



Università degli Studi di Verona

# CdL in Medicina e Chirurgia

## Sanità Pubblica

# ***SDO e DRGs***

**Stefano Tardivo**

**Dipartimento Diagnostica e Sanità Pubblica**

**AA 2018/19**

# THE EVOLUTION OF HEALTH CARE

Doing things  
cheaper

Doing things  
better

Doing things  
right

Doing  
**right**  
things

Doing the  
**right**  
things right

**Efficiency**

**Effectiveness**

**Quality improvement**

**1970s**

**1980s**

**1990s**

**21° century**

*Da: Muir Graj JA. 1997*

Progresso scientifico  
tecnologico

Aumento dell'età  
media della  
popolazione

**ERA  
dell'ESPANSIO  
NE delle  
PRESTAZIONI**

Migliorato tenore di  
vita

Maggiore domanda di  
assistenza

Razionalizzazione e  
controllo della spesa

Verifica  
dell'efficacia,  
efficienza ed equità  
degli interventi  
sanitari

**ERA del  
CONTENIMEN  
TO dei COSTI  
(DRG)**

**ERA  
della  
VALUTAZIONE**



# Principali determinanti delle risorse consumate in degenza

---

**Paziente**

**Gravità clinica**

**Condizioni sociali**

**Risorse  
assistenziali**

**Ospedale**

**Medico**

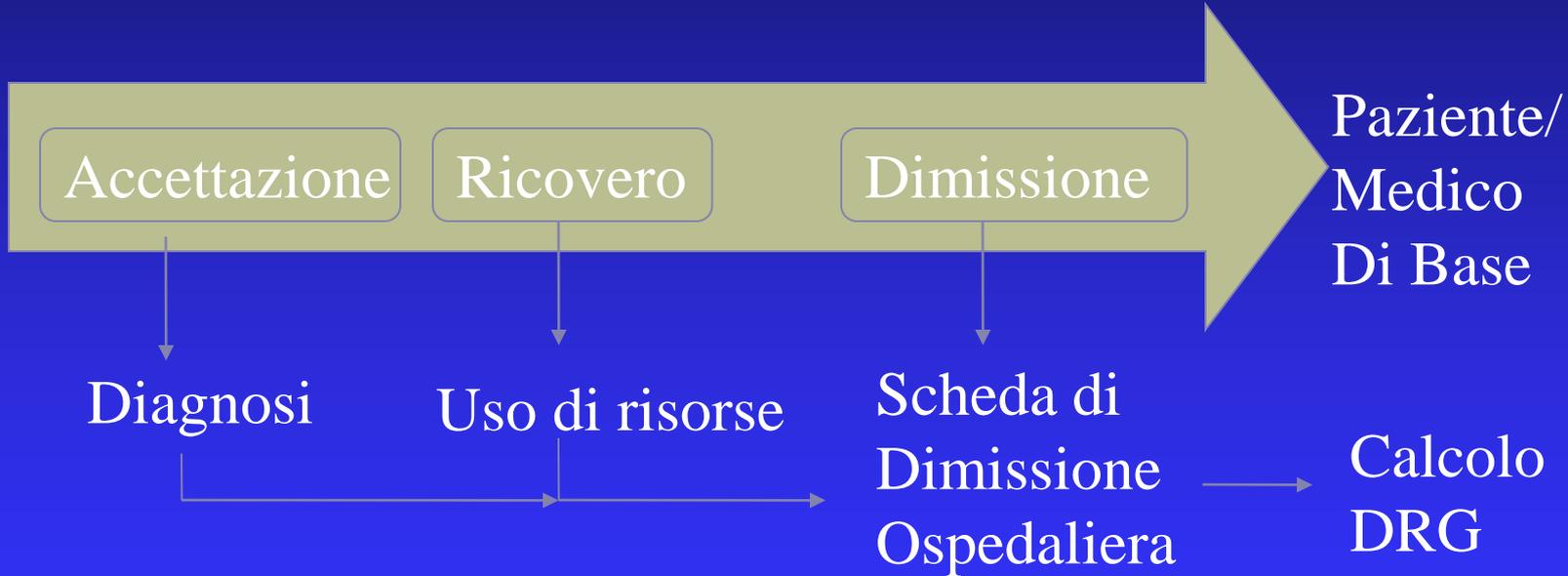
**Capacità tecnologica**

**Strategie assistenziali**

**Efficienza operativa**

# Il meccanismo dei DRG-ROD

Paziente/  
Medico  
Di Base



Paziente/  
Medico  
Di Base

Calcolo  
DRG

# Perché i DRG?

*Sistemi di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali (per acuti)*

**Isoseverità**

- severità di malattia

Disease Staging (DS)

- severità del paziente

Computerized Severity Index (CSI)

**Isorisorse**

- complessità dell'assistenza  
prestata

Diagnosis Related (DRG)

- complessità dell'assistenza  
necessaria

Patient Management Categories  
(PMC)

# Il calcolo del DRG

- Effettuato dal DRG-grouper (software)
- In base alla diagnosi principale di dimissione codificata in ICD9-CM il ricovero viene assegnato una delle 25 categorie diagnostiche principali (MDC)
- Successivamente i pazienti vengono assegnati ad un sottogruppo Medico (M) o chirurgico ( C )
- Quindi si considerano
  - ◆ i tipi di intervento (nel caso C)
  - ◆ L'età del paziente
  - ◆ Le patologie secondarie
  - ◆ Lo stato alla dimissione

# Il sistema DRG negli USA (1983)

Il sistema DRG è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti elaborato dal Prof. Fetter dell'Università di Yale, introdotto negli USA nel 1983 come base per la valutazione dell'assorbimento di risorse nell'attività clinica ospedaliera; in un secondo tempo utilizzato anche per il finanziamento prospettico degli ospedali

## Cos' è il DRG?

Un metodo per la classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali

Il sistema DRG/ROD (raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) è un sistema di classificazione che si basa su **raggruppamenti omogenei di diagnosi**, traduzione italiana del sistema statunitense noto con la sigla **DRG (Diagnosis Related Groups)**

Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed individua circa **500 classi di casistiche, tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico.**

un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il **finanziamento delle Aziende Ospedaliere.**

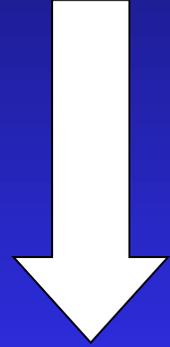
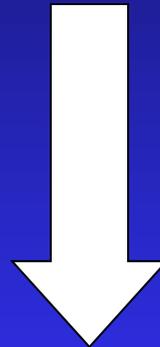
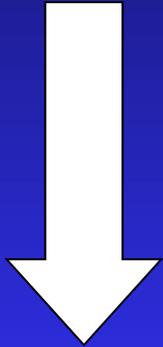
# la storia ....

**Decreto Ministeriale 28 dicembre 1991**

Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) come strumento per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati

**S D O**

**SCHEDA DI DIMISSIONE  
OSPEDALIERA**



**GESTIONALE**

**EPIDEMIOLOGICA**

**ECONOMICA**

**E**

**PROGRAMMATORIA**

# La classificazione ICD-9-CM

# Breve storia

- XVIII secolo: primi tentativi di classificazione sistematica delle malattie per specifiche esigenze
- 1893: la prima **Classificazione Internazionale delle Cause di Morte** fu approvata ufficialmente durante la Conferenza dell'Istituto Internazionale di Statistica a Chicago
- 1924: l'Italia adottò tale Classificazione ai fini di statistica sanitaria
- 1948: l'OMS pubblicò la sesta edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), da allora adottata anche per rilevare le **cause di morbosità**

# Breve storia

- 1962: comparve parallelamente la prima **classificazione degli interventi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**
- 1975: l'OMS approvò la 9<sup>a</sup> revisione della ICD
- 1979: in USA entra in vigore l'**ICD9CM**, (Commissione formata da rappresentanti delle associazioni professionali ed accademiche dei medici e degli ospedali, dell'ufficio regionale dell'OMS e dell'HCFA) modificata clinicamente
- Dal 1986 la ICD9CM è stata aggiornata annualmente dalla stessa commissione
- **1994**: in Italia venne introdotta l'ICD9-CM per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

# *"ICD-9...Clinical Modification"*

Dalla ICD9, orientata a scopo di classificazioni statistiche di morbosità e mortalità

Alla ICD-9-CM, predisposta soprattutto per scopi clinici e di ricerca degli ospedali:

vengono introdotti

- ◆ la **classificazione delle procedure**
- ◆ un **quinto carattere**, per consentire una classificazione più precisa ed analitica delle formulazioni diagnostiche

## *"ICD-9...Clinical Modification"*

**Es. 410.2 Infarto miocardico acuto della parete infero-laterale:**

**410.20 Infarto miocardico acuto della parete infero-laterale, episodio di assistenza non specificato**

**410.21 Infarto miocardico acuto della parete infero-laterale, episodio iniziale di assistenza**

**410.22 Infarto miocardico acuto della parete infero-laterale, episodio successivo di assistenza**

# L'utilizzo della SDO

*Ai fini di programmazione sanitaria:*

- **E' alla base per la conoscenza delle prestazioni effettuate dalle strutture ospedaliere**
- **Monitoraggio dei LEA (indicatori per l'assistenza ospedaliera e indicatori proxy degli altri livelli di assistenza)**
- **Promozione della qualità (misure di appropriatezza, linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, ecc.)**
- **Criteri di riparto del FSN**

# Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali – 18 dicembre 2008

## *I DRG versione 24*

**538 DRG (1 – 579)**

*La nuova codifica ICD-9-CM 2007*

**12.432 diagnosi organizzate in MDC**

**3.733 procedure**

**Il software che consente**

**l'attribuzione del DRG è il**

**GROUPER**

**Guida ai DRG**  
edizione 2009

Manuale pratico per il corretto utilizzo  
della versione 24.0 del sistema CMS-DRG  
e della corrispondente ICD-9-CM (USA, FY 2007)

Marino Nonis  
Enrico Rosati

Presentazione di Maurizio Sacconi

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO  
LIBRERIA DI STATO

# Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali – 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”

→ art. 3 il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche e il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento sono aggiornati **con periodicità biennale a decorrere dal 1° gennaio 2009!!!!**

# Contenuto della SDO: le domande fondamentali per descrivere i requisiti essenziali di un ricovero in ospedale per acuti

Quesito	Variabile
Qual è stata la causa del ricovero e quali le sue modalità?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnosi principale</li><li>• Motivo e modalità del ricovero</li></ul>
Al momento del ricovero, erano presenti altri problemi clinici rilevanti?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnosi secondarie</li></ul>
Durante il ricovero, c'è stata una progressione della malattia o sono insorte complicazioni?	
Il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico o a procedure invasive?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventi/Procedure</li></ul>
Il paziente è deceduto o ha lasciato l'ospedale per sua volontà?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stato e modalità di dimissione</li></ul>
È stato dimesso a domicilio o trasferito ad un altro luogo di cura?	

**I CONTENUTI INFORMATIVI  
DELLA NUOVA  
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA  
(SDO)**

Decreto n. 118 del 23 dicembre 2016

## Sezione A

# Informazioni da rilevare al momento dell'accettazione dei pazienti

- ☀ Regime di ricovero (ordinario/diurno)
- ☀ Denominazione dell'ospedale
- ☀ Cognome e nome
- ☀ Codice fiscale ←
- ☀ Codice sanitario individuale ←
- ☀ Data di nascita
- ☀ Sesso
- ☀ Comune di residenza
- ☀ Cittadinanza
- ☀ Stato civile
- ☀ Regione di residenza
- ☀ Azienda ULSS di residenza

## Sezione A

# Informazioni da rilevare al momento dell'accettazione dei pazienti

- ☀ **Data di ricovero/data di apertura del ricovero diurno**
- ☀ **U.O. di ammissione**
- ☀ **Onere della degenza**
- ☀ **Provenienza del paziente**
- ☀ **Tipo di ricovero**
- ☀ **Motivo del ricovero**
- ☀ **Motivo del ricovero in regime diurno**
- ☀ **Traumatismi o intossicazioni**
- ☀ **Data di prenotazione** ←
- ☀ **Classe di priorità** ←
- ☀ **Classe ASA** ←
- ☀ **Grado di dipendenza assistenziale all'entrata** ←  
**(Scala di Barthel)**

**Ulteriori indicazioni riguardo alcune  
delle informazioni da rilevare al  
momento della accettazione dei pazienti**

## d) CLASSE DI PRIORITÀ

Si riporta di seguito la classificazione nazionale delle classi di priorità, che utilizza i criteri definiti dall'Advisory Committee on Elective Surgery, per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione:

### ⇒ CLASSE A

ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi. In tale classe sono compresi gli interventi chirurgici per patologia oncologica ed i ricoveri per trattamenti radio/chemioterapici

## d) CLASSE DI PRIORITÀ

### ⇒ CLASSE B

ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono, a causa dell'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

## **d) CLASSE DI PRIORITÀ**

### **⇒ CLASSE C**

**ricovero entro 90 giorni** per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano la tendenza ad aggravarsi, né possono, a causa dell'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

### **⇒ CLASSE D**

**ricovero entro 180 giorni** per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

### **⇒ CLASSE E**

**Ricovero senza attesa definita** per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro **12 mesi**.

**OBIETTIVI REGIONE VENETO 2017**

**Distribuzione interventi principali per tipo di ricovero**

**ONCOLOGIA**

I ricoveri analizzati nell'elaborato "Oncologia" sono sovrapponibili a quelli oggetto di elaborazione delle altre specialità, in quanto non sono individuabili per reparto di intervento ma per diagnosi principale.

<b>SOGLIA % MNMA</b>	<b>Data intervento: N° trimestre</b>	<b>Data intervento: N° trimestre</b>	<b>Data intervento: N° trimestre</b>
<b>DRG CHIRURGICI ONCOLOGICI in classe A (30gg) e in classe B (60gg)*: % DRG chirurgici oncologici classe A + classe B (su totale DRG chirurgici oncologici classe A + classe B) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016**</b>	<b>75%</b>	<b>85%</b>	<b>95%</b>
<b>DRG CHIRURGICI ONCOLOGICI in classe C (90gg) e in classe D (180gg)*: % DRG chirurgici oncologici classe C + classe D (su totale DRG chirurgici oncologici classe C + classe D) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016**</b>	<b>70%</b>	<b>80%</b>	<b>90%</b>

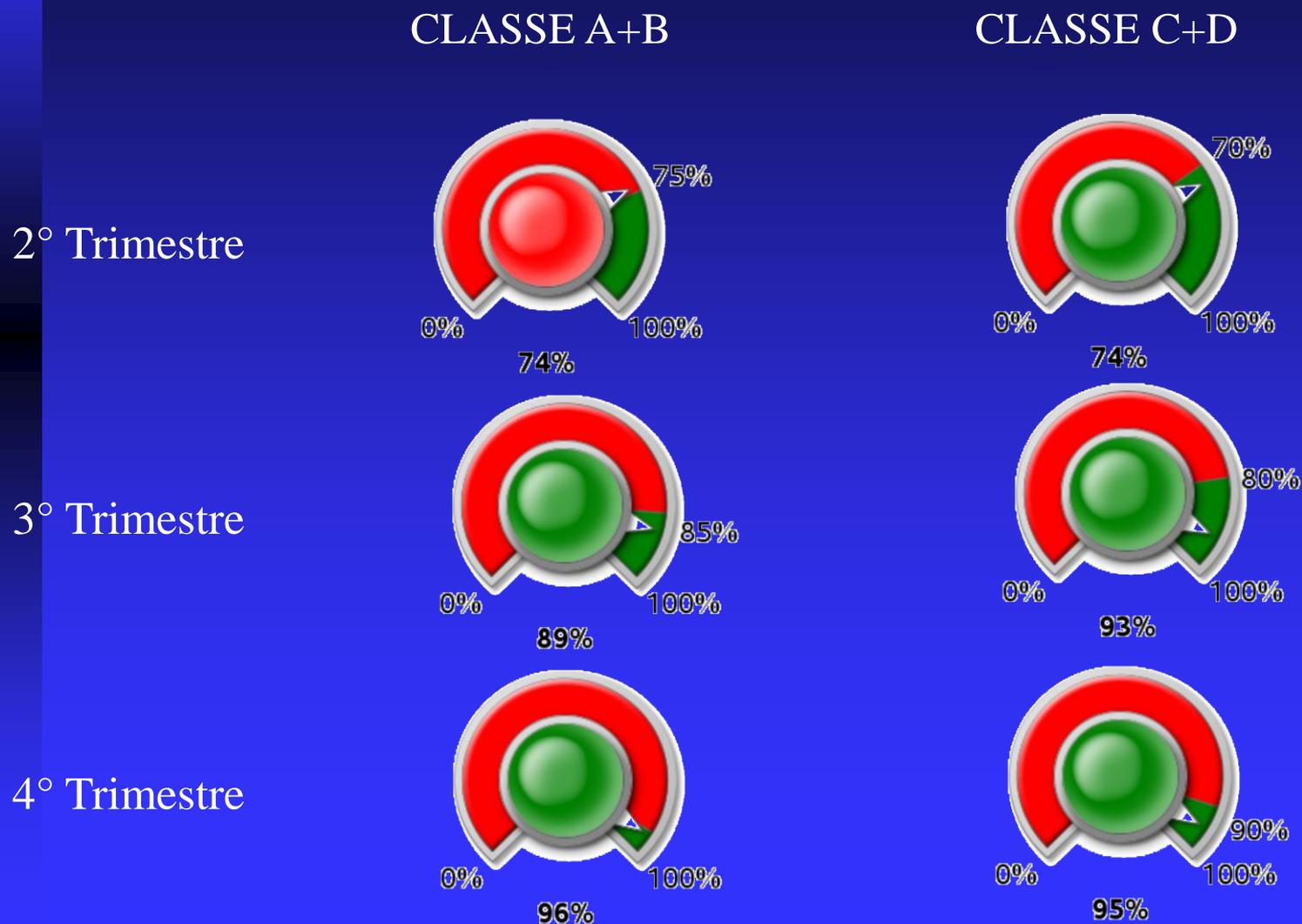
**periodo di erogazione:**

**DICEMBRE 2016 - DICEMBRE 2017**

# B.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

Oncologia – DICEMBRE 2016 – DICEMBRE 2017

Sintesi raggiungimento obiettivi



# Ulteriori indicazioni riguardo le informazioni da rilevare al momento della dimissione

## MODALITÀ DI DIMISSIONE:

- **Decesso del paziente**
- **Dimissione ordinaria al domicilio del paziente**
- **Dimissione ordinaria presso una RSA**
- **Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare**
- **Dimissione volontaria (contro il volere dei medici)**
- **Trasferimento ad altro ospedale per acuti**
- **Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso Istituto**
- **Trasferimento ad Istituto di Riabilitazione (o di Lungodegenza)**

# **Sezione C**

## **Informazioni da rilevare al momento della dimissione**

- \* Riscontro autoptico**
- \* Peso alla nascita (per i neonati)**
- \* Grado di dipendenza assistenziale alla dimissione (Scala di Barthel)**
- \* Grado di istruzione**
- \* Diagnosi principale alla dimissione**
- \* Diagnosi secondarie**
- \* Intervento chirurgico o parto**
- \* Altri interventi o procedure**

**Ulteriori indicazioni**

**Nuova SDO Ministero**

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

### Altre valutazioni

Rilevazione del dolore

Stadiazione condensata

Pressione arteriosa  
sistolica (mmHg)

Creatinina serica  
(mg/dl)

Frazione di eiezione  
(%)

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

**Rilevazione del Dolore**: Indicare se è stata fatta almeno una rilevazione del dolore nel corso del ricovero (si/no). Il campo va obbligatoriamente compilato per **tutti i ricoveri**

**Pressione Arteriosa Sistolica (mmHg)**: La compilazione del campo risulta obbligatoria nel caso in cui si inserisca in SDO la **diagnosi** (principale o secondaria) di **infarto acuto del miocardio** (codice ICD9-CM 410.xx). E' richiesto il primo valore riscontrato nel corso del ricovero.

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

**Creatinina Serica (mg/dL)**: Obbligatoria nel caso in cui si inseriscano in SDO:

**Intervento chirurgico di By-pass Aortocoronarico (ICD9-CM 36.1x)** o **Interventi sulle valvole cardiache (ICD9-CM 35.1x-35.2x)**

Diagnosi di **Frattura del collo del femore: (ICD9-CM 820.xx)** nei **Pazienti con età  $\geq$  65 anni**

**Interventi chirurgici ortopedici di sostituzione protesica (ICD-CM 81.51 o 81.52)** o di **riduzione di frattura (ICD9-CM 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55)**

E' richiesto l'inserimento dell'ultimo valore preoperatorio riportato nella cartella clinica

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

**Frazione di Eiezione**: La compilazione del campo risulta obbligatoria nel caso in cui si inseriscano in SDO interventi chirurgici di **by-pass aortocoronarico** (ICD9-CM 36.1x) o sulle **valvole cardiache**(ICD9-CM 35.1x-35.2x)

**Diagnosi di dimissione già presente al momento del ricovero**:  
flaggare il campo (SI/NO) nel caso la patologia fosse **preesistente** al momento del ricovero

**Stadiazione oncologica condensata**: compilazione obbligatoria se viene inserita in SDO una **diagnosi oncologica** (ICD9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)

# **NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**Ottobre 2016**

**Tramite il menù a tendina selezionare tra:**

**1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine**

**2 = infiltrazione locale extraorgano**

**3 = metastasi ai linfonodi regionali**

**4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali**

**5 = metastasi a distanza**

**6 = metastasi ai linfonodi non regionali**

**7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6**

**8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4**

**9 = ignoto**

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

### COMPILAZIONE SDO: SEZIONE PROCEDURE DATI ADDIZIONALI

Nella sezione dedicata alle **procedure** sono stati inseriti alcuni campi la cui compilazione risulta obbligatoria:

Procedimenti Chirurgici									
	Codice	Descrizione	Data	Ora	Reparto	Medico	CheckList sala op.	Dati Aggiuntivi	
<input type="checkbox"/>	1	5025 ABLAZIONE LAPAR...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[+ Nuovo Procedimento](#) [✕ Cancella Procedimento](#)

CHECKLIST SALA OPERATORIA (flaggare **SI/NO/Non Applicabile** per la procedura principale)

# NUOVA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Ottobre 2016

### COMPILAZIONE SDO: SEZIONE PROCEDURE DATI ADDIZIONALI

Dati Aggiunti -- Finestra di dialogo pagina Web

http://srvInx0213.intra.azosp.vr.it:8081/hopera342/ims/additionaldata.do?method=compile

**Dati aggiuntivi per: CATETERISMO CARDIACO DEL CUORE DESTRO**

Data inizio intervento	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ora inizio intervento	<input type="text"/>
Data fine intervento	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ora fine intervento	<input type="text"/>
Primo medico chirurgo	<input type="text"/>		<a href="#">Cerca</a>	<a href="#">Svuota</a>
Secondo medico chirurgo	<input type="text"/>		<a href="#">Cerca</a>	<a href="#">Svuota</a>
Terzo medico chirurgo	<input type="text"/>		<a href="#">Cerca</a>	<a href="#">Svuota</a>
Medico anestesista	<input type="text"/>		<a href="#">Cerca</a>	<a href="#">Svuota</a>

[Conferma](#) [Annulla](#)



REGIONE DEL VENETO

DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
Coordinamento Regionale Controlli Sanitari

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE  
E LA CODIFICA ICD-9-CM DELLA SCHEDA  
DI DIMISSIONE OSPEDALIERA



Revisione Anno 2011

# LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA ICD-9-CM DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## Gruppo di lavoro

Giovanna Ghirlanda  
Bruno Severis  
Manuela Miorin  
Gianfranco Cereser  
Stefano Formentini  
Marco Bruseferro  
Graziana Aguzzi  
Gianluca Gianfilippi  
Davide Brunelli

Coordinatore gruppo di lavoro - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona  
ULSS 1 Belluno  
ULSS 4 Alto Vicentino  
ULSS 10 Veneto Orientale  
ULSS 15 Alta Padovana  
ULSS 18 Rovigo  
ULSS 21 Legnago  
Componente AICP  
Componente ARIS

DGRV 167/2016  
Revisione anno 2016

# PREMESSA: LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

## **DECRETO 27 ottobre 2000**

*Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. (G.U. Serie Generale n. 295 del 19 dicembre 2000)*

Art. 3. La responsabilita' della corretta compilazione della scheda di dimissione, **compete al medico responsabile della dimissione**, individuato dal responsabile dell'unita' operativa dalla quale il paziente e' dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. **La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera e' effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione**

Art 4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura e' responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonche' dei controlli sulla completezza e la congruita' delle informazioni in esse riportate

# PREMESSA: LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

**DECRETO 28 DICEMBRE 1991**

- ❑ La compilazione della parte sanitaria della SDO deve essere effettuata nel minor tempo possibile dopo la dimissione del paziente:
  - NUOVO OBIETTIVO AZIENDALE DALL'ANNO 2012 REGIONE VENETO
  - Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio dei flussi informativi in esercizio  
INVIO IN MOBILITA' ENTRO MESE SUCCESSIVO ALLA DIMISSIONE

<b>Invio di almeno il 95% delle SDO chiuse. Assenza di DRG 470 “non attribuibile ad altro DRG”</b>	<b>Invio durante l'anno di almeno il 95% delle SDO chiuse, secondo lo specifico calendario (ad esclusione SDO con esami istologici da chiudere al 99% al massimo entro il mese successivo rispetto al calendario degli invii). Assenza di DRG 470</b>	<b>MONITORAGGIO: CHIUSURA SDO ALLA DIMISSIONE UNITAMENTE ALLA LETTERA DI DIMISSIONE</b>  <b>95 % DRG MEDICI</b>  <b>99% ENTRO 30 GG PER ISTOLOGICO LADDOVE RICHIESTO</b>
--	---	--

**LINEE GUIDA GENERALI PER  
LA SELEZIONE E CODIFICA  
DELLE DIAGNOSI, DEGLI  
INTERVENTI CHIRURGICI E/O  
PROCEDURE DIAGNOSTICHE  
O TERAPEUTICHE**

**Regione Veneto (2016)**

# A. Codifica delle diagnosi

## DIAGNOSI PRINCIPALE (DP)

La diagnosi principale di dimissione è la condizione morbosa, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la **principale responsabile del bisogno di trattamento e/o indagini diagnostiche**

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia:

- più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere indicata in DP quella risultata **responsabile dell'impiego maggiore di risorse**
- oppure, se non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della DP, possono essere utilizzati codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite (cod. 780-799)

In caso di decesso, non va utilizzato il codice relativo all'arresto cardiaco (cod. 427.5 *Arresto cardiaco*), bensì la patologia causa del decesso

## DIAGNOSI SECONDARIA (DS)

### *Nuova definizione*

Le diagnosi secondarie di dimissione sono **condizioni che coesistono al momento dell'ammissione o che si sviluppano durante il ricovero e sono in grado di influenzare il trattamento ricevuto e/o la durata delle degenza**

Per DS deve intendersi qualunque condizione diversa dalla DP in grado di influenzare l'assistenza erogata al paziente in termini di:

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

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate

# B. Codifica interventi e procedure

Nel formato SDO adottato dal SSN possono essere inserite **al massimo 6 interventi/procedure** compreso il principale

Quando sulla cartella clinica sono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, si deve tenere conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- interventi chirurgici **a cielo aperto**
- interventi per **via endoscopica e/o laparoscopica**
- procedure che determinano l'attribuzione a **specifici DRG**
- **procedure interventistiche** diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel **primo settore** (cod. da 01.\_ a 86.\_) (es. gastroscopia)
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel **secondo settore** (cod. da 87.\_ a 99.\_), dando priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN).

# Es. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

## Cirrosi epatica

In caso di **varici esofagee sanguinanti correlate alla cirrosi epatica** si indicherà:

- DP: cod. 571.\_ Malattia epatica cronica e cirrosi
- DS: cod. 456.20 Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove

## SIMULAZIONE

### Varici esofagee sanguinanti correlate alla cirrosi epatica

#### PRIMA

- DP: 45620 – Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove
- DS: 57141 – Epatite cronica persistente

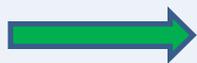


**DRG: 571**

**Rimborso: € 1.771,83**

#### ADESSO

- DP: 57141 – Epatite cronica persistente
- DS: 45620 – Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove



**DRG: 205**

**Rimborso: € 3.607,48**

# Es. MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI

## DIABETE MELLITO

Nelle note delle sottocategorie si raccomanda di segnalare, tra le altre diagnosi, nel caso di utilizzo associato di insulina a lungo termine, il codice di nuova introduzione V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina.*

### Diabete scompensato

Si precisa che, poiché il diabete è una patologia spesso presente nei pazienti che subiscono un ricovero per motivi diversi dalla patologia diabetica, va riportato in DS solo se ne ricorrono le condizioni.

In particolare, potrà essere indicato tra le DS solo se nel corso della degenza sono stati effettuati almeno i seguenti specifici accertamenti/trattamenti:

- consulenza/e specialistiche qualora il paziente non sia ricoverato in ambito internistico;
- modifica della terapia rispetto a quella effettuata a domicilio e/o eventuale somministrazione estemporanea di insulina;
- monitoraggio glicemico.

Nelle complicazioni a lungo termine o croniche vanno indicati in DP il codice specifico del diabete complicato e in DS i codici relativi a ciascuna manifestazione.

# SIMULAZIONE

paziente diabetico tipo II con polineuropatia diabetica scompensato in terapia insulinica

## PRIMA

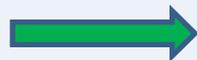
- DP: 3752 – **polineuropatia in diabete**
- DS: 25062 – **diabete tipo II non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche**



DRG: 018  
Rimborso: € 2.282,86

## ADESSO

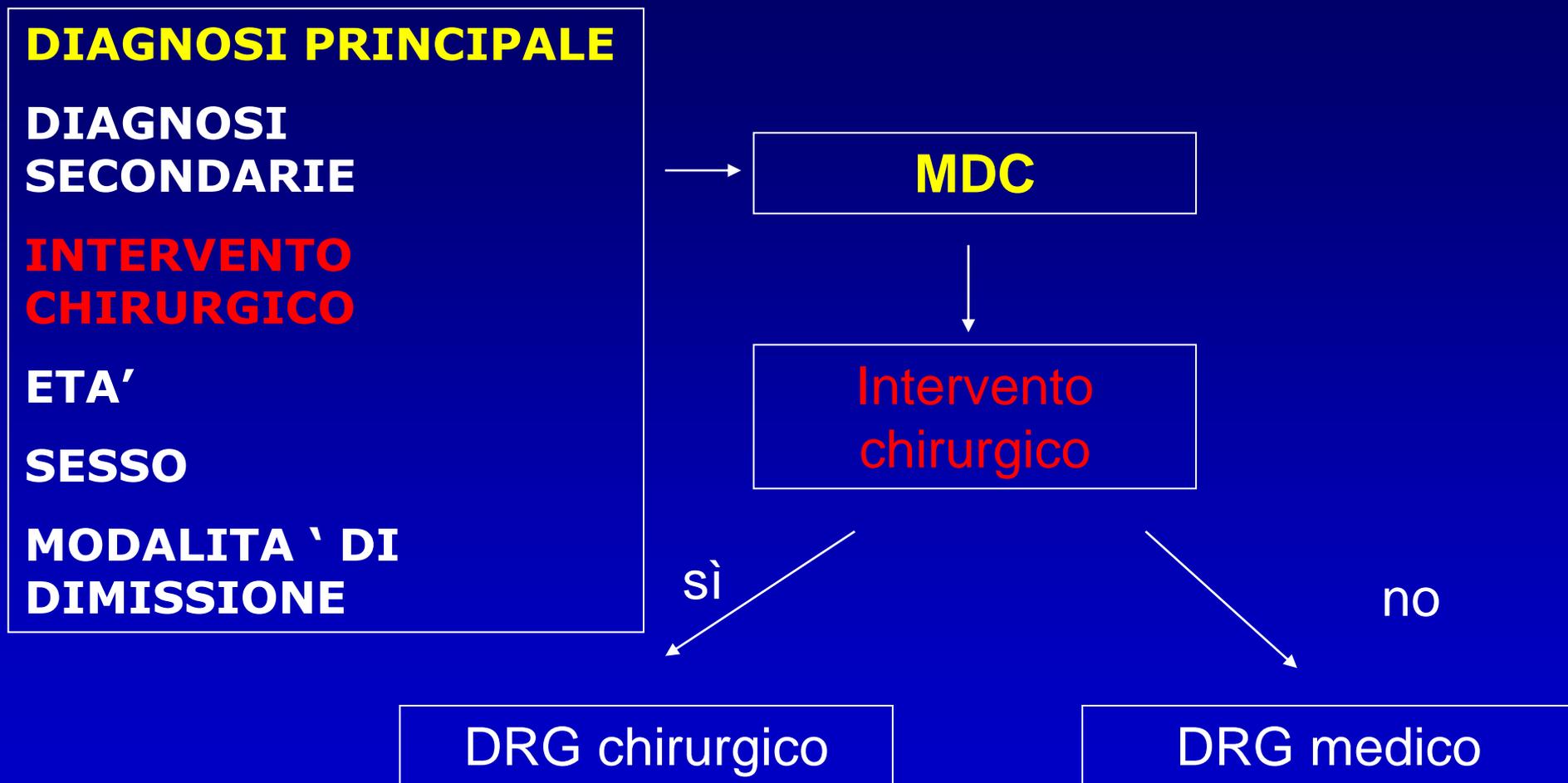
- DP: 25062 – **diabete tipo II non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche**
- DS 1: 3572 – **polineuropatia in diabete**
- DS 2: v5867 – **uso a lungo termine (in corso) di insulina**



DRG: 019  
Rimborso: € 1.592,45

I D.R.G.<sub>s</sub> : logica di attribuzione

# Logica di attribuzione



# MDC 8

Paziente n° 1:

**Età** 80 aa

**Sesso** maschio

**DP** 820.03 frattura della base del collo del femore

**DS** 250.02 diabete scompensato

**Int.Chir.** 79.05 riduzione incruenta

**Tipo di dimissione:** trasf.

Paziente n° 2:

**Età** 80 aa

**Sesso** maschio

**DP** 820.03 frattura della base del collo del femore

**DS** 250.02 diabete scompensato

**Int.Chir.** 79.35 riduzione cruenta di fr. femore

**Tipo di dimissione:** trasf

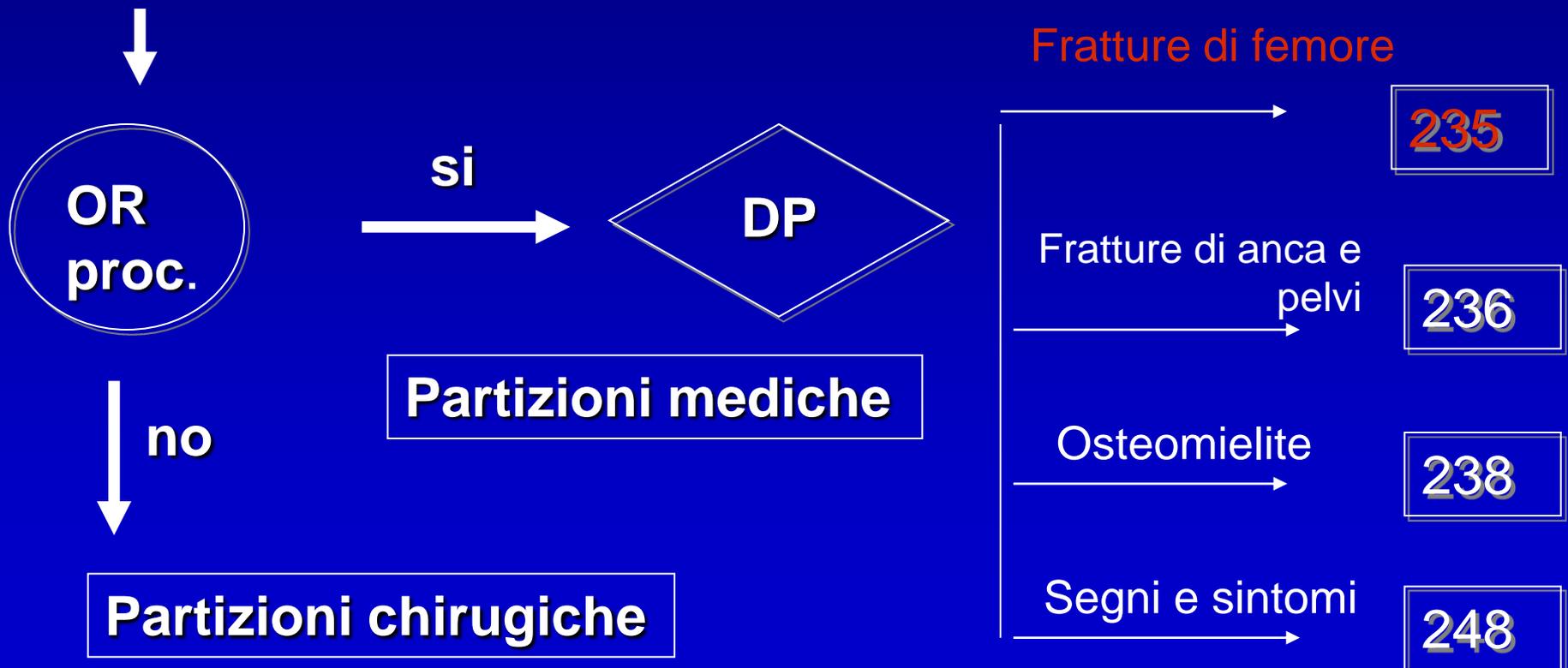
# Paziente n° 1

DP 820.03



MDC 8

Int.chir. 79.05



# Paziente n° 2

DP 820.03



MDC 8

Int.chir. 79.35



sì



Int. anca e femore  
eccetto art.magg.



sì

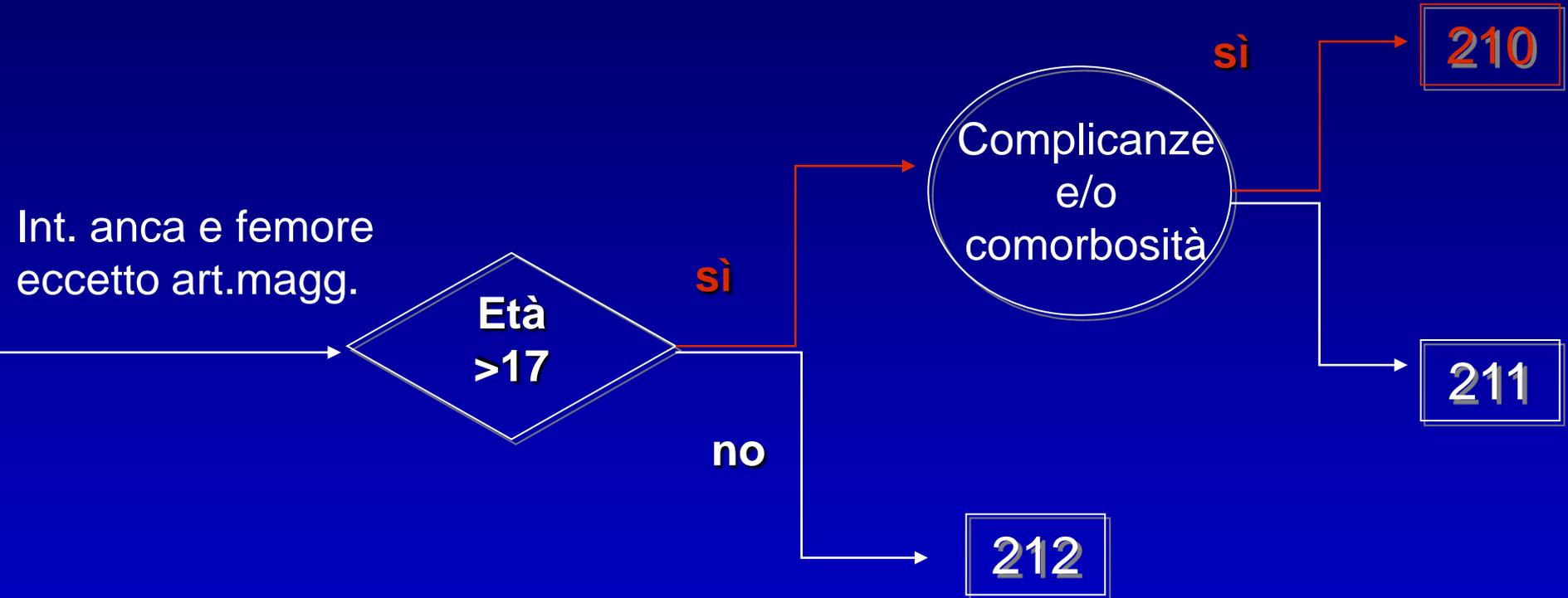
no

Partizioni  
chirurgiche

amputazione

213

## Paziente n° 2



Paziente n° 1 → DRG 235 fratture del femore (3.461 Euro)

Paziente n° 2 → DRG 210 interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 aa con CC (7.967 Euro)

## Le tariffe dei DRG: sono determinate a livello regionale

Le tariffe dei singoli DRG sono fissate a livello regionale sulla base del costo standard di produzione

Qualora le singole Regioni non abbiano emanato propri provvedimenti di definizione delle tariffe valgono in via transitoria quelle stabilite con il Decreto del Ministero della Sanità del 14 dicembre 1994 ed aggiornate nel 1997, nel quale sono determinati anche i criteri generali per la fissazione delle tariffe

Le tariffe fissate per ogni DRG si riferiscono al costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti attribuiti allo stesso DRG

In ciascun DRG, vi sono alcuni ricoveri con costi inferiori alla media e alcuni con costi superiori. La fissazione delle tariffe a livello regionale consente di tenere conto della diversa composizione dell'insieme delle prestazioni erogate, che varia nelle singole realtà regionali e locali



*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	peso	soglia
094	4	M	Pneumotorace con CC	1,2102	27
095	4	M	Pneumotorace senza CC	0,6906	17
096	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	0,8333	18
097	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	0,5863	17
098	4	M	Bronchite e asma, età < 16 anni	0,3616	10
099	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	0,6676	27
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	0,4635	14
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	0,9305	24
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	0,6018	13
103	Pr	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	14,5725	91
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	6,0620	35
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	4,5577	28
106	5	C	Bypass coronarico con FIDA	5,4736	39
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	4,1166	37
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	3,3912	33
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	2,5742	24
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	3,1389	57
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	1,8488	45
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco eccetto sostituzione	1,0645	17
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	1,0532	7
119	5	C	Legaure e stripping di vene	0,7350	4
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2,0581	37
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	1,5617	21
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	1,2147	17
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	1,3033	23
124	6	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	1,1950	21
125	6	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	0,7002	7
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	3,7801	74
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	1,0270	21
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	0,7518	21
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	1,3124	32
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	1,0117	23
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	0,5893	21
132	5	M	Aterosclerosi con CC	0,6086	20
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	0,6264	17
134	5	M	Ipotensione	0,6701	17
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	0,6689	24
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	0,6748	17
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	0,6484	10
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	0,6028	17
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	0,5223	10

D.M.S. 15/4/94

## SISTEMA DEI DRG COME STRUMENTO DI TARIFFAZIONE DEGLI EPISODI DI RICOVERO

<b>TIPOLOGIA RICOVERO</b>	<b>MODALITA' DI APPLICAZIONE</b>	<b>UNITA' DI PAGAMENTO</b>
<b>Day hospital/Day surgery</b>	Accesso/ Episodio di ricovero	<ul style="list-style-type: none"><li>● Accesso (medico)</li><li>● DRG (chirurgico)</li></ul>
<b>Degenza ordinaria per acuti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ricoveri (0 – 1 gg.)</li><li>● “Inliers”</li><li>● “Outliers”</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Tariffa DRG specifica</li><li>● Giornate di degenza (outliers)</li></ul>
<b>Riabilitazione</b>	Ricoveri riabilitazione	<ul style="list-style-type: none"><li>● Quota pro/die MDC specifiche</li></ul>
<b>Lungodegenza</b>	Ricoveri lungodegenza	Giornate di degenza

LA NUOVA ARTICOLAZIONE IN CLASSI  
DEI DRG

DGR n. 1805 del 6 nov 2011

Classe A: i DRG “di alta complessità” dalla “Tariffa Unica per la Compensazione” (TUC) della mobilità sanitaria – anno 2010

Classe B: i DRG con peso pari o superiore a 2 o svolti almeno per il 60% da Unità Operative con “alte” specialità

Classe C: i DRG rimanenti

Classe D: i DRG di cui alla Deliberazione 4277/2009 (ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario) operando la suddivisione tra drg medici e drg chirurgici

Codice DRG	mdc	tipo	DESCRIZ	Classe Drg	A_RicOrd_ Maggiori_1 G	B_RicOrd _01_G	C_Tariffa_ RicDiurno	DegTrim Point	E_TariffaX _GG_Oltre Soglia	F_Peso _Drg	PercOr dsuTot _2010
085	4	M	Versamento pleurico con CC	C	3.548,16	200,00	200,00	32,00	138,15	1,37	0
086	4	M	Versamento pleurico senza CC	C	2.213,21	200,00	200,00	27,00	138,15	1,04	0
087	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	C	3.669,67	200,00	200,00	30,00	138,15	1,22	0
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	D	2.423,77	200,00	200,00	21,00	138,15	0,82	96
089	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	C	3.307,06	200,00	200,00	31,00	138,15	1,14	0
090	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	C	2.445,44	200,00	200,00	21,00	138,15	0,76	0
091	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	C	3.343,09	200,00	200,00	11,00	138,15	0,47	0
092	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	C	3.765,76	200,00	200,00	31,00	138,15	1,28	0
093	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	C	2.475,47	200,00	200,00	27,00	138,15	0,90	0
094	4	M	Pneumotorace con CC	C	3.797,69	200,00	200,00	33,00	138,15	1,21	0
095	4	M	Pneumotorace senza CC	C	2.028,03	200,00	200,00	14,00	138,15	0,69	0
096	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	C	2.662,66	200,00	200,00	18,00	138,15	0,80	0
097	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	C	1.984,98	200,00	200,00	17,00	138,15	0,56	0
098	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	C	2.776,77	200,00	200,00	10,00	138,15	0,38	0
099	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	C	2.146,04	200,00	200,00	34,00	138,15	0,89	0
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	C	1.453,07	200,00	200,00	17,00	138,15	0,48	0
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	C	3.325,32	200,00	200,00	27,00	138,15	0,93	0
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	C	1.842,84	200,00	200,00	17,00	138,15	0,60	0
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	A	62.601,67	38.217,81		260,00	138,15	14,57	0

# DRG

A COSA SERVONO?

Misurano il “prodotto” dell’Ospedale



# DRG

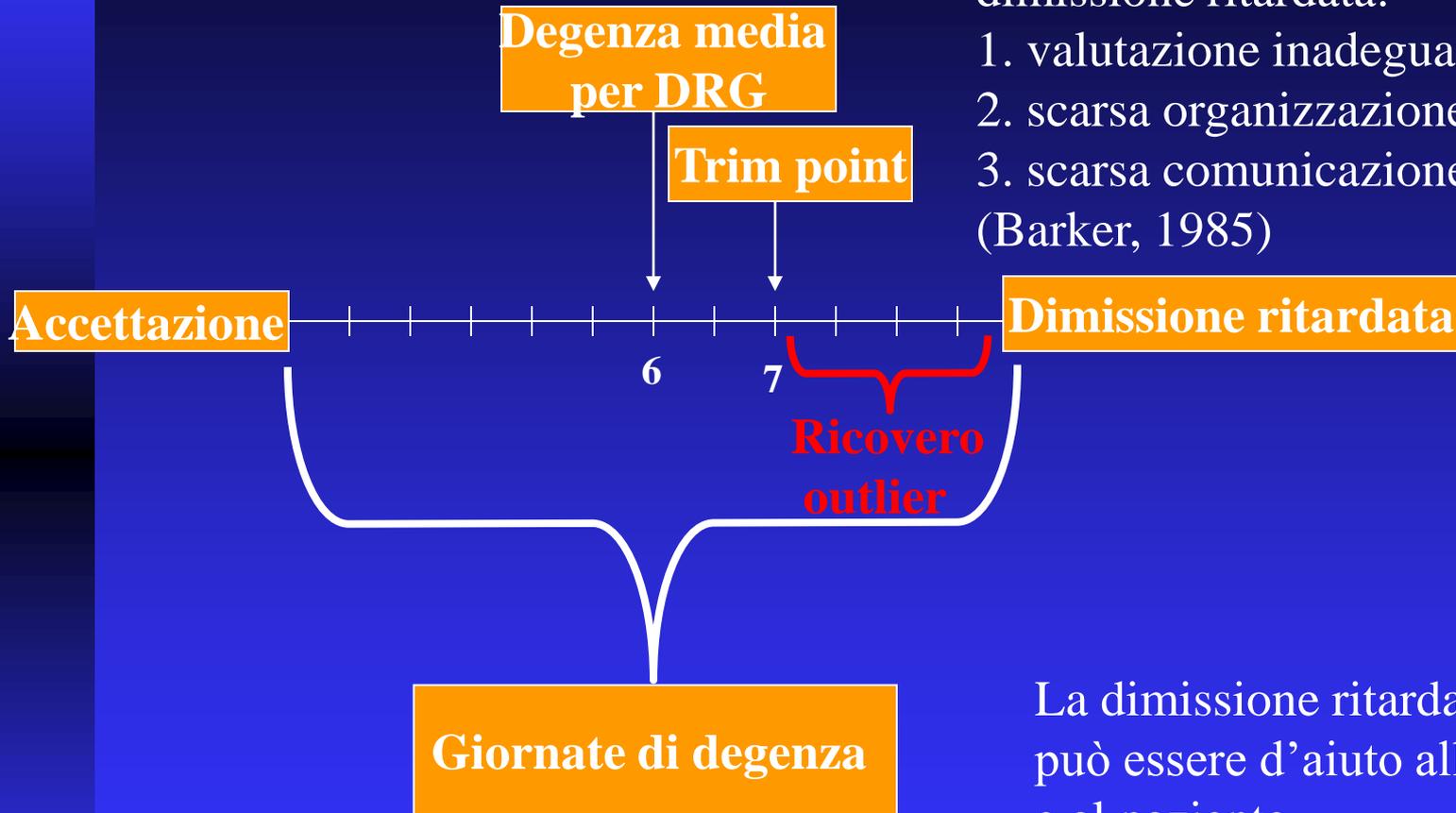
- **Definiscono l'oggetto della remunerazione dell'attività ospedaliera (tariffe predefinite):**
  - ◆ finanziamento prospettico dei produttori (PPS) di prestazioni di ricovero
  - ◆ compensazione interregionale
- **Consentono la valutazione di tipo clinico-epidemiologico dell'attività svolta**
- **Permettono il confronto tra ospedali e tra reparti in termini di:**
  - ◆ complessità della casistica trattata
  - ◆ efficienza operativa

## Il problema della dimissione

## Le dimissioni ritardate e i ricoveri outliers

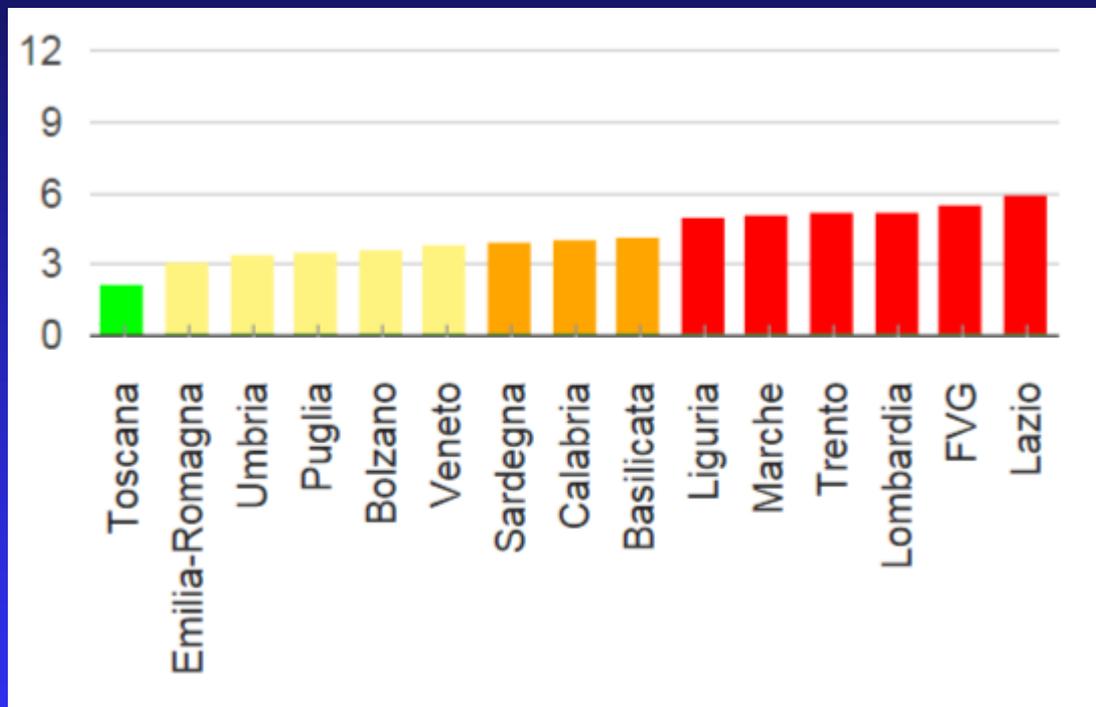
Le tre cause principali di dimissione ritardata:

1. valutazione inadeguata paziente
2. scarsa organizzazione
3. scarsa comunicazione (Barker, 1985)

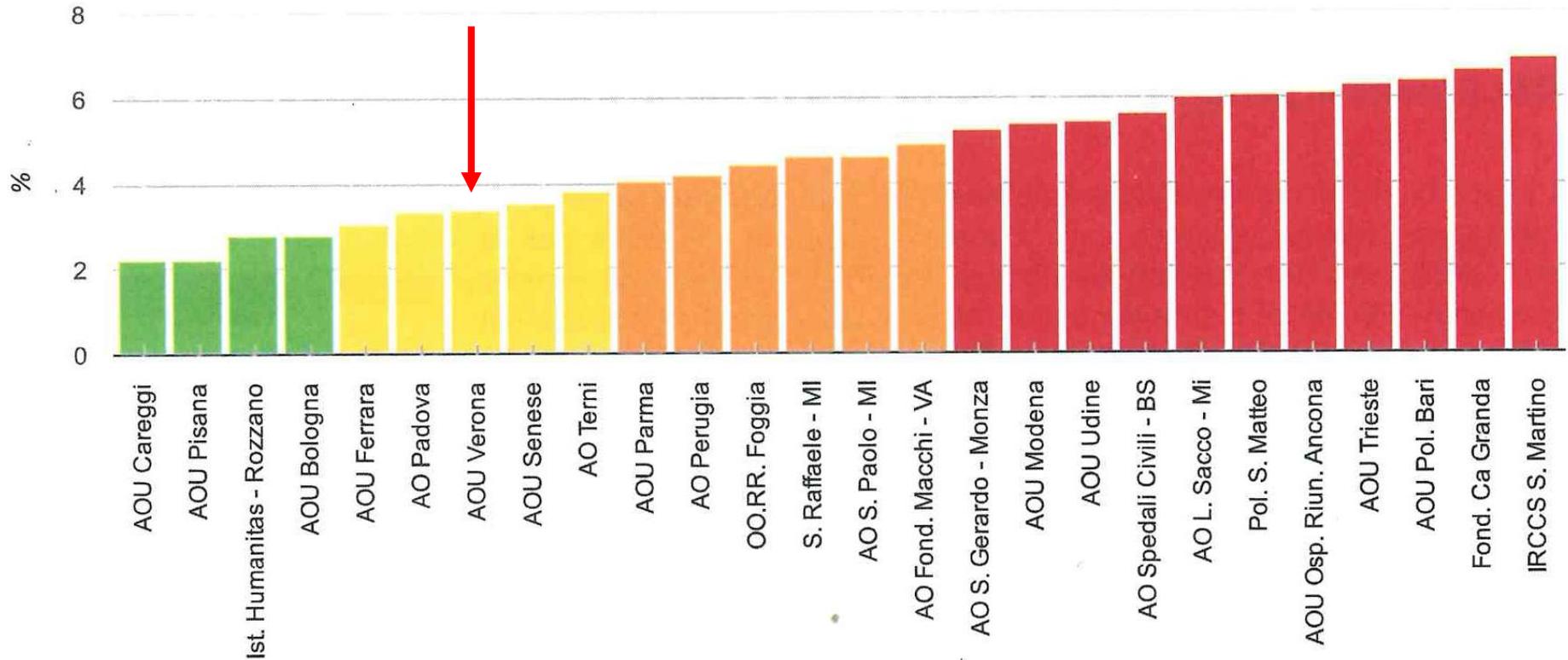


La dimissione ritardata può essere d'aiuto alla famiglia e al paziente, ma non rappresenta un indicatore di efficienza ospedaliera !

# C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni

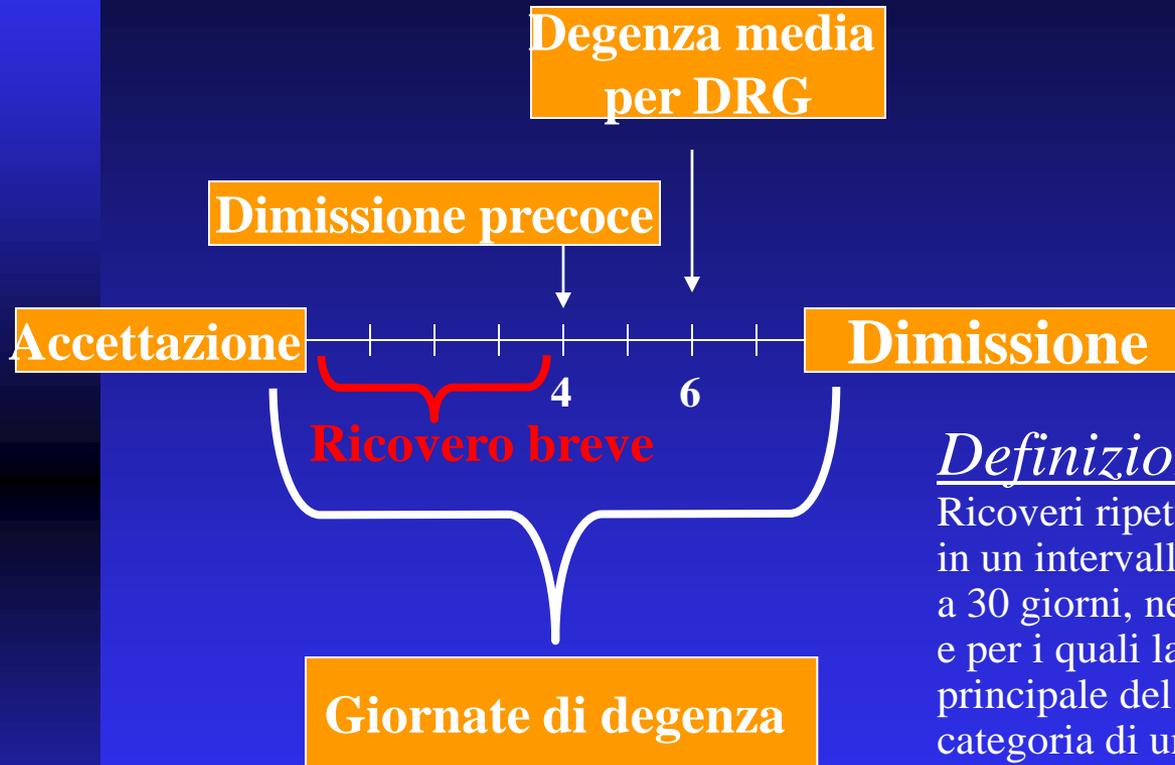


% di ricoveri medici oltresoglia  $\geq 65$  anni



## Il problema della dimissione

# Le dimissioni precoci, i ricoveri brevi e i ricoveri ripetuti



### Definizione di ricovero ripetuto

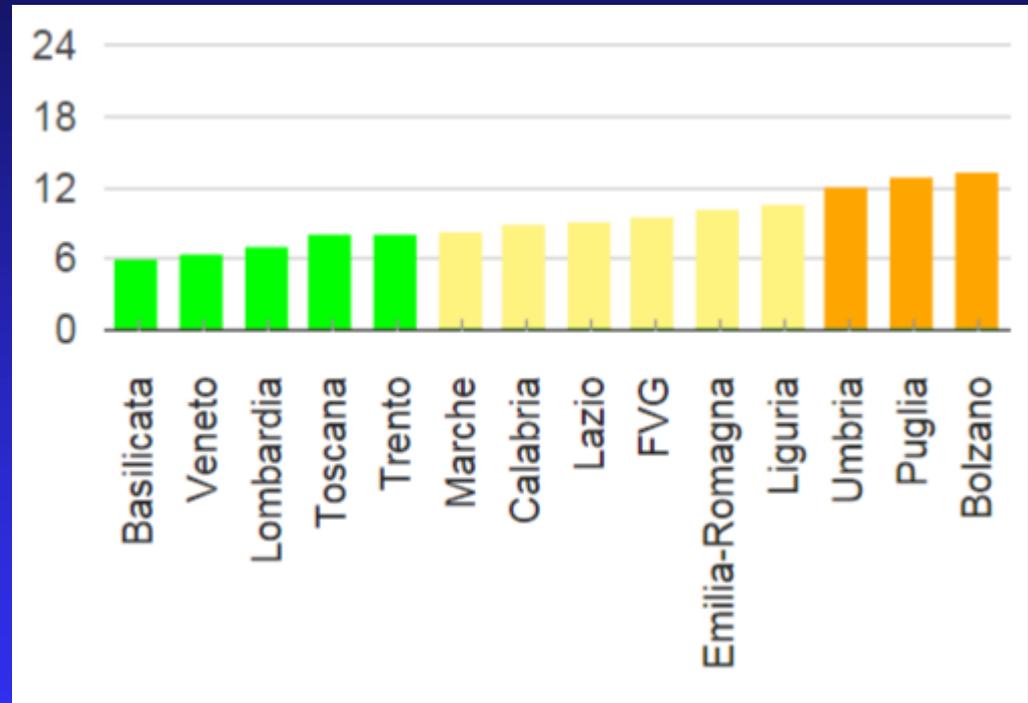
Ricoveri ripetuti sono quelli che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni, nello stesso presidio ospedaliero e per i quali la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

Fanno eccezione:

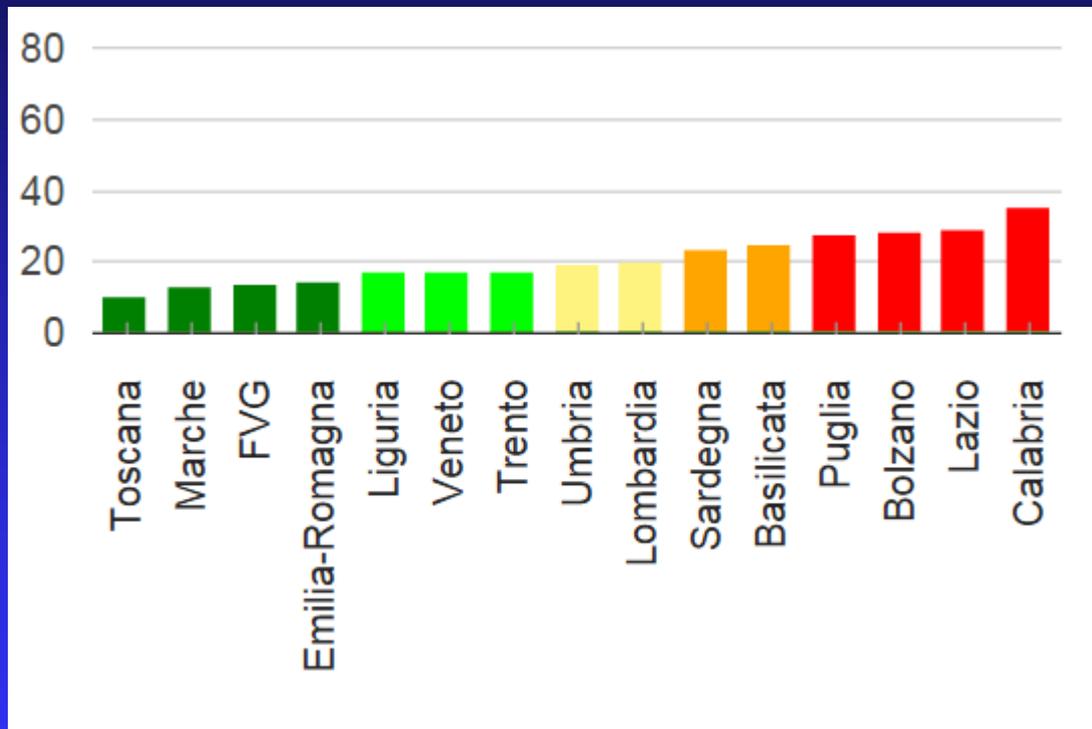
- i ricoveri in regime d'urgenza
- i ricoveri di pazienti autodimessi
- i ricoveri esitati con il decesso del paziente
- i ricoveri per trattamenti ciclici frazionati
- i ricoveri in Lungodegenza o RRF che seguono nello stesso giorno una dimissione da un reparto per acuti

La conseguenza di un ricovero breve e, quindi, di una dimissione precoce è il **ricovero ripetuto**, il quale è potenzialmente inappropriato.

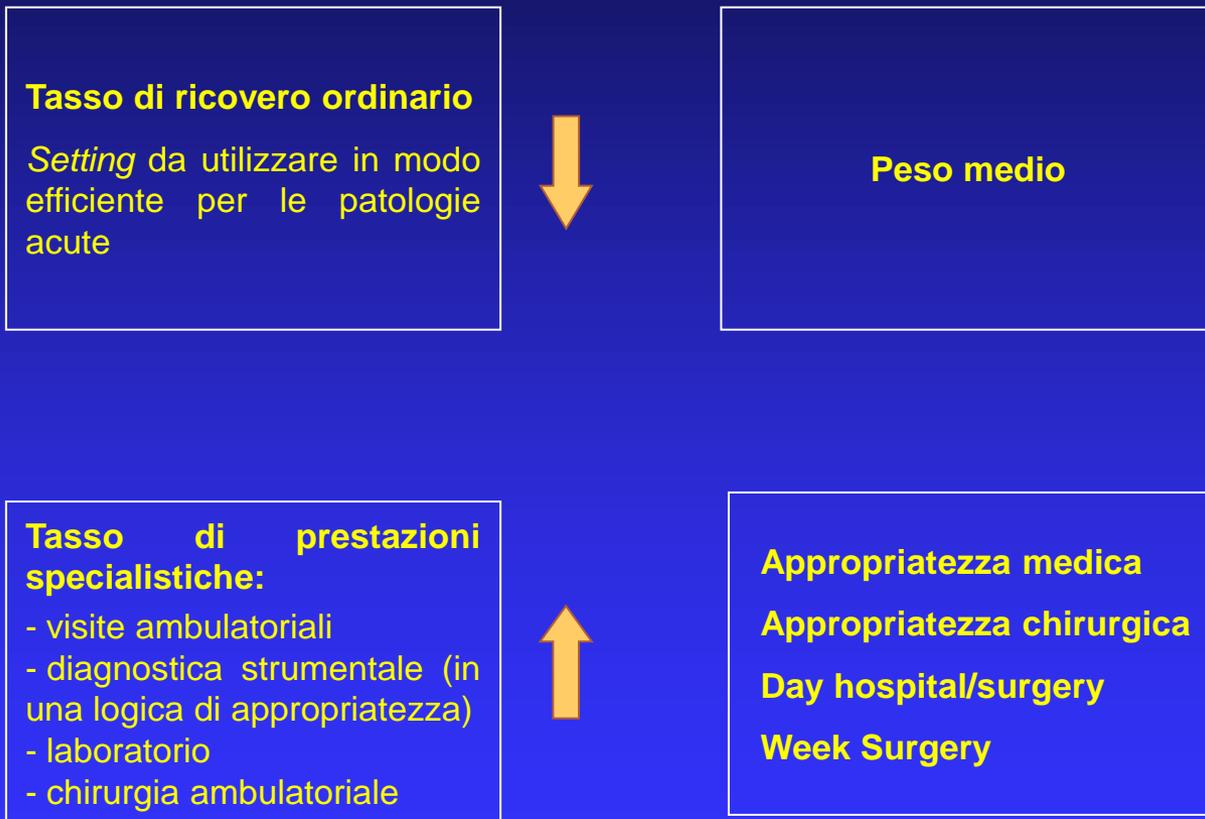
## C14.3a Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA)



## C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici



# L'offerta ospedaliera: come leggerla rispetto agli altri *setting* assistenziali?



PROGRAMMAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA  
Setting assistenziale appropriato

**Ricoveri  
ordinari**

(108 DRG LEA

DPCM/12.01.17  
allegati 6 e 6A)

**Week  
Hospital**

(DGR2688/2014)

**Day hospital/  
Day surgery**

(Decreto 40/2012)

**Day Service  
Ambulatoriale**

(DGR640/2012)

**Prestazioni  
ambulatoriali**

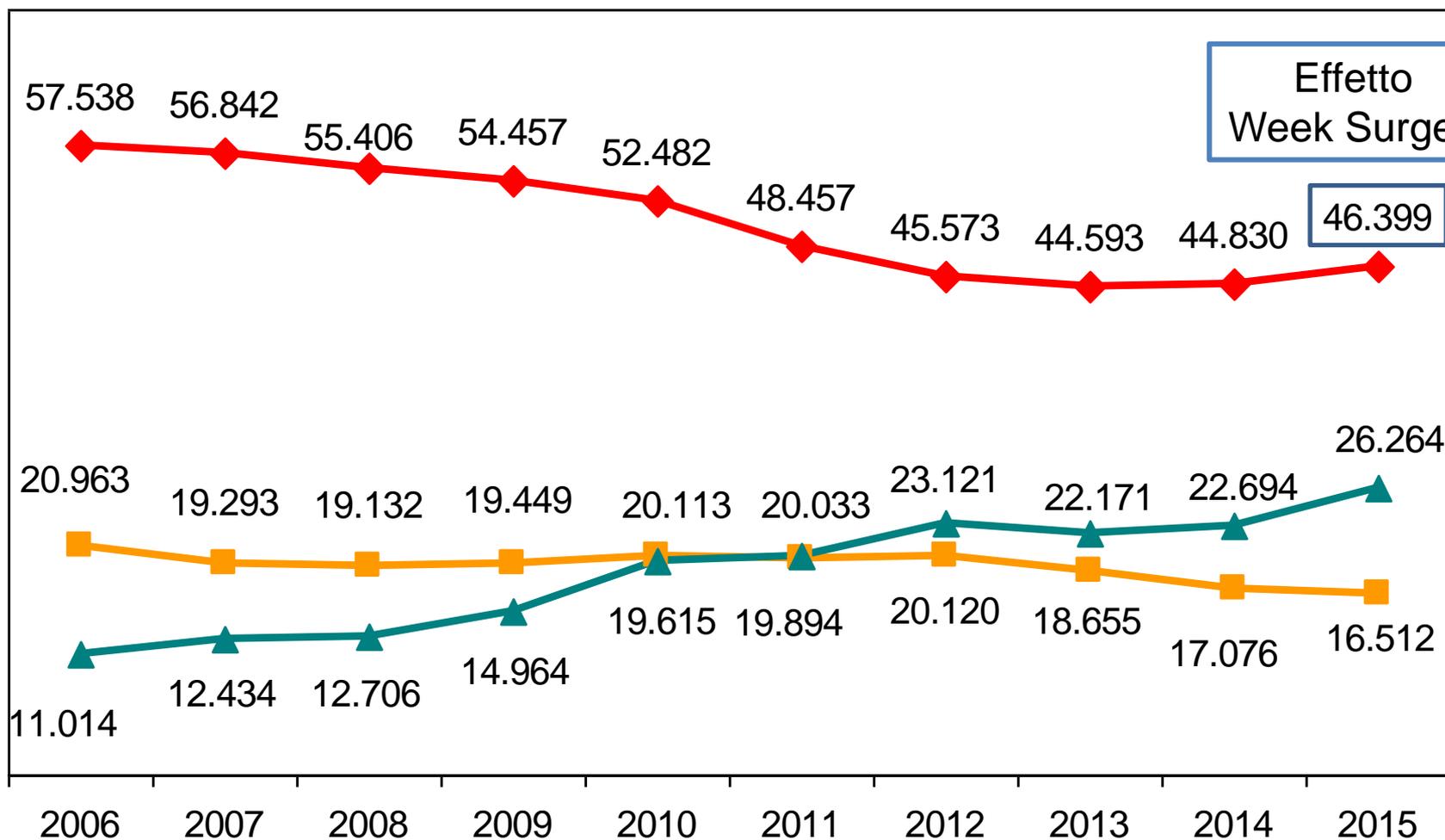
(DGR859/2011)





## Trend per setting 2006-2015

◆ Ricovero Ordinario    ■ Day Hospital    ▲ Ambulatoriale Complessa (Amid)



Legge 16 novembre **2001** n. 405 individua i **livelli essenziali e uniformi d'assistenza: LEA**

*Allegato 2 C dei **LEA***

Individua **52 DRG “al più alto rischio di inappropriatazza”** in regime di degenza Ordinaria oggi **108...**



# 108 DRG LEA

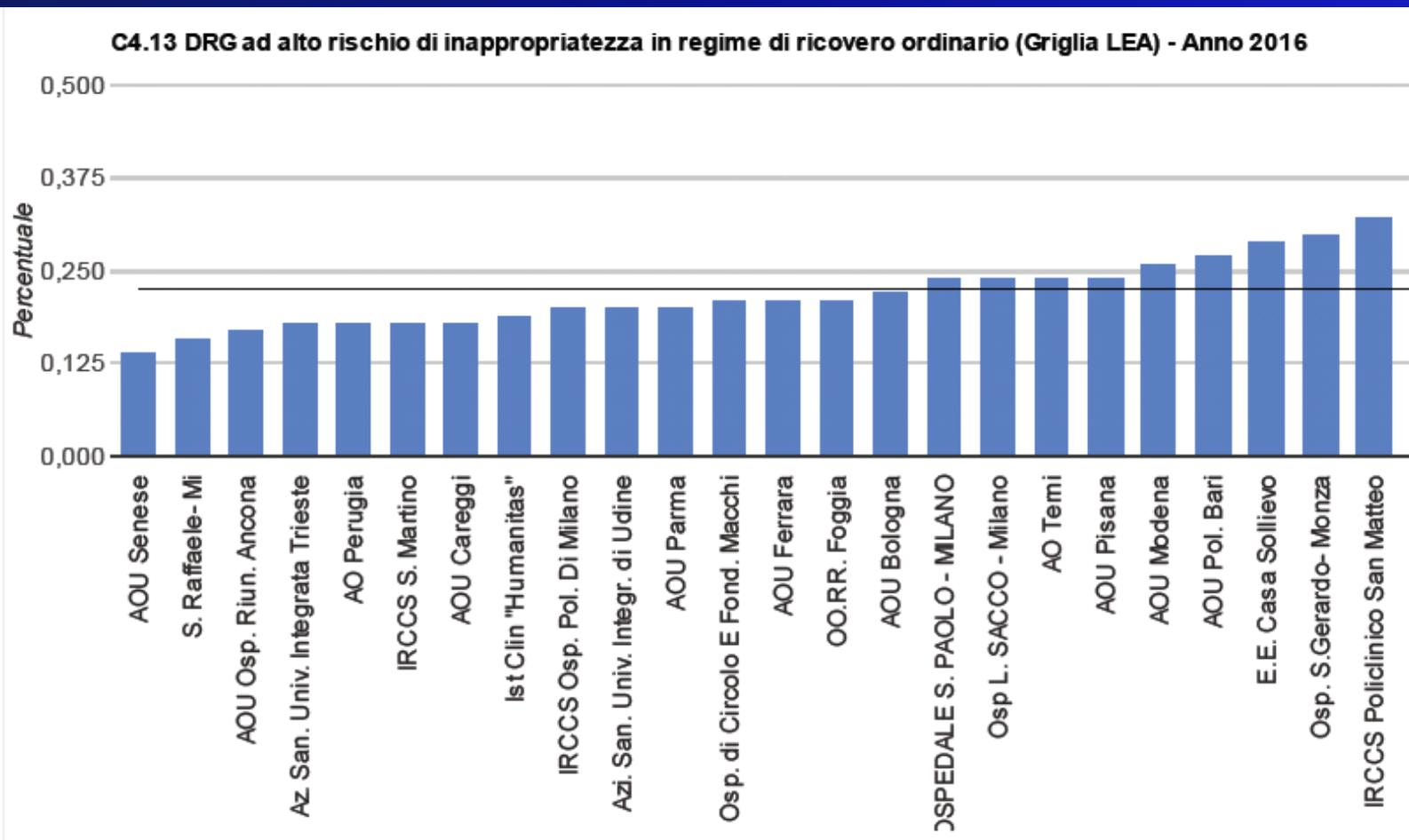
CodiceD RG	DESCRIZ	tipo	LeaRe gionali _2010	PercOrds uTot_2010	TipoRic_lea_2010
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	M	1	88	
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	1	49	
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M	1	32	
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	1	96	
006	Decompressione del tunnel carpale	C	1	1	
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	1	50	
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	1	58	
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	M	1	66	
036	Interventi sulla retina	C	1	56	
038	Interventi primari sull'iride	C	1	29	
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	1	1	
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	1	24	
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C	1	19	
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	1	19	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	M	1	34	
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	C	1	38	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	1	48	
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	C	1	24	
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	1	7	

061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	C	1	14	
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	C	1	11	
065	Alterazioni dell'equilibrio	M	1	56	U
119	Legatura e stripping di vene	C	1	1	
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	M	1	36	U
133	Aterosclerosi senza CC	M	1	40	U
134	Ipertensione	M	1	82	U
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	1	43	
142	Sincope e collasso senza CC	M	1	84	U
158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	1	24	
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	1	56	
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	1	10	
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C	1	11	
168	Interventi sulla bocca con CC	C	1	41	
169	Interventi sulla bocca senza CC	C	1	19	
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	1	81	
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	1	43	U
187	Estrazioni e riparazioni dentali	M	1	23	
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	1	42	
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	M	1	44	
208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	1	71	U
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	1	28	
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	C	1	34	
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	1	13	
232	Artroscopia	C	1	29	

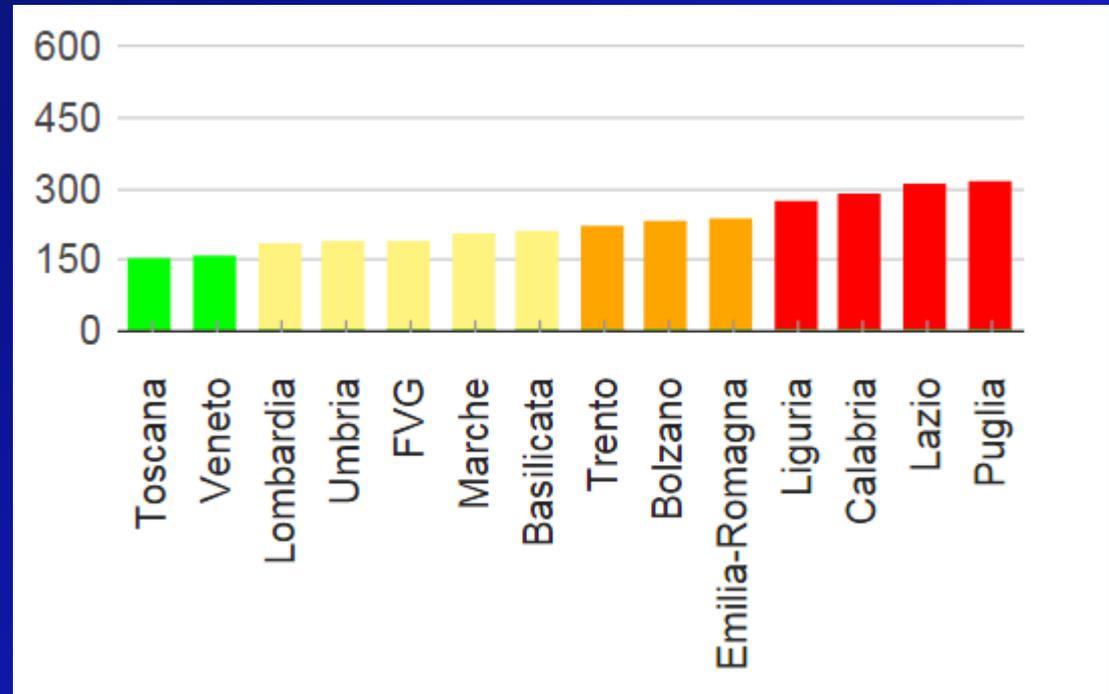
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	M	1	57	
243	Afezioni mediche del dorso	M	1	51	U
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	M	1	83	
248	Tendinite, miosite e borsite	M	1	78	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	1	86	
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	M	1	58	
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	M	1	28	
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	M	1	65	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	1	85	
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	1	10	
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	1	17	
267	Interventi perianali e pilonidali	C	1	6	
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C	1	38	
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	1	10	
276	Patologie non maligne della mammella	M	1	22	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	M	1	22	U
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	M	1	33	U
283	Malattie minori della pelle con CC	M	1	91	
284	Malattie minori della pelle senza CC	M	1	45	
294	Diabete, età > 35 anni	M	1	79	U
295	Diabete, età < 36 anni	M	1	94	
299	Difetti congeniti del metabolismo	M	1	68	
301	Malattie endocrine senza CC	M	1	52	

317	Ricovero per dialisi renale	M	1	46	
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	M	1	34	
324	Calcolosi urinaria senza CC	M	1	31	U
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	1	28	U
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M	1	71	
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	M	1	24	
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	1	46	
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M	1	65	
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	C	1	8	
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	1	10	
342	Circoncisione, età > 17 anni	C	1	3	
343	Circoncisione, età < 18 anni	C	1	3	
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	C	1	13	
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	M	1	12	
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	M	1	27	
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	C	1	15	
362	Occlusione endoscopica delle tube	C	1	17	
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	1	4	
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	1	44	
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	C	1	31	
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	1	6	
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	M	1	81	
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	1	24	U
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	M	1	39	
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	M	1	40	
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	1	45	
409	Radioterapia	M	1	1	

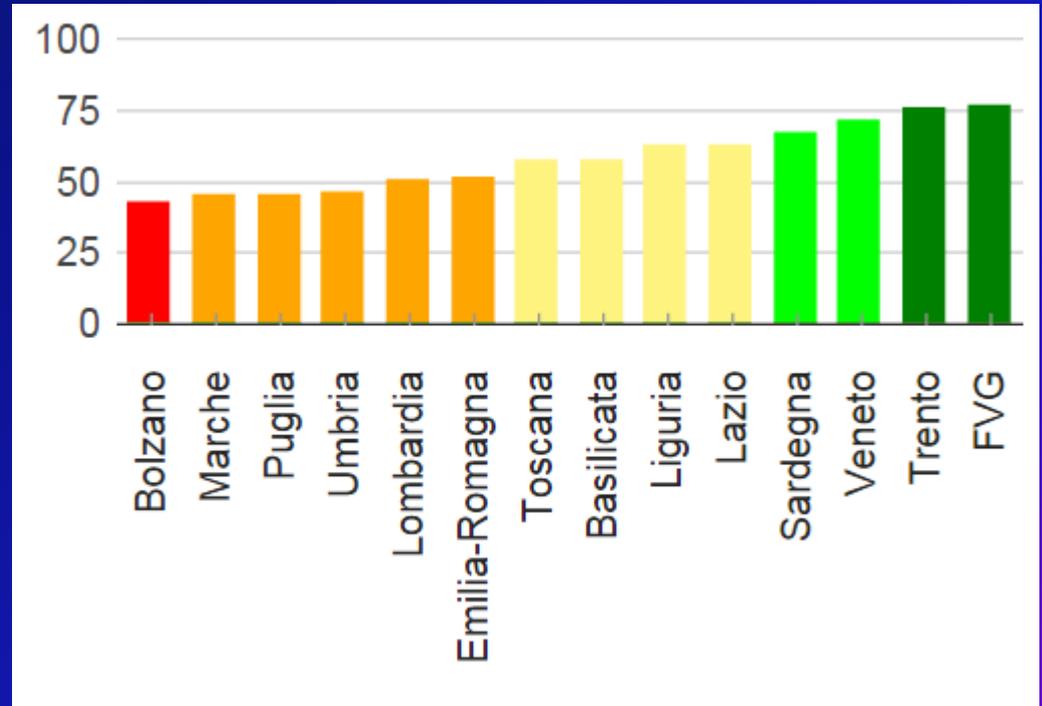
## C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)



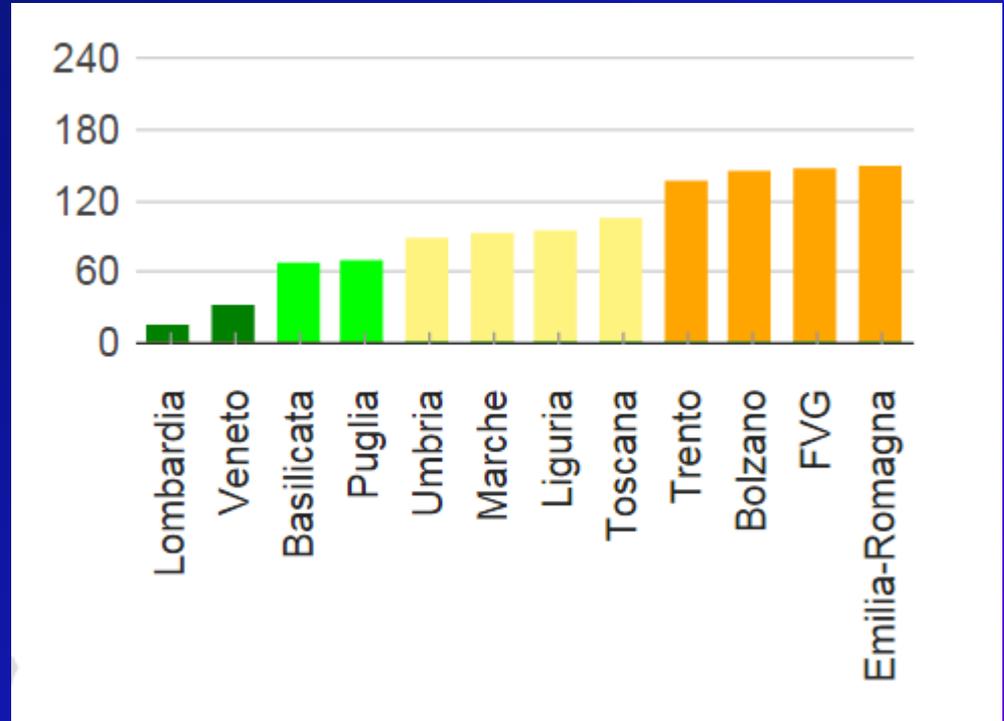
## C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)



## C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)



## C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti





**Grazie per l'attenzione!**

***stefano.tardivo@univr.it***