



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

**COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO**

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO N. 01

DEL 16 OTT. 2009

OGGETTO: Adempimenti L.E.A. – Riferimento Documento Ministero dell’Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 23/03/2005. Recepimento Legge del 06 agosto 2008 n.133 art. 79, 1° comma, *septies* - estensione del controllo della totalità delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i D.R.G. dell’All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 -

Ridefinizione Linee Guida per l’attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell’assistenza secondo criteri di appropriatezza.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO:

Che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

RICHIAMATI:

- il Patto per la Salute, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regione in data 05 Ottobre 2006 (rep.n.2648), che ha ridefinito lo scenario di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2007-2009 e ha delineato il quadro normativo e programmatico all’interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni;
- il Decreto–Legge 25 giugno 2008, n.112 “*Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*” pubblicato in G.U. n. 147 del 25 giugno 2008;
- l’art. 79, comma 1 *septies* del suddetto D.L.: “*All’articolo 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: 2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell’utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell’assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di*

dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze”;

- la Legge 06 Agosto 2008, n. 133 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008. n.112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*”;

CONSIDERATO CHE:

- **con decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è stata istituita, ai sensi dell'art. 58 della legge 23 dicembre 1978, n.833, la scheda di dimissione ospedaliera quale strumento mirato alla raccolta di informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale;**
- **con deliberazione di G. R. n.218 del 31.01.1994 è stata istituita, per la Regione Molise, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO);**
- **il disciplinare tecnico del Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2000, n.380 ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO, fissando regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica ed in particolare, ha previsto l'applicazione della versione italiana 1997 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e dei suoi successivi aggiornamenti per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;**
- **la Nota Regionale n.2838 del 28/02/2001 recepisce il suddetto Decreto;**
- **con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2004 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono stati dettati indirizzi per l'adozione, a partire dal 1° gennaio 2006, della versione italiana 2002 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) ai fini della compilazione della SDO;**
- **che, in seguito, con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stata prevista, con il D.M. del 21.11.2005, l'adozione a partire dal 1° gennaio 2006, sull'intero territorio nazionale, dell'aggiornamento del sistema di classificazione (ICD-9-CM) per la codifica delle diagnosi e interventi/procedure utilizzati nella SDO e dell'aggiornamento della versione 19 della Classificazione D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;**

PRESO ATTO

- **del D.M. del 14/12/94 “Classificazione e tariffazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera”;**
- **del D.M. del 30/06/97 “Aggiornamento delle tariffe” del precedente D.M.;**
- **del richiamato D.M. 21/11/05 “Aggiornamento classificazione” (passaggio dalla versione 14 alla 19 del Grouper);**

PRESO ATTO del D.M. del 18.12.2008 che aggiorna sia la classificazione dei codici di diagnosi e procedure con la introduzione della ICD-9-CM 2007, sia il sistema di classificazione dei D.R.G., passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper;

CONSIDERATO CHE il recepimento del suddetto D.M. è avvenuto con la D.G.R. n. 783 del 20/07/09, pubblicata sul B.U.R.M. n. 20 del 01/09/09, i cui allegati riportano anche la definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i D.R.G. di nuova introduzione;

VISTO il D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, che prevede l'attivazione da parte delle Regioni e della aziende Unità sanitarie Locali di un sistema di monitoraggio e di controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO CHE il Decreto Legislativo n.229 del 19 giugno 1999 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*" (G.U. n.165 del 16/07/1999) stabilisce che le regioni e le aziende unità sanitarie locali **attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese;**

CONSIDERATO CHE ai sensi dell'art.8-octies del suddetto D.Lgs., è stabilito l'obbligo del controllo di appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie prodotte dalle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*" ed, in particolare, l'Allegato 2C "*Prestazioni incluse nei LEA*" che indica un elenco di 43 D.R.G. ad alto rischio di inappropriatazza (17 di tipologia Chirurgica = 006, 039, 040, 041, 042, 055, 119, 158, 160, 162, 163, 232, 262, 267, 270, 364, 503 e 26 di tipologia Medica = 019, 025, 065, 131, 133, 134, 142, 183, 184, 187, 208, 243, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 301, 324, 326, 395, 426, 427, 429, 467) ad alto rischio di inappropriatazza, se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità in R.O., fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali;

VISTO CHE

- il summenzionato D.M. del 21 novembre 2005 "*Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere*" (G.U. Serie Generale n. 283 del 5 dicembre 2005) ha eliminato il D.R.G. 222 ed introdotto il corrispettivo D.R.G. 503;
- ed il D.M. del 18 dicembre 2008 "*Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere*" (G.U. Serie Generale n. 56 del 9 marzo 2009) ha eliminato il D.R.G. 025 sdoppiandolo nei D.R.G. 563 e 564 (quest'ultimo cefalea affine all'ex 25) ed ha introdotto il nuovo D.R.G. 574 nato dagli ancora presenti D.R.G. 395 e 398 e che pertanto i D.R.G. ad alto rischio di inappropriatazza restano 43;

CONSIDERATO CHE

- per i D.R.G. chirurgici dell'All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 oltre al già citato regime in D.S. sarà approvato l'istituto del Day Service Ambulatoriale (allo stato in via di definizione);

- i D.R.G. medici dell'All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 saranno inquadrati correttamente negli istituendi P.A.C. (Pacchetti Ambulatoriali Complessi di prestazioni raggruppate per diagnosi) in alternativa all'attuale regime in D.H.;
- Per la regolamentazione degli stessi vige la D.G.R. n. 874 del 04 luglio 2005 "*Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise*" elaborata per definire i criteri di appropriatezza distinti in maggiori e minori (almeno 3 per singolo accesso) dei ricoveri in regime di Day Hospital, ribadendo che i ricoveri in D.H. devono avere approccio multidisciplinare ed includere solo patologie che richiedono prestazioni complesse non eseguibili a livello ambulatoriale;
- per i D.H. dei D.R.G. di tipologia medica del D.P.C.M. 29 novembre 2001 dalla data di pubblicazione del presente atto, non potrà essere erogato più di un accesso;
- per il D.R.G. 410 (Chemioterapia), in cui vengono somministrati farmaci oncologici, attualmente gli stessi non vengono scorporati ed inclusi nel File F del Tracciato Record della T.U.C., così come previsto dalla Commissione Salute del 02/04/09, ma avviene una remunerazione con tariffa onnicomprensiva bassa del D.R.G. sia in R.O. che in D.H. e che per quest'ultimo regime è allo studio e sarà d'imminente approvazione una tariffa equa onnicomprensiva del Day Hospital Terapeutico;

CONSIDERATO anche che, riguardo all'argomento, la Regione Molise ha già adottato:

- la D.G.R. n.1409 del 27.10.2004 "*Linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria a ciclo diurno e per la corretta erogazione dei 43 DRG ad alto rischio d'inappropriatezza (All. 2C al D.P.C.M. 29 novembre 2001) con relative percentuali/soglia di ammissibilità*"
- la D.G.R. n.104 del 09.02.2007 "*Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei L.E.A. art.9 Intesa Stato-Regione del 23.3.2005 – Adempimenti anno 2005 – Presa d'atto Valutazione tecnico-istruttoria organismo unico di supporto ed approvazione integrazione ed abbassamento soglia rispetto alla delibera di G.R. 1409/2004*"
- la D.G.R. n.718 del 25.06.2007 "*D.G.R. 362/2007 – P.O. Accordo tra Regione Molise – M.E.F. e Ministero della Salute del 27.3.2007 – Obiettivo specifico n.13 e n. 14 – Obiettivo operativo 13.1 e 14.2 a correzione delle D.G.R. n. 1409/04 e D.G.R. n. 104 del 9.2. 2007*"

che indicano il valore soglia/percentuale massimo di derogabilità in R.O. per i 43 DRG del D.P.C.M. 29/11/2001 – per le annualità 2008-2009 a cui tutti gli Istituti pubblici e privati devono attenersi (di tali Delibere si allega Tabella riepilogativa-cfr.doc.1);

CONSIDERATE le Linee Guida 1/1995 di cui alla Circolare del Ministero della Sanità n.1/1995 (pubblicata nella G.U. n.150 del 29/06/1995 - punto 6), ribadite anche nella nota del Ministero della Sanità n.100 SCPS/1968 in data 11/11/1996 e riepilogate nella Tabella 6 Ministeriale, che si allega (cfr.doc.2);

CONSIDERATO CHE il controllo campionario delle SDO e delle cartelle cliniche già avviene in Regione Molise con metodo rigorosamente randomizzato o stratificato secondo i dettami della Tabella 6 Ministeriale per almeno il 20% delle SDO;

RITENUTO di prevedere un controllo logico-formale e di merito tecnico-sanitario esteso al 100% delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i 43 DRG elencati nell' All. 2C del D.P.C.M. e sue modificazioni, ai sensi della Legge 06 Agosto 2008, n. 133 relativamente all'anno 2009;

SI RIBADISCONO le Linee guida a cui la ASREM deve attenersi nell'espletamento dell'attività di controllo di SDO e Cartelle Cliniche, atte ad evidenziare e sanzionare comportamenti opportunistici, fenomeni distorsivi ed implementazione dei Ricoveri stessi.

Monitoraggio e Verifica devono riguardare oltre il controllo logico-formale ed amministrativo, anche il controllo di merito tecnico sanitario verso le seguenti difformità:

1. Ricoveri brevi (2-3 gg)
2. Ricoveri inappropriati per i L.E.A.
3. Ricoveri anomali (> V.S.)
4. Ricoveri complicati
5. Ricoveri ripetuti
6. Ricoveri eccedenti il T.U.
7. D.R.G. incoerenti
8. Trasferimenti inappropriati (in 2°- 3° giornata)
9. Accuratezza della SDO e della codifica ICD-9-CM (metodo A.D.P.-D.R.G./P.R.U.O.)
10. Altri tipi di controllo (D.R.G. Mal definiti, D.R.G. Sentinella, Ricoveri concomitanti con altre prestazioni, D.R.G. medici in area chirurgica, etc.)
11. Audit medico sulla qualità dell'assistenza

Anche attraverso il MONITORAGGIO dei principali indicatori ospedalieri qualitativi, quantitativi e di efficienza per ogni singola Struttura, che si riepilogano:

1. Degenza Media
2. Peso Struttura
3. Indice di Case-Mix
4. A.P.R.- D.R.G. (Classi peso/D.R.G.)
5. Normogramma di Barber
6. I.C.P. - Indice Comparativo di Performance (per reparti chirurgici)
7. Indice di Attrazione
8. Indice di Appropriatezza
9. Tempi di erogazione
10. Modalità di dimissione e provenienza
11. Tasso di Utilizzo dei P.L.
12. Occupazione Giornaliera Media
13. Indice di Rotazione
14. Intervallo di Turnover
15. Indice di Concentrazione
16. Tasso di Mortalità
17. Tasso di Incidenza
18. Analisi A.C.C. (Aggregazione per Costi Clinici)

La ASREM deve attivare un sistema di controllo e provvedimenti concomitanti, tutti orientati al contenimento dei Ricoveri ed al controllo dell'appropriatezza degli stessi;

RICHIAMATO l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro, di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311;

VISTA l'esigenza che ha la Regione Molise di adempiere agli obiettivi del Piano di rientro, nella fattispecie dei punti 14.1 ("*Messa a regime del sistema di valutazione approvato con provvedimento regionale*"), 14.2 ("*Definizione di ulteriori requisiti appropriatezza attività ospedaliera*") e 14.3 ("*Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo*");

RITENUTO di accogliere la raccomandazione del Ministero della Salute di ottemperare agli obblighi indicati nella Parte I punto 2.1.2 (Controllo cartelle cliniche) dell'Allegato 1 del Questionario L.E.A. 2008;

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009;

DECRETA

- quanto sopra esposto è parte integrante e sostanziale del seguente dispositivo e si intende integralmente riportato;
- che il controllo logico- formale e di merito per l'anno 2009 è esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata;
- che dallo stesso anno il controllo sugli altri D.R.G. deve essere effettuato su almeno il 20% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti Schede di Dimissione Ospedaliera, secondo i parametri in precedenza elencati;
- che la ASREM deve trasmettere gli atti inerenti l'attività del controllo effettuato, annualmente entro il terzo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento, alla Regione che a sua volta procede alla verifica, mediante ulteriore controllo e alla validazione dei dati da parte del Servizio competente istituito con D.G.R. n.1262 del 28/11/2008 prima della trasmissione al Ministero della Salute ai sensi degli artt. 4-5 del D.M. 12/12/2001, e dell'invio al Coordinamento T.U.C. per la Compensazione Interregionale;
- che la ASREM è tenuta all'osservanza ed all'applicazione delle disposizioni del presente provvedimento;
- di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute , Comitato L.E.A.;
- di pubblicare integralmente il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise al fine di consentire un'adeguata diffusione dei suoi contenuti.

Il Dirigente del Servizio Ispettivo

(dott. Michele Antonelli)

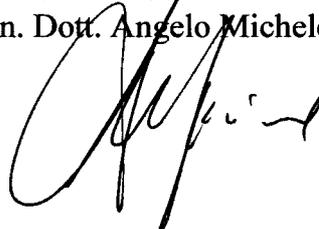


Visto: il Direttore Generale



Campobasso, 16 OTT. 2009

IL COMMISSARIO AD ACTA
(On. Dott. Angelo Michele Iorio)



| N | DRG | Tipo | | D.G.R. 1409 /04 | D.G.R. 104 /07 | D.G.R. 718/07 differenza | 2007 | 1° sem. % | 2° sem. % | Max % R.O. 2008 | Note |
|---|--------|------|------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|------|-----------------|-----------------|-----------------------|------|
| | | | CHIRURGIA | % | % | % | % | 2008 | 2008 | Media | |
| | 006 | C | Decomp. tunnel carpale | 22 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| | 039 | C | Interv. sul cristallino | 46,5 | 33 | 33 - 15 = 18 | 30,3 | 26,7 | 23,1 | 25 % | |
| | 040 | C | Interv. extraoculari > 17 a. | 36 | 30 | 30 - 15 = 15 | 27,7 | 24,3 | 21,3 | 23 % | |
| | 041 | C | Interv. extraoculari < 17 a. | 57 | 40 | 40 - 15 = 25 | 36,2 | 31,2 | 26,2 | 29 % | |
| | 042 | C | Interv. sulle strutture intraocul. | 54 | 50 | 50 - 15 = 35 | 49,7 | 42,7 | 35,7 | 39 % | |
| | 055 | C | Miscellanea interv. di O.R.L. | 81 | 66 | 66 - 15 = 51 | 58,3 | 48,1 | 37,9 | 43 % | |
| | 119 | C | Legatura e stripping di vene | 58 | 40 | 40 - 15 = 25 | 36,2 | 31,2 | 26,2 | 29 % | |
| | 158 | C | Interventi su ano e stoma | 76 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 160 | C | Interv. per ernia > 17 a con c/c | 88 | 80 | 80 - 15 = 65 | 70,2 | 57,2 | 44,2 | 51 % | |
| | 162 | C | Interv. per ernia > 17 a (tr. 1g). | 71,5 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 163 | C | Interventi per ernia < 17 anni | 72 | 66 | 66 - 15 = 51 | 58,3 | 48,1 | 37,9 | 43 % | |
| | 232 | C | Artroscopia | 69 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| | 262 | C | Biopsia della mammella (85.21) | 46 | 33 | 33 - 15 = 18 | 30,3 | 26,7 | 23,1 | 25 % | |
| | 267 | C | Interventi perianali e pilonidali | 61 | 33 | 33 - 15 = 18 | 30,3 | 26,7 | 23,1 | 25 % | |
| | 270 | C | Altri interventi sulla pelle, etc. | 26 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| | 364 | C | Dilatazione o raschiamento | 36,5 | 35 | 35 - 15 = 20 | 27,0 | 23,0 | 19,0 | 21 % | |
| | 503 | C | Interv. sul ginocchio (80.6) | 72 | 72 | 72 - 15 = 57 | 63,5 | 49,1 | 34,7 | 42 % | |
| C | Tot.17 | | | | | | | | | | |
| | | | MEDICINA | | | | | | | | |
| | 019 | M | Malattie dei nervi senza c.c. | 63 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 025 | M | Convulsioni e cefalea | 67 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 065 | M | Turbe dell'equilibrio | 74,5 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 131 | M | Malattie vascolari periferiche | 61 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 133 | M | Aterosclerosi (no c.c.) | 65 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 134 | M | Ipertensione | 51 | 46 | 46 - 15 = 31 | 41,3 | 35,1 | 28,9 | 32 % | |
| | 142 | M | Sincope e collasso | 70,6 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 183 | M | Esofagite, etc. > 17 non c.c. | 66,6 | 56 | 56 - 15 = 41 | 49,8 | 41,6 | 33,4 | 38 % | |
| | 184 | M | Esofagite, etc. < 17 non c.c. | 64,6 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 187 | M | Estrazione dentaria | 42 | 30 | 30 - 15 = 15 | 27,7 | 24,7 | 21,7 | 23 % | |
| | 208 | M | Malattie vie biliari | 77 | 66 | 66 - 15 = 51 | 58,3 | 48,1 | 37,9 | 43 % | |
| | 243 | M | Affezioni mediche del dorso | 76 | 50 | 50 - 15 = 35 | 44,7 | 37,7 | 30,7 | 34 % | |
| | 276 | M | Pat. non maligne mammella | 78 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| | 281 | M | Traumi pelle etc... > 17 anni | 44 | 50 | 50 - 15 = 35 | 44,7 | 37,7 | 30,7 | 34 % | |
| | 282 | M | Traumi pelle etc... < 17 anni | 44,5 | 40 | 40 - 15 = 25 | 36,2 | 31,2 | 26,2 | 29 % | |
| | 283 | M | Malattie minori pelle con c.c. | 29,5 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 284 | M | Mal. minori pelle senza c.c. | 58 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| | 294 | M | Diabete | 40,5 | 40 | 40 - 15 = 25 | 36,2 | 31,2 | 26,2 | 29 % | |
| | 301 | M | Malattie endocrine | 76,5 | 25 | 25 - 15 = 10 | 23,5 | 21,5 | 19,5 | 21 % | |
| | 324 | M | Calcolosi urinaria senza c.c. | 68 | 55 | 55 - 15 = 40 | 49,0 | 41,0 | 33,0 | 37 % | |
| | 326 | M | Segni e sintomi Rene etc | 65 | 33 | 33 - 15 = 18 | 30,3 | 26,7 | 23,1 | 25 % | |
| | 395 | M | Anomalie globuli rossi | 26,5 | 38 | 38 - 15 = 23 | 34,5 | 29,9 | 25,3 | 28 % | |
| | 426 | M | Nevrosi depressiva | 24,5 | 66 | 66 - 15 = 51 | 58,3 | 48,1 | 37,9 | 43 % | |
| | 427 | M | Nevrosi non depressiva | 56 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 429 | M | Disturbi organici e rit. ment. | 43,5 | 60 | 60 - 15 = 45 | 53,2 | 44,2 | 35,2 | 40 % | |
| | 467 | M | Altri fatt. che influenzano s.s. | 66 | 20 | 20 - 15 = 5 | 19,2 | 18,2 | 17,2 | 18 % | |
| M | Tot.26 | | | | | | | | | | |

Tot. M + C = 43 DRG

Media generale anno max. valore soglia in R.O. 30 %

CONTROLLO ESTERNO SU ASSISTENZA OSPEDALIERA

AZIENDA
STRUTTURA

ASREM 140/201

Cod.

| TIPOLOGIA CONTROLLI | DRG EROGATI | | CONTROLLATI | | CONTESTATI | | IMPORTO REVISIONI | IMPORTO RECUPERATO |
|--|-------------|---|-------------|---|------------|---|-------------------|--------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| 1) RICOVERI BREVI (2-3 gg.) | | | | | | | | |
| 2) RICOVERI INAPPROPRIATI per i LEA | | | | | | | | |
| 3) RICOVERI ANOMALI (> V.S.) | | | | | | | | |
| 4) RICOVERI COMPLICATI | | | | | | | | |
| 5) RICOVERI RIPETUTI | | | | | | | | |
| 6) RICOVERI ECCEDENTI il T.U. | | | | | | | | |
| 7) RICOVERI INCOERENTI | | | | | | | | |
| 8) TRASFERIMENTI INAPPROPRIATI (2 ^a 3 ^a gg.) | | | | | | | | |
| 9) ACCURATEZZA SDO e CODIFICA ICD-9-CM | | | | | | | | |
| 10) ALTRI TIPI DI CONTROLLO (Mal definiti etc.) | | | | | | | | |
| 11) AUDIT MEDICO SU QUALITA' ASSISTENZA | | | | | | | | |
| TOTALE SDO n° | | | | | | | | |
| TOTALE DIMESSI n° | | % | | % | | % | | |