



Regione Molise
Servizio Ispettivo Regionale
Dirigente Responsabile
dott. Michele Antonelli

DISCIPLINARE TECNICO

1. ATTIVITÀ E SISTEMI DI CONTROLLO

Il sistema regionale dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto la verifica dell'attività erogata da tutte le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private.

I soggetti responsabili della effettuazione dei controlli sono la ASREM e la REGIONE.

La ASREM, come stabilito dal decreto Regionale n.01 del 16 ottobre 2009, deve effettuare il controllo logico-formale ed il controllo di merito tecnico-sanitario sulla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza (D.P.C.M. 29/11/2001 All.2 C) ed il controllo sugli altri D.R.G. su almeno il 20% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO su tutte le Strutture Ospedaliere Private Accreditate di sua competenza.

Essa deve altresì trasmettere gli atti delle verifiche effettuate con risultati anche ai fini contabili, secondo le scadenze prestabilite (semestrali) al Servizio Ispettivo Regionale il quale, a sua volta, verifica la regolarità dei controlli effettuati dalla ASREM, può mettere in pratica ulteriori controlli, qualora ritenuti necessari, anche ai fini degli Accordi stipulati con le Regioni confinanti nonché per la regolare trasmissione dei Flussi della mobilità sanitaria interregionale secondo le normative predisposte dalla T.U.C. (Testo Unico Compensazione).

L'attività di controllo, come da artt. 2 e 8 octies del D.Lgs. 502/92, si compone di tre fasi:

1^a fase Amministrativo – Contabile e Logico – Formale;

2^a fase Tecnico – Sanitaria e decurtazioni contabili;

3^a fase Definizione finale dopo le eventuali controdeduzioni e calcolo ai fini del conguaglio.

Il controllo per essere valido e completo deve raggiungere le seguenti finalità:

- avere anche fini economici (decurtazione delle tariffe errate applicate);
- essere di monito (evidenziazioni degli errori compiuti);
- essere chiaro (formulazione descrittiva dell'evento constatato);
- formare i referenti SDO di reparto (per l'ottimizzazione del sistema);
- tendere al miglioramento di efficienza ed efficacia;
- monitorare costantemente le Strutture erogatrici;
- correggere la fenomenologia impropria;
- completare la verifica con il calcolo degli Indicatori;
- attenersi alla Tabella 6 Ministeriale ed alle Linee Guida;
- avere metodologie standard e costi minimi;
- essere facilmente riproducibile ed adattabile alle varie situazioni;
- permettere dopo la formulazione delle contestazioni, le opportune controdeduzioni e pervenire alle definizioni di seconda istanza, con calcoli contabili utili ai fini remunerativi;
- analizzare i dati, entrando nel creping della SDO (Analisi Codifiche ICD-9-CM);
- potersi esprimere su: APPROPRIATEZZA clinica, SPECIFICITÀ della Codifica, COMPLETEZZA della Sdo, CONGRUITÀ delle Tariffe;
- risalire alla causa del ricovero, ed anche in base alle Modalità di dimissione e provenienza, valutare a posteriori il singolo caso nella sua interezza;
- essere analitico e sistematico nello stesso tempo.

2. CONTROLLO SUI RICOVERI

Il controllo analitico e sistematico deve riguardare:

- 1) Ricoveri ordinari con degenza particolarmente breve (2/3 gg);
- 2) Ricoveri ordinari inappropriati per il D.M. dei L.E.A.;
- 3) Ricoveri anomali per durata di degenza od outliers;
- 4) Ricoveri complicati con % significativa (> 20%) rispetto all'omologo D.R.G.;
- 5) Ricoveri ripetuti per stessa patologia entro il V.S.;
- 6) Ricoveri eccedenti il T.O. max (Capacità Lavorativa Massima);
- 7) Ricoveri con D.R.G. incoerenti;
- 8) Ricoveri con Trasferimento inappropriato (in 2^a – 3^a giornata);
- 9) Accuratezza della codifica SDO (caratteri ICD-9-CM - 2007);
- 10) Ricoveri con D.R.G. mal definiti;
- 11) Altro tipo di controllo (D.R.G. sentinella, etc.);
- 12) Audit medico sulla qualità dell'assistenza.

A) SISTEMI DI CONTROLLO

Gli Organismi di controllo devono operare in maniera appropriata ed uniforme per tutte le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private della Regione e devono usare Metodologie standardizzate, nonché essere conformi ai Protocolli, secondo quanto stabiliscono le Linee Guida Nazionali, e con metodo Stratificato rigorosamente casuale – Randomizzato (Tab. n° Random).

Tali STRUMENTI standard validi per un sistema iso-risorse sono:

Metodica A.D.P. – D.R.G. per il controllo delle Case di Cura Private.

Metodica che valuta l'Appropriatezza della Codifica di diagnosi e procedure e le loro variabili sull'incidenza dell' Algoritmo del Grouper nell'assegnazione del D.R.G. più congruo e consono alle patologie trattate. Si ribadisce che le diagnosi anamnestiche che non hanno influenza sul singolo episodio di ricovero non vanno segnalate in SDO e che secondo lo M.D.C. (Medical Code Editor) il ricovero per poter essere classificato come complicato deve avere degenza di durata significativa o particolari esigenze clinico-assistenziali tali da meritare tale affinità.

Metodica A.P.R./M.A.A.P. per gli Ospedali Pubblici e Privati.

Modello di analisi che con rigore scientifico elabora l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri, basandosi per elenchi normativi di procedure, attraverso un percorso che valuta con particolare attenzione i contenuti assistenziali dei diversi setting con l'applicazione di un tracciante procedurale che segna i confini assistenziali delle diverse modalità di ricovero. Esso si basa su tre tipologie di discriminanti:

- intensità-durata dell'assistenza;
- esecuzione di interventi-procedure;
- connessione logica codifica diagnosi/procedura.

Questo sistema può essere definito come modalità organizzativa appropriata per definire il setting assistenziale che arreca migliore o identico beneficio al paziente con minore impiego di risorse.

In sostanza trattasi di un modello di analisi le cui componenti possono essere opportunamente modulate, mappate e tarate per aree organizzativamente e culturalmente omogenee, purché esse vadano periodicamente aggiornate con l'evolversi delle capacità tecnologiche ed organizzative.



Strumento P.R.U.O. per il controllo degli Istituti Pubblici.

Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale per Acuti; Strumento che con i suoi 19 criteri standard + i 2 Override per la discrezione dei rilevatori SDO, controlla l'appropriatezza delle giornate di degenza prese singolarmente, onde impedire permanenze inutili ai fini diagnostico-assistenziali. Strumento anche di facile applicazione, ma che richiede dispendio di risorse umane nonché adeguata formazione per i medici rilevatori di Cartelle Cliniche.

Strumento A.P.P.R.O. per la valutazione dei Ricoveri in D.H.

Metodologia che valuta l'approccio multidisciplinare del D.H. e che con i suoi criteri:

Maggiori, Minori, e Nulli (M1 – m3 – n0)

verifica l'Appropriatezza dei singoli accessi che per essere validi devono riportare almeno uno a criterio maggiore oppure almeno tre a criterio minore.

Tale strumento approntato dallo scrivente per la Regione Molise, adottato con D.G.R. n°874/05, pubblicato sul B.U.R.M. n.23 del 16/08/05, è tuttora in vigore, necessita solo di ampliamento e revisione anche in base al D.M. del 18/12/08 che introduce nuovi D.R.G. e nuovi caratteri della codifica (versione 24 del Grouper).

Disease Staging (Stadi 1-4) con codifica I.C.-I.D.H. per i ricoveri in Riabilitazione.

Metodica che verifica l'appropriatezza del Ricovero insieme alla valutazione dei protocolli riabilitativi ed ai progetti riabilitativi individuali i quali devono riportare la valutazione all'income, l'obiettivo a breve, medio e lungo termine e l'Outcome all'uscita. Essi sono imperniati sull'utilizzo di apposite Scale di Disabilità tipo: F.I.M., Barthel, Glasgow scale etc. Il range di valutazione deve permettere di stabilire il percorso riabilitativo più idoneo, nonché l'appropriata durata di degenza per ogni singolo caso trattato.

I ricoveri in riabilitazione vengono remunerati per M.D.C.. Essa riguarda il post-acuzie poiché in riabilitazione vengono trattati i postumi della fase acuta di malattia.

B) MONITORAGGIO

a) Calcolo degli Indicatori Ospedalieri

Va effettuato il monitoraggio dei Ricoveri attraverso il calcolo dei principali INDICATORI Ospedalieri qualitativi, quantitativi e di efficienza che sono i seguenti:

- | | |
|---------------------------------|--|
| - Degenza Media | - Indice di Attrazione |
| - Tasso di Occupazione | - Costo medio del Ricovero |
| - Occupazione giornaliera media | - Costo medio di un Accesso/giornata |
| - Indice di Rotazione | - Peso della Struttura |
| - Intervallo di Tounover | - Indice di Case-Mix |
| - Modalità di Erogazione | - I.C.P. Indice Comparativo di performance |
| - Indice di Inappropriatezza | - Indicatori di incidenza |
| - Normogramma di Barber | |



b) **INDICATORI T.U.C.**

Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza delle attività di ricovero ospedaliero scambiata in regime di mobilità sanitaria interregionale prevede:

FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	
AREA	
Chirurgica	Utilizzo del regime di ricovero per procedure eseguibili a livello ambulatoriale
	Utilizzo del regime di ricovero di due o più giorni per procedure eseguibili a livello di day surgery o one day surgery con conseguente aumento del valore del ricovero
	Effettuazione di prestazioni non incluse nei LEA come quelle di chirurgia refrattiva
Medica	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale o di day hospital
	Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale
Oncologica	Utilizzo del regime di ricovero anziché del regime ambulatoriale per trattamenti radioterapici ???
Riabilitativa	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale
	Degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione
	Degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa
	Dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero
	Registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti
Tutte le aree	Attribuzione artificiosa del ricovero al DRG più "conveniente"
	Ricoveri ordinari consecutivi in reparti per acuti



I SET DI INDICATORI TUC

Area	Codice	Indicatore	Valore %	Note
Chirurgica	C1 (09) C1 (13) C1 (14) C1 (36) C1 (38) C1 (43)	Percentuale pazienti dimessi in regime di R.O. con DRG medico sul totale dimessi. Percentuale pazienti dimessi in regime di R.O. per i D.R.G. LEA sul totale dei Ricoveri di tipologia Chirurgica.	15%	
	C2 (34)	Percentuale pazienti dimessi in regime di R.O. con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più chirurgici) nei reparti di Oculistica. N. dimessi per tutti i ricoveri (RO e DH) per D.R.G. 42 con intervento principale codice 11.79 e uno dei seguenti codici di diagnosi: 367.0 - 367.1 - 367.20 - 367.21 - 367.22.	15%	Numero di pazienti con DRG 42, intervento principale codice 11.79 e diagnosi principale di ipermetropia o miopia o astigmatismo (% non > al 5%). La chirurgia refrattiva non va addebitata per i LEA in mobilità interregionale.
Medica	M1 (19) M3 (26) M5 (32) M7 (58)	Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Endocrinologia, Medicina Generale, Neurologia, Gastroenterologia.	25%	
	M2 (19) M4 (26) M6 (32) M8 (58)	Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Endocrinologia, Medicina Generale, Neurologia, Gastroenterologia	20%	
Riabilitativa (reparti cod. 56)	R1	Percentuale di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri in riabilitazione	10%	
	R2	Percentuale di ricoveri ordinari con durata di meno di 10 giorni	10%	
Tutti i reparti per acuti	RA 1	Numero ricoveri ordinari consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura.	5%*	
	RA 2	Numero ricoveri in DH consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura	5%	

*N.B. Il valore % può essere aumentato del 5% in caso di reparti chirurgici in strutture con attività di Pronto Soccorso.



C) AUDIT MEDICO

I controlli per essere completi necessitano anche di una successiva analisi qualitativa basata sull'approntamento standard di un AUDIT MEDICO sulla qualità dell'assistenza erogata imperniato sulla rilevazione dei seguenti parametri di valutazione:

- Indice di Mortalità
- Modalità di Accesso/provenienza
- Modalità di Dimissione
- Percentuale di ricoveri in D.H.
- Interventi Programmati
- Ore ricevimto familiari
- Consenso informato
- Lettera per il curante
- Qualità di vita post Ricovero
- Tempi di Attesa

2.1) CONTROLLO RICOVERI

La verifica deve riguardare le seguenti difformità, così come stabilito:

- dalla Tabella 6 Ministeriale, Nota M.S. n.100 S.C.P.S. 1968 del 11/11/96;
- dal D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000 – All. Disciplinare Tecnico: a) Istruzioni per la codifica; b) Istruzioni concernenti le modalità di trasmissione dei dati; (G.U. n. 295 del 19/12/2000);
- dalle Linee Guida del M.S. 1/1995 Punto 6 “Controlli” (G.U. n.150 del 29/6/95)
 1. Ricoveri brevi (2-3 gg)
 2. Ricoveri inappropriati per i L.E.A.
 3. Ricoveri anomali (> V.S.) o outliers
 4. Ricoveri complicati
 5. Ricoveri ripetuti entro 30 gg
 6. Ricoveri eccedenti il Tasso di Occupazione dei P.L.
 7. D.R.G. incoerenti e D.R.G. valigia
 8. Trasferimenti inappropriati (in 2°- 3° giornata)
 9. Accuratezza della SDO e della codifica ICD-9-CM (metodo A.D.P.-D.R.G.)
 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 a distanza.

I controlli si completano attraverso il MONITORAGGIO, per ogni singola Struttura, dei principali indicatori ospedalieri qualitativi, quantitativi e di efficienza che, di seguito, 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.) – M.A.A.P. (Modello Analisi Appropriattezza Procedure)
5. Normogramma di Barber
6. I.C.P. - Indice Comparativo di Performance (per reparti chirurgici)
7. Indice di Attrazione
8. Indice di Appropriattezza
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).

I Sistemi di controllo standard in vigore sono:

A) RICOVERI (D.R.G. - M.D.C.)

1) per i RICOVERI ORDINARI

- istituti privati: A.D.P.-D.R.G.
M.A.A.P.
A.P.R.-D.R.G.
Disease Staging
- istituti pubblici: P.R.U.O.
DISEASE STAGING
A.D.P.-D.R.G.
M.A.A.P. – A.P.R./ D.R.G.

2) per i RICOVERI PROGRAMMATI: P.R.U.O.

3) per i DAY HOSPITAL: A.P.P.R.O.

4) per i DAY SURGERY: M.A.A.P.

5) per la RIABILITAZIONE: M.D.C. – Disease Staging
SCALE DI VALUTAZIONE FUNZIONALI
Obblighi di codifica*

* in considerazione del diverso assorbimento di risorse è necessario distinguere l'**attività riabilitativa post-acuzie**, in diretta connessione con l'evento acuto (finestra temporale massima 0-30 gg tra i due ricoveri) dai **Ricoveri elettivi di mantenimento o controllo dei postumi**, non in diretta connessione con l'evento acuto (la cui finestra è superiore ai 30 giorni) e che impone la codifica **V57** in d.p. ed in d.s. il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

B) SETTING ASSISTENZIALE INTERMEDIO

DAY SERVICE:

- A.P.A. Chirurgia: {
- P.A.C. Medicina: { M.A.A.P. – Percorso Appropriato

C) PRESTAZIONI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – A.P.G.



2.2) ULTERIORI CONTROLLI

Le Regioni hanno la facoltà di evidenziare:

- 1) nel caso di D.R.G. di Alta Specialità le seguenti possibili anomalie:
 - i casi con degenza particolarmente breve (≤ 3 notti)
 - i casi di Ricoveri Ripetuti
 - i casi eseguiti in unità operative di discipline non assimilabili
- 2) Per tutte le tipologie di D.R.G. situazioni palesi di codifica opportunistica e di incongrua entità numerica od economica.

N.B. In questi casi, per i Ricoveri in mobilità, le contestazioni vanno segnalate su modello Tabella 4 (che si allega).

- 3) La percentuale inappropriata dei Ricoveri Ordinari per i D.R.G. del D.P.C.M. dei LEA qualora vengano superati i seguenti valori:
 - D.R.G. di tipologia Chirurgica 15%
 - D.R.G. di tipologia Medica 20%
- 4) I Ricoveri con durata di degenza anomala o D.R.G. outliers qualora la degenza superi del 50% il valore soglia del D.R.G. stesso.

Tali ulteriori controlli restano validi sia per i Ricoveri degli Interni che per quelli in Mobilità.

3) CONTROLLO Prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale – A.P.G.

Il controllo deve riguardare l'esame dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni in base al D.M. 22.7.1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" nonché il controllo della conformità dell'applicazione dei ticket sanitari in base alla normativa nazionale vigente e alle disposizioni della Regione Molise.

Oltre ai flussi informatici, i Centri Accreditati per l'erogazione di Prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale, devono inviare al Servizio Medicina Territoriale della Regione con cadenza mensile una Distinta riepilogativa analitica delle prestazioni erogate, suddivise per branca, Regione ed Asl di provenienza paziente, la quale deve anche riportare le sezioni sotto elencate:

Numero Progressivo/ Numero di riferimento cronologico/ Cognome e nome del paziente/ data di nascita/ Descrizione della prestazione/ Codice ICD 9 della stessa/ Codice a tre cifre di eventuale esenzione o ticket pagato/ Tariffa della prestazione /Totale ricetta/ Importo netto addebitato/ Codice Regione e Asl di appartenenza/ Codice numerico dell'impegnativa.

Insieme a: Prescrizione originale/ Autocertificazione o copia tesserino di esenzione, o copia ricevuto pagamento tickets/ Indicazione dei segmenti eseguiti per le prestazioni plurisegmentarie o



sdoppiate, data di chiusura ciclo per le prestazioni cicliche, così come previsto dal D.Lgs 502/92 art. 8octies.

Sulla ricetta (verso) deve essere apposta la firma del paziente o di accompagnatore qualificato, a conferma di avvenuta fruizione della prestazione, la data di effettuazione della stessa, o per cicli di prestazioni la data di chiusura ciclo, firma del medico esecutore e timbro della struttura erogatrice.

Si rammenta che la Ricetta non deve contenere manipolazioni o correzioni aggiuntive e che la prestazione erogata deve essere conforme alla richiesta.

I Servizi Ispettivi devono controllare la regolarità della prescrizione (Ante della Ricetta) e della esecuzione della prestazione (Verso della Ricetta), nonché le normative in materia di esenzione dai tickets e la corrispondenza della prescrizione stessa alla Distinta riepilogativa cartacea di accompagnamento ai CD informatici. Fermo restando che, con l'evoluzione dei sistemi informatici, a breve potrà esservi la trasmissione della ricetta in modo informatizzato.

Le prestazioni erogabili in tale regime sono esclusivamente quelle riportate nel Nomenclatore Tariffario del 22.07.1996 o del Nomenclatore Regionale per le Prestazioni Aggiuntive.

I Centri erogatori Pubblici e Privati di Medicina Specialistica Ambulatoriali devono osservare le normative ed i Flussi informativi di Trasmissione come da File C della T.U.C.

Esempio di Distinta riepilogativa:

Istituto 140/..... – Sede

Prestazioni erogate a pazienti extraregionali.

(Lazio) ASL 120/101 ROMA A Via Maestra, 1 Roma

Distinta riepilogativa

Prestazioni di diagnostica per immagini

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Prog.	Data Prestaz.	N° rifer. Prestaz.	Cognome Nome	Data Nascita	Cod. Prest.	Descriz. esame	C. Ese.	Ticket	Qt.	Prz.Un.	Importo	Num. Imp.
1	04/05/2009	15347	Rossi Mario	01/01/1975	88.26.00	RX BACINO	E01		1	17,56	17,56	65666540
2	19/05/2009	18023	Bianchi Bruno	08/06/1949	92.09.02	TOMOSC.MIocard. SPET.	46		1	134,8	134,8	519021156
3	22/05/2009	18292	Verdi Adele	14/11/1950	92.11.07	TOMOSCINT.CEREBRALE		36,15	1	1.071,75	1.071,75	656304006
4	26/05/2009	19000	Neri Maria	23/03/1952	87.44.01 92.05.04	RX TORACE ANGIOCARDIOSCINTIGRAF.	48		1 1	15,49 129,11	15,49 129,11	608253041
Totali			Importo Netto € 1.332,56			Ticket € 36,15			1.368,71 Lordo			

4. ALCUNI CENNI sulla SDO (normative), sulla Codifica ICD-9-CM (caratteri della codifica), e sul SISTEMA GROUPER (attribuzione del D.R.G.) utili ai fini del controllo.

- La SDO è definita <<strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale>>, essa è <<parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale>> e rappresenta l'unico titolo per il pagamento.

Difatti la SDO è la base informativa elementare del sistema di finanziamento a prestazioni in quanto contiene le informazioni necessarie per l'attribuzione dei D.R.G. e per l'individuazione della tariffa relativa a ciascun ricovero. Per cui le diverse variabili della codifica che essa contiene non solo rappresentano la descrizione narrativa dell'episodio, ma sono anche una fonte informativa valida ai fini statistici e rappresentano uno specifico impatto finanziario del sistema ospedaliero.

- LA CODIFICA

Il Manuale ICD-9-CM 2007 contiene codici di diagnosi e di procedure ed è così strutturato:

Parte 1 Sezione 1 – Indice Alfabetico delle Malattie – (Analitica)

Sezione 2 – Elenco Sistemático delle Malattie (Sistemática)

Parte 2 Rubrica 3 – Indice Alfabetico delle Procedure – (Analitica)

Rubrica 4 – Elenco Sistemático della Procedura (Sistemática)

Indice alfabetico ed elenco sistemático delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi reciprocamente e consentire la ricerca della singola voce e l'indicazione per verificare la correttezza nella scelta del codice; anche attraverso l'uso dei modificatori (trattini – pre-codici e sottovoci).

I codici di diagnosi sono raggruppati in 17 Capitoli, costituiti da caratteri numerici o alfanumerici in numero di 3 (categoria) o 4 (sottocategoria) o 5 caratteri (sottoclasse) e con punto decimale interposto tra terzo e quarto carattere.

I codici di procedura sono articolati in Rubriche.

Il sistema dei codici è composto di codici da tre o quattro caratteri numerici (ove i primi due identificano l'organo, il terzo la sede, il quarto il tipo d'intervento).

Il punto decimale è interposto tra secondo e terzo carattere.

Il D.M. 18/12/2008 ha introdotto in Italia la versione 24 del D.R.G. – Grouper e quindi il Sistema di Classificazione ICD-9-CM/2007 ha apportato le seguenti modifiche:

Nuovi Codici	Totale	969	Diagnosi	806	Procedure	163
Codici revisionati		374		328		46
Codici eliminati		<u>130</u>		<u>119</u>		<u>11</u>
Tot Codici Movimentati		1473		1253		220

Totale Codici	Diagnosi	12.544
	<u>Procedure</u>	<u>3.742</u>
	Totale	16.286

quindi con aggiunta di 942 codici rispetto ai 15.327 della precedente versione 2002 – comprensivi anche della nuova Rubrica 00 delle procedure (tot 74 codici).



- IL GROUPER

A) LOGICA DEL SOFTWARE GROUPER VERS. (24)

Il Grouper elabora le variabili dei codici ed attribuisce il D.R.G.. La sua logica è così strutturata: esso assegna le priorità, attribuendo prima il pre M.D.C. , poi la MDC, per terzo la tipologia C od M, per quarto l'affinità, per ultimo il D.R.G. specifico. Questo nei D.R.G. per Acuti.

Per la Riabilitazione, invece, anche se essa viene remunerata per MDC, comunque sono necessari tutte le informazioni della SDO, per far sì che venga assegnato il quinto elemento, la tariffa (elaborata in questo caso in base ai giorni di degenza).

Il software che raccoglie tali dati è il D.R.G.-Grouper che determina l'attribuzione dei ricoveri ai D.R.G. pertinenti.

I sistemi di monitoraggio e di promozione della qualità della compilazione e della codifica della SDO presentano due livelli: uno ha per oggetto la verifica delle caratteristiche logico-formali e della plausibilità logica delle sue informazioni; il secondo si propone di verificare la validità e la precisione delle variabili, attraverso un confronto fra le informazioni riportate sulla SDO e una fonte informativa più completa e dettagliata, rappresentata in genere dalla Cartella Clinica.

La verifica della completezza, della congruenza e dell'accuratezza delle informazioni rilevate attraverso la SDO, in riferimento ai contenuti e alla documentazione delle cartelle cliniche costituisce un obbligo in ambito normativo.

Le informazioni contenute nella SDO vengono immesse da ogni Struttura ospedaliera, nel sistema informativo- software Grouper che per la Regione Molise è gestito dalla Soc. Molise Dati S.p.a.

B) VARIAZIONI D.R.G.

D.R.G. variazioni del Grouper versione 24

54 D.R.G. nuovi (40 Ch + 14 Med)

22 D.R.G. non più validi (17 Ch + 5 Med)

12 D.R.G. modificati (8 Ch + 4 Med)

88 D.R.G. modificati

Pertanto, con la nuova versione, i D.R.G. passano da 506 a 538

Con l'aggiunta dei nuovi dal 524 al 579.

N.B. I D.R.G. 526 e 527 non sono inseriti perché già eliminati nella versione 23 americana.

I D.R.G. 351 – 438 – 474 non erano presenti nella versione 19 e 14

a) Suddivisione per classe

D.R.G. Alta Complessità	92
LEA	43
Sentinella	<u>65</u>
Normali	<u>338</u>
	538

b) Suddivisione per Tipologia

263 Chir
269 Med
<u>10 Privi</u>
538

c) Per affinità

115 Complicati
<u>423 Semplici</u>
538



5. TEMPISTICA

La chiusura dell'Archivio SDO ha come termine perentorio il giorno 5 del secondo mese successivo a quello di chiusura del semestre, ovvero:

1° semestre = data chiusura 5 agosto

2° semestre = 5 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento

1. DATI SDO

La ASREM deve ultimare i controlli del I semestre entro il 31 ottobre dell'anno in corso e del 2° semestre entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento. Sarà la Regione, entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento, a validarli e come recita l'art.4 co.4 del D.M. 12/12/01 a trasmettere tutti i dati al Ministero della Salute, con cadenza annuale, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità tecniche previste dal sistema informativo sanitario.

2. DATI COMPENSAZIONE – FILE A della T.U.C.

L'invio dei dati analitici delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni avviene annualmente entro il 15 maggio dell'anno successivo all'anno in compensazione.

I dati analitici delle prestazioni di ogni singola attività devono essere documentati in archivi informatici secondo i tracciati record specifici per ogni flusso.

Al fine di favorire un corretto monitoraggio della spesa ed in uno spirito di collaborazione tra le regioni, in via facoltativa, potrà avvenire trimestralmente l'invio di una tabella riassuntiva, per ogni singolo settore oggetto di compensazione, in cui la regione creditrice comunica alla regione debitrice il numero e l'importo delle prestazioni effettuate, suddivise per quanto possibile per Azienda Sanitaria di residenza degli utenti.

Fermo restando che l'importo da porre in compensazione è determinato esclusivamente dall'importo documentato con record ed inviato entro il termine stabilito, le scadenze per l'invio delle tabelle trimestrali riassuntive e la scadenza annuale sono le seguenti:

entro il 15 maggio	tabella riepilogativa di attività del I trimestre (facoltativo)
entro il 15 luglio	tabella riepilogativa di attività del II trimestre comprensiva di eventuali integrazioni del I trimestre (facoltativo)
entro il 30 novembre	Tabella riepilogativa di attività del III trimestre comprensiva di eventuali integrazioni dei trimestri precedenti (facoltativo)
entro il 15 ottobre anno successivo	dati analitici, Modello M al Ministero ed al coordinamento del gruppo tecnico, Modello H alle regioni (obbligatorio)



6. REGOLAMENTO

Art.1

Le Strutture Private erogatrici sono tenuti alla trasmissione dei dati con le modalità prestabilite alla ASREM.

Ricoveri: S.A.O. – Scheda di Ammissione, e Riepilogo dell'attività giornaliera (n° Ricoveri; n° Dimessi;totali Presenti) per Branca, quotidianamente con invio il giorno successivo.

SDO completa di codifica in ogni campo alla dimissione

Riepiloghi Mensili di tutto quanto erogato con attribuzione di D.R.G. e tariffe.

Medicina Specialistica Ambulatoriale:

le Strutture Private Accreditate devono inviare alla ASREM mensilmente le Prescrizioni con i relativi allegati nonché la Distinta Riepilogativa suddivisa per ASL di provenienza del paziente.

Art.2

La ASREM come da D.Lgs. 502/92 è obbligata ad effettuare i relativi controlli sia sui D.R.G. delle Strutture Private Accreditate di sua competenza, che sugli A.P.G. (Med. Spec.) dei Centri Ambulatoriali, sia per i pazienti Molisani che per i pazienti extraregionali (Mobilità Attiva).

Per il controllo dei Ricoveri le normative impongono la verifica di SDO e Cartella Clinica, per la visione di quest'ultima in loco i Servizi di Controllo devono rilasciare relativo verbale per ogni singolo Accesso presso la Struttura e devono operare in modo che il controllo avvenga senza intralciare l'attività clinica della Struttura sede di verifica.

Art.3

La ASREM è obbligata al termine delle verifiche, a formulare le contestazioni in modo analitico e sistematico, sia nella parte descrittiva che nei riepiloghi contabili; a comunicare i risultati dei controlli effettuati alla Struttura stessa e a darne comunicazione al Servizio Ispettivo Regionale.

Art.4

La Regione verificherà la validità degli atti ed, a sua volta, potrà richiedere alla ASREM ulteriori approfondimenti, o potrà provvedere, qualora lo ritenesse opportuno, ad eseguire, tramite l'Organo ufficiale ad effettuare controlli aggiuntivi anche avvalendosi della collaborazione dei Servizi Ispettivi di altre Regioni qualora, da Queste richieste.

Art.5

Compete al Servizio Ispettivo Regionale il controllo sugli Ospedali Pubblici sotto diretta gestione ASREM, nonché il controllo delle due Strutture di Alta Specialità (I.R.C.C.S Neuromed ed Università Cattolica del S.C.) sotto diretta gestione regionale.

E' altresì compito del Servizio Ispettivo Regionale controllare i File A con relative contestazioni e controdeduzioni da formulare, secondo modulistica T.U.C., alle altre Regioni per i Ricoveri in Mobilità Passiva dei pazienti della Regione Molise.

Art.6

Le Strutture Private possono produrre controdeduzioni alle contestazioni ricevute entro i termini di legge, dandone anche comunicazione alla Regione. Solo che le stesse dovranno essere redatte in modo strettamente analitico e tecnico.

Art.7

Le controdeduzioni, se pervenute, comporteranno ulteriori controlli (detti di seconda istanza). In tal caso questi ultimi dovranno avvenire in contraddittorio con i Sanitari (D.S. – Consulenti Tecnici) della Struttura in questione.

Al termine delle definizioni di seconda istanza, che dovranno essere sempre completate con i dati contabili, la ASREM è obbligata a trasmettere gli atti definitivi al Servizio Ispettivo Regionale, che provvederà alla validazione o meno degli stessi.

Art.8

In caso di controversie tra ASREM e Strutture Private, sarà l'Arbitrato Regionale l'Organo deputato a dirimere le stesse quale atto transattivo.

Tale Organo risulterà essere composto da:

il Responsabile del Servizio Ispettivo Regionale, un tecnico regionale esperto del Servizio stesso, un Direttore Sanitario di Ospedale Pubblico, un eventuale tecnico esperto di altra Regione, un tecnico esperto nominato dalla ASREM, il Direttore Sanitario della Struttura Privata, eventuale Consulente della Struttura stessa, un Rappresentante A.I.O.P.).

Art.9

Il Servizio Ispettivo Regionale è deputato al controllo degli Ospedali Pubblici, al Monitoraggio di tutte le prestazioni: Interni, Mobilità Attiva, Mobilità Passiva, a fornire le indicazioni opportune per apporre eventuali correttivi onde a divenire all'ottimizzazione del Sistema, a validare gli atti del controllo effettuato dalla ASREM sugli Istituti Privati Accreditati, a convocare l'Arbitrato Regionale per dirimere le controversie, ad effettuare, se ritenuto necessario o se richiesto dalle Regioni con cui sono stati stipulati gli Accordi di Confine, ulteriori controlli; a monitorare gli Archivi della Molise Dati sia informatici che cartacei (Tabulati SDO); a controllare che avvenga la regolare trasmissione dei Flussi informativi al Ministero della Sanità ed al Coordinamento Nazionale T.U.C. (File A e File C); ad elaborare statistiche e report per la governance.

Art. 10

Il Servizio Ispettivo Regionale sarà composto dalle seguenti figure professionali:

- n° 1 Dirigente Medico Responsabile;
- n° 4 Funzionari di livello D – Capi Settore;
- n° 5 Medici esperti in Sistemi di Codifica;
- n° 1 Collaboratore Informatico;
- n° 3 Collaboratori generici.



7. ALLEGATI

- 1) Documento 1 – Tabella L.E.A.
- 2) Documento 2 – Tabella 6 Ministeriale
- 3) Documento 3 – Tabella Numeri Random
- 4) Tabella 4 – Scheda per la contestazione T.U.C.
- 5) Tabella 5 – Tabella 5 Ministeriale per Riabilitazione
- 6) Documento 6 – Prospetto riepilogativo Definizioni Contabili Contestazioni
- 7) Documento 7 – Prospetto riepilogativo ai fini del conguaglio

SOMMARIO

1. Attività e Sistemi di Controllo
2. Controllo sui Ricoveri
 - A) Sistemi di Controllo
 - B) Monitoraggio
 - a) Calcolo degli Indicatori Ospedalieri
 - b) Indicatori TUC: fenomeni e set di indicatori
 - C) Audit Medico sulla qualità dell'assistenza
3. Controllo Prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale – A.P.G.
4. Alcuni cenni sulla SDO (normative), sulla codifica ICD-9-CM (caratteri della codifica) e sul sistema Grouper (attribuzione del D.R.G.).
5. Tempistica
6. Regolamento
7. Allegati



Il presente Disciplinare Tecnico si compone di n° 16 (sedici) pagine compresa la presente, e di n° 7 (sette) Tabelle riepilogative allegate.

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE AL COMMISSARIO AD ACTA

- Di approvare il Disciplinare Tecnico, che fa parte integrante e sostanziale del Decreto;
- Che la ASREM è tenuta all'osservanza delle disposizioni del presente provvedimento ai sensi del D.lgs 502/99, del D.M. n° 380/2000, del D.M. n° 22/1996, della L. n° 133/2008;
- Di pubblicare integralmente il presente Atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise, al fine di consentire un'adeguata diffusione dei suoi contenuti.

Campobasso li 28/01/2010

Il Dirigente Responsabile
del Servizio Ispettivo
Dott. Michele Antonelli

Antonelli Michele

Il Direttore Generale
Avv. Roberto Fagnano

Fagnano Roberto

Visto: Il Sub-Commissario ad Acta
Dott.ssa Isabella Mastrobuono

Mastrobuono Isabella

Visto: Il Commissario ad Acta
On. Dott. Angelo Michele Iorio

Iorio Angelo Michele

REGIONE MOLISE - DIREZIONE GENERALE V
Servizio Ispettivo Regionale
Dirigente Responsabile dott. Michele Antonelli

D.R.G. extra LEA

Soglia massima di ammissibilità in R.O. %

N	DRG	Tipo		D.G.R. 1409 2004	D.G.R. 104 2007	DGR 718 2007	Max % R.O. 2008	Max R.O. 2009	Max R.O. 2010	Note
CHIRURGIA				%	%	%	Media	%	%	
006	C		Decomp. tunnel carpale	22	20	19,2	18 %	15%		
039	C		Interv. sul cristallino	46,5	33	30,3	25 %	15%		
040	C		Interv. extraoculari > 17 a.	36	30	27,7	23 %	15%		
041	C		Interv. extraoculari < 17 a.	57	40	36,2	29 %	15%		
042	C		Interv. sulle strutture intraocul.	54	50	49,7	39 %	15%		
055	C		Miscellanea interv. di O.R.L.	81	66	58,3	43 %	15%		
119	C		Legatura e stripping di vene	58	40	36,2	29 %	15%		
158	C		Interventi su ano e stoma	76	60	53,2	40 %	15%		
160	C		Interv. per ernia > 17 a con c/c	88	80	70,2	51 %	15%		
162	C		Interv. per ernia > 17 a (tr. 1g).	71,5	60	53,2	40 %	15%		
163	C		Interventi per ernia < 17 anni	72	66	58,3	43 %	15%		
232	C		Artroscopia	69	20	19,2	18 %	15%		
262	C		Biopsia della mammella (85.21)	46	33	30,3	25 %	15%		
267	C		Interventi perianali e pilonidali	61	33	30,3	25 %	15%		
270	C		Altri interventi sulla pelle, etc.	26	20	19,2	18 %	15%		
364	C		Dilatazione o raschiamento	36,5	35	27,0	21 %	15%		
503	C		Interv. sul ginocchio (80.6)	72	72	63,5	42 %	15%		
C	Tot.17									
MEDICINA										
019	M		Malattie dei nervi senza c.c.	63	55	49,0	37 %	20%		
025	M		Convulsioni e cefalea	67	55	49,0	37 %	20%		
065	M		Turbe dell'equilibrio	74,5	55	49,0	37 %	20%		
131	M		Malattie vascolari periferiche	61	55	49,0	37 %	20%		
133	M		Aterosclerosi (no c.c.)	65	55	49,0	37 %	20%		
134	M		Ipertensione	51	46	41,3	32 %	20%		
142	M		Sincope e collasso	70,6	60	53,2	40 %	20%		
183	M		Esofagite, etc. > 17 non c.c.	66,6	56	49,8	38 %	20%		
184	M		Esofagite, etc. < 17 non c.c.	64,6	60	53,2	40 %	20%		
187	M		Estrazione dentaria	42	30	27,7	23 %	20%		
208	M		Malattie vie biliari	77	66	58,3	43 %	20%		
243	M		Affezioni mediche del dorso	76	50	44,7	34 %	20%		
276	M		Pat. non maligne mammella	78	20	19,2	18 %	20%		
281	M		Traumi pelle etc... > 17 anni	44	50	44,7	34 %	20%		
282	M		Traumi pelle etc... < 17 anni	44,5	40	36,2	29 %	20%		
283	M		Malattie minori pelle con c.c.	29,5	60	53,2	40 %	20%		
284	M		Mal. minori pelle senza c.c.	58	20	19,2	18 %	20%		
294	M		Diabete	40,5	40	36,2	29 %	20%		
301	M		Malattie endocrine	76,5	25	23,5	21 %	20%		
324	M		Calcolosi urinaria senza c.c.	68	55	49,0	37 %	20%		
326	M		Segni e sintomi Rene etc	65	33	30,3	25 %	20%		
395	M		Anomalie globuli rossi	26,5	38	34,5	28 %	20%		
426	M		Nevrosi depressiva	24,5	66	58,3	43 %	20%		
427	M		Nevrosi non depressiva	56	60	53,2	40 %	20%		
429	M		Disturbi organici e rit. ment.	43,5	60	53,2	40 %	20%		
467	M		Altri fatt. che influenzano s.s.	66	20	19,2	18 %	20%		
M	Tot.26									
Tot. M + C = 43 DRG				Media generale anno max. valore soglia in R.O. (C) 15% (M) 20%						

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°		%		%		%		

03 99 11 04 61	93 71 61 68 94	66 08 32 46 53	84 60 95 82 32	88 61 81 91 61
38 55 59 55 54	32 88 65 97 80	08 35 56 08 60	29 73 54 77 62	71 29 92 38 53
17 54 67 37 04	92 05 24 62 15	55 12 12 92 81	59 07 60 79 36	27 95 45 89 09
32 64 35 28 61	95 81 90 68 31	00 91 19 89 36	76 35 59 37 79	80 86 30 05 14
69 57 26 87 77	39 51 03 59 05	14 06 04 06 19	29 54 96 96 16	33 56 46 07 80
24 12 26 65 91	27 69 90 64 94	14 84 54 66 72	61 95 87 71 00	90 89 95 57 54
61 19 63 02 31	92 96 26 17 73	41 83 95 53 82	17 26 77 09 43	78 03 87 02 67
30 53 22 17 04	10 27 41 22 02	39 68 52 33 09	10 06 16 88 29	55 98 66 64 85
03 78 89 75 99	75 86 72 07 17	74 41 65 31 66	35 20 83 33 74	87 53 90 88 23
48 22 86 33 79	85 78 34 76 19	53 15 26 74 33	35 66 35 29 72	16 81 86 03 11
60 36 59 46 53	35 07 53 39 49	42 61 42 92 97	01 91 82 83 16	98 95 37 32 31
83 79 94 24 02	56 62 33 44 42	34 99 44 13 74	70 07 11 47 36	09 95 81 80 65
32 96 00 74 05	36 40 98 32 32	99 38 54 16 00	11 13 30 75 86	15 91 70 62 53
19 32 25 38 45	57 62 05 26 06	66 49 76 86 46	78 13 86 65 59	19 64 09 94 13
11 22 09 47 47	07 39 93 74 08	48 50 92 39 29	27 48 24 54 76	85 24 43 51 59
31 75 15 72 60	68 98 00 53 39	15 47 04 83 55	88 65 12 25 96	03 15 21 91 21
88 49 29 93 82	14 45 40 45 04	20 09 49 89 77	74 84 39 34 13	22 10 97 85 08
30 93 44 77 44	07 48 18 38 28	73 78 80 65 33	28 59 72 04 05	94 20 52 03 80
22 88 84 88 93	27 49 99 87 48	60 53 04 51 28	74 02 28 46 17	82 03 71 02 68
78 21 21 69 93	35 90 29 13 86	44 37 21 54 86	65 74 11 40 14	87 48 13 72 20
41 84 98 45 47	46 85 05 23 26	34 67 75 83 00	74 91 06 43 45	19 32 58 15 49
46 35 23 30 49	69 24 89 34 60	45 30 50 75 21	61 31 83 18 55	14 41 37 09 51
11 08 79 62 94	14 01 33 17 92	59 74 76 72 77	76 50 33 45 13	39 66 37 75 44
52 70 10 83 37	56 30 38 73 15	16 52 06 96 76	11 65 49 98 93	02 18 16 81 61
57 27 53 68 98	81 30 44 85 85	68 65 22 73 76	92 85 25 58 66	88 44 80 35 84
20 85 77 31 56	70 28 42 43 26	79 37 59 52 20	01 15 96 32 67	10 62 24 83 91
15 63 38 49 24	90 41 59 36 14	33 52 12 66 65	55 82 34 76 41	86 22 53 17 04
92 69 44 82 97	39 90 40 21 15	59 58 94 90 67	66 82 14 15 75	49 76 70 40 37
77 61 31 90 19	88 15 20 00 80	20 55 49 14 09	96 27 74 82 57	50 81 60 76 16
38 68 83 24 86	45 13 46 35 45	59 40 47 20 59	43 94 75 16 80	43 85 25 96 93
25 16 30 18 89	70 01 41 50 21	41 29 06 73 12	71 85 71 59 57	68 97 11 14 03
65 25 10 76 29	37 23 93 32 95	05 87 00 11 19	92 78 42 63 40	18 47 76 56 22
36 81 54 36 25	18 63 73 75 09	82 44 49 90 05	04 92 17 37 01	14 70 79 39 97
64 39 71 16 92	05 32 78 21 62	20 24 78 17 59	45 19 72 53 32	83 74 52 25 67
04 51 52 56 24	95 09 66 79 46	48 46 08 55 58	15 19 11 87 82	16 93 03 33 61
83 76 16 08 73	43 25 38 41 45	60 83 32 59 83	01 29 14 13 49	20 36 80 71 26
14 38 70 63 45	80 85 40 92 79	43 52 90 63 18	38 38 47 47 61	41 19 63 74 80
51 32 19 22 46	80 08 87 70 74	88 72 25 67 36	66 16 44 94 31	66 91 93 16 78
72 47 20 00 08	80 89 01 80 02	94 81 33 19 00	54 15 58 34 36	35 35 25 41 31
05 46 65 53 06	93 12 81 84 64	74 45 79 05 61	72 84 81 18 34	79 98 26 84 16
39 52 87 24 84	82 47 42 55 93	48 54 53 52 47	18 61 91 36 74	18 61 11 92 41
81 61 61 87 11	53 34 24 42 76	75 12 21 17 24	74 62 77 37 07	58 31 91 59 97
07 58 61 61 20	82 64 12 28 20	92 90 41 31 41	32 39 21 97 63	61 19 96 79 40
90 76 70 42 35	13 57 41 72 00	69 90 26 37 42	78 46 42 25 01	18 62 79 08 72
40 18 82 81 93	29 59 38 86 27	94 97 21 15 98	62 09 53 67 87	00 44 15 89 97
34 41 48 21 57	86 88 75 50 87	19 15 20 00 23	12 30 28 07 83	32 62 46 86 91
63 43 97 53 63	44 98 91 68 22	36 02 40 08 67	76 37 84 16 05	65 96 17 34 88
67 04 90 90 70	93 39 94 55 47	94 45 87 42 84	05 04 14 98 07	20 28 83 40 60
79 49 50 41 46	52 16 29 02 86	54 15 83 42 43	46 97 83 54 82	59 36 29 59 38
91 70 43 05 52	04 73 72 10 31	75 05 19 30 29	47 66 56 43 82	99 78 29 34 78

Fig. 7 - Tavola dei numeri random (da E. Morice, «Dizionario di statistica», ISEDI, Milano, 1971).

RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Azienda U.S.L.
STRUTTURA

RIABILITAZIONE	UOR	P.L.	N.D.	G.D.	Costi (x1.000)	D.M.	T.U.	I.R.	I.T.	C.M.
M.D.C. 1										
M.D.C. 4										
M.D.C. 5										
M.D.C. 8										
Restanti M.D.C. e D.R.G. non classificati										
Lungodegenza post acuzie	60									
Altri costi	vari									
TOTALE ANNO										

LUNGODEGENZA	UOR	P.L.	N.D.	G.D.	Costi (x1.000)	D.M.	T.U.	I.R.	I.T.	C.M.
Riabilitazione psichiatrica	40									
Lungodegenza e riab. non specialistica	60									
Residui manicomiali	90									
Altri costi	vari									
TOTALE ANNO										

REGIONE MOLISE - DIR. GEN. V - SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE

ALLEGATO N. 3 ALLA DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 35 DEL 06/09/2006

Prospetto riepilogativo Contestazioni Ricoveri- Istituto :

- Anno

Branca Cod.

Definizioni Contabili sui DRG Contestati

N.	N°	SDO	PAZ.	TIPO	Criterio Tab. 6	MOTIVO CONTESTAZIONE	DRG Contestato	DRG Riattribuito	Importo Contestato	Importo Riattribuito	Differenza €	ASL/Reg.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
									TOTALE			

Riepilogo ___: Regione Molise n° ___ SDO contestate per € ___; Fuori Regione n° ___ SDO per € ___ // totale € ___

da scorporare ai fini del conguaglio finale.
Le operazioni da effettuare sono le seguenti:

Parte A - Fatturato erogato

Branche	n° SDO tot.				Importo per paz. Regionali	Importo per paz. Extra Regionali	Importo TOTALE
		Ricoveri per acuti	D.R.G.	D.H./D.S.			
				R.O.			
		Tot. D.R.G. per Acuti					
		N. Riab.	MDC				
Totale €							

Meno Importo Contestazioni Tecniche-Sanitarie

Tot. SDO	Importo contestato	R.M.	F.R.	Tot.
Fatturato Riconosciuto Valido = €				

Parte B

Meno Eventuali Contestazioni Amministrative

Importo			
Fatturato Virtuale Totale			
Meno Sforamento Budget			
Fatturato Reale			
Meno Acconti Erogati			
Importo da conguagliare			

Parte C

Più eventuali Riattribuzioni di 2° Istanza			
Più o Meno Esiti della Compensazione			

Parte D

CONGUAGLIO FINALE			
--------------------------	--	--	--

N.B. E' competenza dei Servizi Sanitari Ispettivi Regionali o A.S.Re.M. compilare le caselle di Parte A e C mentre è compito dei Servizi Amministrativo-Contabili Regionali o A.S.Re.M. compilare le caselle di Parte B e D, dopo le dovute determinazioni.