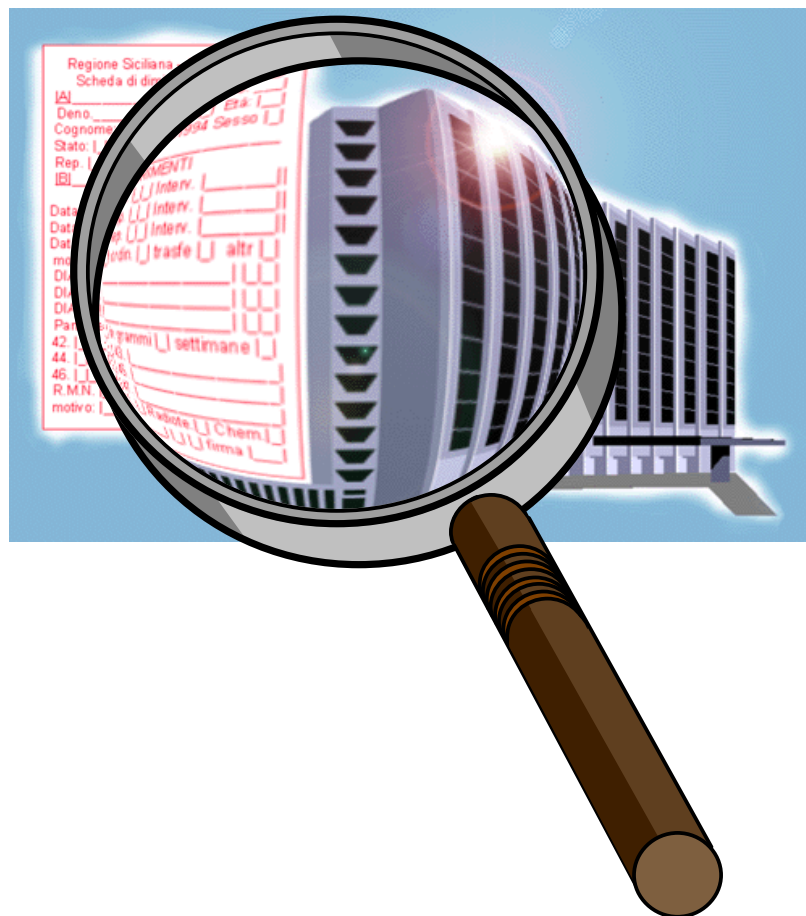

DAL DRG ALLA SDO



LA SPEDALITÀ IN SICILIA NELL'ANNO 2004

VITO C.M. MILISENNA

L'AUTORE

Vito C.M. Milisenna, laureatosi in medicina e chirurgia presso l'Ateneo di Palermo, nell'immediato prosieguo ha conseguito la specializzazione in Radiodiagnostica ed in Medicina Legale. Nel '93 ha acquisito il titolo di Medico Competente. Nel 2000 master in *Management Sanitario* presso l'Università L.Bocconi di Milano.

La sua esperienza libero-professionale inizia come Medico del Lavoro presso diversi stabilimenti industriali e prosegue, senza soluzione di continuità, nei vari campi della medicina legale.

L'esperienza nel settore Pubblico, ha inizio nel '91 presso il Servizio di Radiologia dell'Az. Osp. S.Elia di Caltanissetta dove introduce la gestione informatizzata.

Nel maggio del '97 viene trasferito presso la Direzione di Presidio del S.Elia dove attualmente riveste il ruolo di Responsabile della U.O. Dipartimentale di Medicina Legale e Statistica Sanitaria; dall'agosto del 2000, Responsabile del Sistema Informativo Locale e dal 2002 componente Medico-Legale del Comitato Etico del S.Elia.

Per l'esperienza maturata nel campo del management sanitario (analisi, progettazione ed organizzazione), unitamente a quella meramente informativa, nel 2003 viene chiamato a rivestire il ruolo di componente di un Tavolo Tecnico Regionale presso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico (D.O.E.), mentre nel 2005 è stato chiamato quale consulente analista dalla COMMISSIONE REGIONALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE OPERATORIE.

Questa attività è stata inframmezzata dalla docenza in numerosi corsi tenuti nei vari campi della Medicina Legale, della Sicurezza e dell'organizzazione sanitaria e della Bioetica, per conto di Aziende Sanitarie, Società scientifiche nazionali, Ordini Professionali, Associazioni e ONLUS.

Nel 2004, in joint-venture con il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, pubblica la prima indagine di analisi sulla speditività Siciliana. –

vito@milisenna.it

RINGRAZIAMENTI

Per il secondo anno consecutivo, un sincero grazie va a coloro i quali, essendosi resi disponibili a spese del proprio tempo libero ed avendo mostrato un vero e profondo spirito di squadra, hanno collaborato alla realizzazione.

- F. ANZALDI**, Inferm. Codific. - U.O. Dipart. Med. Leg. e Statistica Sanitaria - A.O. S.Elia (CL)
- M. BUFALINO**, Docente di Matematica presso il P.A.C.L.E. (CL)
- M. CANNEMI**, Ing. Gestionale - Libero Prof. (CL)
- A. CIRASA**, Ing. Informatico - Libero Prof. (CL)
- S. CITTÀ**, Programmatore D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)
- A. COLUCCI**, Dirigente Medico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)
- S. DI CARA**, Programmatore - A & F Consulting (CL)
- V. GIAMBELLUCA**, Inferm. Codific. - U.O. Dipart. Med. Leg. e Statistica Sanitaria - A.O. S.Elia (CL)
- G. MIRA**, Dottore in Scienze Economiche (PA)
- A. NICOLOSI**, Dirigente Medico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)
- B. RIGGI**, Inferm. Coordinatore - U.O. Dipart. Med. Leg. e Statistica Sanitaria - A.O. S.Elia (CL)
- L. ROMEO**, Informatico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)
- P. SILLITI MIRAGLIA**, Analista di Sistemi e Procedure - Libero Prof. (CL)
- A. SCALIA**, Programmatore - Dipart. Fondo Sanitario - Ass. Reg.le Sanità (PA)
- G. SPERA**, Inferm. Codific. - U.O. Dipart. Med. Leg. e Statistica Sanitaria - A.O. S.Elia (CL)

A Giovi,

moglie, amica ed insostituibile compagna.

PRESENTAZIONE

Il successo ottenuto dalla pubblicazione "DAL DRG ALLA SDO – ANALISI DELLA SPEDALITA' SICILIANA DELL'ANNO 2003", ha spinto l'Autore ad approfondire lo studio sui dati delle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2004.

Dette schede, puntualmente, vengono trasmesse per via telematica da tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private dell'isola al SIS del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico.

Il Dipartimento elabora e diffonde peridiodicamente sul proprio sito (www.doesicilia.it) rapporti aggiornati, al fine di fornire validi strumenti a supporto degli operatori sanitari e degli amministratori per la programmazione.

In questa nuova edizione, le numerose sezioni e le relative tabelle molto dettagliate, danno una visione molto completa dell'attività ospedaliera delle aziende sanitarie della nostra Regione rilevabile attraverso la SDO ed offre agli operatori sanitari e agli amministratori ulteriori spunti per la programmazione.

È dunque occasione di particolare compiacimento presentare questa nuova edizione relativa all'anno 2004. -

ANTONIO MIRA
Dirigente Generale DOE

PREMESSE

Forte del consenso ottenuto dalla precedente pubblicazione e prendendo spunto dalle esigenze informative della COMMISSIONE REGIONALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE OPERATORIE, ho colto l'occasione per riproporre lo studio analitico *quali-quantitativo* sulla speditività siciliana (anno 2004).

Il quotidiano confrontarsi con analisi della speditività (seppur limitata alla singola azienda ospedaliera o territoriale), mi ha infatti sempre più convinto che uno studio su base "regionale" possa essere utilizzato sia per la *valutazione dei bisogni* che per la *programmazione delle dovute risposte all'Utenza*.

La personale convinzione inerente la necessità di paragonare le performance realizzate in qualsiasi azienda sanitaria con quelle di omologhe aziende operanti nel territorio siciliano, per altro già esternata nella precedente pubblicazione, ha trovato riscontro nella condivisione di moltissimi addetti ai lavori.

Considerando infine che, specie in sanità, la valenza dell'informazione è direttamente proporzionale al numero di addetti che possono usufruirne, ho riscoperto la voglia di compiere il secondo passo lungo un percorso innegabilmente tutto in salita.

Pur mantenendo inalterato il filone "base" che nella precedente pubblicazione vedeva una collazione in prospetti sinottici facilmente consultabili, questa volta si è voluta dare una connotazione diversa sia nel merito che nel metodo.

Nel merito, alla visione tabellare meramente "medica" dell'analisi si è voluto associare un cenno di connotazione economica, materia divenuta ormai imprescindibile.

Nel metodo, considerando che "oggi" la scrivania è diventata il "desktop" e sempre più spesso la "libreria" è rappresentata da Internet, si è sostituita la pubblicazione a "stampa" con quella via *Web*.

Certo qualcuno potrebbe dire che la carta stampa è tutt'altra cosa!

Condivido appieno il pensiero ma non può disconoscersi il duplice obiettivo prefissato:

- maggiore diffusione possibile,
- massima limitazione delle spese,

capitolo quest'ultimo appieno supportato da tutte le figure professionali coinvolte, che hanno prestato la propria opera senza richiedere alcun emolumento.

Ciò che sembrava inconciliabile, specie in una sanità già tanto economicamente

provata, ha trovato risoluzione pubblicando in "internet" (www.milisenna.it)

Prima di lasciarvi mi corre l'obbligo di ringraziare il Direttore del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, dott. Antonio Mira, per l'indispensabile sostegno.

Un grazie al dott. Arcangelo Lacagnina, che nel mettere a disposizione la sua esperienza non ha mai negato un "pieno" di entusiasmo, specie quando la fatica legata alla corposissima mole di dati da analizzare sembrava prevalere sulla voglia di raggiungere l'agognata meta.

Un sincero grazie per la stima dimostrata nel richiedere la mia collaborazione, unitamente ad un sincero riconoscimento per il gravoso compito accettato, va a tutti i componenti della COMMISSIONE REGIONALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE OPERATORIE (prof. Adelfio Elio Cardinale, dr. Saverio Ciriminna, prof. Giuseppe Dell'Osso, prof. Giacomo Tamburino, dr. Arcangelo Lacagnina, dr. Primo Vanadia, dr. Salvatore Paolo Cantaro, prof. Carlo Ramponi, ing. Michele Bava), ai quali spero questa indagine possa essere d'ausilio.

È d'obbligo un appuntamento: ove le figure istituzionali interessate, condividano metodi, percorsi ed obiettivi, si confida che entro il primo semestre del prossimo anno possa essere rieditata l'indagine sulla speditività 2005, dando questa volta maggior spazio alle problematiche economico-gestionali; a tal fine, di concerto con le professionalità presenti nel gruppo di lavoro (Economisti, Matematici, Ingegneri gestionali ed Ingegneri elettronici), si sta lavorando sulla formulazione di un indicatore matematico (**FATTORE K**) che, pur nel rispetto delle *specifiche missions*, possa consentire il confronto fra le varie strutture sanitarie di ricovero presenti nell'isola.

Sempre più convinto che la sanità possa e debba essere migliorata dalla condivisione di informazioni e percorsi, confido nel fatto che il MCQ (miglioramento continuo della qualità), sia ottenibile solo attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori, per cui, sarò più che lieto di accettare consigli e suggerimenti.

Buon lavoro!

Vito C.M. Milisenna

I DATI E L'OBIETTIVO

La "BASE DATI" era costituita dal flusso "A" (trattasi del tracciato record che ogni struttura sanitaria operante sul territorio siciliano deve confezionare e inviare con regolare cadenza).

Il file di testo, ben 1.324.521 record (una riga per ogni ricovero), è stato acquisito e lavorato con specifica procedura di analisi e gestione dati sanitari (nella fattispecie è stata utilizzata la suite ISOLABELLA della PRAEZISION INFORMATICA S.R.L.).

In uno al file "A", sono stati forniti altri due file, rispettivamente inerenti:

- i tracciati record dei ricoveri "2004" effettuati fuori-regione da soggetti residenti in Sicilia;
- i fogli di calcolo digitati sui modelli HSP (riguardanti i posti letto presenti nel 2004 comunicati al Ministero per la Salute da ogni struttura sanitaria siciliana).

Sia l'output dell'elaborazione, effettuata con la procedura ISOLABELLA, che quant'altro inerente i posti letto e la mobilità extraregionale, è stato poi processato utilizzando MICROSOFT OFFICE (ACCESS per specifiche *query* su grossi raggruppamenti ed EXCEL per estrazione dei dati sintetizzati); i molteplici prospetti scaturiti sono quindi stati collazionati per omologa tipologia e in uno al testo, editati con MICROSOFT WORD.

Onde garantire la totale riproducibilità, indipendentemente dalla periferica usata per la stampa, il documento finale è stato stampato su file formato *.pdf*.

MATERIALI E METODI

Visto il gradimento suscitato dalla forma con cui erano stati presentati i dati "2003", si è seguito lo stesso percorso, editando una serie di prospetti sinottici che, per una migliore duttilità nella consultazione, sono stati collazionati in sezioni (A, B, C, ...), ognuna afferente a specifico capitolo di interrogazioni; in relazione alla tipologia di analisi, talune sezioni sono state divise in sottocapitoli.

Nel realizzare i vari prospetti è stato tenuto conto di specifiche tipologie quali:

- CLASSE AZIENDALE DI APPARTENENZA (D.A. 12.06.2002 SU GURS N.30/02 E SUCC. MODIFICAZIONI)
- RICOVERI IN STRUTTURE PUBBLICHE (R.O. E D.H.)
- RICOVERI IN STRUTTURE CONVENZIONATE (R.O. E D.H.)

- RICOVERI ESITATI IN DRGs CHIRURGICI
- RICOVERI ESITATI IN DRGs MEDICI
- RICOVERI COLLAZIONATI PER SPECIALITÀ
- RICOVERATI RESIDENTI IN SICILIA
- RICOVERATI RESIDENTI FUORI-REGIONE (R.O. - D.H.)
- ACCORPAMENTI PER CLASSE AZIENDALE DI APPARTENENZA
- MOBILITÀ INTRAREGIONALE (COLLAZIONE PER U.S.L.)
- MOBILITÀ EXTRAREGIONALE (COLLAZIONE PER DRG E PER U.S.L.)

Qualche nota inerente il rilevato economico che ha visto la monetizzazione dei DRGs calcolata in osservanza ai dettami di cui al vigente " *Tariffario*" riportato nel D.A. 18.02.2003 (GURS n.19/03).

Per omologia di paragone tra i vari raggruppamenti di strutture, non sono stati adottati né gli scorpori dovuti alla fascia di abbattimento di cui al D.A. 12.06.2002 (GURS n.30/02), né quelli afferenti ai tetti di Budget.

Va per altro sottolineato che la recente tendenza al finanziamento basato su "aggregati di spesa", nel porre in secondo piano l'aspetto economico *ancorato* al DRG, esalta ancor di più la valenza della SDO (scheda di dimissione ospedaliera) quale indispensabile BASE DATI per analisi statistiche, gestionali, epidemiologiche etc.

Pur nella consapevolezza che i prospetti scaturiti dall'interpolazione dei dati, si rivolgono ad un pubblico di *addetti ai lavori*, ben in grado di interpretarne i contenuti, credo che non ci si possa esimere da un breve commento, da intendersi comeunque solo come *mera esplicazione di massima*.

Dalla consultazione dei prospetti, ci si augura infatti che ogni operatore del settore possa trarre spunto per approfondimenti analitici mirati alle proprie specifiche e particolari esigenze. -

SPUNTI DI RIFLESSIONE

SEZIONE A (Paragone di indici tra Speditività siciliana del 2004 e nazionale del 2003)

Il dato differenziale che colpisce è rappresentato dalla percentuale di incidenza del Day-Hospital (D.H.) rispetto al Regime Ordinario (R.O.), infatti a fronte del 28.4% realizzato su tutto il territorio nazionale (dati consultabili sul sito del Ministero della Salute), in Sicilia il D.H. fa registrare una incidenza pari al 39%.

Va anche segnalato che la Speditività siciliana nel 2004 ha erogato 25.599 ricoveri a residenti fuori regione, occupando ben 114.980 giornate (1.9% delle giornate totali erogate).

Più che un cenno merita quanto evidenziato dai modelli HSP, la cui analisi fa rilevare la non uniformità compilativa (in talune strutture sanitarie è stata riportata anche l'indicazione di posti letto non afferenti a strutture complesse).

Dal rilevato si evince infatti come non esista una omologa criteriologia di compilazione per cui, fatto salvo l'ammontare globale, non appare assolutamente "affidabile" il dato relativo ai pp.ll. per singola specialità, affermazione suffragata dalla impossibilità di incrocio tra l'U.O. di dimissione indicata nella SDO e la presenza di pp.ll. specialistici in quella specifica struttura sanitaria. -

SEZIONE B (Indici economico-gestionali sulla speditività siciliana)

Tra i tanti indici meritevoli di attenzione iniziamo con il focalizzare la percentuale di incidenza dei ricoveri in D.H. sul totale ricoveri.

Nelle Aziende sanitarie di "CLASSE 1", che da sole rappresentano quasi un terzo di tutti i ricoveri, l'incidenza dei D.H. tocca il 46%, dato certamente meritevole di approfondita riflessione, specie se si considera che l'erogato in D.H. per gran parte (71.9%) è costituito da ricoveri esitanti in DRGs medici.

Nelle strutture sanitarie di CLASSE "2" e "3", l'incidenza dei D.H. si uniforma alla media registrata in Sicilia (39.0%), mentre nelle strutture sanitarie convenzionate l'indice tende ad assimilarsi alla media nazionale (28.4%).

Il dato appare foriero di diverse considerazioni di cui la più pregnante sembra inerire al costo per singolo posto letto che nelle Aziende Ospedaliere, specie se di "CLASSE 1", è ben maggiore rispetto a quanto registrato nei presidi ospedalieri.

Sarebbe allora opportuno chiedersi come mai nelle grandi Aziende Ospedaliere vengano erogati ben il 46% di D.H. quando la maggior parte di essi (specie se di tipo medico), potrebbe essere erogato da strutture meno complesse e certamente più duttili,

scontando per altro *costi giornalieri di struttura* significativamente inferiori.

La ospedalità convenzionata, sicuramente più versatile nella gestione, nel D.H. mostra una incidenza percentuale di DRGs chirurgici di gran lunga superiore rispetto alla ospedalità pubblica, fatto probabilmente non estraneo alla remunerazione che per i ricoveri esitanti in DRG chirurgico, prevede uguale "tariffazione" sia che vengano effettuati in D.H. sia che scaturiscano da R.O.

La particolare seppur non facilmente spiegabile duttilità della grandi Aziende Ospedaliere ad erogare D.H. viene confermata dal *fatturato per p.l.* che risulta sensibilmente superiore a tutti gli altri raggruppamenti con una *delta* percentuale che non si ritrova nel *fatturato per p.l.* in R.O.

Altro dato di estremo interesse scaturisce dal "peso medio" dei ricoveri in R.O. che, collazionato per "CLASSE" aziendale di appartenenza può essere così sintetizzato:

Peso Medio (R.O.) CLASSE 1	Peso Medio (R.O.) CLASSE 2	Peso Medio (R.O.) CLASSE 3	Peso Medio (R.O.) CONVENZIONATI
1.21	1.07	0.98	1.19

Considerato che, anche ad una osservazione superficiale, si evidenziava la modesta differenza esistente nel "PESO MEDIO" delle varie "CLASSI" aziendali, si è deciso di approfondire l'analisi.

Il primo passo è stato quello di prendere in considerazione il peso di tutti i DRGs ed in relazione a questa caratteristica sono state create cinque fasce di complessità (scelta personale ma supportata da una condizione universalmente accettata, normata e numericamente identificata, quale appunto ormai da anni è il PESO del DRG):

1. FASCIA 1 (COMPLESSITÀ ALTISSIMA)

DRGs compresi tra il massimo peso rilevato ed il peso 5,00

2. FASCIA 2 (COMPLESSITÀ ALTA)

DRGs compresi tra peso 4,99 e peso 2,00

3. FASCIA 3 (COMPLESSITÀ MEDIO-ALTA)

DRGs compresi tra peso 1,99 e peso 1,00

4. FASCIA 4 (COMPLESSITÀ MEDIA)

DRGs compresi tra peso 0,99 e peso 0,50

5. FASCIA 5 (COMPLESSITÀ BASSA)

DRGs compresi tra peso 0,49 e peso 0,00

Inseriti i parametri summenzionati nella procedura informatica (specificatamente

editata a questo fine dall'Ingegnere informatico), le risultanze hanno confermato quanto sembrava intravedersi dal semplice calcolo del "Peso Medio"

L'approfondimento era per altro suggerito dal fatto che solo avvalendosi della DEVIAZIONE STANDARD e della successiva MEDIA di ogni singolo sub-raggruppamento, si sarebbe potuto avere un quadro chiaro ed esaustivo della situazione.

Vista l'estensione del campione (centinaia di migliaia di ricoveri) e l'esiguità numerica dei ricoveri ad "altissima complessità", questi ultimi finivano con l'essere totalmente mascherati dalla preminenza dei casi a "media o bassa complessità".

La rappresentazione grafica rende sicuramente meglio e più velocemente di qualsiasi commento, *ma la realtà non cambia*, infatti nel novero delle prestazioni erogate in R.O., si rilevano tantissime prestazioni a medio e basso peso erogate in strutture di "CLASSE 1", fatto che sicuramente connota un utilizzo di queste strutture certamente non consono né alla *mission* delle stesse, né alle dotazioni tecnologiche che le contraddistinguono.

Non sembra infatti avere molto senso scientifico né economico-gestionale il programmare e quindi sovvenzionare gli altissimi costi di una struttura di "CLASSE 1" se poi non la si utilizza appieno per le patologie per cui è stata creata ma per patologie che in totale sicurezza, con minori costi e forse anche più celermente, possono essere curate in una struttura di diversa CLASSE che accede a costi per p.l. sensibilmente inferiori.

È diverso il campo di analisi, ma sembra ripetersi quanto prima esternato sulla incidenza dei ricoveri in D.H. nelle strutture sanitarie di "CLASSE 1".

Per migliorare la percezione di tutto l'erogato, si è provveduto a rielaborare tutti i DRGs erogati in R.O., accorpandoli *solo* per "fasce" di complessità, senza cioè operare alcuna divisione sulle strutture in cui gli stessi erano stati erogati.

Il prospetto risultante (scaturente da dati reali -ricoveri effettuati- ed attuali -anno 2004-), può sicuramente rappresentare un valido strumento per fornire risposte correlate sia agli effettivi bisogni di p.l. sia alla tipologia in cui allocare gli stessi (diverrebbe alquanto discutibile o quantomeno antieconomico aprire strutture di "CLASSE 1" se dall'erogato scaturiscono esigenze curabili in strutture di "CLASSE 2" o addirittura di "CLASSE 3"). -

SEZIONE C (accorpamenti per DRG e per regime di ricovero)

In assonanza alle più accreditate indagini epidemiologiche, ad esclusione del

Neonato Normale (DRG 391) e del PARTO (DRG 373 e 371), con ben 19.865 ricoveri il DRG numericamente più rappresentato è il 410 (chemioterapia).

Va anche evidenziato il DRG 430 (psicosi) che con 11.670 ricoveri si colloca tra i primi dieci DRGs; il dato epidemiologico dovrebbe indurre a profonde riflessioni.

Dall'analisi dei primi 50 DRGs chirurgici, pensiamo possa essere generato sia un quadro esaustivo dell'erogato, per altro appieno utilizzabile come "base" per programmare adeguate risposte ai bisogni dell'Utenza.

Alla luce dell'incidenza percentuale sul totale dei ricoveri, particolare attenzione appaiono rivestire i primi 50 DRGs erogati in regime di D.H., possono infatti fornire un quadro chiaro ed esaustivo dell'erogato.

Non può essere trascurato che al 5° posto con 33.433 accessi ritroviamo il DRG 467 (ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE), inquadrato tra i DRGs meritevoli di particolare attenzione per potenziale inappropriata del ricovero. -

SEZIONE D (DRGs compresi nei L.E.A.)

L'aver limitato l'analisi alla mera incidenza percentuale dei ricoveri in D.H. rispetto ai ricoveri in R.O. non vuole assolutamente essere una "minimizzazione" dell'argomento, per altro di estrema attualità ed importanza, ma solo la realizzazione di un prospetto di immediata consultazione mirata al paragone degli indici realizzati con quanto il legislatore ha imposto a proposito dei L.E.A. (D.A. del 27.06.2002 su GURS N°31/2002). -

SEZIONE E (attività erogata per singola specialità)

Il primo prospetto appare votato a soddisfare il *bisogno informativo* di tutti gli addetti ai lavori; una più attenta osservazione va invece riservata al prospetto successivo inerente la collazione dei ricoveri erogati nelle specialità chirurgiche.

Iniziamo da quelle afferenti a strutture pubbliche.

L'esempio della NEUROCHIRURGIA, dove va focalizzata l'incidenza dei DRGs chirurgici rispetto a tutto l'erogato neurochirurgico, appare ben più che esaustivo.

I dati del R.O. mostrano un'incidenza di DRGs chirurgici di appena il 48.7%; rilievo sicuramente preoccupante da un punto di vista gestionale.

Proviamo a leggerlo in maniera complementare e ci troveremo ad affermare che più del 50% dei soggetti ricoverati nelle Neurochirurgie siciliane (reparti al altissimo costo), non accedono a problematiche chirurgiche.

Va allora ricercata la spiegazione dei mancati ricoveri in NEUROLOGIA, specialità caratterizzata da costi di gestione certamente inferiori ma soprattutto connotata da *mission* medica e non chirurgica.

Discorso sovrapponibile si rileva anche in CHIRURGIA GENERALE, specialità dove, in R.O., l'incidenza dei DRGs chirurgici tocca solo il 48.2%

Al di là delle due specialità prese ad esempio, la situazione è da attenzionare in tutte le specialità chirurgiche che, in R.O., mostrano un'incidenza media di DRGs chirurgici di appena il 49.6%.

La duttilità e la maggiore attenzione presente nel *privato* si evidenzia anche in questi parametri, infatti le specialità chirurgiche della SPEDALITÀ CONVENZIONATA, quanto ad incidenza di DRGs chirurgici, raggiungono un valore medio pari al 62.8% (ben superiore al 49.6 rilevato nelle strutture sanitarie pubbliche).

Nello stesso prospetto è stato collazionato un secondo parametro meritevole di attenzione, rappresentato dai RICOVERI 0-1 GG che possono essere specchio di una conduzione non attenta, di un errato indirizzo alla specialità o di un filtro inefficace.

Particolarmente evidente la carenza gestionale in alcune specialità (ORTOPEDIA) che in tema di RICOVERI 0-1GG, raggiungono il 17.2%.

Anche in questo caso la SPEDALITÀ CONVENZIONATA si mostra più attenta, infatti a fronte di una media di RICOVERI 0-1 GG pari al 12.5% della speditività pubblica, nella speditività convenzionata si apprezza una incidenza di appena il 3.6%. -

SEZIONE F (Tasso di speditività per provincia in R.O. e D.H.)

La prospettazione tabellare del tasso di speditività mostra come il limite consigliato del 170‰ appaia non già superato ma addirittura stravolto.

Una spiegazione potrebbe essere rappresentata dal fatto che l'accesso alla speditività si trova a vicariare le carenze territoriali, va riconosciuto comunque che a fronte di questi parametri se da un lato è innegabilmente vero che la speditività eroga comunque prestazioni, distribuendo salute, dall'altro si va innegabilmente incontro ad una sempre *meno potenziale* e sempre *più reale incongruità* dei ricoveri.

Certamente se si limita l'analisi ai ricoveri in R.O. le percentuali rilevate non destano alcuna preoccupazione, raggiungono infatti una media regionale pari al 157,8‰, ma quando viene sommato il D.H. il problema assume tutt'altro aspetto.

Nella distribuzione del Tasso di Speditività tra R.O. e D.H., sembrerebbe infatti

proprio quest'ultimo ad assumere il ruolo di "goccia che fa traboccare il vaso" ma d'altro canto è proprio tramite il D.H. che vengono vicariate la maggior parte delle carenze del territorio.

In ogni caso, il "comprensibile" non può certamente essere assimilato al "condivisibile". -

SEZIONE G (Prospetto riepilogativo sulla mobilità intraregionale)

Considerato che il finanziamento di ogni Az. U.S.L. avviene precipuamente per quota capitaria, il capitolo della mobilità appare estremamente pregnante poiché ridistribuisce risorse.

Però se da un lato "DA" dall'altro "PRENDE", allora forse il rendersi conto del "saldo" potrà fungere da stimolo per sia per il Legislatore che per chi ha l'onere di condurre le Aziende U.S.L.

Va comunque dato il giusto risalto ad una positiva particolarità.

A fronte di un saldo negativo di tutte le Aziende U.S.L. non comprendenti aree metropolitane (fatto facilmente spiegabile), la U.S.L. n.7 di Ragusa fa registrare un saldo positivo, risultato che in prima analisi sembrerebbe ascrivere ad una gestione mirata sia al contenimento dei DRGs DI FUGA che all'erogazione di prestazioni a residenti fuori provincia (DRGs DI ATTRAZIONE). -

SEZIONI H - R (Mobilità intraregionale - DRGs di fuga e di attrazione)

In relazione a quanto precedentemente esposto è sembrato opportuno colmare il *credito informativo* di tutte le Aziende U.S.L. riservando loro una specifica SEZIONE comprendente sia un dettagliato consuntivo che due prospetti sui primi 50 DRGs "di fuga" e sui primi 50 DRGs "attratti", erogati cioè a soggetti residenti al di fuori della provincia in esame.

L'analisi del rilevato, potrà essere di grande ausilio per reimpostare l'offerta sanitaria tenendo conto della migrazione intraregionale, fenomeno contemplato, ma al tempo stesso campanello di allarme se riferito a specialità *presenti* nella provincia di residenza.

Appare chiaro che la direzione di ogni "coro" va ascritta al direttore d'orchestra, ruolo che deve essere riservato alla Regione, ma ruolo che sicuramente potrà essere meglio espletato se basato su "informazioni" reali e non datate o statisticamente prospettate. -

SEZIONE S (Mobilità extraregionale - DRGs di fuga e di attrazione)

Motivazioni ancora più pregnanti muovono allo studio della migrazione extraregionale, fatto che *tormenta* ogni Legislatore, ma che *ricade* sul "malato" emigrante.

Certo non si può avere "tutto dappertutto" e così come esistono delle eccellenze regionali esistono anche delle eccellenze in campo nazionale; se pur concettualmente d'accordo, i numeri della migrazione sanitaria extraregionale, appaiono meritevoli di approfondita analisi.

La migrazione di "Siciliani" curati al di fuori delle mura isolane, nell'anno 2004 ha toccato ben 66.176 ricoveri.

L'esborso "in compensazione" al netto di eventuali accessori (come p.e. contemplato nella protesistica avanzata), è stato di quasi 210 ml di euro, cifra che se spesa nel territorio siciliano, forse potrebbe limitare, e non di poco, questo triste fenomeno migratorio. -

UNA NOTA PERSONALE

Avviandoci alla conclusione, l'analisi "ex post" dell'erogato sanitario, a mio parere almeno, mostra diversi punti di criticità ma lascia anche trasparire qualche punto di forza.

CRITICITÀ:**1. Frammistione di ruoli**

Seppur la Regione Siciliana è tra le poche regioni a poter vantare un decreto lungimirante (D.A. 12.6.02 su GURS N.30/02), sicuramente esitato ad un fattivo e serio studio delle potenzialità logistico-strutturali che ogni struttura sanitaria siciliana racchiude, non si apprezza una *netta differenziazione dell'erogato*, affermazione tra l'altro testimoniata sia dal proliferare dei DRGs medici in D.H. nelle Az. Ospedaliere di "CLASSE 1" (in maniera nettamente superiore a quanto ci si aspetterebbe), sia per quanto attiene la complessità della patologia trattata. -

2. Necessità di implementare i controlli

Una specifica azione di controllo va mirata alla tipologia dell'erogato in specialità chirurgiche ad altissimo costo, dove la percentuale di DRGs

medici è addirittura superiore a quella de DRGs chirurgici, che pure dovrebbero incarnare la *mission* della specialità.

3. *Eccesso di ricoveri 0-1 gg*

Sono testimoni di varie deficienze tra cui sicuramente il ruolo di primadonna è rivestito dalla mancanza di "aree critiche" che possano fungere da filtro sui ricoveri e da corretto indirizzo sulla specialità.

4. *Carenza di sanità territoriale*

Certamente non rappresenta l'unica motivazione ma funge da solida base a sostegno della palpabile incongruità di tanti accessi e ricoveri ospedalieri.

FORZA:

Paradossalmente, il realizzare tanti D.H., se da un lato sminuisce le specifiche *missions* (pur ben esplicitate negli atti aziendali), nel contempo mostra come tutto il personale sanitario certamente non stia con le mani in mano, ma presti opera e tanta, erogando in ogni caso "sanità" che seppur innegabilmente migliorabile, è sempre più spesso solo "buona sanità".

In estrema sintesi, dall'analisi dell'erogato, sembra trasparire:

1. la necessità di migliorare e standardizzare la raccolta di informazioni in tutte le Aziende Sanitarie (debito informativo delle Aziende Sanitarie);
2. l'inevitabile carenza di ritorno informativo dall'organo centrale (credito informativo delle Aziende Sanitarie), mirato sia a fornire una visione globale della sanità regionale che a poter pretendere un correlato miglioramento della conduzione gestionale, almeno in campo di speditività;
3. un deficit di controllo, che dovrebbe essere precipuamente centrato sotto l'aspetto della "consulenza", attività che può essere ben rappresentata dalle professionalità presenti presso gli Uffici Assessoriali;
4. la necessità, ormai non più procrastinabile, di un generale reindirizzo organizzativo-gestionale.

Pur nella consapevolezza di non affermare nulla né di nuovo né di trascendentale, prendendo anzi a prestito quanto d'autorevoli personaggi affermato, non può non ribadirsi che il "*debito di conoscenza*" va di pari passo con un concreto

"rischio di errore" che in sanità a volte rappresenta perdita di beni non più riacquisibili.

A parere dello scrivente, solo colmando il *credito informativo* a gran voce richiesto da tanti operatori sanitari, potrà, *giustamente pretendersi*, un miglioramento della gestione. -