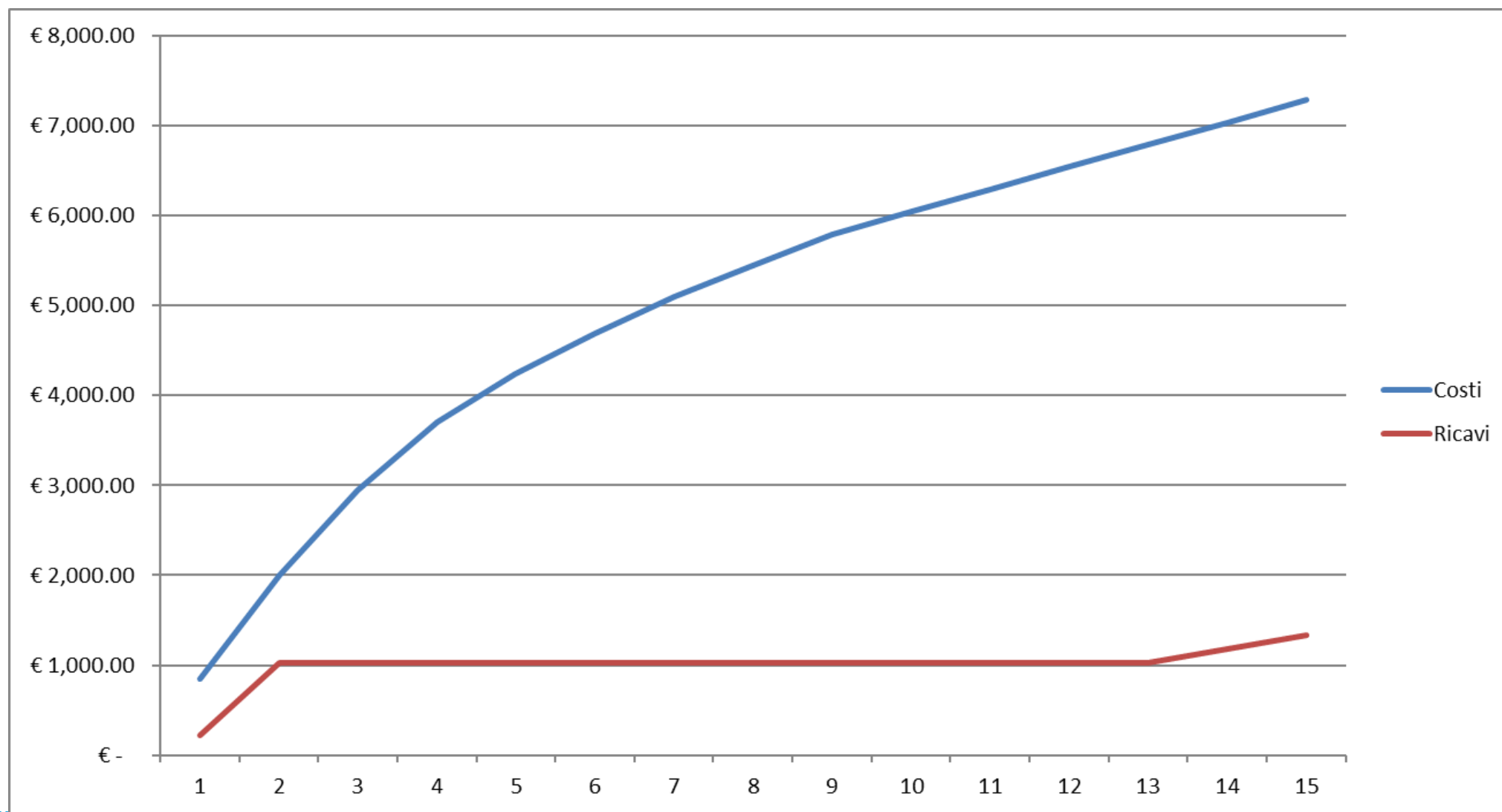
Break Even Point



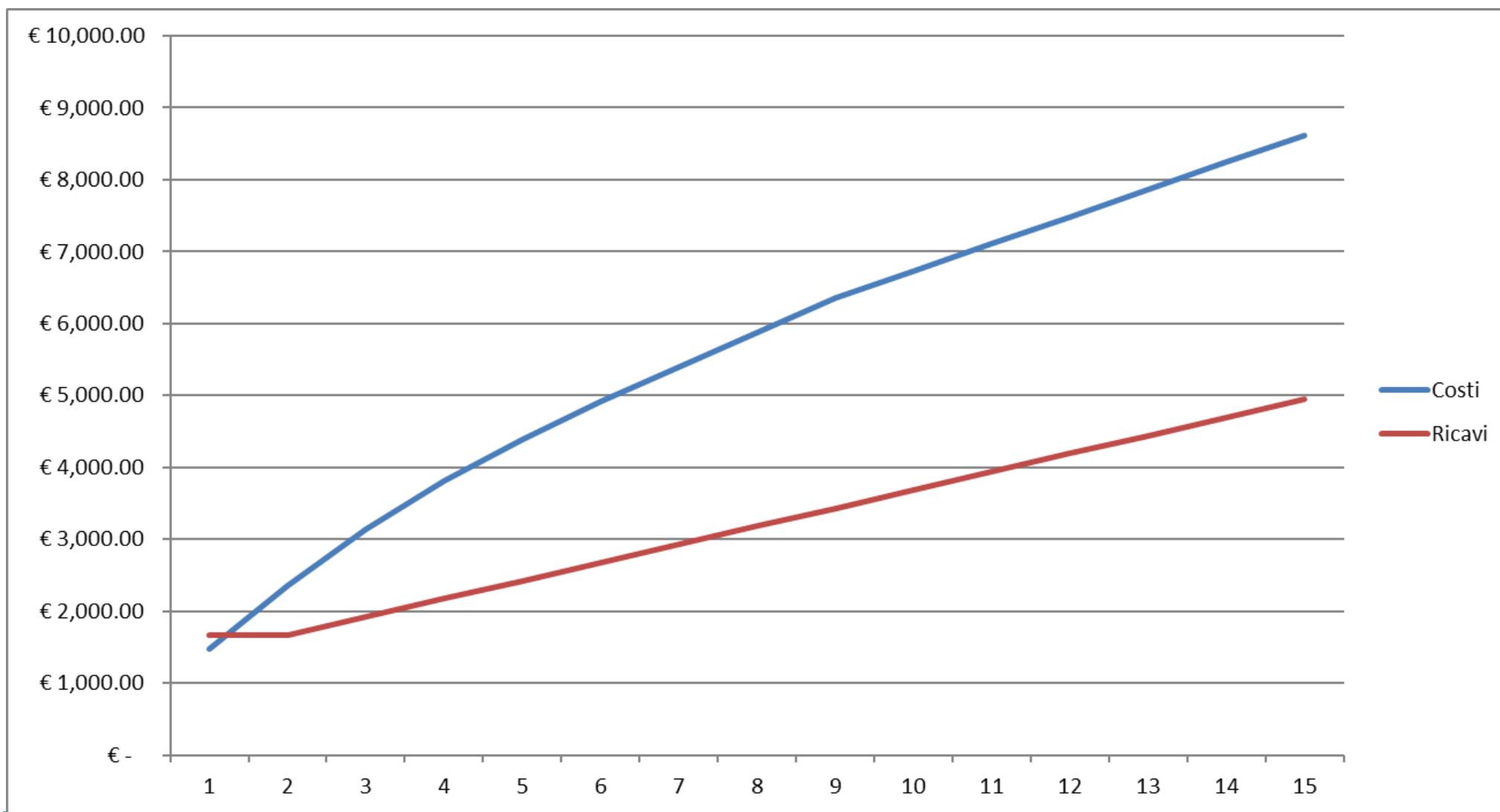
Costi fissi e variabili



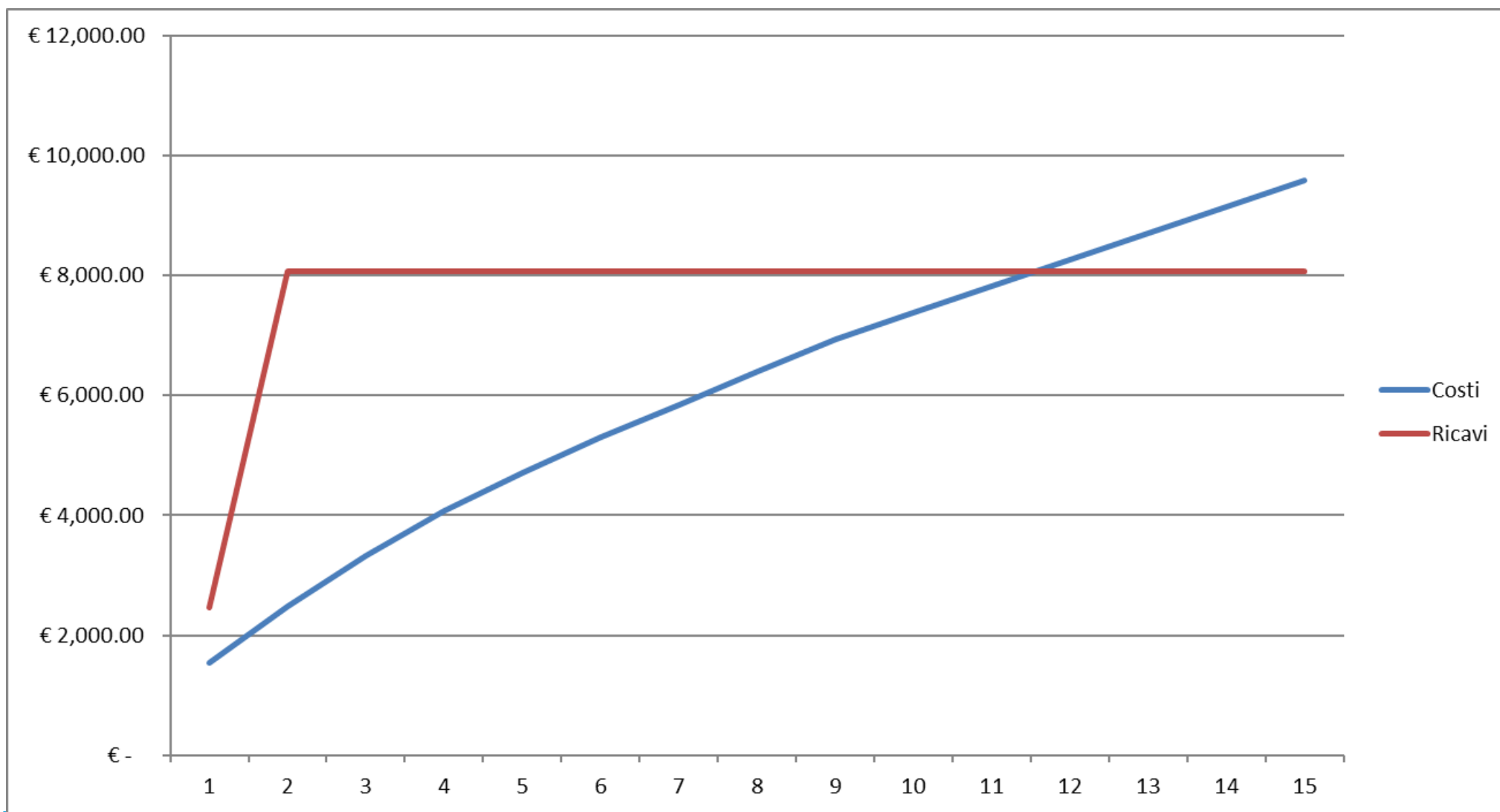
Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Rapporto costi-ricavi [dati esemplificativi]



Peso DRG

Il "**Peso DRG**" descrive il consumo relativo di risorse.

Riferimento: peso del *ricovero tipo* calcolato come rapporto tra somma dei costi sostenuti su numero complessivo dei casi trattati:

▶ DRG 121 MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO E COMPLICANZE MAGGIORI, DIMESSI VIVI	Peso 1,5817
▶ DRG 122 MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE MAGGIORI, DIMESSI VIVI	Peso 1,2157
▶ DRG 127 INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	Peso 1,0270
▶ DRG 128 TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	Peso 0,7518
▶ DRG 141 SINCOPE E COLLASSO CON CC	Peso 0,7693
▶ DRG 142 SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	Peso 0,5969
▶ DRG 143 DOLORE TORACICO	Peso 0,4879



Peso DRG

In origine, la valorizzazione del ricovero era facilmente calcolabile come:

Peso DRG x valore del punto

Successivamente l'automatismo è stato abbandonato a favore di scelte reputate necessarie per influenzare alcune scelte strategiche (*identificazione del setting di ricovero maggiormente appropriato*) → tariffe DRG come strumento di politica sanitaria regionale

Il "Peso DRG" è una variabile ancora in uso, reperibile nelle specifiche tabelle regionali (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo/tabelle-di-riferimento>) e ministeriali (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1094_allegato.pdf); tuttavia, essendo stato abolito l'automatismo precedente, il dato non compare nella delibera tariffaria vigente.



Peso DRG

Non esiste un rapporto univoco tra peso e valorizzazione del ricovero, ovvero non è possibile definire il valore del punto.

DRG 110: Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC

Peso 3,3918 Valorizzazione € 15.202,83 *Valore teorico del punto € 4.482,23*

DRG 119: Legatura e stripping di vene

Peso 0,7350 Valorizzazione € 1.998,60 *Valore teorico del punto € 2.719,18*

DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock

Peso 1,0270 Valorizzazione € 3.265,90 *Valore teorico del punto € 3.180,04*

DRG 134: Ipertensione

Peso 0,6701 Valorizzazione € 1.030,80 *Valore teorico del punto € 1.538,28*



Peso DRG

Non esiste linearità tra peso DRG e valorizzazione del ricovero

DRG 133: Aterosclerosi senza CC

Peso 0,6284

Valorizzazione € 1.059,39

DRG 143: Dolore toracico

Peso 0,4879

Valorizzazione € 1.496,48



Il sistema DRG ha funzionato?

Durata media della degenza (*Valuta la funzionalità del sistema ospedaliero. È legata alla produttività dei servizi, alla casistica trattata, all'efficacia. Un valore basso potrebbe essere indice di un elevato grado di efficienza ma non di efficacia - intesa come qualità dell'assistenza*)

Indice di rotazione (*numero dei pazienti che in un anno occupano un posto letto - valenza positiva se aumenta, negativa se diminuisce*)

Intervallo di turn-over (*tempo medio - in giorni - tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro, cioè tempo medio durante il quale resta inutilizzato un PL. Rappresenta la capacità della struttura di far fronte alla domanda dell'utenza. Ad un valore più alto corrisponderebbe minore efficienza*)

Occupazione posto letto (*rappresenta la quota parte dei PL mediamente occupati dai ricoverati. Fornisce il valore % di utilizzo dei PL. Il significato di tale indicatore è dato dal grado di avvicinamento al valore massimo del 100%, anche se è ipotizzabile un valore ideale attorno al 75%. Il complemento a 100 è l'indice di recettività residua, costituita dall'offerta di assistenza non fruita dall'utenza*)



Il sistema DRG ha funzionato?

↑ efficienza

La valutazione economica dei ricoveri

Testi, A. (2005) *La valutazione economica dei ricoveri*. Il giornale di chirurgia, 26 (1/2). pp. 5-16. ISSN 1971-145x

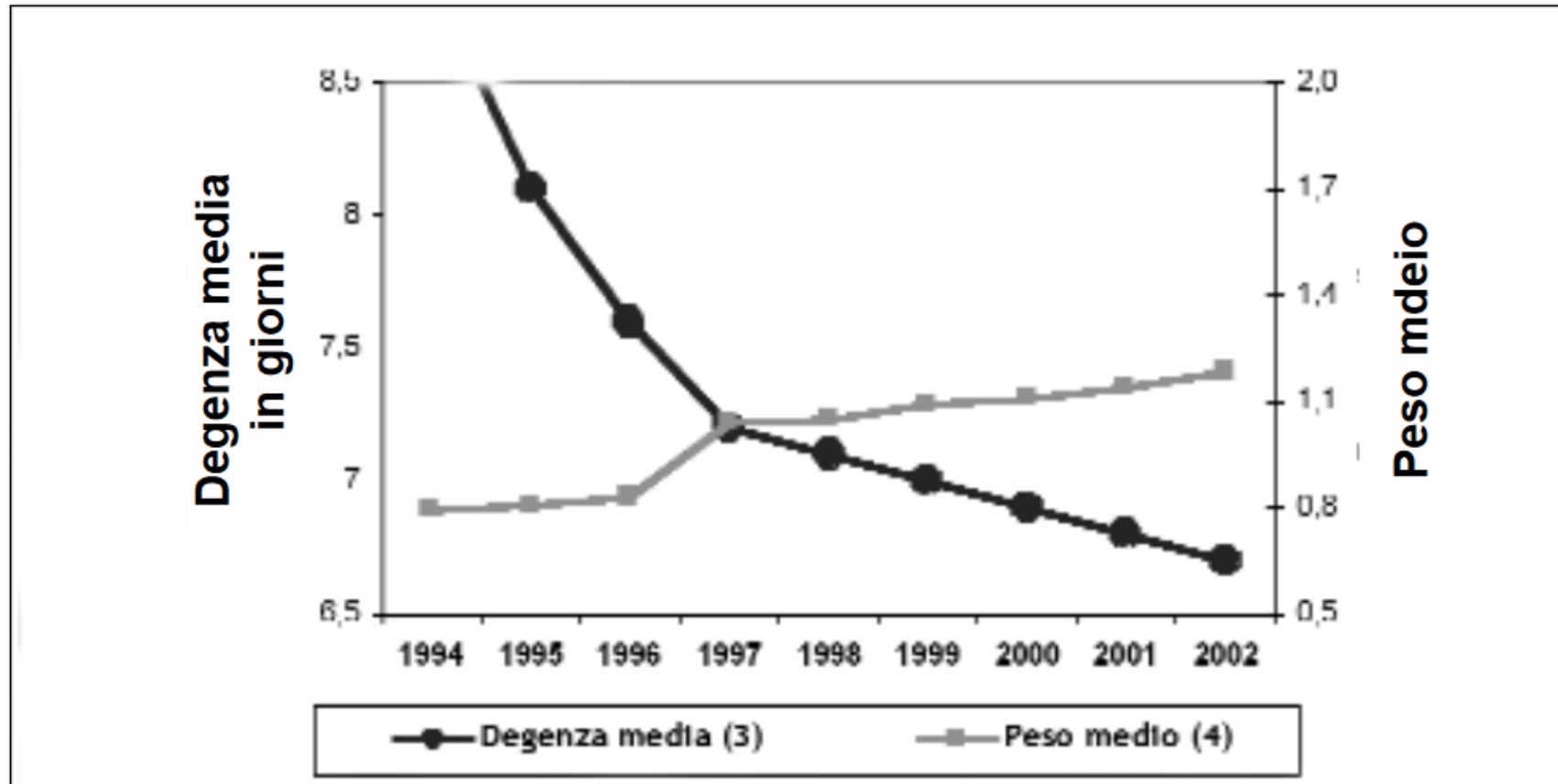


Fig. 1 - Aumento dell'efficienza produttiva degli ospedali (fonte Ministero della Salute)

Il sistema DRG ha funzionato?

Maggiore efficienza ma ...

- ▶ si partiva da un contesto in cui l'attività degli ospedali non era valutata dal punto di vista economico, mentre oggi esiste uno standard comune di riferimento
- ▶ gli *aggiustamenti* apportati al sistema di pagamento prospettico e il ricorso sistematico al ripianamento dei debiti hanno attenuato l'effetto teorico massimo ottenibile, ma hanno anche contribuito a limitare effetti negativi quali:
 - ▶ abbassamento dello standard di cura per ridurre i costi,
 - ▶ selezione della casistica
 - ▶ riduzioni improprie della durata della degenza
 - ▶ codifica opportunistica





Oggetto: controlli sanitari sui ricoveri erogati nel 1° trimestre 2014

In ottemperanza alla obbligatorietà dell'attività di controllo esterno prevista dalla normativa nazionale e regionale, di cui alla DGR 354/12 del 26.3.2012, si è proceduto all'esame delle schede di dimissione ospedaliera dei ricoveri relativi ai cittadini residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Dall'analisi condotta sono stati individuati 2 ricoveri **SDO 14010406** - DRG 2 Craniotomia, età > 17 anni senza cc (Reparto Neurologia - durata di degenza 10 giorni) e **SDO 14023367 DRG 468** - Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale (Reparto Neurochirurgia - durata di degenza 9 giorni) per i quali si chiedono chiarimenti in merito agli interventi praticati, al fine di giungere alla formulazione di un giudizio di appropriatezza in ordine alla codifica adottata ed alla congruenza SDO-cartella.

Prima di procedere ad una eventuale verifica diretta della cartella clinica, si richiede pertanto dettagliata relazione, copia del referto operatorio e della lettera di dimissione, al fine di valutare, per ciascun ricovero, l'iter clinico-terapeutico a cui sono stati sottoposti i pazienti.

Nel rispetto della tempistica dei controlli prevista dalla normativa regionale si rimane in attesa di ricevere, entro 30 giorni dal ricevimento della presente, la documentazione richiesta.

Si resta a disposizione per qualunque chiarimento.

Con riferimento alle vs controdeduzioni datate 03.06.14 in risposta alle ns contestazioni prot. 47938 del 26.05.14, alla luce dei chiarimenti forniti in merito ai ricoveri **SDO 14010406** e **SDO 14023367** si formulano i seguenti giudizi definitivi che concludono il processo interlocutorio:

- **SDO 14010406** DRG 2 - Craniotomia, età > 17 anni senza cc: si ritiene appropriata la codifica adottata in relazione alla tipologia di intervento praticato (impianto di neuro-pacemaker in paziente con Morbo di Parkinson);

- **SDO 14023367** DRG 468 - Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale: tenuto conto dell'erronea codifica dell'intervento praticato (drenaggio spinale in pz con fistola liquorale post-chirurgica) con conseguente errata attribuzione del ricovero al DRG 468, si concorda con la nuova codifica da Voi proposta, maggiormente rappresentativa del caso, che permette di attribuire il ricovero al DRG 443 - Altri interventi chirurgici per traumi senza cc:

*dg princ. 9986 Fistola postoperatoria persistente non classificata altrove
interv.princ. 03.09 Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale*

La modifica della SDO in Banca dati comporterà da parte della Regione la corretta tariffazione del ricovero pari a € 3.597,01 a fronte dell'importo iniziale attribuito pari a € 10.462,36.

Cordiali saluti

Attività di controllo

- ▶ Il sistema è “**influenzabile**” ed è possibile manipolare le informazioni in modo opportunistico
 - rappresentazione di una realtà diversa
 - raggiungimento di un fine economico



La problematica del controllo

1020-7
17113-2

data _____ Lit. _____

BANCO di SICILIA 88-04 siracusa ag. 12 via tisia, 124/128

N. 0315741581-12 a vista pagate per questo assegno bancario

Lire _____

FAC-SIMILE

All'ordine AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA

zona riservata alla clausola "non trasferibile"

Nicholo' Machiavelli

1020-7 17113-2

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 ...»



Riflessi medico-legali

Codice Penale, art. 479: Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici «... che ... attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque **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»



Browser window showing the article "Truffe nella sanità Anche false amputazioni per incassare i rimborsi" from the Corriere della Sera archive, dated January 12, 2006.

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

Page: 6 (12 gennaio 2006) - Corriere della Sera

Article Title: **Truffe nella sanità Anche false amputazioni per incassare i rimborsi**

Author: **Cremonese Antonella**

Summary: The article discusses the misuse of healthcare tariffs (Drg) and the resulting financial losses for the Italian state. It mentions the role of the Guardia di Finanza in investigating these cases and the impact on the healthcare system.

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

Search: Cerca nell'Archivio storico

Corriere della Sera logo and social media links (Facebook, Twitter, YouTube) are visible at the top.

Right sidebar: **PIÙ letti** (Most Read) section listing top stories:

- 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 Gravitv Attori: trionfo di

Veneto

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 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»

GLI INCASSI DELLA SANITÀ PRIVATA	
	dati in milioni di euro
	2001 2005
Casa di cura Giovanni XXIII	
Ut: 9 Monacrier	22,8 35,7
Ospedale classificato San Camillo	
Ut: 9 Treviso	8,7 13,1
Casa di cura Rizzola	
Ut: 10 San Donà	6,0 10,7
Casa di cura S. Maria Maddalena	
Ut: 18 Occhiobello	4,0 12,0
Casa di cura Madonna della Salute	
Ut: 19 Porto Viro	14,7 20,2
Casa di cura Chierigo-Perbellini	
Ut: 20 Verona	2,9 4,1
Casa di cura San Francesco	
Ut: 20 Verona	7,7 15,1
Casa di cura Villa Santa Chiara	
Ut: 20 Verona	3,3 5,3
Casa di cura Pederzoli	
Ut: 22 Peschiera	24,8 55,3
Casa di cura Villa Garda	
Ut: 22 Garda	

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 è 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 successivo 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 prestazioni

Veneto

Archivio storico di ANAAO
ASSOMED, articolo del 17 giugno
2006

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

Browser window showing the article "Truffa sui rimborsi, sanità privata nella bufera" from the Corriere della Sera archive, dated January 25, 2007. The article discusses an investigation into false medical claims at private clinics in Milan.

CORRIERE DELLA SERA
Archivio Storico

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

< CULTURA ARCHIVIO STORICO

» Corriere della Sera > Archivio > Truffa sui rimborsi, sanità privata nella bufera

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 scandalo, 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

Lombardia

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

Browser window showing the article "Stesse diagnosi Rimborsi differenti" from the Corriere della Sera archive, dated February 19, 2007. The article discusses the complexity of the Italian healthcare system (Drg) and the disparity in reimbursement rates for the same medical conditions.

CORRIERE DELLA SERA
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 cronica 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

Lombardia

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

http://www.ilgiornale.it/news/sanit-truffe-18-mi Elenco sistematico delle malatt... sanità, truffe per 18 milioni - C... Sanità, truffe per 18 milioni:...

il Giornale.it
milano

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

Condividi:
f t
g+

Commenti:
[redacted]

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 Lagattola - Gio, 26/07/2007 - 03:07

commenta g+1 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 all'attenzione dei magistrati a Milano e Provincia. Ma è lo scenario complessivo a fare impressione, perché «questa è solo la punta dell'iceberg». 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 l'accusa 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 l'inizio. Da allora, altre nove case di cura sono finite sotto inchiesta. Nell'ordine: San Donato, San Siro, Sant'Ambrogio, Galeazzi, San Raffaele, San Giuseppe, San Pio X, e - l'ultima 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, c'è un'enorme documentazione riferibile al biennio 2005-2006. Una minima parte del materiale prodotto solo da alcuni reparti di ogni singola clinica, precisano gli investigatori. Eppure c'è già di che allarmarsi. In solo due anni, infatti, vengono contestati indebiti rimborsi per circa 18 milioni di euro. Ma l'affare 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 d'oro. L'ultimo anno, il costo dei drg per i cittadini residenti



Reportage da Kiev
Fausto Biloslavo

Reportage dalla Libia
Gian Micalessin

Inserisci le chiavi di ricerca
Cerca

Info e Login

login registrazione edicola

Lombardia

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>

http://www.ilgiornale.it/news/bufera-sul-galeazzi Elenco sistemati... saluter.it truffa sui rimbor... Rimborsi gonfiat... Bufera sul Gal... Pioggia di soldi ...

il Giornale.it
milano

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

Condividi:
f t
g+

Commenti:
g+

Bufera sul Galeazzi: 32 medici e manager indagati per truffa

Rimborsi gonfiati, nuovo scandalo nella sanità: 2 milioni confiscati. La Regione: "Ma non è un altro caso Santa Rita". L'opposizione attacca: "Servono più controlli"

Redazione - Ven, 06/02/2009 - 09:53

commenta g+ 0

Trentadue avvisi di garanzia per falso in atto pubblico e truffa: l'inchiesta della Procura sull'istituto ortopedico Galeazzi porta alla luce l'ennesimo caso di imbrogli al servizio sanitario nazionale.



Come alla Santa Rita e al San Raffaele, i vertici del Galeazzi sono accusati di avere truccato le cartelle cliniche per incassare dalla Regione rimborsi molto più alti del dovuto. Tra gli indagati c'è anche Giuseppe Rotelli, uno dei re della sanità privata: i pm Sandro Raimondi e Letizia Mannella lo accusano di essere il «regista» della truffa. Anche se i legali della clinica fanno sapere che verrà dimostrata la «assoluta regolarità» delle pratiche, il blitz della Procura fa irruzione nel dibattito politico in Regione. Le opposizioni invocano una modifica radicale dei sistemi di controllo sulla spesa sanitaria, la cui inefficacia sarebbe

Reportage da Kiev

Fausto Biloslavo

Reportage dalla Libia

Gian Micalessin

Inserisci le chiavi di ricerca
Cerca

Info e Login

login registrazione edicola

Annunci Google

GLI OCCHI DELLA GUERRA

SOSTIENI IL TUO REPORTAGE

67%

€1,346
Raccolti su €2,000

Libia, Ucraina: noi ci siamo

Qui potete

Lombardia

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>

Browser window showing the article "Rimborsi gonfiati e cartelle cliniche truccate «Indagato il presidente Inps Mastrapasqua»" on the Corriere della Sera website, dated January 25, 2014. The article discusses a fraud of 85 million euros at the Ospedale israelitico di Roma, involving Antonio Mastrapasqua, 56 years old, who is the president of Inps. The article is categorized under "Truffa" and has 1 star rating. It includes a photo of Antonio Mastrapasqua and a section titled "NOTIZIE CORRELATE" with links to related articles.

Browser tabs: Elenco sistematico de..., saluter.it, truffa sui rimborsi, sa..., Rimborsi gonfiati ..., Stesse diagnosi Rimb...

Page: Cronache

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)
- Mastrapasqua si

PIÙ letti

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

Lazio

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

← → C http://www.corriere.it/cronache/08_giugno_09/a Elenco sistematico delle malatt... C Truffa e lesioni, 14 arresti all... ×

TROVOCASA.IT TROVOLAVORO.IT AUTOMOBILI.COM In Corriere.it ACCEDI

CORRIERE DELLA SERA Cronache

Home Opinioni CorriereTV Economia Salute Ambiente Scienze Sport Motori Viaggi Scuola 27ora La tua città Cucina Giochi Libri Annunci Oroscopo

CRONACHE POLITICA ESTERI CULTURA 150 SPETTACOLI CINEMA E TV CASA ANIMALI MILANO ROMA BRESCIA ENGLISH 中文版本 DIGITAL EDITION STORE

» Corriere della Sera > Cronache > Truffa e lesioni, 14 arresti alla Santa Rita In manette anche il direttore sanitario

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 clinica 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 seguenti persone: Paolo Francesco Pipitone, socio unico e legale rappresentante della casa di cura, e il dottor 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 Gravitv 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

Lombardia

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

Browser window showing the article "Clinica Santa Rita, Pier Paolo Brega Massone condannato a 15 anni e sei mesi per gli interventi inutili" on the website <http://milano.blogosfere.it/2010/10/clinica-santa-rita-pier-paolo-brega-massone-condannato-a-15-anni-e-sei-mesi-per-gli-interventi-inutili.html>.

The article is dated Venerdì 29 Ottobre 2010, 13:29 in *Milano cronaca* by Arianna Ascione.

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



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 domenica Aspasso, tutte le informazioni**
-  **Domeniche a piedi 2011: i testimonial dello stop alle auto del 20 novembre**

Lombardia

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-inutili.html>

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

Browser window showing the article "Casa di Cura S.Maria Maddalena, sequestro revocato" on the website **estense.com**. The article is dated 13 settembre 2013, 0:08 and has 1,030 visits.

estense.com
Quotidiano on-line di informazione ferrarese

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

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

ALBANATI IMPIANTI
di Albanati Romano & C. sas
IMPIANTI ELETTRICI - FOTOVOLTAICI

PROTOS S.O.A.
n° 12976/11/00

Via L. Luzzaschi, 3 - 44124 Ferrara
Tel. 0532 90 92 86 - Cell. 345 47 97 071
Fax 0532 90 55 12
e-mail: albanati.impienti@alice.it
www.albanatimpianti.it

Veneto

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

<http://www.estense.com/?p=32764>
0

Browser window showing the article "Rimborsi d'oro per la riabilitazione Scandalo da 87 milioni nel Lazio" on the Corriere della Sera website. The article discusses the reimbursement of 87 million euros for the rehabilitation of Antonio Angelucci, a member of the Italian Parliament, at the San Raffaele private clinic in Cassino. The article mentions that the reimbursement was granted despite the clinic's poor financial situation and the fact that the clinic was not a public institution.

Corriere della Sera
Roma / Cronaca

Home Cronaca Politica Video Tempo libero Cultura Sport Traffico La mia squadra

» Corriere Della Sera > Roma > Rimborsi D'oro Per La Riabilitazione Scandalo Da 87 Milioni Nel Lazio

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.

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 • Enotecche
- Abbigliamento • Gioielleria • Scarpe • Borse • Outlet • Lavanderie • Sartorie • Occhiali • Abiti da cerimonia

Lazio

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

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 anche 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 raggio 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.



Piemonte

Archivio storico de La Repubblica,
articolo del 19 novembre 2013

http://torino.repubblica.it/cronaca/2013/07/01/news/truffa_delle_cliniche_private_70_indagati_dalla_corte_dei_conti-62158855/

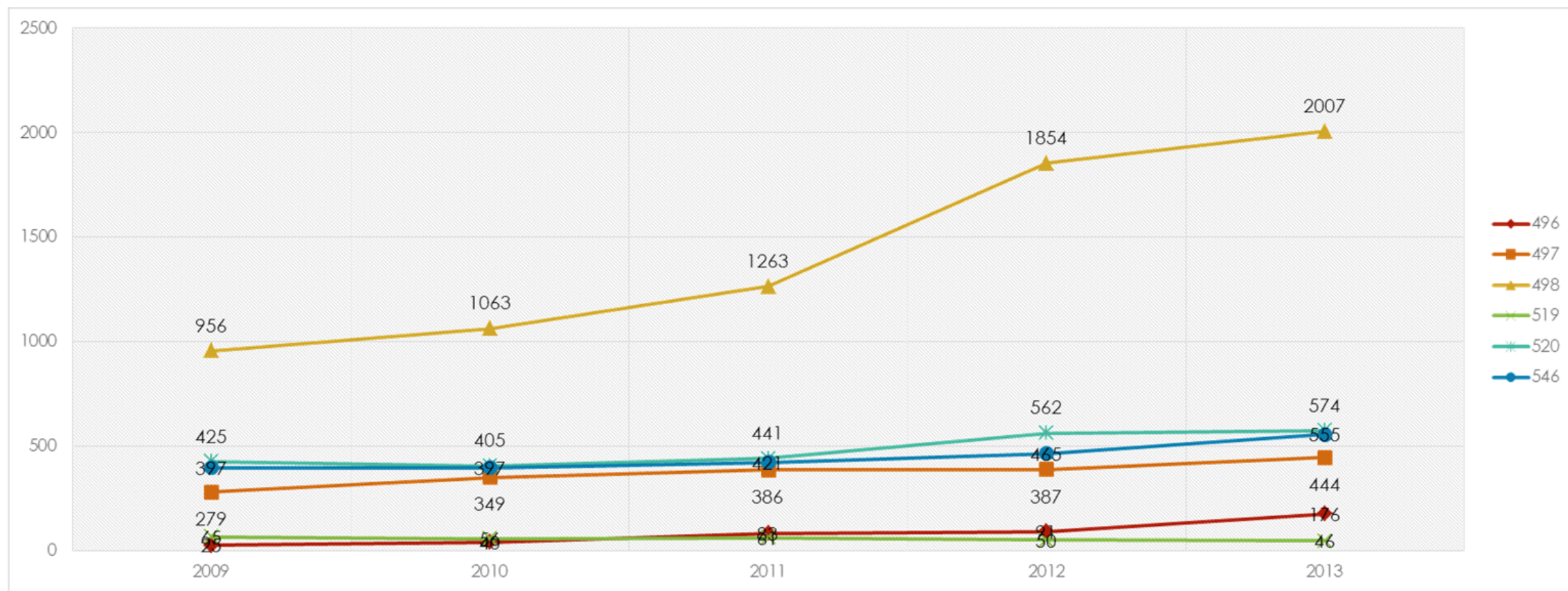
Chirurgia vertebrale

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

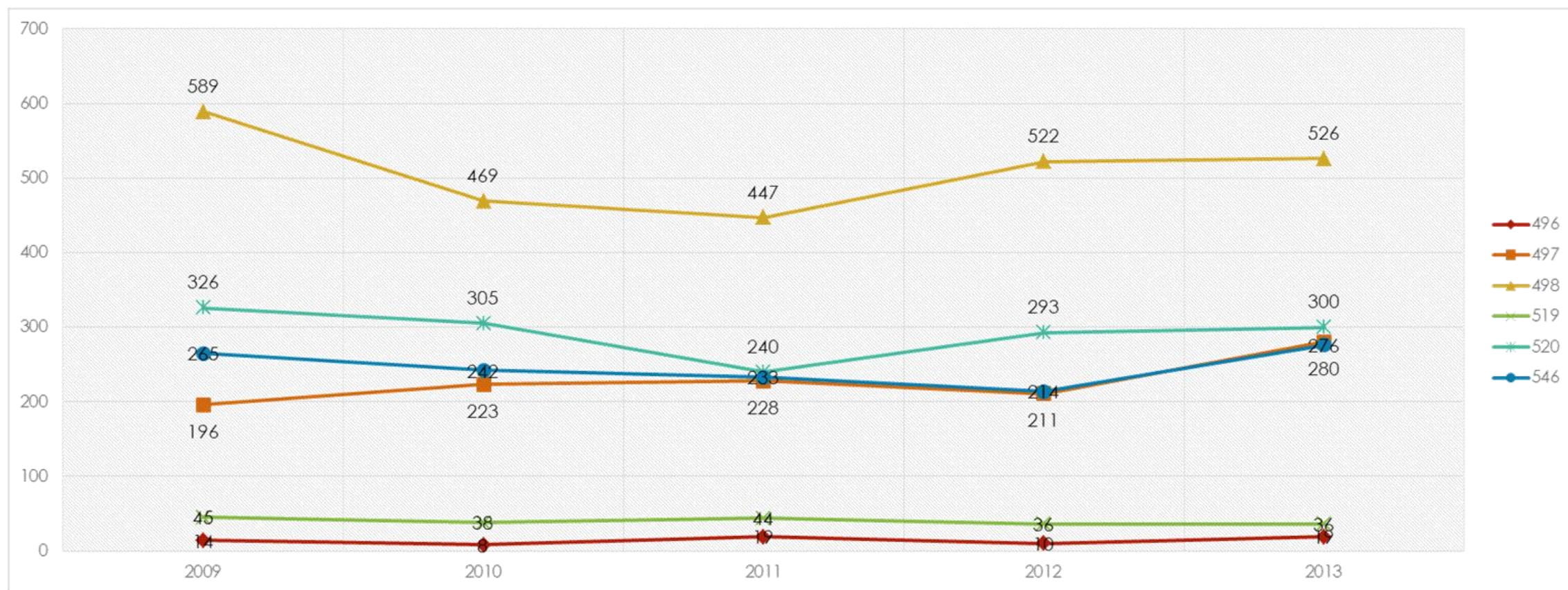
- ▶ 496-Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato [€ 20.314,33]
- ▶ 497-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC [€ 15.521,30]
- ▶ 498-Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC [€ 12.474,01]
- ▶ 519-Artrodesi vertebrale cervicale con CC [€ 13.135,28]
- ▶ 520-Artrodesi 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]



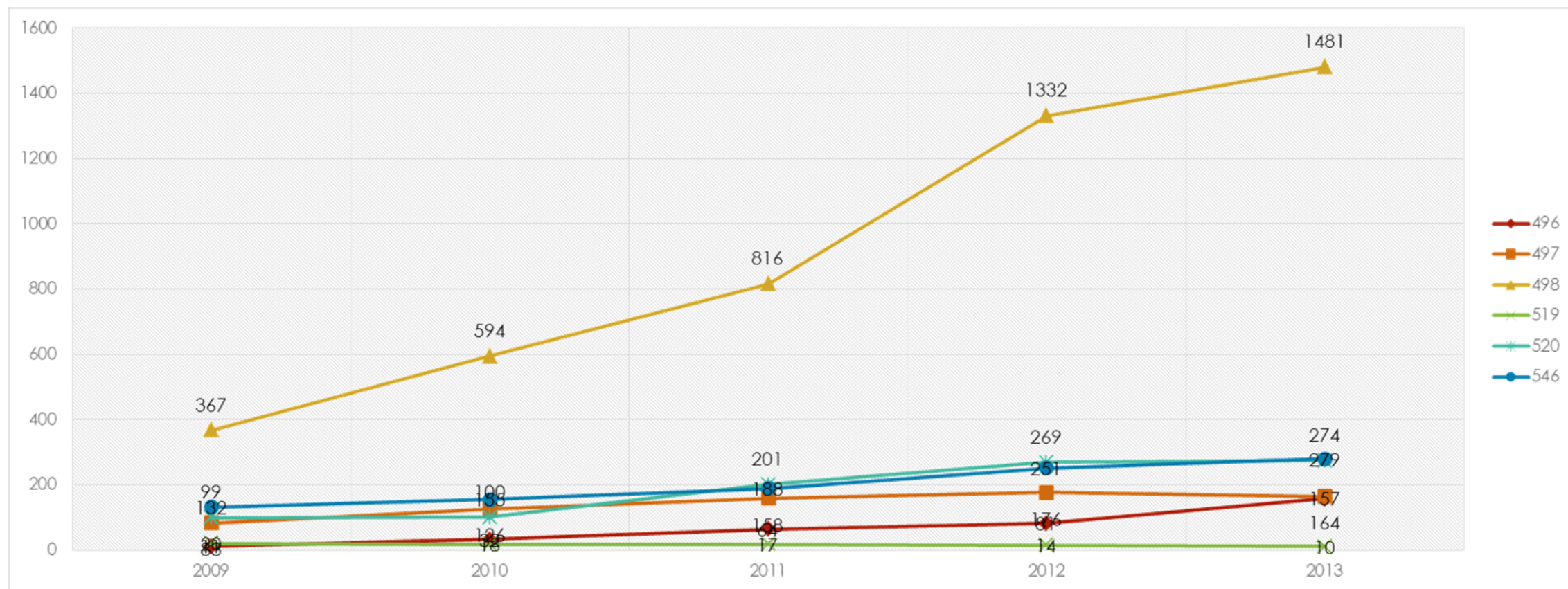
Artrodesi vertebrale: dato regionale



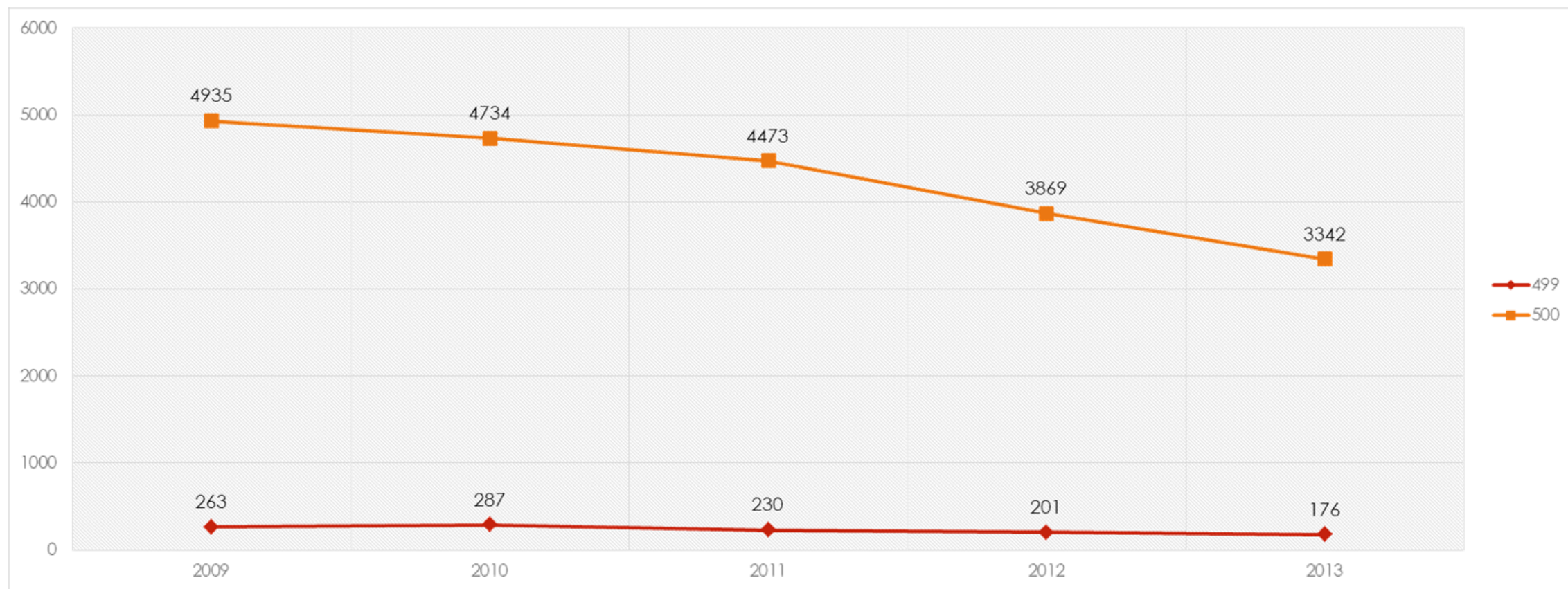
Artrodesi vertebrale: strutture pubbliche



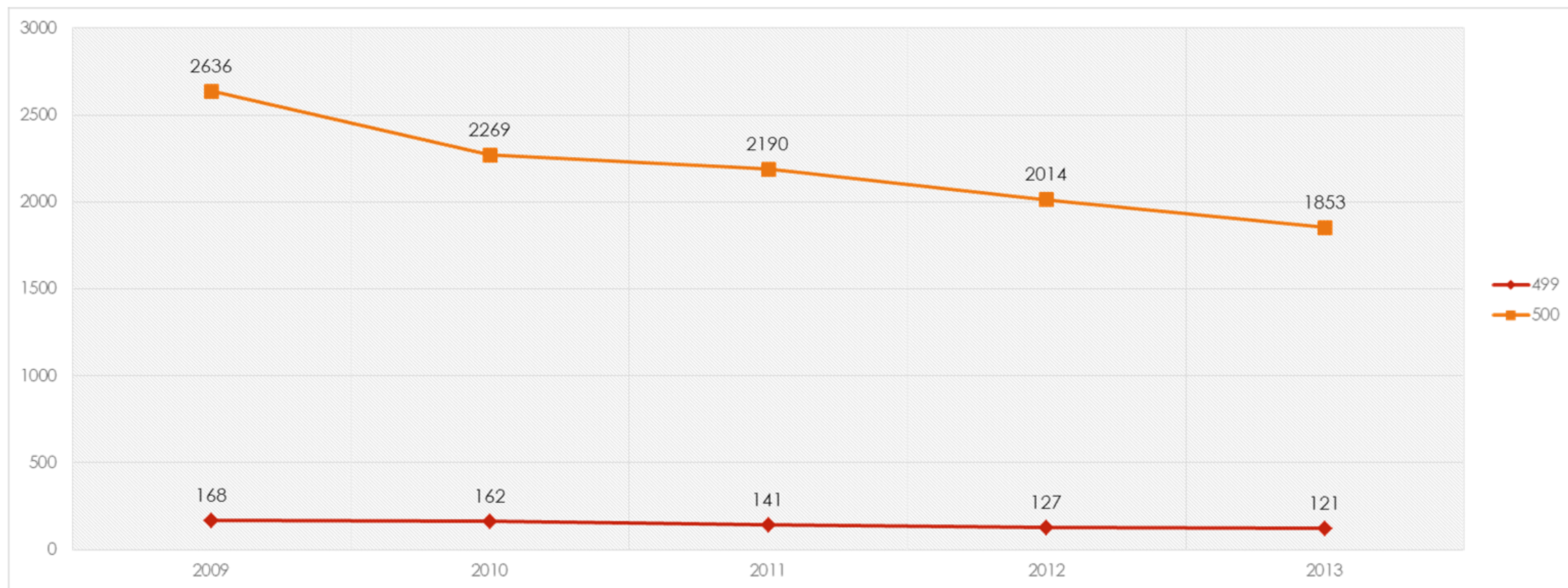
Artrodesi vertebrale: strutture private



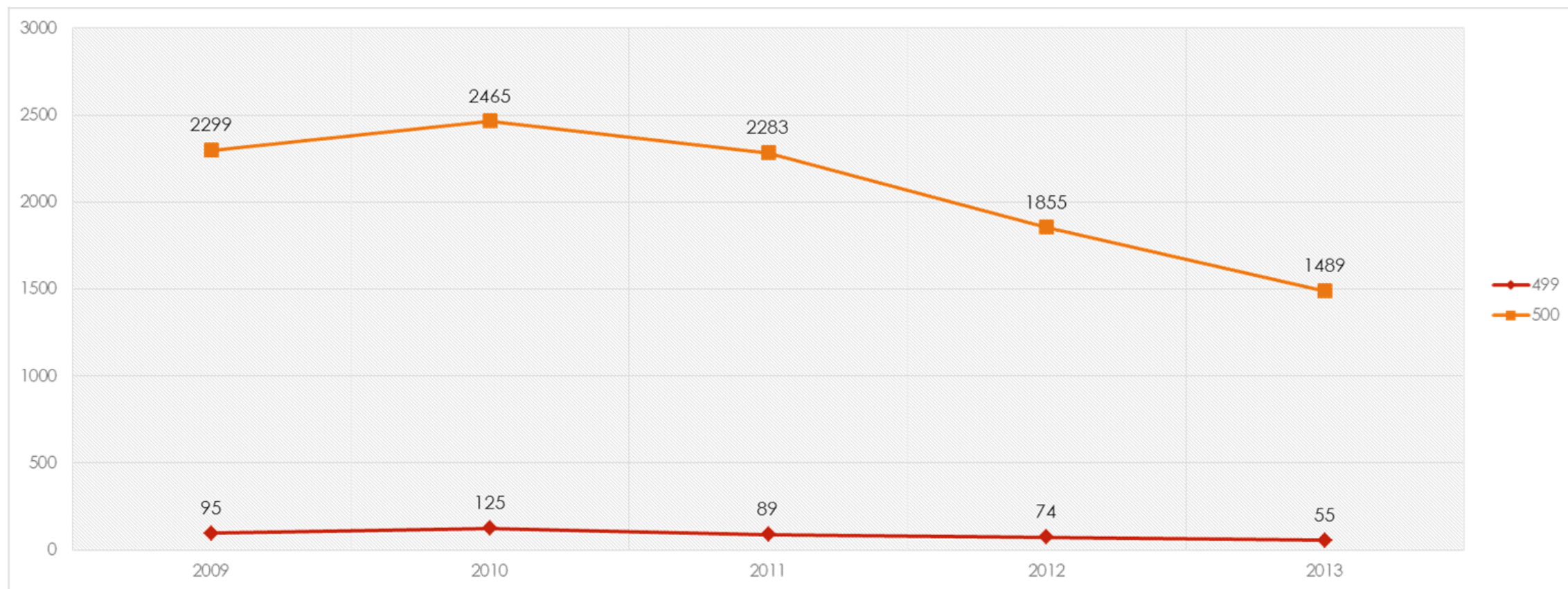
Altra chirurgia vertebrale: dato regionale



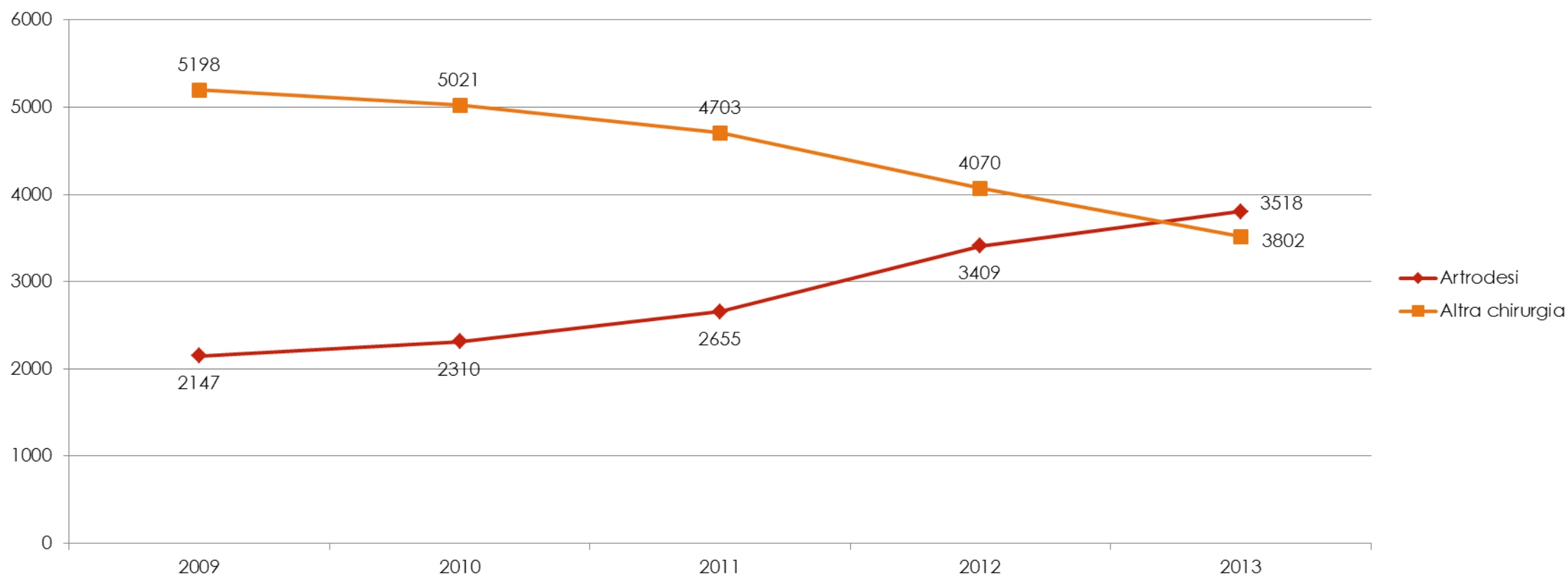
Altra chirurgia vertebrale: strutture pubbliche



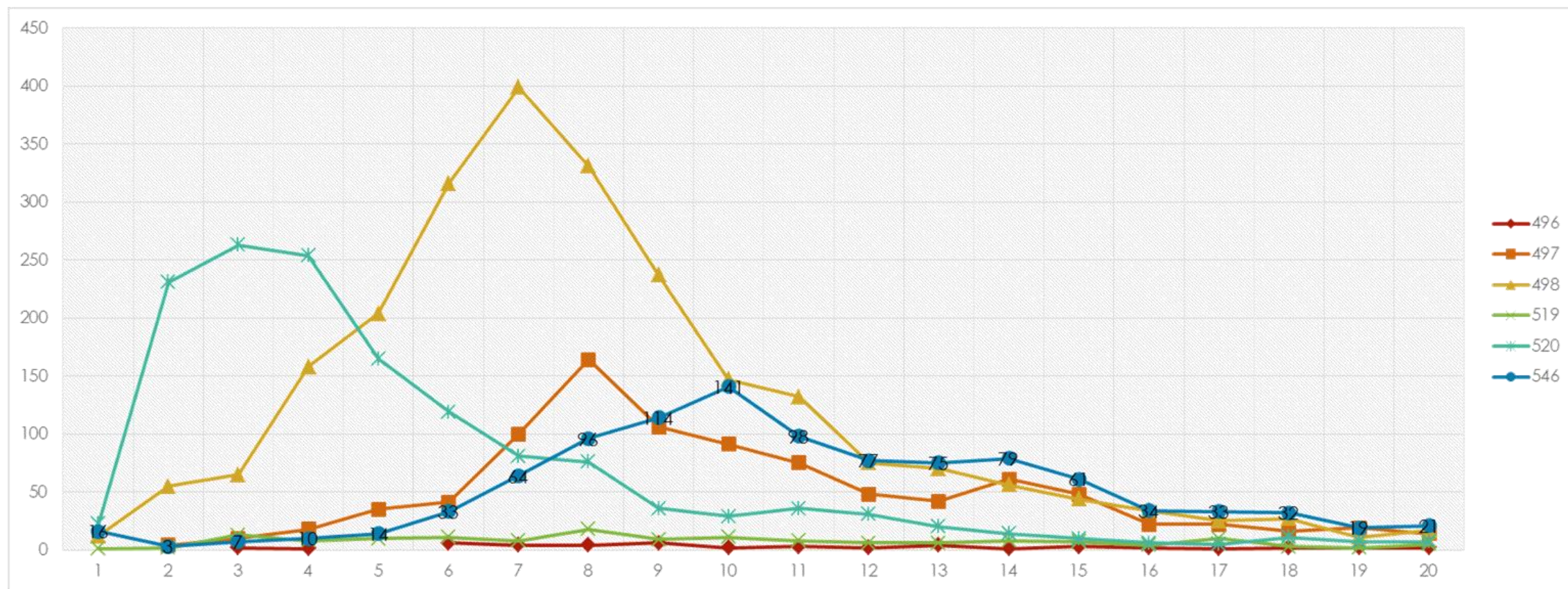
Altra chirurgia vertebrale: strutture private



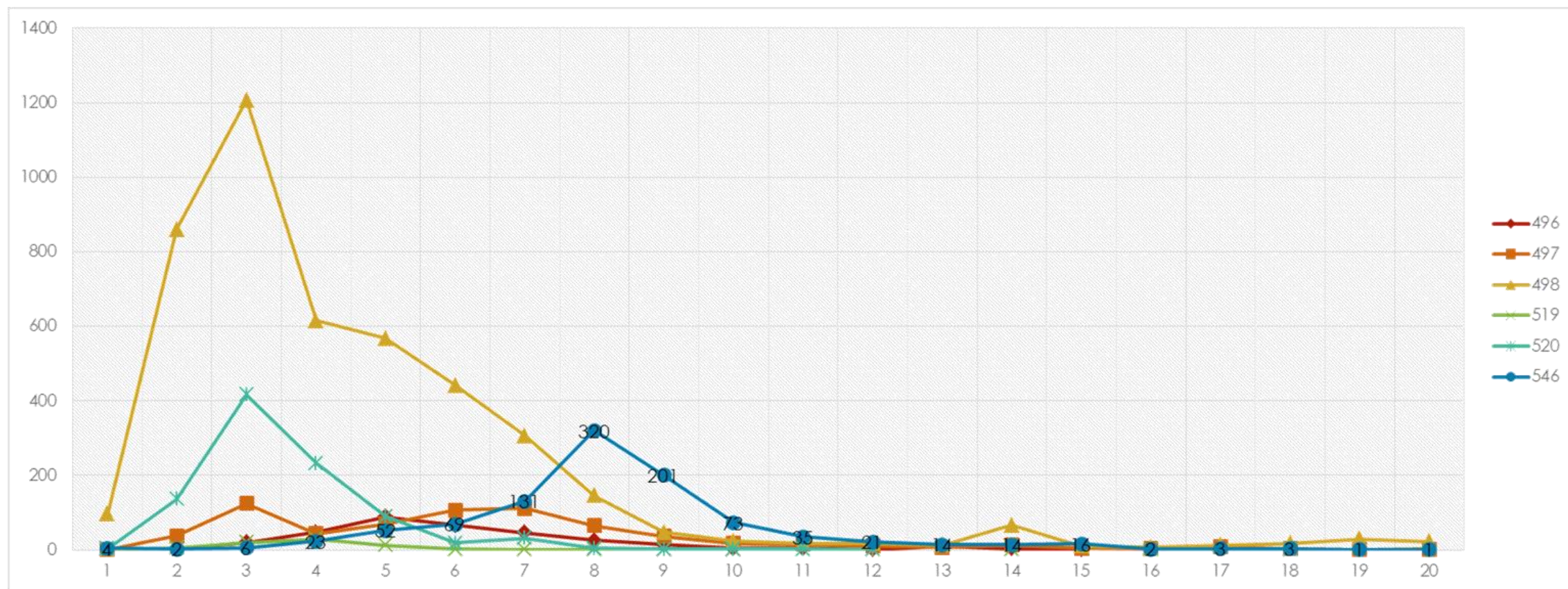
Chirurgia vertebrale: dato regionale



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)



Riferimenti normativi

Legge 133/2008: garantire il controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO

DGR 1706/2009

verifiche periodiche presso le UU.OO, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche, su un campione significativo di cartelle (non inferiore al 5%);

DGR 1890/2010

definizione del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately se erogati in regime di degenza ordinaria

DGR 354/2012

architettura di sistema articolata in Nucleo Regionale di Controllo (NRC), Nucleo di Controllo di Area Vasta e Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)

sistema di pianificazione annuale dei controlli, definito dal NRC e pubblicato nel Piano Annuale dei Controlli (PAC)

Circolare regionale 6/2016

ribadito e integrato l'obbligo informativo delle Aziende, relativamente a volumi controllati, attore del controllo (interno/esterno) condizione che ha determinato la necessità di controllo, effetto economica sortito dal controllo.

Dichiarazione valorizzazione concordata, tabella regionale riassuntiva dei controlli, ...



SDO 2017: flag controllo

Flag controllo (**B022**):

- ▶ i valori 1-SCHEDA CONTROLLATA CON ANNULLAMENTO IMPORTO e 2-SCHEDA CONTROLLATA CON MODIFICA IMPORTO vanno compilati per i soli casi in cui c'è modifica/annullamento dell'importo senza alcuna variazione delle variabili sanitarie (patologie, interventi, DRG)
- ▶ Il codice 3-SCHEDA CON IMPORTO AZIENDALE<IMPORTO REGIONALE PER ACCORDI deve essere utilizzato per inserire in banca dati regionale l'importo aziendale a seguito di accordi.
- ▶ Per i controlli in corso utilizzare il codice 9-SCHEDA CONTROLLATA IN CORSO DI VERIFICA



SDO 2017: documentazione sanitaria

Specificare se la documentazione sanitaria è stata sottoposta o meno a verifica ***interna***, ex DGR 1706/2009 (**B023**)

Specificare se la documentazione sanitaria è stata sottoposta o meno a verifica ***esterna***, ex DGR 1706/2009 (**B024**)

I campi sono obbligatori



SDO 2017: nodo controlli

- ▶ Progressivo univoco di identificazione del controllo (**F001**)
 - ▶ Tipologia di controllo interno (*Valori ammessi: **01**=DRG maldefiniti; **02**=DRG Chirurgico con CC in DH; **03**=DRG Chirurgico con CC in ordinario 0-1 giorno; **04**=DRG con CC in ordinario > 1 giorno; **05**=DRG Medico con CC in DH > 3 accessi; **06**=DRG Medico diagnostici in DH; **07**=DRG Medico senza procedure; **08**=DRG potenzialmente inappropriati; **09**=Ricoveri ripetuti 0-1 giorno; **10**=Ricoveri ripetuti 2-7 giorni; **11**=Ricoveri ripetuti 8-30 giorni; **12**=Onnicomprensività della tariffa; **13**=Controlli appropriatezza clinica; **14**=Interventi sulla colonna (DRG 496 497 498 520 546); **15**=Congruità SDO-Cartella; **16**=Errore di codifica; **17**=Prestazione erogabile in altra intensità di cura (eccetto i 108 DRG potenzialmente inappropriati); **18**=Ricoveri oltre soglia; **19**=Ricoveri ordinari con durata della degenza=2 oppure con durata di degenza=3; con DRG C con MPR in data <> ammissione; **20**=Documentazione clinica carente; **99**=Altri controlli)*) (**F002**)
 - ▶ Tipologia di controllo esterno (come sopra) (**F003**)
-



Ipotesi per l'*it*.DRG

Progetto *it.DRG*



Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere

[Home](#) [Il Progetto](#) [Contatti](#) [Link utili](#) [Eventi e news](#) [Log in](#)

Img

Benvenuti nel sito web del Progetto It.DRG

Questo sito intende informare il pubblico sui contenuti e sull'evoluzione del *Progetto It.DRG*.
Il sito costituisce anche la piattaforma predisposta per facilitare lo scambio di informazioni tra i partecipanti al Progetto.

NEWS

13/03/2015 **Presentazione Nazionale del Progetto IT.DRG** (qui le [slide](#) degli interventi)

29/05/2015 Presentazione del progetto IT.DRG al **Convegno Nazionale AIOP** - "*Progetto IT-DRG. Torna ad essere il modo per finanziare il SSN?*"

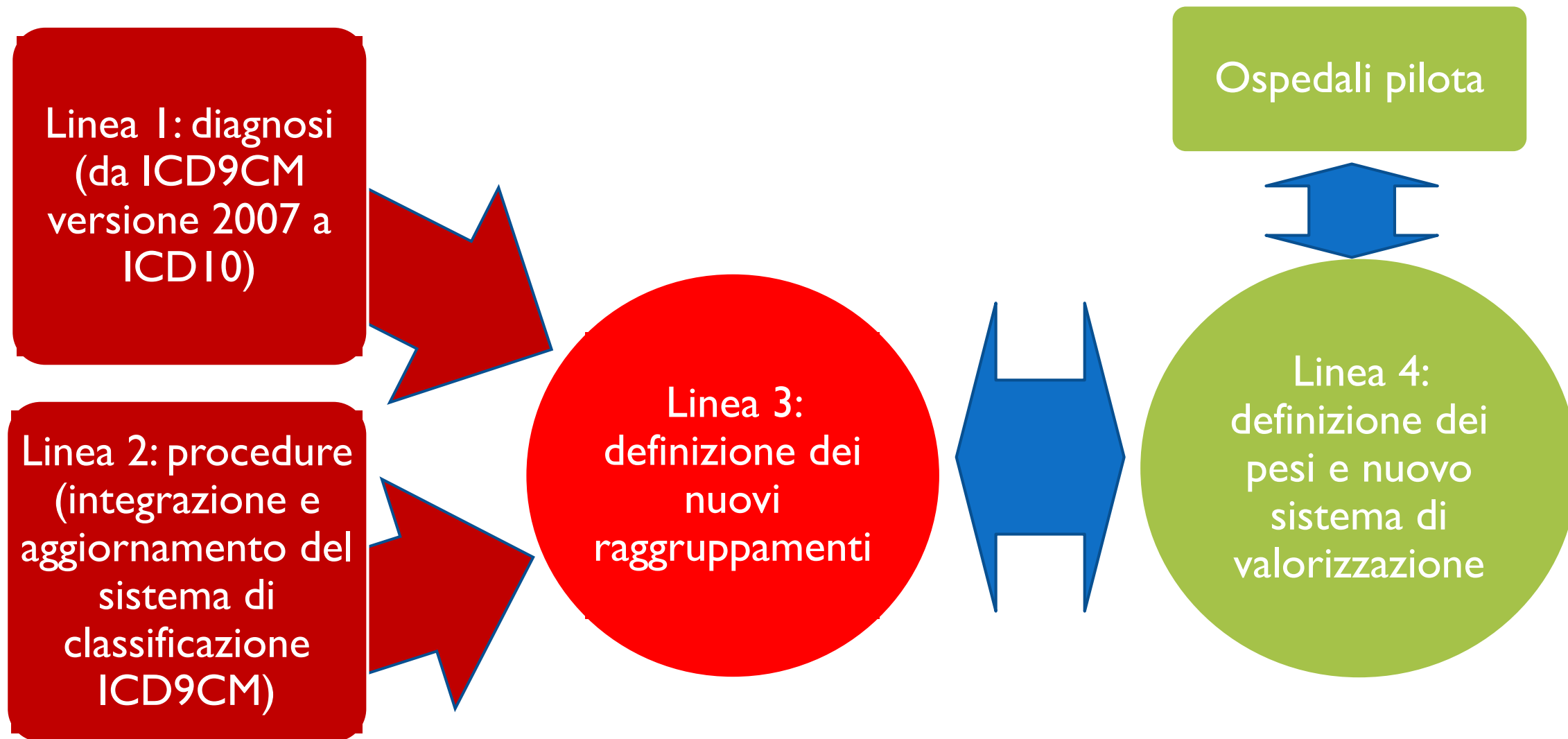
02/10/2015 Presentazione del progetto IT.DRG al **VIII Convegno Nazionale SIHTA** - "*HTA tra decisione e consenso*"

15/10/2015 Presentazione del progetto IT.DRG al **XX Convengo Annuale AIES** - "*Promuovere e governare l'innovazione in sanità sulla base di evidenze*"

20/10/2015 Presentazione del progetto IT.DRG al **Convengo Nazionale N.I.San.** - "*Giornate di studio sui costi standard in sanità*"



Progetto *it.DRG*



Ipotesi per l'*it*-DRG



Caratteristiche del prodotto finale:

- ▶ onnicomprensività della classificazione
- ▶ mutua esclusività delle categorie
- ▶ significatività clinica del sistema di classificazione
- ▶ omogeneità in termini di consumo di risorse ospedaliere
- ▶ utilizzo di informazioni reperibili attraverso la banca dati SDO
- ▶ nessuna significatività (ai fini dell'attribuzione dei casi alle singole categorie) all'ordine in cui diagnosi secondarie e procedure sono riportate sulla SDO
- ▶ gestibilità numerica



Ipotesi per l'*it*-DRG



Principali novità del grouper *it*.DRG:

1. Mantenimento dello schema classificatorio generale della versione 24° dei CMS-DRG
2. Definizione di un numero ristretto di gruppi finali associato ad un sistema di pesatura modulare che consenta di leggere la severità dei casi e di misurarne il livello di assorbimento di risorse
3. Eliminazione degli “split” relativi a complicanze/comorbidità, età del paziente, modalità di dimissione
4. Eliminazione delle Pre-MDC e delle MDC 20, 24 e 25: nuova sistematizzazione dei DRG in MDC specifiche



Ipotesi per l'*it*-DRG



Principali novità del grouper *it*.DRG:

5. Eliminazione o modifica di DRG generati unicamente da procedure ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero e trasferibili in regime ambulatoriale
 - ▶ DRG 006-Decompressione del Tunnel Carpale,
 - ▶ DRG 232-Artroscopia,
 - ▶ DRG 323-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
6. Eliminazione dei DRG caratterizzati da particolari modalità di dimissione
 - ▶ DRG 123 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
 - ▶ DRG 385 Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti
 - ▶ DRG 433 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci - dimesso contro il parere dei sanitari



Complicanze e comorbidità



DRG	Descrizione	tipo	Dimessi	D.M.	stdev
1	Craniotomia, età > 17 anni con CC	C	18.706	16,44	10,7
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	66.495	10,54	5,7
68	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	M	5.135	6,27	3,6
69	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	M	27.865	3,76	2,2
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	C	6.419	8,05	4,2
165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	C	42.653	5,09	2,1
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C	6.547	5,74	2,9
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	104.645	3,58	1,3
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	C	5.889	8,28	7,0
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	135.198	3,62	2,2
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	C	23.728	4,39	2,1
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C	44.429	4,24	2,1
444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	M	9.745	6,10	4,4
445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	M	27.360	2,58	2,2
Fonte: archivio nazionale SDO, anni 2010-2013 – n° SDO esaminate: 29.503.385					



Complicanze e comorbidità



- ▶ Lo split tra ricoveri con o senza CC non consente una puntuale lettura della severità della casistica in quanto, anche per il frequente fenomeno della **codifica opportunistica**, non sempre al DRG complicato è associato un aumento significativo dell'assorbimento di risorse inteso come aumento della durata di degenza, rispetto all'omologo non complicato.
- ▶ Si ritiene pertanto necessaria una revisione delle diagnosi complicanti che saranno associate a diversi coefficienti di modulazione del peso allo scopo di ottenere un sistema di misurazione più articolato della complessità che meglio interpreta il reale assorbimento di risorse



Altre variabili



- ▶ La severità del paziente letta attraverso l'età può essere meglio articolata attraverso la definizione di una sistema di classi di età cui attribuire pesi differenti.
- ▶ Gli odierni profili di trattamento della infezione da HIV e dei Traumi Multipli non giustificano, rispetto all'assorbimento di risorse atteso, una collocazione classificatoria al di fuori della normale logica della MDC. Pertanto i DRG afferenti alle MDC 25 e 24 possono trovare adeguata collocazione rispettivamente nelle MDC 18 (*malattie infettive*) e 21 (*traumatismi*).
- ▶ I DRG 6, 232 e 323, potenzialmente inappropriati, si identificano con procedure tipicamente ambulatoriali che, pur erogabili in regime di degenza, non giustificano la presenza di una classe di ricovero dedicata e possono essere invece ricomprese in altro gruppo finale ed utilizzate per una specifica modulazione del peso standard.
- ▶ La tipologia di dimissione del paziente (deceduto, trasferito o dimessosi volontariamente), è difficilmente associabile ad una significativa variazione del consumo di risorse atteso.



Altre variabili



DRG	Descrizione	tipo	Dimessi	D.M.	stdev
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	M	69.526	8,23	5,1
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	117.713	5,34	3,4
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	M	19.303	5,25	5,7
385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	M	28.698	1,49	1,1
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	M	31.558	32,82	27,4
387	Prematurità con affezioni maggiori	M	33.816	13,91	10,0
388	Prematurità senza affezioni maggiori	M	70.595	6,78	4,2
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	M	105.921	5,08	2,2
390	Neonati con altre affezioni significative	M	206.808	3,23	0,9
391	Neonato normale	M	1.224.952	2,68	0,5

Fonte: archivio nazionale SDO, anni 2010-2013 – n° SDO esaminate: 29.503.385



Ipotesi per l'*it*-DRG

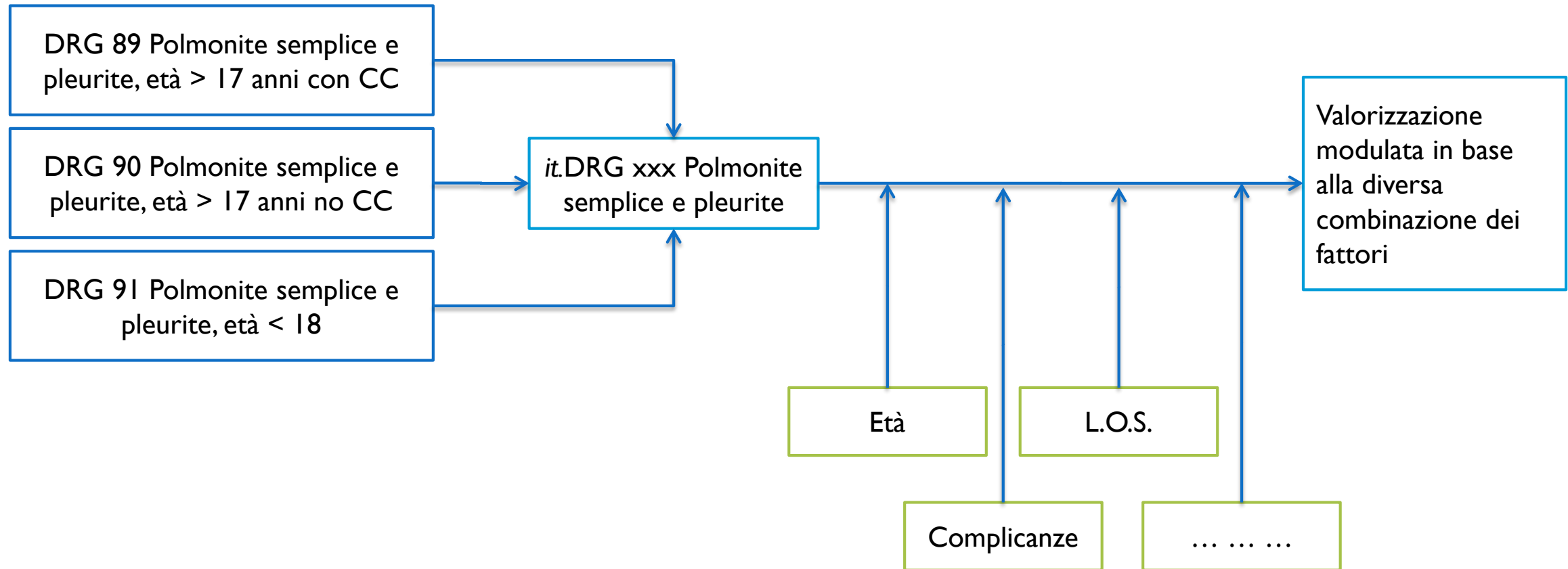


I raggruppamenti finali così ottenuti saranno caratterizzati da un peso relativo standard che sarà modulato secondo un sistema che terrà conto delle seguenti variabili:

- ▶ età del paziente
- ▶ peso alla nascita (per la sola MDC 15)
- ▶ trattamento di complicanze/comorbidità nel corso del ricovero
- ▶ esecuzione di procedure/interventi che influenzano l'assorbimento di risorse, incrementandolo o diminuendolo

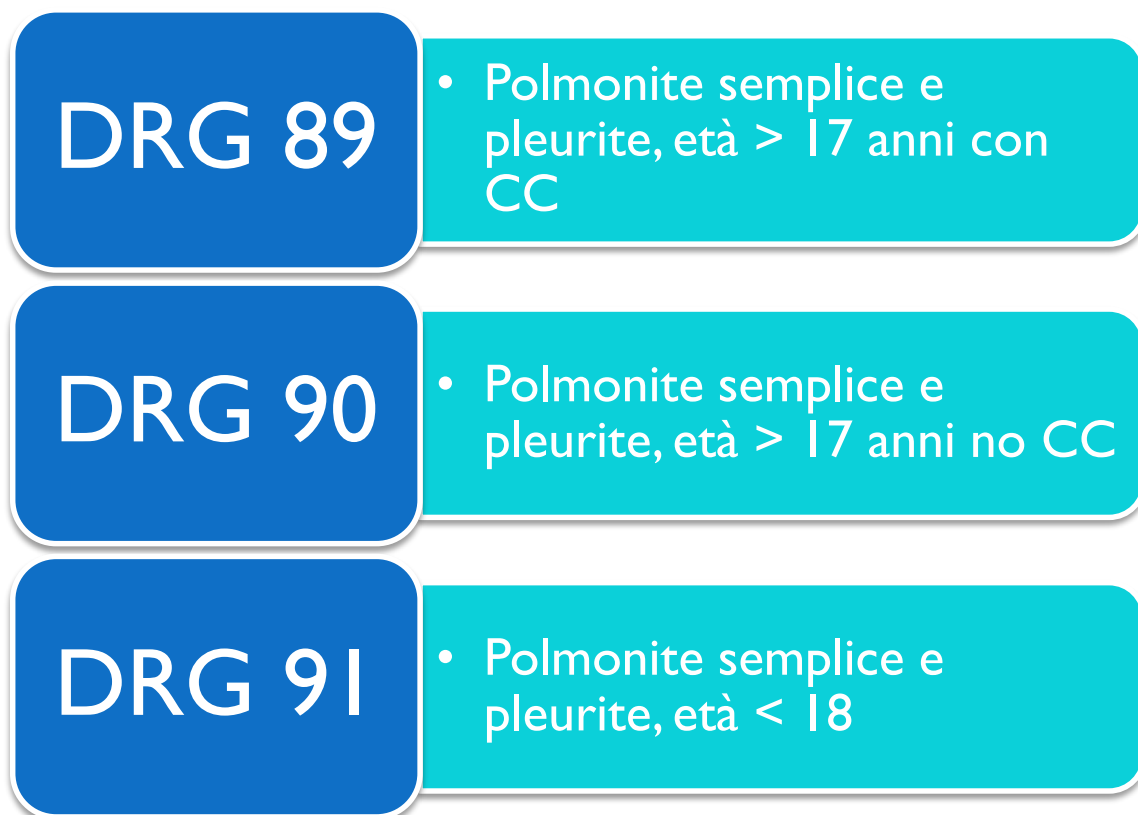


Il modello proposto



Stratificazione della popolazione ospedaliera

Modello attuale



Modello *it.DRG* [ipotesi]

