



## HANNO COLLABORATO

Un sincero grazie va a coloro i quali, mettendo in campo tempo, cultura, esperienza e soprattutto realizzando lavoro di "squadra", hanno collaborato alla realizzazione dell'analisi.

### **F. ANZALDI**

Inferm. Codificatore - Servizio Informativo Locale - Uff. SDO-DRG ed U.O. Dipartimentale di Medicina Legale - A.O. S.Elia (CL)

### **M. BUFALINO**

Docente di Matematica presso il P.A.C.L.E. (CL)

### **M. CAMARDA**

Informatico, - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **M. CANNEMI**

Ing. Gestionale - Libero Prof. (CL)

### **A. COLUCCI**

Dirigente Medico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **S. DI CARA**

Programmatore Libero professionista (CL)

### **M. GIACONE**

Dirigente, Fondo Sanitario - Ass. Reg.le Bilancio e Finanze (PA)

### **V. GIAMBELLUCA**

Inferm. Codificatore - Servizio Informativo Locale - Uff. SDO-DRG ed U.O. Dipartimentale di Medicina Legale - A.O. S.Elia (CL)

### **L. MANIACI**

Dirigente Medico - I.R.S. - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **A. NICOLOSI**

Dirigente Medico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **B. RIGGI**

Inferm. Coordinatore - Servizio Informativo Locale - Uff. SDO-DRG ed U.O. Dipartimentale di Medicina Legale - A.O. S.Elia (CL)

### **L. ROMEO**

Informatico - D.O.E. - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **A. SCALIA**

Programmatore - Dipartimento Fondo Sanitario - Ass. Reg.le Sanità (PA)

### **P. SILLITI MIRAGLIA**

Analista di Sistemi e Procedure - Libero Prof. (CL)

### **G. SPERA**

Inferm. Codificatore - Servizio Informativo Locale - Uff. SDO-DRG ed U.O. Dipartimentale di Medicina Legale - A.O. S.Elia (CL)

*alla memoria di Paolo Sillitti Miraglia,*

amico caro, esempio di professionismo, sensibilità e cultura; in tutti noi saranno sempre vivi il tuo ricordo ed i tuoi preziosi consigli.

**PRESENTAZIONE**

*È con vivo piacere che accetto l'invito di presentare la terza edizione di una encomiabile fatica, quale è il volume "DAL DRG ALLA SDO - ANALISI DELLA SPEDALITÀ SICILIANA - ANNO 2005".*

*La lettura delle tabelle è coinvolgente perché permette di avere immediata contezza dell'andamento dell'attività ospedaliera siciliana in maniera esaustiva, anche nella sua sinteticità.*

*Mi è particolarmente piaciuto aver potuto leggere i risultati relativi agli accessi al "Pronto Soccorso" che contribuiscono ad acquisire maggiore conoscenza su una problematica (ticket, liste di attesa, ricoveri impropri, etc), in atto allo studio non solo dell'Assessorato regionale, ma anche degli organismi ministeriali.*

*Non meno importante appare lo studio inerente il "dove" vengono erogati determinati DRGs, analisi che consente di avere una panoramica complessiva di "chi fa che cosa".*

*Infine apprezzabile è la tabella inerente lo studio dell'attività erogata in ben venti specialità (mediche e chirurgiche), ognuna divisa per la tipologia ospedaliera di appartenenza; l'analisi appare strumento indispensabile per un reale esame comparativo di qualsivoglia indicatore di attività (Degenza media, peso medio, indice di occupazione, etc).*

ANTONIO MIRA

Dirigente Generale D.O.E.

## PREMESSE

Siamo alla terza edizione: *perché?*

Qualcuno probabilmente vi intravede *spunti di grafomania*, qualche altro *esternazione di assertività*, ma Vi assicuro che la motivazione è tutt'altra.

Basta sfogliare un qualsiasi quotidiano o ascoltare un telegiornale o ancora, ricevere delle *news* in campo medico-legale, per rendersi conto che il "pianeta Sanità" è ormai ritenuto il *centrum* di gran parte dei mali del mondo.

Ogni operatore sanitario sa che la visione ricevuta dai MEDIA, contrasta appieno con quanto si rileva negli ospedali, dove, in linea di massima (ogni regola ha le sue eccezioni), ci sono persone che lavorano, che si spendono per il prossimo, spesso, utilizzando al meglio quello che hanno e non quello che loro necessiterebbe.

A ciò aggiungasi il gran parlare in tema di "MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ", principio encomiabile, ma ben difficilmente perseguibile se la "base di partenza" non è appieno e tempestivamente conosciuta sia dagli operatori che dai valutatori.

Confido che la collazione di grafici e tabelle possa essere di ausilio, anzi possa far da bussola, agli operatori ed a chi li governa, spronando tutti a non esaltare la buona sanità erogata ma ricollocando nei giusti termini quali-quantitativi i casi di *malpractices*, utilizzando le verifiche come spinta per rimettersi in discussione e migliorarsi e non come mezzo di mortificazione di tutti quelli che nel quotidiano delle corsie, nel silenzio delle sale operatorie ed anche negli affollati pronto soccorso, cercano, riuscendovi la maggior parte delle volte, di erogare buona sanità.

Queste le considerazioni di base che hanno spinto a rieditare la disamina erogato ospedaliero "2005".

Credo che i tempi siano maturi per trasformare questa analisi in "appuntamento istituzionale" che con cadenza annuale o semestrale, possa implementare l'analisi, personalizzarla su specifiche esigenze ma anche dare maggior spazio a problematiche economico-gestionali, il tutto mantenendo strettamente i connotati dell'analisi consulenziale e rifuggendo quelli dell'indagine, tipologia che non si confà allo spirito scientifico della presente.

Si è dato un ordine ai "numeri", cercando, come ogni buon analista dovrebbe fare, di non scadere nella difesa ad oltranza del "pianeta sanità" che alterna a dei lati

decisamente solari anche dei lati decisamente in penombra.

Un cenno alla modalità descrittiva usata, che come avrete modo di constatare ricalca il modello seguito nella precedente edizione (divisione tabellare collazionata per argomenti), che ha ricevuto molteplici apprezzamenti.

Prima della collazione tabellare sono stati inseriti alcuni "spunti di riflessione" che, lungi dall'essere una guida per i print-outs (ben comprensibili dagli operatori del settore), vogliono invece essere degli inputs di discussione e di confronto; rimango infatti convinto che solo il "confronto scientifico" potrà migliorare un modus operandi che a volte "stride" con la Società in cui opera.

A tal fine, a mio nome ed a nome di tutto il workgroup, cui si deve l'edizione di questa nuova analisi, rinnovo la disponibilità per approfondimenti, adeguamento metodologico e quant'altro, tenendo comunque presente che alla base dell'analisi (sia essa vasta o limitata, superficiale o approfondita), sta sempre il data-entry, la cui valenza è direttamente proporzionale sia alla sua correttezza che alla sua tempestività.

Prima di lasciarVi a "numeri e percentuali", mi corre l'obbligo di ringraziare il Direttore del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, dott. Antonio Mira, che con la sua lungimiranza ha fatto da sprone per il raggiungimento di nuovi obiettivi che si concretizzano, tra l'altro nella presente, esitata a stretta e fattiva collaborazione tra il Privato sociale ed i Dipartimenti Assessoriali.

Per la fattiva e mai negata collaborazione, ho il piacere di ringraziare i Dirigenti Generali del Dipartimento Fondo Sanitario e dell'Ispettorato Regionale Sanità,

Un grazie infine al dott. Salvatore Paolo Cantaro ed al dott. Arcangelo Lacagnina per i loro preziosi consigli.

Per la pubblicazione, volendo dare un senso concreto a quanto sempre più spesso mi trovo a trattare sia in termini di ottimizzazione di rapporto spesa/resa che di modalità, diffusione e circolazione del patrimonio informativo, si è riproposta la diffusione in rete, liberamente consultabile all'indirizzo: [www.milisenna.it](http://www.milisenna.it). -

Vito C.M. Milisenna

## LA BASE DATI

I competenti Uffici Assessoriali, previa anonimizzazione, hanno messo a disposizione:

1. Il flusso "A" che ogni struttura sanitaria operante sul territorio siciliano deve confezionare e inviare con regolare cadenza.
2. Il tracciato record inerente i ricoveri "2005", effettuati fuori-regione da soggetti residenti in Sicilia;
3. I contenuti dei modelli HSP (inerenti la dotazione di posti letto, comunicata ai competenti organi ministeriali da tutte le strutture di ricovero siciliane).

A tal pro deve precisarsi che in data 30.11.2006, con Circolare Assessoriale (prot. n.1563) è stata richiesta la "certificazione" della dotazione di posti letto, dando nel contempo possibilità, laddove si fossero ravvisate differenze tra i posti letto effettivi e quanto registrato nei files ministeriali, di inviare un "flusso di variazione". Stante quanto sopra, si è ritenuto indispensabile ricalcolare gli indicatori interessati dalla dotazione di posti letto, oggi "certificati" dalle strutture cui la stessa si riferisce.

4. Il rilevato inerente gli accessi al Pronto Soccorso (esitante dall'invio trimestrale che le strutture di ricovero pubbliche fanno all'Ass. Reg.le Bilancio e Finanze). -

## MATERIALI E METODI

Il file txt inerente il Flusso "A", costituito da ben 1.315.154 record (una riga per ogni ricovero), è stato acquisito e lavorato con specifica procedura di analisi dati sanitari (nella fattispecie è stata utilizzata la suite Isolabella della Praezision Informatica s.r.l.).

Dopo la verifica delle incongruenze formali, è stato ricalcolato il DRG utilizzando il programma Grouper della 3M (versione HCF14), fase cui è seguita la tariffazione, quest'ultima attuata in osservanza degli abbattimenti tariffari vigenti in Sicilia.

Le risultanze, riesportate in formato testo, hanno generato un file di quasi 600 mb per cui si è posto il problema di scegliere un strumento informatico mirato a porre in essere tutta una serie di query e di conseguenti ordinamenti, infungibili ai nostri fini.

Per altro si doveva rendere "leggibile" il risultato, evitando di sommergere i parametri "significativi" con tutta una serie di dati, che seppur interessanti avrebbero finito con il mascherare i dati utili ai nostri fini.

Affrontato il problema con gli informatici del workgroup, dopo avere esaminato l'offerta informatica, la scelta è caduta su Microsoft Dot-Net, moderno strumento di sviluppo rivelatosi non solo di estrema duttilità ma anche di encomiabile stabilità; gli va infatti riconosciuto che nonostante la ragguardevolissima mole di calcoli, spesso di estrema complessità, non si è mai verificato un crash né una perdita di informazioni.

Il rimanente lavoro (rifinitura dei data-base di outputs, scrittura della relazione ed impaginazione), è stato realizzato utilizzando la suite Microsoft Office Professional, strumento che ancora una volta ha fatto apprezzare la sua completezza.

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

-----

Per mera completezza espositiva, ma anche per riconoscimento alle case costruttrici, appare doveroso citare le condizioni di lavoro ci hanno consentito la delicata elaborazione

Qualche numero: il solo file txt era costituito da 460.303.900 di caratteri che nel database principale sono cresciuti sino a raggiungere i 794.353.016 caratteri cui vanno aggiunti circa 495.000.000 di caratteri inerenti l'outputs delle varie tabelle di 1°, 2° e 3° step.

La generazione di una stampa di riga, utilizzando corpo 12 e normale spaziatura, avrebbe raggiunto i 2.578,7 Km di lunghezza.

Tutto ciò, in uno alle procedure informatiche già citate è stato possibile con l'utilizzo di una workstation della HP con le seguenti caratteristiche:

- CPU Intel DUALCORE EXTREME X6800 A 2,93 GHZ ;
- 4 Gb di RAM;
- 2 HD SATA2 da 300 Gb cadauno;
- scheda video da 256 Mb;
- schermo Philips 230WP7 in formato WUXGA;
- Unità di registrazione esterna da 120 Gb;

ed il Sony Vajo VGN-TX3 XP/b che nonostante le ridotte dimensioni ha sempre egregiamente risposto alle nostre aspettative. -

# SPUNTI DI RIFLESSIONE

**SEZIONE A** (Paragone di indici tra Ospedalità siciliana del 2005 e nazionale del 2003)

L'elaborazione rileva che nel corso dell'anno 2005, in Sicilia, la percentuale di ricoveri in D.H. è stata del 40.7%, discostandosi in maniera evidente da quella nazionale (28.4%), pur se va registrato che l'ultimo dato ufficiale nazionale, ad oggi disponibile, risale all'anno 2003.

Va per altro tenuto presente che la legislazione siciliana, per quanto attiene i D.H. chirurgici, incentiva l'utilizzo del D.H. tariffandolo nella stessa maniera del corrispondente DRG erogato in R.O.

Sarebbe allora opportuno interrogarsi su quale possa essere la motivazione per cui, nonostante le incentivazioni legislative di cui ai DD.AA. del 12.06.02 e 21.06.02 (in GURS N.30/02), solo il 33% di tutti i D.H. erogati in Sicilia afferisce a DRG chirurgico.

Il dato appare ancora più evidente se si passa dalla numerazione dei ricoveri alla quantificazione delle giornate, infatti rispetto a tutte le giornate di D.H. (1.439.104) solo il 20,1% sono state occupate per DRGs chirurgici mentre la rimanente quota (79.1%) è stata erogata per DRGs medici.

Credo che la problematica meriti una rivisitazione profonda dell'accesso a questa tipologia di ricovero che pur insostituibile in determinati casi, è sicuramente a grande rischio di inappropriatezza.

Per completezza va anche citato che rispetto all'anno 2004, si è avuta una significativa contrazione (-30.3%) dei ricoveri erogati a residenti "fuori regione" (20.652) ed a stranieri (4.947).

Un cenno ai modelli HSP, la cui non uniformità compilativi ha indotto l'Assessorato a richieder la "certificazione" della dotazione di posti letto a tutte le strutture sanitarie di ricovero.

A tal pro basti dovrebbe bastare soffermarsi su una considerazione, attinente il fatto che la modulistica "HSP" non rappresenta una ulteriore e magari inutile burocratizzazione comunicativa, ma riveste valore di comunicazione ufficiale al Ministero, conseguentemente non appare difficile immaginare le problematiche scaturenti da una discrepanza tra il dichiarato e l'effettiva consistenza.

In ogni caso, l'HSP rappresenta il dato ufficiale cui la Sicilia rimane legata sia per l'incidenza dei posti letto/1000 abitanti che per il calcolo del tasso di occupazione. -

**SEZIONE B** (Indici economico-gestionali sulla speditività siciliana)

L'analisi del prodotto sanità, specie in campo ospedaliero offre innumerevoli indicatori, la cui abbondanza corre il rischio di divenire "ridondanza", condizione da rifuggire in quanto responsabile della "non leggibilità" del dato, che seppur presente è nascosto, ed a volte sopraffatto da indicatori magari validi per singole esigenze, ma sicuramente poco utili nell'analisi di macroarea.

Si è allora dovuta attuare una selezione che ha visto primeggiare una nutrita serie di parametri-base per cui, all'abbisogna ogni operatore, avvalendosi dell'interpolazione, potrà generare le specificità in grado di soddisfare singole ed anche particolari esigenze.

La disaggregazione del dato inerente l'incidenza del D.H. su tutti i ricoveri, mostra come nelle Aziende Ospedaliere di Classe 1, la penetrazione del D.H. si attesti sul 48% dei ricoveri, dato sicuramente da attenzionare specie se si superficializza che solo il 28,1% dei DH afferisce a DRGs chirurgico.

L'incidenza dei DH su tutti i ricoveri va scendendo in proporzione alla classe aziendale di appartenenza, giungendo nella speditività convenzionata ad una rappresentatività del 30%, dato "fisiologico" che per altro, diversamente dalla speditività pubblica, è connotato dalla prevalenza di DRGs chirurgici (circa il 65.5% di tutti i D.H.)

Certo la versatilità gestionale della speditività convenzionata appare assai più velocemente reindirizzabile di quanto non possa la speditività pubblica, ma le cifre sopraccitate, confermano ancora una volta che il problema D.H. necessita di un profondo intervento riorganizzativo.

Passiamo alla complessità della patologia trattata, nel sistema DRGs, identificata con il parametro "peso".

Per anni siamo stati abituati a parlare di "peso medio" parametro dalla non trascurabile validità, la cui valenza è comunque direttamente proporzionale ad una corretta distribuzione del campione in esame.

Cosa succede in pratica?

Se una grande Azienda sanitaria eroga alcuni DRGs ad altissimo peso, la cui rappresentatività numerica è poca cosa confronto ai DRGs di peso medio o basso, il calcolo del "peso medio" finirà con il nascondere i DRGs ad alto peso, premiando quelli numericamente più rappresentati, condizione che finisce con il dare un quadro dell'azienda non perfettamente rispondente a verità.

La modesta differenza di "peso medio" rilevabile nel prospetto collazionato per

classe Aziendale, conferma quanto espresso.

Peso Medio (R.O.) CLASSE 1	Peso Medio (R.O.) CLASSE 2	Peso Medio (R.O.) CLASSE 3	Peso Medio (R.O.) CONVENZIONATI
1.23	1.09	1.01	1.08

Si è pertanto deciso di analizzare il campione, nella fattispecie rappresentato da tutti i DRGs erogati in regime ordinario, collazionandoli per fasce di peso così divise:

**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

La rappresentazione grafica della collazione:

“FASCIA DI COMPLESSITÀ – STRUTTURA EROGANTE”

appare più esaustiva e più velocemente comprensibile di qualsiasi commento, si rileva infatti che non esiste una “significativa” correlazione tra “peso del DRGs” e “Classe aziendale”.

Sembrirebbe quindi che le patologie vengano affrontate indipendentemente dalla Classe aziendale di appartenenza, affermazione confermata dalle risultanze (nel novero delle prestazioni erogate in R.O., tantissime prestazioni a medio e basso peso erogate in strutture di “CLASSE 1”).

Questa conduzione connota utilizzi delle strutture certamente non consoni né alla *mission* delle stesse, né alle dotazioni tecnologiche che le contraddistinguono.

Se si vede il problema in maniera positiva potrebbe dirsi che l’Utente viene soddisfatto indipendentemente dalla struttura erogante, ma se si deve vedere il problema dal punto di vista gestionale o da quello medico-legale le cose si presentano in maniera decisamente diversa.

La visione *economico-gestionale*, certamente si scontra con il programmare e quindi sostenere 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 posto letto sensibilmente inferiori.

La visione *medico-legale* ci consente di vedere l'esponenziale aumento del rischio clinico allorquando l'Utenza, per patologie ad alta complessità, viene curata in strutture con dotazione tecnologica e plurispecialistica non connotata alla complessità della patologia trattata.

Per vagliare la realtà dell'esistente, può essere di ausilio lo schema seguente che contempla sia le giornate di ricovero facenti capo a fasce di complessità del DRGs (altissimo, alto, etc), sia i giorni fruibili per singola Classe Aziendale (Classe 1, Classe 2 Classe 3, Spedalità Convenzionata).

**R.O.: Giorni fruiti** (collazionati per "fasce" di peso DRGs)

Altissimo	Alto	Medio-Alto	Medio	Basso
111.564	687.205	2.074.618	1.474.430	339.561
2,4%	14,7%	44,3%	31,5%	7,2%

**R.O.: Giorni fruibili** (collazionati per Classe aziendale erogante)

Classe Aziendale 1 (gg fruibili ed inc. % p.l.)	
2.012.991	31,7%
Classe Aziendale 2 (gg fruibili ed incidenza perc.)	
1.081.069	17,0%
Classe Aziendale 3 (gg fruibili ed incidenza perc.)	
1.650.500	26,0%
Spedalità Convvenz. (gg fruibili ed incidenza perc.)	
1.605.645	25,3%

Il prospetto si presta a visioni diverse per cui ogni commento potrebbe rivelarsi inopportuno, ma il tutto sembra rafforzare un comune denominatore, inerente la l'opportunità di rivisitare il piano di offerta della rete ospedaliera siciliana.

Per un confronto più approfondito sono state collazionati dei prospetti contenenti i primi 20 DRGs erogati in ogni classe aziendale, indicando l'incidenza del DRG, la Degenza media ed i ricoveri 0/1 gg.

Quest'ultimo parametro (ricoveri 0/1 gg), andrebbe sicuramente meglio attenzionato, infatti pur consapevoli della inemendabilità dei ricoveri 0/1 gg, va evidenziato che la percentuale di incidenza, ad oggi, appare troppo alta.

Molteplici le spiegazioni che in ogni caso, per la loro quasi totalità, sono ascrivibili

a deficit organizzativi sul filtro di accesso al ricovero, in quanto i ricoveri 0/1 gg sono caratterizzati da:

- soggetto che non doveva accedere a ricovero ospedaliero;
- soggetto che doveva accedere a diversa specialità;
- soggetto che doveva accedere a diverso regime di ricovero (D.H. in ragione dell'avvenuto R.O.).

L'analisi dell'erogato è stata ulteriormente approfondita editando due prospetti con relativi grafici dove, tutti i ricoveri erogati nell'anno 2005, sono stati divisi in quattro tipologie: R.O. medico, R.O. chirurgico, D.H. medico, D.H. chirurgico

Tale divisione è stata editata anche per Classe aziendale, tanto da poter rappresentare graficamente la divisione sopra indicata per Classe aziendale erogante.

L'analisi dell'attività non poteva trascendere dall'erogato in Pronto Soccorso.

La difficoltà di reperimento del dato è stata superata richiedendo i rilievi all'Ass. Bilancio e Finanze cui viene indirizzato il flusso sul monitoraggio della spesa, contenente tra l'altro, anche il rilevato sugli accessi al Pronto Soccorso.

I dati sono caratterizzati da due steps:

- a) differenziazione dei ricoveri in relazione all'esito (ricovero - non ricovero - decesso)
- b) differenziazione dei ricoveri in relazione al codice di accesso (Rosso, Giallo, Verde e Bianco)

Il campione in esame risultava completo nella parte a), quindi il rilievo attiene a dati inerenti a "tutti" i Pronto Soccorso presenti nella speditività pubblica; lo step b), afferente alla divisione per codici di accesso risultava compilato solo nel 70% dei rilievi, differenza probabilmente imputabile alla mancanza di Triage.

All'interno dello step b), è stata rilevata la completezza del dato, la cui percentuale si è attestata al 78.2% (rilevato dalla sommatoria dell'incidenza di ogni singolo codice)

Prestazioni di Pronto Soccorso	ACCESSI ESITATI IN RICOVERO	ACCESSI ESITATI IN DECESSO	ACCESSI ESITATI IN NON RICOVERO	ACCESSI TOTALI	Incidenza percentuale
Totali di colonna:	334.702	671	1.433.007	1.768.380	100%

  

sul 70% degli accessi	ACCESSI ESITATI IN CODICE ROSSO	ACCESSI ESITATI IN CODICE GIALLO	ACCESSI ESITATI IN CODICE VERDE	ACCESSI ESITATI IN CODICE BIANCO	percentuale di completezza
Totali di colonna:	1,9%	10,8%	48,0%	17,5%	78,2%

La disamina disaggregata per classe aziendale può essere consultata nel relativo prospetto, ma già dai totali è rilevabile sia la numerosità degli accessi (1.768.380 pari a 3,36 soggetti al minuto'), che la modestissima incidenza di codice ROSSO (1.9%) e GIALLO

(10.8%); appare di contro di estremo interesse l'incidenza di codice VERDE e BIANCO, essenzialmente caratterizzati da stato di malessere la cui cura risulta differibile (codice verde) o addirittura "non urgente" (codice bianco).

Dal semplice rilievo tabellare emergono almeno due necessità:

- tendere alla completezza numerica ed alla correttezza compilativa del rilevato;
- valutare la univocità valutativa tra codici, indispensabile per confermare non solo la univocità lessicale ma anche quella scientifica;
- valutare la congruità dell'accesso al Pronto Soccorso da cui potrà scaturire o l'adeguamento dell'offerta alla domanda o una metodica atta a selezionare la domanda indirizzandola verso metodologie, a volte più consone ed indicate.

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

Seguendo i dettami della più moderna epidemiologia, ed escludendo quindi dal conteggio il NEONATO NORMALE (DRG 391) ed il PARTO (DRG 370 e 371), è il DRG n.410 (chemioterapia) che conferma il suo triste primato con 21.379 ricoveri, registrando un aumento di +7% rispetto al rilevato dell'anno 2004.

Non meno preoccupante appare che il DRG 430 (psicosi) per il secondo anno consecutivo si colloca tra i primi dieci DRGs, registrando 11.733 ricoveri (il dato non registra significative variazioni rispetto al rilevato 2004).

Per la ricerca del singolo DRG, potrà essere consultato il prospetto inerente "tutto" l'erogato 2005, mentre la collazione dei primi 50 DRGs erogati in R.O. (orientati per rappresentatività numerica), potrà essere di maggiore ausilio nel rilevare l'incidenza delle patologie più rappresentate; identica considerazione va fatta per l'esame dell'erogato chirurgico la cui collazione (primi 50 DRGs erogati in R.O. orientati per rappresentatività numerica), potrà dare un quadro chiaro ed esaustivo dell'erogato di sala operatoria.

Assolutamente non trascurabile la collazione dei primi 50 DRGs erogati in regime di Day-Hospital dove il DRG 467 (ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE), inquadrato tra i DRGs meritevoli di particolare attenzione per potenziale inappropriata, con 34.225 accessi mantiene salda la quinta posizione.

Seppur per motivi diversi, va attenzionata presenza del DRG 410 (CHEMIOTERAPIA) che ritroviamo al 3° posto (115.121 accessi erogati ai 13.955 degenti). -

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

Sui L.E.A. si continua a registrare sia l'attenzione del legislatore che un notevole fermento scientifico-gestionale inerente problematiche organizzative per cui l'aver limitato l'esame alla mera collazione di un prospetto in cui è stata indicata la mera incidenza percentuale dei ricoveri in D.H. rispetto ai ricoveri in R.O. non vuole assolutamente minimizzare il problema.

Per altro va sottolineato l'impegno che recentemente l'Assessorato ha rivolto ai L.E.A. la cui normativa (D.A. del 27.06.2002 su GURS N°31/2002), purtroppo sconta un deficit concettuale inerente la difficile meccanizzazione delle diverse "esimenti" che consentono, anche per i DRGs indicati nei L.E.A. di avvalersi di ricorrere al Ricovero Ordinario invece del prescritto Day-Hospital.

Una riscrittura delle *esimenti*, cercando di inquadrarle all'interno di un sistema codicistico quale la classificazione ICD9CM, consentirebbe non solo una più semplice aderenza alla "norma" ma anche un controllo computerizzato sicuramente efficiente, efficace e in "real time". -

**SEZIONE E** (attività erogata per singola specialità)

La collazione editata nel primo prospetto attiene ad una informazione generale su tutte le "specialistiche", volutamente raggruppate in senso scientifico e non di classe erogante.

Non è stato trascurato l'indicare qualche parametro che si ritiene di notevole importanza quale i posti letto ufficialmente rilevabili dal modello HSP ed il conseguente tasso di occupazione, differenziando il tutto per erogato in Regime Ordinario ed erogato in D.H.

Per quanto attiene le specialità chirurgiche si è deciso di riproporre l'analisi precedentemente editata.

Il centrum di questa analisi attiene alla disaggregazione tra attività medica ed attività chirurgica (certamente più aderente alla mission delle specialistiche in esame).

In tema di attività, in aggiunta al numero di ricoveri, è apparso più che opportuno indicare anche le giornate di degenza, differenziandole tra DRGs chirurgici e DRGs medici.

La lettura delle singole percentuali, spero divenga sprone per affrontare gli innegabili problemi di conduzione di specialistiche come quelli presenti in

Neurochirurgia dove a fronte di costi gestionali certamente non risibili, deve registrarsi il 48.1% di DRGs medici, ricoveri che, in gran parte da erogarsi in Neurologia.

Non meno attenzione merita la Chirurgia Generale che annovera una quota di DRGs medici ancora maggiore (52.7%) a fronte dei quali viene speso 42.5% delle giornate di ricovero.

La maggior attenzione della Spedità convenzionata si manifesta anche in questo caso, infatti il valore medio di DRGs medici in specialità chirurgiche, nel pubblico attestatesi al 50.7%, nel privato scende al 38%, percentuale ancora significativamente alta ma certamente più vicina a quella fisiologicamente attendibile.

Non può essere trascurata l'incidenza dei ricoveri 0/1 gg mediamente presenti in misura dell'11.5% nella Spedità pubblica, media che comunque vede specialità come l'Ortopedia raggiungere il 17.1%, dato sicuramente preoccupante.

Ancora una volta si deve constatare la maggiore attenzione gestionale della Spedità convenzionata che pur non esente dalla presenza di ricoveri 0/1 gg, fa registrare una incidenza media pari al 5.4% (più che dimezzata rispetto alla Spedità pubblica).

Al fine di poter allargare la base comparativa dei vari indicatori di performance, sono stati editati dei prospetti attinenti a 20 specialità (chirurgiche e mediche), disaggregando il dato anche in relazione alla Classe aziendale di appartenenza.

Considerato che il campione in esame rappresenta il 96% dei ricoveri chirurgici e l'86% dei ricoveri medici, si ritiene che ogni Azienda sanitaria possa avvalersi di questa analisi prendendola come pietra di paragone per benchmarking tra "specialità omologhe" in omologa Classe aziendale di appartenenza.

#### **SEZIONE F** (Tasso di spedità per provincia in R.O. e D.H.)

Il prospetto sul tasso di spedità mostra come il limite consigliato del 170‰ appaia ancora travalicato.

Per altro il fastidio che si nutre per la "media" ci ha portato a disaggregare il dato per "provincia" e per regime di ricovero.

Va registrato che il "trend" rilevato nel 2005 rispetto al precedente rilievo 2004, vede una diminuzione del tasso di spedità; la direzione è quella giusta ma credo vada aumentata la velocità di percorrenza.

Si rimane infatti convinti che l'analisi approfondita del rilevato, non disgiunta dalla conoscenza del territorio e delle strutture sanitarie non ospedaliere ivi operanti,

possa essere di ausilio per il raggiungimento di un TASSO DI SPEDITIVITÀ più aderente ai limiti consigliati. -

### **SEZIONE G** (Prospetto riepilogativo sulla mobilità intraregionale)

Il tema della spesa sanitaria era, è purtroppo continua ad essere argomento "cogente", caratteristica presente ed avvertita ad ogni livello di governo decisionale (nazionale, regionale e provinciale).

Stante quanto sopra, dopo le parametrizzazioni ed i trends regionali, è sembrato opportuno portare il livello di analisi a livello provinciale, in Sicilia identificabile con le UU.SS.LL., aziende sanitarie finanziate precipuamente a "quota capitarla", motivazione quest'ultima che rende di *estremo interesse* il capitolo "mobilità".

Per altro la costante domanda di "salute" e la variabilità dell'offerta sanitaria connota un continuo travaso interprovinciale di Utenza, il cui consuntivo, per l'Az. U.S.L., rappresenta il "saldo" di attività in tema di ricoveri ospedalieri.

Nel prospetto, è stata per altro operata la disaggregazione dei dati distinguendo sia la mobilità interprovinciale che quella relativa a residenti extraisolani e stranieri.

La prima disamina dei "saldi" permette di constatare come solo due aggregati metropolitani (Palermo e Catania) non presentino saldi in "rosso", condizione probabilmente dovuta alla presenza di strutture di ricovero con maggiore attrattiva.

Il rilevato mostra la numerosità delle giornate di ricovero trascorse "fuori provincia", momento che in ogni famiglia rappresenta non solo un disagio organizzativo ma anche un disagio economico rilevante.

Quasi nessuna struttura offre possibilità di ospitare chi accompagna il malato, fatto che si traduce nella ricerca e soprattutto nel pagamento di una diaria che non tutti possono affrontare con serenità.

Si concretizza allora un doppio danno:

- l'Az. U.S.L. che *perde* il proprio residente, dovrà "pagare" il ricovero alla struttura che eroga la prestazione;
- il residente insieme al disagio di doversi recare "fuori casa" dovrà anche affrontare tutte le spese inerenti lo spostamento e la logistica di cui l'assistente dovrà necessariamente fruire.

Si potrebbe obiettare che l'accompagnatore non è necessario, ma chi si sentirebbe di negare, p.e. ad un'operando, il calore familiare in un momento tanto delicato della sua vita? -

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

Considerato che l'analisi scientifico-economica del "saldo" di attività può essere motivo di *riflessione* per il Legislatore e motivo di *reindirizzamento gestionale* per chi ha il compito di conduzione dell'Az. U.S.L., l'analisi esposta nella sezione precedente è stata completata con una ulteriore disaggregazione, sempre condotta per singola provincia e nei relativi prospetti sono stati indicati:

- riepilogo provinciale attinente i DRGs di Fuga, con specifica della tipologia di ricovero (R.O. md - R.O. ch - D.H. md - D.H. ch) e della Az. U.S.L. che ha attratto il ricovero, il tutto correlato ai relativi emolumenti economici;
- i primi 50 DRGs cui hanno avuto accesso i residenti della provincia in esame curati fuori dalla provincia di residenza (DRGs di fuga);
- i primi 50 DRGs erogati a residenti fuori provincia (DRGs di attrazione) da strutture allocate nel territorio provinciale in esame.

Una prima considerazione può essere inerente il fatto che non è certamente ipotizzabile di "avere" sempre l'ospedale sotto casa, ma cosa dire quando l'analisi della mobilità interprovinciale è connotata anche da DRGs di fuga riferibili a specialità *presenti* nella provincia di residenza? -

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

Nel corso del 2005 dalla Sicilia sono "sfuggiti" 64.516 (-2.6% rispetto al precedente anno); l'esborso per questi DRGs di fuga è stato pari a quasi 217 ml di euro.

Siamo coscienti che non è facile minimizzare le "fughe" ma va anche apprezzato considerato che l'opera di risanamento iniziata sta cominciando a dare i suoi frutti, concretizzatisi nella inversione del trend.

Se si rapportano i costi di centri di eccellenza con gli emolumenti generati dalla "fuga" (217 ml di euro), forse è giunta l'ora di ridiscutere l'offerta sanitaria, magari orientandola anche ad arginare la "fuga", condizione che in uno potrebbe ottenere "erogazione di salute" in loco e rientri economici da mancati esborsi extraisolani. -

## UNA NOTA PERSONALE

Avviandoci alla conclusione, va tracciato un consuntivo, seppur per macroaree in cui possono individuarsi delle criticità ma che lasciano trasparire anche dei punti di forza.

### CRITICITÀ:

#### 1. *Frammistione di ruoli*

Permane una innegabile frammistione di ruoli caratterizzata *da una ben più che significativa omologazione dell'erogato* indipendentemente dalla struttura erogante.

Meritevole di molta attenzione è l'incidenza dei D.H., fatto che diviene preoccupante se si considera che la maggior parte di essi sono di connotazione medica, anche quando erogati da Az. Ospedaliere di "CLASSE 1".

Non fa per altro trascurato che la Regione Siciliana è tra le poche a poter vantare un decreto lungimirante (D.A. 12.6.02 su GURS N.30/02) in cui vengono differenziate per ruolo tutte le strutture di ricovero isolate.

Sembrerebbe allora opportuno lavorare alla redazione di una metodologia atta ad orientare la complessità della patologia trattata alle potenzialità logistico-strutturali della struttura di ricovero. -

#### 2. *Necessità di implementare i controlli*

L'erogato necessita di un controllo da effettuare in tempi "pressoché" reali, è opinione scientificamente consolidata che i controlli, se effettuati in corso d'opera, assumono precipuo carattere consulenziale.

Diversamente, se le carenze ed i ritardi nella trasmissione delle informazioni continueranno a rendere possibili i controlli solo "ex post" si corre il rischio concreto di veder trasformare l'azione consulenziale in azione di mero fiscalismo, per altro su prestazione già erogata.

#### 3. *Eccesso di ricoveri 0-1 gg e presenza di DRGs medici in specialità chirurgiche*

Il regolamentare l'accesso alle aree critiche (pronto soccorso innegabilmente sovraffollati da richieste non urgenti), sicuramente potrebbe dare maggior spazio ad una più accurata disamina della patologia presentata e quindi correttamente indirizzare l'Utenza verso la

corretta modalità di cura.

Specifici controlli vanno mirati all'erogato medico in specialità chirurgiche, specie se ad altissimo costo, tanto da poter scongiurare i sovraffollamenti di aree ad alta specialità, che risultano "impegnate" a trattare DRGs correttamente erogabili da altre specialità con *mission* sicuramente più aderente alla patologia trattata.

#### **4. *Carenza di sanità territoriale***

Permane una evidente carenza territoriale specie in tema di offerta ambulatoriale, fatto che spesso connota una sovraesposizione di strutture che seppur nate con altro scopo, si trovano a dover rispondere ad una richiesta di "salute", sicuramente condivisibile nel merito ma non accettabile nel metodo.

#### **5. *Mancata tempestività dell'informazione***

I Servizi Informativi Locali, cartolarmente presenti in ogni Azienda Sanitaria, seppur esitati ad una precisa normativa (art. n.18 di cui alla L.30/93) e ripresi nel D.P. 11 maggio 2000 (P.S.R. 2000/2002), soffrono della mancata organicizzazione al sistema, fatto che rendendoli trasparenti, anche nelle redazioni degli Atti Aziendali.

Questa trasparenza, troppo spesso, finisce con il rendere "evanescente" il lavoro prestato, creando "di fatto" una carenza informativa che finisce con l'essere scontata da tutti (Utenza, Governo Clinico, Governo politico) in termini economici e di offerta-salute.

#### **FORZA:**

La innegabile esagerata incidenza dei ricoveri in Day-Hospital (specie se di tipo medico ed erogati in Aziende Ospedaliere), se da un lato non esalta le specifiche "missions", dall'altro connota sicuramente operatori che lavorano, molto probabilmente vicariando le carenze territoriali.

L'analisi sanitaria è materia delicata ed estremamente interessante, ma non va dimenticato il fine, consistente nel dare "risposte" sanitarie a chi ha bisogno, soggetto cui poco importa di problematiche legate ad aziendalizzazioni, budget e quant'altro.

Non può per altro essere nascosto che nel pianeta sanità in cui “oggi” viviamo, spesso le risposte date dall'operatore al “malato”, non incarnano appieno la “mission aziendale” ma perseguono principalmente la “mission” medica, che siamo quotidianamente chiamati a svolgere, erogando, molto più spesso di quanto i Media non facciano intravedere, buona sanità.

Forse in estrema sintesi potremmo concludere dicendo:

*“attenzione a non buttare il neonato assieme all'acqua sporca.”*

*Buon lavoro*

## 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 e nel '93 il titolo di Medico Competente; nel 2000 master in *Management Sanitario* presso l'Università L.Bocconi di Milano.

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

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; dal '99 componente del Nucleo di Valutazione, dal 2000, Responsabile del Sistema Informativo Locale e dal 2002 componente Medico-Legale del Comitato Etico dell'Az. Osp. 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.), nel 2005 viene chiamato dalla COMMISSIONE REGIONALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE OPERATORIE quale consulente analista; nel 2006 entra a far parte del *restrict board* per il progetto CLINICAL RISK MANAGEMENT di Joint Commission International – REGIONE SICILIA.

Questa attività è stata inframmezzata dalla docenza in numerosi corsi tenuti nei vari campi della "Medicina Legale", "Sicurezza", "Organizzazione sanitaria", "Statistica sanitaria" e della "Bioetica", per conto di Aziende Sanitarie, Società scientifiche nazionali, Ordini Professionali, Associazioni, ONLUS e Centri di formazione Sanitaria.

Nel 2004, in joint-venture con il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, pubblica la prima indagine di analisi sulla speditività Siciliana, operazione ripetuta per l'erogato 2005 e 2006.

Dal 2006 numerose pubblicazioni sulla rivista forense del Distretto di Corte d'Appello. –

Con il recepimento del D.Lgs 502/92 il concetto di "ospedale" è cambiato, alla classica e consolidata visione del "luogo di cura" si è associato il concetto di "azienda" contraddistinta comunque da non avere scopo di lucro.

Non va per altro trascurato che la linfa vitale è rappresentata dal danaro pubblico, per cui il management sanitario deve assicurare il miglior rapporto possibile tra il finanziamento e la resa, quest'ultima vista come erogazione di buona sanità.

A ciò aggiungasi che il "pianeta sanità" è una macchina complessa e variegata, contraddistinta, tra l'altro da una peculiarità: all'aumento dell'offerta "sanità" segue immediatamente un aumento della domanda.

La complessità della gestione non disgiunta dalle difficoltà insite nell'*ars medica*, (imperfetta per suo stesso essere e ben lontana dalle scienze matematiche foriere di esattezza), ha fatto divenire inderogabile una approfondita conoscenza dell'erogato, almeno su base regionale.

Il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico (D.O.E.), ha razionalizzato la raccolta delle informazioni sanitarie attuando una vera e propria rivoluzione informativa: le invalicabili montagne di carte che gli erogatori sanitari inviavano in Regione, sono state trasformate in ben più intellegibili "tracciati records".

Messo a regime il sistema informativo, tra gli operatori del pianeta sanità si è iniziata ad avvertire l'esigenza di un "metro" con cui poter confrontare l'erogato di ogni singola Azienda Sanitaria.

Poco soddisfacente, ai fini di un confronto corretto ed esaustivo, risulta l'utilizzo delle "medie", formulazione aritmetica che finisce con il nascondere gli "estremi" (nel pianeta sanità, spesso le "code" possono dare informazioni di grande rilievo).

Proprio su questa esigenza si è fondato il progetto, che ha avuto inizio con l'esame dell'erogato siciliano 2003, per giungere, con questa edizione, all'analisi di tutto l'erogato siciliano del 2005.

L'analisi dell'erogato 2005, inizia su parametri generali, differenziati per Classe Aziendale come sancito dal D.A. del 12 giugno 2002 sino a giungere alla mobilità interprovinciale.

Confidiamo che le risultanze, collazionate nei molteplici ed articolati prospetti possano fungere da metro di paragone "reale" e soprattutto tempestivamente fornito alle strutture sanitarie, cui si chiede di assolvere al "debito informativo" nei confronti degli organi di controllo, ma cui si ritiene si debba un "credito informativo", articolato ma soprattutto fornito con la dovuta tempestività. -

**COPYRIGHT © 2006, VITO C.M. MILISENNA: "DAL DRG ALLA SDO - LA SPEDALITÀ IN SICILIA DELL'ANNO 2005".**

**IN COPERTINA: DISEGNO REALIZZATO DA P. SILLITI MIRAGLIA.**

**FINITO DI REALIZZARE NEL MESE DI DICEMBRE 2006, IN CALTANISSETTA.**

**EDIZIONE GRATUITA, AD USO DEGLI OPERATORI DEL SETTORE SANITARIO.**