

---

# DAL DRG ALLA SDO



**LA SPEDALITÀ SICILIANA NELL'ANNO 2006**

---

**VITO C.M. MILISENNA**

## **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)

### **L. DE ABREU GUELBER**

Dott.re in Scienze Infermieristiche - Operatore S.I.S. (CL)

### **S. DI CARA**

Programmatore - Libero professionista (CL)

### **V. GIAMBELLUCA**

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

### **M. PUZZANGARA**

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

### **B. RIGGI**

Dott.re in Scienze Infermieristiche - Coordinatore - Servizio Informativo Locale - Uff. SDO-DRG ed U.O. Dipartimentale di Medicina Legale - A.O. S.Elia (CL)

### **G. SPERA**

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

**PREMESSE**

Nel luglio del 2008, il DOE presenta il rapporto sulla ospedalità 2006, lavoro complesso che seppur assimilabile ad un parto post-termine, presenta innegabile valenza informativa.

Alla luce dell'esperienza accumulata sia con le pubblicazioni (edite in joint-venture con il D.O.E.) sulla ospedalità siciliana per gli anni 2003 – 2004 – 2005, la corposa mole di dati è stata riletta, cercando di far luce su quelle pieghe, a mio parere non trascurabili, che vengono spesso coperte dalle “medie” ma che impegnano in maniera ragguardevole chi si occupa di management sanitario

Nulla togliendo alla statistica, di cui sono fermo e convinto assertore, devo dire che la stessa va “umanizzata” con i correttivi scaturenti dalle richieste della “prima linea”, sottile ma importantissima zona dove tanti operatori sanitari prestano la loro opera quotidiana.

A consuntivo, ritenendo vincente il lavoro di squadra (affermazione testimoniata da anni di lavoro in joint-venture con tutti gli ottimi professionisti ed amici operanti al d.o.e.) ma altresì convinti che un'istituzione di altissima qualificazione non possa trascendere dal contatto con la prima linea, da cui deriva un innegabile e positivo sinergismo a vantaggio dell'utenza, degli operatori sanitari, ci si appresta ad una nuova lettura dei dati finalizzata a dare un ulteriore contributo alla politica sanitaria, cui compete, avuti i giusti inputs, il mettere in essere risposte e programmazione. -

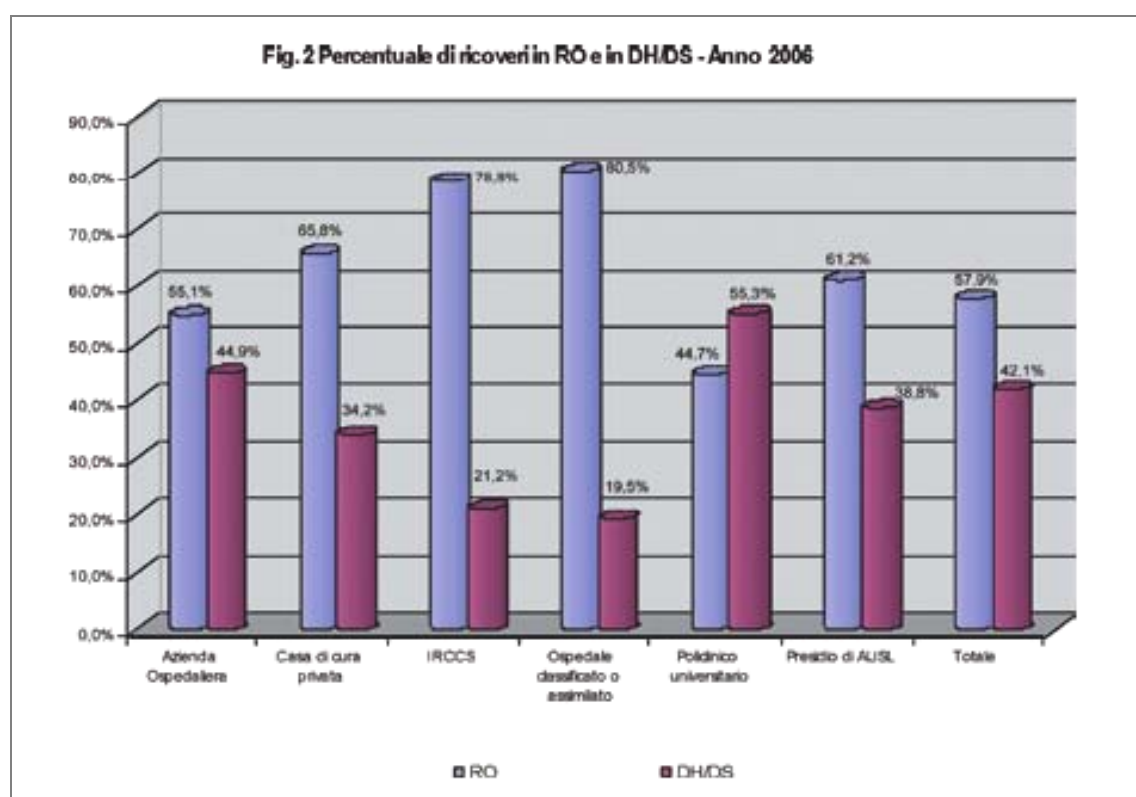
## RILETTURA DEI RISULTATI

### SULL'EROGATO:

Uno dei primi campi di analisi affrontato del rapporto D.O.E., inerisce il trend di deospedalizzazione, consistente nella diminuzione dei ricoveri.

Nel periodo 2004-2006, sono diminuiti i ricoveri in Regime Ordinario (- 6.3% circa), fatto cui si è contrapposta una tendenza contraria per quanto attiene al Day-Hospital che, nell'anno 2006, ha fatto registrare un aumento pari al +6.2% circa.

Così presentato (vedasi il grafico pubblicato dal D.O.E.), sembrerebbe doversi plaudire al positivo trend di deospedalizzazione, per altro realizzato in osservanza alle macrodirettive in tema di ricoveri ospedalieri.



Alla luce delle risultanze storiche (vedi analisi della Spedalità Siciliana per gli anni 2003-2005), si è ritenuto che per una rappresentazione il più possibile aderente alla realtà dei fatti, della realtà, il dato deve essere ulteriormente disaccorpato, differenziando (specie in ambito Day-Hospital), i DRGs medici da quelli chirurgici.

Si approfondisce l'analisi ed il dato cambia radicalmente, infatti ben il 66.5% dei ricoveri in DH è di tipo medico, fatto che non può passare inosservato ed a cui deve seguire un "ALERT".

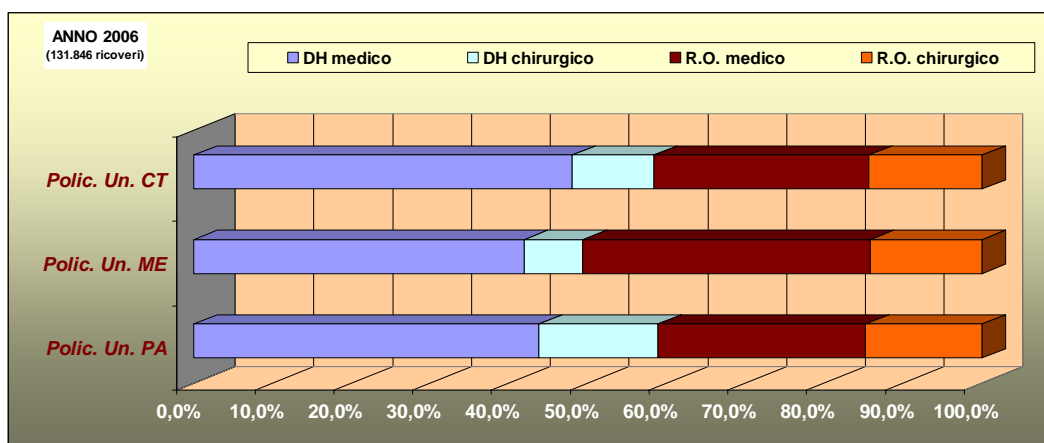
Le risultanze della macroanalisi, inducono ad ulteriore disaccorpamento finalizzato a visualizzare "quale" tra le varie tipologie di struttura sanitarie, eroga questa ragguardevole massa di DRGs medici in regime di Day-Hospital.

La risposta genera più che una perplessità, infatti nei Policlinici Universitari, luoghi ancestralmente deputati a rappresentare il GOLDEN STANDARD della scienza

medica (e chirurgica), nel corso del 2006 non solo i ricoveri in Regime Ordinario sono stati superati per numero da quelli erogati in Day-Hospital (55.3%), ma ben il 79.5% dei DRGs erogati in D.H. sono di tipo medico.

L'immagine che ne scaturisce, sembrerebbe più assimilarsi ad erogazioni ambulatoriali, qualificate, ma pur sempre ambulatoriali.

La successiva rappresentazione grafica, appare più efficace di qualsiasi commento.



### SUL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE:

Non può disconoscersi che una corretta valutazione del tasso di ospedalizzazione (T.O.) deve interpolarsi con l'appropriatezza del ricovero, in quanto se un alto T.O. è accompagnato da alto indice di appropriatezza, la popolazione in esame soffre gravi problemi di salute; di contro se l'incidenza delle patologie è nella norma ed il T.O. continua a risultare "alto", l'appropriatezza alberga da qualche altra parte.

Considerato che la rappresentazione tabellare visibile a pag. n.30 del rapporto DOE, si riferisce all'intera popolazione regionale siciliana (più di 5 mil di residenti), la condizione di salute dovrebbe essere decisamente assimilabile a quella "media" nazionale, conseguentemente non appare peregrino prendere a "base di confronto" l'indice di 180%, universalmente accettato come massimo T.O. ammissibile per campioni omogenei di popolazione.

Se i parametri, i tassi ed i numeri citati, vengono interpolati con la popolazione residente in Sicilia nel 2006 (5.172.212), il massimo numero di ricoveri "ammissibile" sarebbe dovuto essere pari a 903.098; considerato che i ricoveri sono stati invece 1.306.042 (756.747 in R.O. e 549.295 in D.H.), va rilevato che in Sicilia, ben 402.944 pari al 44.62%, sembrano essere collocabili in una pericolosa ma soprattutto costosa zone di "eccedenza".

Queste considerazioni portano a chiedersi il "perché" di un T.O. tanto alto, a parere dello scrivente, ben alimentato dalla notevole incidenza dei Day Hospital medici.

Potrebbe azzardarsi una ipotesi: appare verosimile pensare che la carenza di risposte della medicina territoriale, pressata dalla crescente domanda di salute, finisca con il riempire gli ospedali di Utenza con patologie che potrebbero essere trattate al di fuori dei luoghi di ricovero. -

### **SULLA COMPLESSITÀ DEI CASI TRATTATI:**

Alle pagine n.33 e seguenti del rapporto D.O.E. 2006, si legge che il peso medio (inerente la complessità della patologia trattata) dei DRGs, è in linea con la complessità delle Aziende eroganti, cioè in grandi aziende vengono erogati DRG complessi ed in piccoli ospedali DRG meno complessi.

Stando ai dati in esame, le affermazioni appaiono condivisibili, ma la delicatezza e la complessità della materia, appaiono meritevoli di approfondimento scientifico.

L'indice di case-mix, nasce per mettere a confronto strutture "omologhe"; se invece, si carica un piatto della bilancia con l'intero erogato della Regione Sicilia e l'altro con l'erogato della singola struttura ospedaliera, l'ago finisce con l'indicare il rapporto tra una media e delle medie in cui la media in esame è già ricompresa, alchimia matematica che sembra caratterizzare uno status quo: grandi aziende sanitarie erogano DRGs a peso medio maggiore di quelli erogati nelle piccole strutture sanitarie.

Riteniamo che l'analisi non sia esaustiva in quanto non in grado di rendere conto dove e da chi viene erogata la massa di tutti i DRGs, rendendo magari il dato più leggibile mediante le dovute collazioni per CLASSI DI PESO e non fermandosi alla classificazione, ormai superata, che prevede:

**PESO <1; PESO TRA 1 E 2; PESO >2**

specie oggi, che l'uso della versione 19 dei DRGs, iscrive la complessità della patologia trattata all'interno di un range oscillante da 0,18 a 33,64.

La visualizzazione dell'erogato, suffragata dall'utilizzo della versione 19 del DRG, a parere dello scrivente, (va sempre cercato un giusto compromesso di analisi), dovrebbe almeno prevedere:

**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

Disaccorpate i DRG in più categorie e collazarli per CLASSE AZIENDALE di erogazione, ha messo in evidenza che, in ambito di complessità della patologia trattata, tutte le strutture sanitarie (grandi, meno grandi e piccole), erogano di tutto, differenziandosi solo nella quantità dell'erogato.

Questa conduzione genera sprechi il momento in cui un DRGs ad alto peso viene erogato in una struttura di altro profilo con costi di gestione giornalieri molto alti; d'altro canto, ove in DRG ad alto peso viene erogato in una piccola struttura, Utente, Medico e sistema sanitario vengono esposti a rischi inaccettabili che spesso si concretizzano nella malpratic.

### SUI PRIMI QUINDICI DRGs PER NUMEROSITÀ DEI CASI:

Molteplici tabelle del rapporto DOE 2006, mostrano i primi 15 DRGs di ogni struttura sanitaria, lavoro complesso ma dalla discutibile utilità.

Va infatti specificato che i 15 DRGs numericamente più rappresentati, trovano senso se estratti in una struttura mono-specialistica (chirurgia, ostetricia, ortopedia, etc), ove rappresentano dal 65% al 75% di tutto l'erogato; dicono invece poco o sono addirittura in grado di fuorviare un giudizio, se estratti da strutture sanitarie multidisciplinari, in questo caso infatti la percentuale di rappresentatività scende a circa 1/3 dell'erogato.

Si immagini poi l'impennata che assume l'ininterpretabilità del dato, allorchando i DRGs vengono estratti da tutta la massa ricoveri non differenziando quelli erogati in Regime Ordinario da quelli erogati in Day-Hospital.

Riteniamo che il mancato disaccorpamento (sia inerente il campione che il regime di ricovero cui fa capo), possa generare giudizi assolutamente non correlati alla realtà dei fatti.

### SU TARIFFAZIONE E FATTORI ECONOMICI:

Forse l'estrazione medico-legale non estranea all'influenza generata da tanti anni passati occupandosi di management sanitario, mi hanno sempre più convinto che il fattore economico non può essere trascurato, per cui, a parere dello scrivente, l'analisi andava integrata riportando la massa finanziaria in gioco.

A tal proposito, una stranezza inerente la Tariffa DRG, specie se inquadrata in questi tempi di innegabile austerità.

Con Decreto Assessore Sanità del 12.06.2002 (SU GURS N.30 DEL 01.07.2002), sono state rivisitate le tariffe dei DRGs ed ogni struttura sanitaria veniva iscritta in una classe:

- Classe 1: Grandi Aziende Ospedaliere, Policlinici, Ospedali di grande interesse scientifico
- Classe 2: Aziende Ospedaliere di II livello per l'emergenza ed altre Az. ospedaliere
- Classe 3: Presidi Ospedalieri di U.S.L.
- Classe C: Spedalità convenzionata

Per ogni classe veniva posto in essere uno "sconto" sulla tariffa DRGs, sconto che era stato calcolato in proporzione dei servizi offerti.

La tabella relativa allo sconto così recitava:

- Fascia A: 0%
- Fascia B: 2.5%
- Fascia C: 5%
- Fascia D: 7.5%
- Fascia E: 10.0%
- Fascia F: 12.5%**

Quasi tutta la spedalità convenzionata era in fascia "F" con due eccezioni in fascia "E", quindi lo sconto che la regione aveva sulla tariffa DRG era quasi sempre del 12.5% (dodici,cinque%) con qualche eccezione al 10% (dieci%)

Con Decreto Assessore Sanità del 18.10.2007 (SU GURS N.53 DEL 09.11.2007),

viene rivisitata la tariffa dei DRGs, ma l'art. n.6, seppur in tempi di AUSTERITY sancisce una inversione di tendenza per la Spedalità Convenzionata

**Art. 6**

Le tariffe delle case di cura preaccreditate di cui alla fascia "F" del decreto n. 878/2002, nelle more del provvedimento generale di riclassificazione per fasce di tutte le strutture sanitarie, sono rimodulate, a seguito di negoziazione intervenuta, e in esito alle economie per le medesime scaturenti dal decreto n. 2229/07, con l'abbattimento del 3% in via transitoria fino a nuovo provvedimento.

**che passa dal 12.5% di sconto al 3%** con un aumento degli introiti, *fermi restando i parametri quali-quantitativi inerenti la sanità erogata*, pari al 9.5% (equivalente a più di 50 milioni di euro).

**GRAFICI E PROSPETTI:**

Ritenendo che la sinotticità della visione sia di estrema importanza per una lettura facile ed intuitiva sono state introdotte due prospetti riepilogativi per Classe Aziendale di appartenenza da cui è possibile risalire a vari indicatori (dalla distinzione tra DRG medico e DRG chirurgico, alla degenza media, il tutto transitando attraverso peso medio e quant'altro maggiormente in uso nella reportistica sanitaria).

Sono state editate specifiche con grafico correlato il tutto finalizzato a visualizzare l'erogazione dei DRGs, collazionati per complessità della patologia trattata, tipologia di ricovero e/o CLASSE AZIENDALE di appartenenza.

È stato editato un prospetto dove vengono esaminati i principali indicatori per ogni singola "specialità"; pregnante appare l'indice di occupazione (calcolato su numero di posti letto derivante dai modelli HSP).

Il dato appare tutt'altro che trascurabile, infatti una occupazione discrepante dal range consentito dalla normativa (non inferiore al 75%), induce ad un ulteriore disaccorpamento finalizzato ad una più attenta analisi il cui epilogo dovrebbe essere rappresentato dall'adeguamento (in *melius* ma anche in *peius*) dell'offerta.

È stato realizzato un prospetto per le specialità chirurgiche, differenziandole tra Spedalità Pubblica e Spedalità Convenzionata; in questo prospetto vengono evidenziate le rispettive incidenze di DRGs medici e di ricovero 0-1 giorno.

Per una migliore fruibilità del dato (le primavere trascorse vanno sempre meno d'accordo con l'acuità visiva), grafici e tabelle sono stati realizzati in formato A3. -





**CONCLUSIONI:**

Nella convinzione che:

- ✓ trattiamo di una materia inerente un bene principe: la salute della collettività;
- ✓ trattiamo di una materia che costa alle tasche del cittadino svariati miliardi di euro;
- ✓ trattiamo di una materia complessa e delicata, dove nessun contributo può essere trascurato, disatteso o ignorato, specie se inerisce visioni qualificate ma diverse dello stesso problema;

appare ormai improcrastinabile il far squadra, comportamento che genererà sicuramente sinergismi godibili da Operatori del sistema, da Cittadini e, pur con gli scongiuri di rito, anche da potenziali Utenti.

Per queste motivazioni, a titolo di contributo personale, in allegato alla presente si rimettono una serie di grafici e tabelle atte ad allargare la visione sulla Spedalità Siciliana che seppur costosa e claudicante è deputata a fornire risposte sanitarie.

Se si è soddisfatti della risposte, basta non far nulla, se invece, come il sottoscritto si è convinti che le grandi potenzialità scientifiche operanti nel S.S.R. possono meglio realizzarsi, allora, ognuno per le rispettive competenze, bisogna impegnarsi dando valenza a quella sicilianità che abituata al sacrificio ma contraddistinta dalla duttilità derivante da tante dominazioni, sicuramente, saprà far vedere quanto vale.

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).

Buon Lavoro

*Vito C.M. Milisenna*