
DAL DRG ALLA SDO



ANALISI PER MACRO-AGGREGATI

DELLA SANITÀ SICILIANA NELL'ANNO 2007

VITO C.M. MILISENNA

A TUTTI GLI OPERATORI CHE NEL QUOTIDIANO DELLE CORSIE, NEL SILENZIO DELLE SALE OPERATORIE O NEGLI AFFOLLATI PRONTO SOCCORSO, CERCANO, LA MAGGIOR PARTE DELLE VOLTE, RIUSCENDOVÌ, DI EROGARE BUONA SANITÀ.



- ✓ *OGNI GRANDE CAMMINO INIZIA CON UN SINGOLO PASSO E PROSEGUE UN PASSO DIETRO LALTRO*
- ✓ *IL CONOSCERE LA DIREZIONE NON BASTA, BISOGNA INFATTI IMBROCCARLA PER IL GIUSTO VERSO*
- ✓ *SE IL CAMMINO VIENE INDICATO DA CHI, PIÙ VOLTE INTRAPRESO QUEL VIAGGIO, NE HA FATTO FELICE RITORNO, IL VIANDANTE NON SMARRIRÀ LA VIA, GIUNGERÀ NEL GIUSTO TEMPO, IMPIEGANDO SOLO LE ENERGIE NECESSARIE AL VIAGGIO, È COSÌ, RAGGIUNTA LA META, POTRÀ SVOLGERE IL COMPITO CUI FU CHIAMATO.*

Vito C.M. Milisenna

PREMESSE

Pur dovendosi riconoscere alla sanità siciliana diversi handicap, va detto che non è tra le peggiori ed in ogni caso, seppur innegabilmente claudicante, riesce a fornire risposte che i numeri inducono a classificare come *esistenti* ma *inadeguate* alle crescente e cogente domanda di salute, il tutto avviene però, a fronte di *costi ormai non più sostenibili*.

Va per altro specificato che la spesa affrontata dalla regione Siciliana per la sanità, ha abbondantemente superato il 50% dell'intero bilancio regionale, attestandosi su più di 8,5 mld di euro; lo sfioramento, oscillante secondo le diverse fonti dagli 800 mil di euro sino ad 1,2 ml di euro, rappresenta quindi dal 9 al 14%, percentuali che ci spingono a non ritenere "impossibile" una manovra di rientro, senza che la stessa venga fatta a spesa dell'erogazione di salute ma tenendo presente che i Siciliani non possono pagare, e tantissimo, per dei servizi non paragonabili a quanto usufruibile in regioni sanitarimente avanzate quali l'Emilia, la Toscana, la Lombardia o il Veneto.

Questo status quo, in assenza di un ricalcolo della rotta, ha costretto l'Utenza Siciliana a soggiacere alla inadeguatezza delle risposte, che sembra generato da un "fare" ben lontano dal necessario ed ormai non più procrastinabile utilizzo di *professionalità con specifica, provata e positiva esperienza nel campo*.

Nonostante la macchina sanità da anni si muova su di un percorso dalla intuibile pericolosità, non si ha notizia che gli organi ufficialmente deputati (facendo il gioco dello struzzo), abbiano mai realizzato e soprattutto reso note le risultanze di un rilievo complessivo ma nel contempo affidabile esaustivo e leggibile.

Considerato comunque che di *austerità* si "*discute*" se si hanno le tasche piene ma si deve "*concretamente adottarla*", se si hanno le tasche vuote, già da qualche anno, si è voluta iniziare una indagine conoscitiva sulla SPEDALITÀ regionale (certamente tra le voci più pregnanti del bilancio sanità), e nel 2003 ha visto la luce il primo rapporto sulla SPEDALITÀ SICILIANA.

L'indagine, prima nel suo genere per vastità dell'analisi, è da ascrivere alla lungimiranza del Dott. Antonio Mira (già Dirigente generale del D.O.E.), che in joint-venture con privati operanti in ambito di volontariato, quindi senza nessun esborso per le casse regionali, nel 2003, ha presentato il primo rapporto regionale sulla "SPEDALITÀ SICILIANA", edizione che ha conosciuto gli onori della cronaca nazionale (24Ore Sanità), forse per il fatto che era stata realizzata su più di 1.300.000 ricoveri, tutti trattati in maniera analitica e non prospettica (piuttosto che scegliere un campione si è preferito analizzare singolarmente "tutti" i ricoveri).

L'esperienza è stata ripetuta per l'erogato ospedaliero del 2004 e 2005, edizioni sempre presentate dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico e messe a disposizione del Pubblico all'interno dell'anno successivo al quale l'indagine si riferiva (il ritardare la presentazione avrebbe tolto valenza al dato che poteva divenire parzialmente inattendibile in quanto obsoleto).

Nel giugno del 2008, il D.O.E., non più diretto dal Dott. Mira, ha pubblicato il rapporto sulla SPEDALITÀ SICILIANA del 2006 (cui si rimanda), ma considerato che in ambito sanitario *la tempestività del ritorno informativo* ha grandissima valenza, potrebbe già identificarsi come "ritardo" il fatto che, ancora ad oggi – settembre 2007- non sono noti i dati relativi alla "SPEDALITÀ REGIONALE 2007".

Va per altro considerata la cogenza del tutto, spinta dall'approssimarsi della riunione

consuntiva STATO-REGIONE, da cui scaturirà sia il futuro della sanità siciliana che (ci auguriamo di no), potrebbe portare ad un ulteriore prelievo fiscale dalle tasche dei Siciliani, in questa malaugurata ipotesi, doppiamente penalizzati dal pagare “esageratamente” un servizio non all’altezza della crescente domanda di salute.

Visto il momento, la pregnanza dell’informazione e soprattutto l’arco temporale trascorso da quando il debito informativo regionale è stato soddisfatto (marzo 2008), collazionando i contenuti delle banche dati del sistema informatico sanitario, si è pensato di ripetere l’analisi, augurandoci che la stessa possa rappresentare un fattivo contributo per cui l’erogato sanità 2007, a fronte dei dati disponibili, è stato esplorato tramite grafici e tabelle nei seguenti campi:

- ✓ **LA SPEDALITÀ SICILIANA**
- ✓ **I DRGs DI FUGA**
- ✓ **L’EROGATO AMBULATORIALE**
- ✓ **LA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA**
- ✓ **LA TERAPIA PER IL MALATO “SANITÀ”**

- % -

LA SPEDALITÀ SICILIANA

Facendo seguito ai dettami di cui al D.A. del 12.06.02 (su GURS N.30 del 01.07.02), le strutture sanitarie sono state accorpate in classi

- 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 CLASSE AZIENDALE di appartenenza, è stato applicato lo sconto sulla tariffa DRGs: Fascia **A:0%**; Fascia **B:2.5%**; Fascia **C:5%**; Fascia **D:7.5%**; Fascia **E:10.0%**; Fascia **F:3%⁽¹⁾**

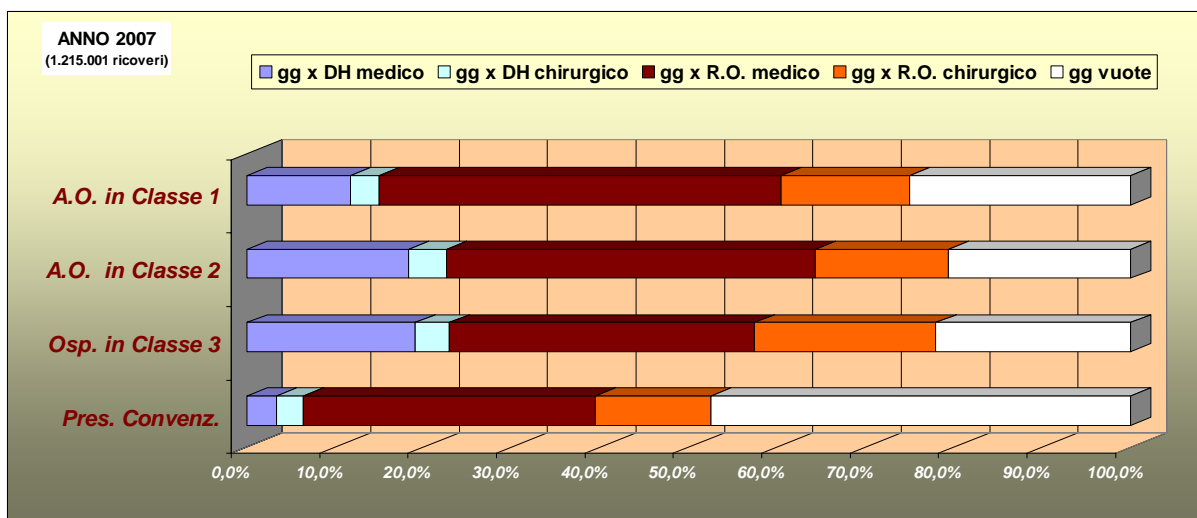
⁽¹⁾ ai sensi di quanto stabilito dal D.A. del 18.10.07 (su GURS N.53 del 09.11.07), per le strutture in fascia "F" lo sconto è stato ridotto dal pregresso 12.5% (dodici, cinque%) all'attuale 3% (tre%).

Nel primo prospetto risultano riportati alcuni indici statistici collazionati sia per CLASSE AZIENDALE che per REGIME DI RICOVERO (Regime Ordinario – Day-Hospital), ed il dato più interessante inerisce l'indice di occupazione, attestatesi al di sotto del 75% (limite che imporrebbe una rimodulazione), si va infatti da una occupazione media del 72% in Regime Ordinario (R.O.) al 70.9% in Day Hospital (D.H.), con picchi che nel Regime Ordinario della SPEDALITÀ PUBBLICA di CLASSE 3, raggiungono il 54.8%.

Nel prosieguo l'analisi continua con un prospetto dove sinotticamente vengono mostrate le performance di ogni singola CLASSE AZIENDALE; viene tra l'altro evidenziato come il D.H. sia precipuamente rappresentato da DRGs medici (più del 70% nelle Aziende di CLASSE 1).

Questo dato (percentuale del DRGs medici in D.H.), assume una valenza pregnante, infatti a costi giornalieri da Azienda Sanitaria di grande livello, si forniscono prestazioni che, in linea di massima, potrebbero essere realizzate in strutture sanitarie molto meno sofisticate, il tutto con un doppio vantaggio:

1. costi giornalieri inferiori;
2. occupazione delle grandi aziende sanitarie relazionata alle potenzialità dalle stesse esprimibili e non legate all'erogazione di D.H. medici;



Prima di passare al Tasso di Ospedalizzazione (T.O.), va fatta una breve premessa su uno dei segreti meglio custoditi: **il numero di posti letto autorizzati**.

Va premesso che a livello ministeriale, tramite i modelli HSP, con cadenze ben precise, vanno comunicati sia i posti letto attivi che le specialità cui gli stessi sono dedicati.

Intuendo la non totale affidabilità, l'Assessorato ha correttamente sentito il bisogno di farsi "certificare" dai Direttori Generali di tutte le strutture sanitarie pubbliche sia posti letto che specialità cui gli stessi sono deputati, quindi per il 2007, almeno per il settore pubblico, i posti letto sono "amministrativamente" certi.

Ben più difficile, venire a capo, in maniera certa ed inoppugnabile, dei posti letto della Sanità Privata convenzionata, sia per numero che per specialità, difficoltà che, si acquiscono ulteriormente per i posti letto in regime di Day-Hospital.

Questa tipologia di ricovero, importante ma pericolosamente votata all'inappropriatezza, nel Privato convenzionato è "indistinta"; in pratica i posti letto in D.H. non hanno alcuna connotazione di specialità, fatto che ingenera confusione ed impossibilità di concreti controlli.

Quanto sopra è suffragato dal fatto che esistono strutture sanitarie convenzionate che, pur non avendo p.e., nessun posto letto accreditato per l'oculistica ma avendo posti letto in D.H. indistinti, generano DRGs oculistici!!!!

La situazione vigente espone a spiacevoli equivoci, ci si chiede infatti per qual motivo questa o quella struttura abbia la necessità di essere accreditata per "chirurgica, medicina, ostetricia, etc.", se poi in regime di D.H. *eroga e fattura*, anche DRGs che nulla hanno a che vedere con le specialità accreditate.

***STANDO COSÌ LE COSE, NEL PRIVATO ACCREDITATO,
DIVIENE DI FATTO IMPOSSIBILE CONTROLLARE DOMANDA, OFFERTA ED EROGATO.***

Fatta questa precisazione, l'analisi prosegue entrando nel merito del Tasso di Ospedalizzazione (T.O.), che a fronte del 180‰ teoricamente non superabile, sul territorio siciliano, raggiunge mediamente il 237.4‰ con punte del 298.3‰ in provincia di Enna.

Fermo restando quanto premesso a proposito della difficoltà a reperire dati certi in ambito di posti letto, l'analisi, facendo fede ai dati ufficiali, riporta ed analizza il numero di posti letto*1.000 abitanti, differenziandolo tra Ricoveri per acuti, Lungodegenza e Riabilitazione.

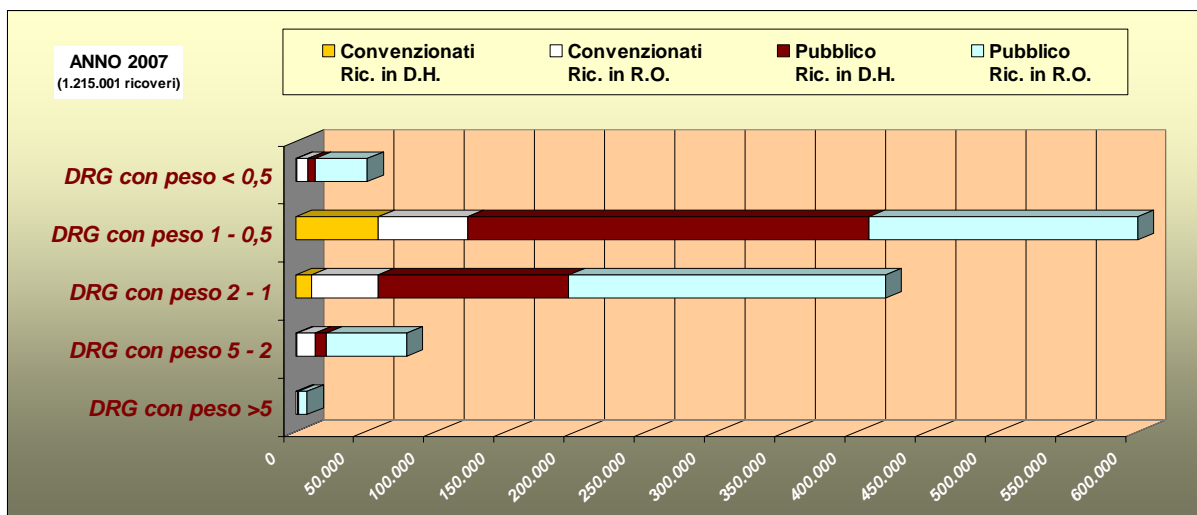
A fronte del 4.5‰ (3.5‰ per acuti e 1,0‰ per riabilitazione), mediamente in Sicilia si raggiunge il 4.99‰, incidenza non solo eccedente ma anche mal distribuita, infatti la somma di posti letto per Riabilitazione e Lungodegenza, raggiunge appena lo 0.29%

Per altro, un minimo di analisi, nonostante il numero eccedente di posti letto, mostra come parecchi rimangano "vuoti" per moltissime giornate, contingenza assai poco significativa in termini di risparmio in quanto i costi fissi (strutturali e stipendiali), non sono assolutamente correlati all'indice di occupazione.

Si è quindi passati allo studio dell'erogato, prospettando cosa viene erogato nella SPEDALITÀ SICILIANA ed a tal fine editando tabelle, prospetti e grafici collazionati per CLASSE AZIENDALE di appartenenza, il tutto finalizzato a rendere sinotticamente chiari:

- ✓ DRGs in regime ordinario (medici e chirurgici)
- ✓ DRGs medici in regime di Day-Hospital - Day-Surgery.

Lo studio prosegue con la mappa dell'intero erogato, dividendolo per raggruppamenti di DRGs, in base al peso degli stessi; viene a superficializzarsi come nella misura dell'89% (ottantanove%), i ricoveri vengano contraddistinti da DRGs a peso medio e medio-basso oscillanti cioè tra un peso di 0,5 ed un peso di 2,0.

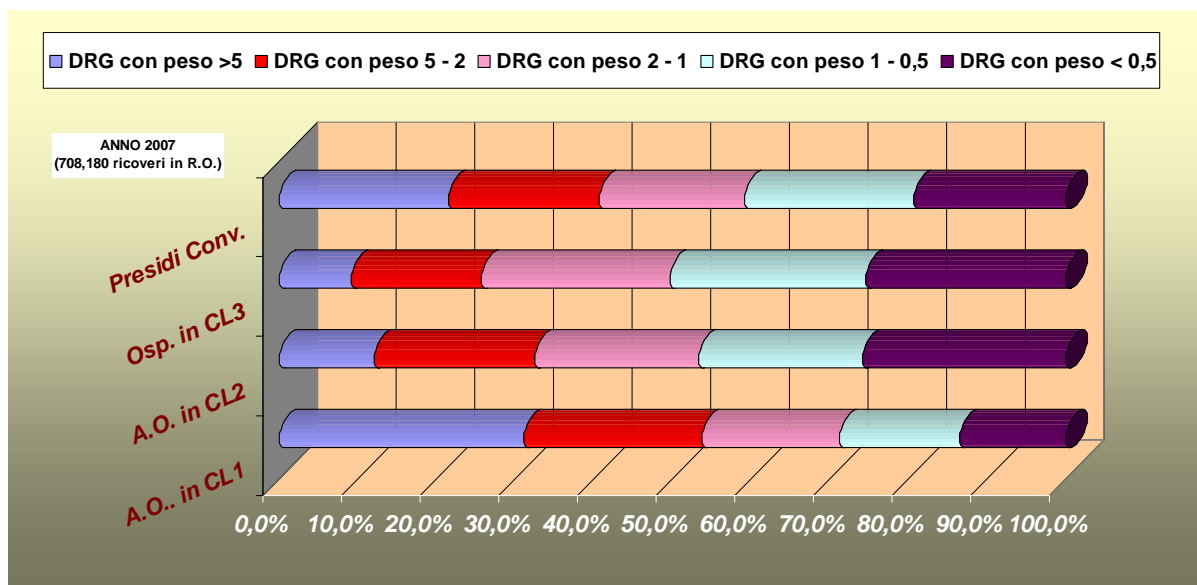


Con lo stesso principio (collazione per gruppi in base al peso), è stata anche inquadrata la CLASSE AZIENDALE in cui i DRGs sono stati erogati; la grafica evidenzia come non vi sia caratterizzazione tra peso specifico del DRG ed Azienda erogante, infatti seppur numericamente inferiori, si trovano DRGs ad alto peso tutte le classi aziendali; con incidenza percentuale similare, anche i DRGs a bassissimo peso sono distribuiti in tutte le classi aziendali.

Anno 2007 - Classe Aziendale e distribuzione dei DRGs (collazionati per classe di peso)

Specificia	DRG con peso >5	DRG con peso 5 - 2	DRG con peso 2 - 1	DRG con peso 1 - 0,5	DRG con peso < 0,5
A.O. in Classe 1	4.400	28.649	86.871	86.028	11.091
A.O. in Classe 2	919	13.971	55.547	63.319	11.494
Osp. in Classe 3	903	14.710	83.045	98.694	14.661
Presidi Convenz.	1.584	12.755	47.612	63.628	8.299
Spedal. FULL	7.806	70.085	273.075	311.669	45.545

Una situazione come quella evidenziata (quotidianamente presente nella SPEDALITÀ SICILIANA), genera sprechi quando un DRGs a basso peso viene erogato in strutture di alto livello ed espone l'Utenza a rischi facilmente immaginabili allorquando un DRGs ad alto o altissimo peso, viene erogato in strutture collocate in CLASSE AZIENDALE 2 o addirittura 3.



Dopo avere analizzato l'erogato nella sua globalità è sembrato necessario concentrare l'attenzione sulle *singole specialità*, infatti la numerosità dell'offerta non poteva essere resa

da una “media” che avrebbe nascosto specialità la cui incidenza, matematicamente modesta, a volte è scientificamente non trascurabile; conseguentemente, il prospetto, editato per singola specialità, mostra tasso di occupazione, numero di posti letto, peso, ecc.

La collazione appena descritta, è stata ulteriormente disaccorpata consentendo *l'analisi comparativa degli indici di uguali specialità ma collocate in diversa CLASSE AZIENDALE*, prospetto che ha consentito, p.e., di mettere a paragone le chirurgie di CLASSE AZIENDALE 1, 2, 3 e della SPEDALITÀ CONVENZIONATA; la visione sinottica scaturente è immediatamente intuitiva; purtroppo, le righe attinenti al Day-Hospital della SPEDALITÀ CONVENZIONATA, soffrono della “indistinguibilità” dei posti letto, condizione che rende impossibile la connotazione di taluni parametri.

L'erogato ospedaliero è stato completato con l'analisi delle *specialità chirurgiche*, dove risalta l'incidenza dei DRGs medici, tipologia teoricamente assai poco rappresentata, che a titolo di esempio, nelle Neurochirurgie (in R.O.) raggiunge il 44.8% (la maggior parte di questi ricoveri, sarebbe ragionevolmente dovuta transitare nell'omologo reparto medico quale la Neurologia).

Questo comportamento, quando avviene in reparti ad altissima specializzazione, fa sì che una giornata di ricovero costi dal doppio al triplo di quanto sarebbe “dovuta” costare e tiene inutilmente occupato un posto letto ultra-specialistico, costringendo talora il malcapitato che ne ha necessità, a peregrinazioni spesso esitate in maniera infausta.

L'ulteriore step, potrebbe essere rappresentato da un disaccorpamento delle specialistiche, analizzate per bacino di utenza (rappresentato dal numero di abitanti che quella specialistica è in grado di soddisfare), fatto che nel contempo mostrerebbe l'eventuale esistenza di “doppioni” e come gli stessi vengano comparativamente utilizzati (tasso di occupazione, peso medio, appropriatezza, etc). -

✓ I DRGs DI FUGA

Logico completamento di un'analisi sulla SPEDALITÀ REGIONALE è rappresentato dai DRGs di fuga, che in Sicilia appaiono ben la di sopra dei limiti fisiologicamente ammissibili.

Sono state ditate tabelle collazionate per provincia di residenza, per DRG e per Regione ospitante, il tutto ordinato sia nel senso della numerosità dei DRGs che in quello dell'importo.

In relazione a quanto sopra il DRG di fuga più rappresentato è la chemioterapia (**DRG n.410**) che con 2.298 ricoveri obbliga la Regione Siciliana ad un esborso pari ad **€4.795.931**, mentre il DRGs economicamente più significativo è di pertinenza ortopedica (**DRG n.209**) che a fronte di 1.722 ricoveri obbliga la Regione ad un esborso pari ad **€16.480.518**.

Il non riuscire a tamponare la “fuga”, per il solo 2007, ha impoverito le casse regionali per circa **207 mil di euro**; quanti ospedali si potrebbero specializzare?

Pur se datata, è stata riportata la collazione dei DRGs di fuga relativa all'anno 2005; la mancanza di significative variazioni fa ragionevolmente ipotizzare che nulla o quasi sia stato fatto in proposito, ma ogni anno sono stati bruciati più di 200 milioni di euro ed il trend non accenna a significative variazioni in diminuzione. -

✓ L'EROGATO AMBULATORIALE

Prima di addentrarci nel merito appare opportuna una precisazione: le cifre riportate in tema di spesa per prestazioni in convenzione, scaturiscono dalla tariffazione dei flussi “C” ed “M” e non alla spesa affrontata dalle Az. Sanitarie Locali nel corso del 2007, per cui la spesa sostenuta potrebbe risultare inferiore, p.e., a causa di ritardi nei pagamenti.

Conseguentemente se il laboratorio “X” o l'ambulatorio “Y”, hanno erogato e fatturato

prestazioni per €1.000,00 il fatto che la locale Az. Sanitaria abbia messo in pagamento fatture per soli €600,00 non può far conteggiare la spesa per prestazioni in convenzione come €600,00 dovendosi specificare che a quanto pagato per quel periodo, va sommato un debito consolidato (€400,00), debito che prima o poi dovrà essere pagato.

La prima considerazione inerisce una constatazione percentuale: il fatto che l'erogato ambulatoriale in convenzione, incida sul bilancio della sanità in maniera non superiore al 5%, a parere dello scrivente, non autorizza a dribblare il problema, in quanto le cifre in gioco, impongono l'analisi approfondita della problematica.

La cogenza del problema diviene ancor più evidente allorché si appalesa che le prestazioni ambulatoriali in convenzione, rispetto a tutto l'erogato ambulatoriale, incidono nella misura del 63.9%, con punte, che in provincia di Agrigento, raggiungono il 86.3% ed in provincia di Trapani il 84.3%.

L'ambulatoriale convenzionato costa alle casse regionali circa **€ 416.352.140** ed all'Utenza circa **€ 37.212.207** (ticket), dato ragguardevole, per altro ben correlabile alla presenza di **1.605 erogatori convenzionati** (in Lombardia, in Toscana, in Emilia ed in tantissime altre regioni italiane la diffusione dei convenzionati per prestazioni ambulatoriali non supera l'ordine di **qualche centinaio di erogatori per tutta la regione**).

Il disaccorpamento dell'erogato ambulatoriale su base provinciale, evidenzia che a fronte di una **media regionale, seppur altissima, di 3.2 convenzionati per 10.000 abitanti**, in provincia di Palermo l'indice arriva a 3.63 per arrivare a toccare i 5.47 convenzionati *10.000 abitanti della provincia di Agrigento; carenza di strutture pubbliche locali?

Anche il costo medio per ricetta segue la stessa sorte, infatti le ricette esitate dai Convenzionati costano mediamente il 51.1% in più di quelle esitate dalle strutture pubbliche.

Non differisce il numero di prestazioni per ricetta che, nel caso dei Convenzionati sono circa il doppio (+91.8%) rispetto a quelle contenute nelle ricette esitate dalle strutture pubbliche.

Anche il costo medio per residente, in tema di erogato ambulatoriale mostra discrepanze di ambito provinciale (a fronte di una media siciliana pari ad €126,42, nella provincia di Palermo il costo medio è di €153,7 pari al +21.5%).

L'analisi viene completata con una collazione per singola branca specialistica, fatto di infungibile importanza se si vuol conoscere quali siano le branche dove il Convenzionato è maggiormente rappresentato rispetto al pubblico, sia dal punto di vista del numero di prestazioni erogate che dal costo alle stesse correlato.

Per altro una recente indagine condotta dall'Assessorato sulla dotazione tecnologica delle strutture sanitarie pubbliche, correlata a quanto appena espresso, consentirebbe, una programmazione a "risultati economici immediati"; va infatti tenuto presente che mentre l'erogato ambulatoriale pubblico viene solo "rendicontato" (generando produzione economica virtuale), **all'erogato ambulatoriale convenzionato segue fattura che genera esborso reale.** -

✓ LA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA

Il capitolo meriterebbe ampia dissertazione ma ci fermeremo solo ad un dato che forse, nella sua semplicità, appare il più esaustivo di tutti.

In ambito di prescrizione farmacologia, per ogni residente in terra di Sicilia, ogni anno vengono prescritte mediamente 10,3 ricette/anno (14.3% in più della media italiana che si attesta a 8,8 ricette/anno per residente).

Di pari passo lievita la spesa correlata che in Sicilia affronta un'esborso medio per residente pari a €260.03 (38.5% in più della media italiana, attestatesi ad €213.22 anno/residente).

L'intervento su questo campo, suggerito (forse sarebbe meglio dire "imposto"), dalla notevole discrepanza degli indici correlati, fa ben sperare su concreti risultati, che, considerata la massa finanziaria in gioco (**€1.137.670.260**), anche se caratterizzati dal risparmio di pochi punti percentuali, finirebbero con il tradursi in considerevoli risparmi per le casse regionali.

In tema di cure farmacologiche, per altro la nebulosità si radica su di un inquietante connubio:

- chi prescrive il farmaco non lo assume e non lo paga;
- chi assume il farmaco non lo prescrive e non lo paga;
- ***chi paga il farmaco, non lo prescrive e non lo assume.***

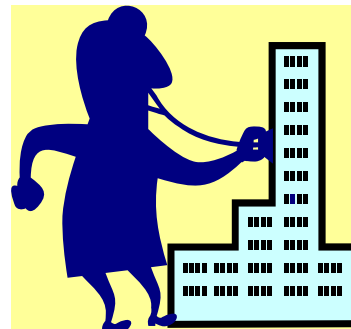
Una metodologia adatta e già sperimentalmente adottata in ambito provinciale, nel giro del breve/medio termine (6/12 mesi), a parità di sanità efficiente erogata e minimizzando gli sprechi (ipeprescrizione, farmaci prescritti a soggetti esenti ma dagli stessi non consumati, etc.), renderebbe molto meno dissimili gli indicatori siciliani e quelli nazionali. -

-- % --

✓ LA TERAPIA PER IL MALATO SANITÀ

Non ci si illude di curare con l'aspirina una malattia grave e lasciata al suo essere da troppo tempo, ma bisogna allontanare il pensiero che si tratti di "malis incurabilis"

Per altro il concetto medico legale di "incurabilità" non esiste, in quanto taluni stati patologici, possono essere dichiarati "inguaribili", allo stato dell'arte, ma nessuno stato patologico è "incurabile", tanto è vero che esiste una branca, di grandissima dignità che accede alle cure palliative, cure da cui non si aspetta una guarigione ma che è deputata ad alleviare le sofferenze.



Rimanendo sempre nel campo "medico", raccolta l'anamnesi, visitato il malato, eseguito magari qualche esame (preferibilmente in un laboratorio pubblico) e formulata la diagnosi, si deve passare al piano terapeutico, bisogna cioè scegliere quale tipo di terapia adottare (medica, chirurgica, etc).

Traslando la metodologia sopra menzionata alla sanità regionale a parere dello scrivente la prima cosa che va fatta è la scelta del modello di finanziamento.

È ben conosciuto che in sanità esistono due soggetti rispettivamente rappresentati da chi eroga prestazioni e da chi le acquista.

I modelli di finanziamento prevedono:

- a) Una netta distinzione tra le funzioni (per cui le Az.S.L. comprano e quindi pagano direttamente le prestazioni e le strutture sanitarie (di ricovero e non), vendono alle Az.S.L. e da queste vengono pagate.
- b) Una frammistione di funzioni, per cui le Az.S.L. erogano prestazioni (attraverso ospedali, poliambulatori, etc) ma nel contempo comprano e pagano alle Aziende Ospedaliere ed al privato convenzionato, tutto quanto da questi erogato); in contemporanea le Az. Ospedaliere ed il Privato accreditato vendono prestazioni all'Az.S.L. e da questa vengono pagati.
- c) Un modello a controllo regionale (vigente in Sicilia), in cui le Az.S.L. producono prestazioni attraverso presidi ospedalieri e poliambulatori e pagano il privato accreditato (cliniche e ambulatori) per ciò che viene dagli stessi prodotto. Le Az. Ospedaliere, a loro volta producono prestazioni che vengono pagate direttamente dalla Regione attraverso una decurtazione dei finanziamenti alle Az.S.L.

Com'è facilmente intuibile *se non esiste un attento e costante controllo regionale, ognuno vende ciò che può, anche quando queste prestazioni non sono state mai richieste dal Pubblico, che sarebbe ben in grado di provvedere da solo alle necessità dell'Utenza.* Alla Regione non resta che pagare il salatissimo conto, generato da una situazione che presenta lati abbastanza oscuri, tra i quali non appare secondario quello concorrenziale (economico e non scientifico), generantesi tra Ospedali territoriali ed Aziende Ospedaliere.

In Sicilia, a parere dello scrivente, dovrebbe essere adottato il modello di finanziamento deve prevedere chi compra prestazioni e chi le vende, separando ruoli e funzioni per cui:

a) IN TEMA DI RICOVERI:

- le Az.S.L. dovrebbero provvedere alla gestione diretta di Presidi Ospedalieri finalizzati a Riabilitazione e Lungodegenza.
- le Az. Ospedaliere, se del caso con gli accorpamenti di rito, dovrebbero provvedere a gestire solo ricoveri per acuti.
- A scelta del Legislatore il Privato accreditato potrebbe essere gestionalmente caricato o alla Az.S.L. o ad Uffici deputati in ambito assessoriale, soluzione da tenere in alta considerazione in quanto solo in assessorato è presente la visione globale da cui può ricavarsi quella parcellizzata per provincia.
- Sempre in tema di privato accreditato, all’Az.S.L. deve rimanere il controllo, obbligatorio, sull’appropriatezza dell’erogato e su quant’altro stabilito dal Legislatore.

Appare chiaro che la manovra di riconversione del modello di finanziamento senza una seria ed attenta rivisitazione delle strutture di ricovero perde gran parte dello smalto infatti il semplice accorpamento di taluni Presidi Ospedalieri alle Aziende Ospedaliere viciniori, fa solo cambiare l’indirizzo della Direzione Generale se non si provvede a:

- Seguire la pedissequa applicazione del Decreto Assessore Sanità del 18.10.2007 (su G.U.R.S. n.23 del 09.11.2007), che contiene direttive di innegabile importanza, tra cui, vista la situazione della spedalità siciliana spiccano le **nuove direttive sul D.H. (da calcolare su 270 gg l’anno con Tasso di Occupazione non inferiore al 100%)**
- Riconvertire tutte le strutture ospedaliere con meno di un certo numero di posti letto e prive di alcune indispensabili discipline quali la rianimazione (anche senza posti letto), specializzandole per la Riabilitazione e/o per la lungodegenza (è dimostrato che sotto i 100 posti letto le strutture di ricovero sono antieconomiche).
- La superiore manovra riuscirebbe intanto a riportare la spedalità agli indici consentiti $3.5 \text{ posti letto} * 1.000 \text{ abitanti (acuti)} + 1.0 \text{ p.l.} * 1.000 \text{ abitanti (lungodegenti e riabilitazione)}$.
- Identificare le necessità dell’Utenza in tema di specialità (chirurgie, geriatrie, neurochirurgie, etc), dando spazio alle specialità che scoppiano di degenti (vedi indici di occupazione separati per specialità) e conseguentemente ridimensionando o accorpendo quelle che hanno basse o bassissime occupazioni non più tollerabili in tempi di austerità.
- Potenziare le attività territoriali, anche consentendo, nelle more dell’accorpamento Presidi-Aziende, ai professionisti del S.S.R. di scegliere il territorio, finalizzando il loro trasferimento al potenziamento delle attività ambulatoriali, carenti e costosamente vicariate dal privato convenzionato.
- Ridimensionare i posti letto del Privato Accreditato basandosi sull’indice di occupazione (in pratica non si accrediterebbero posti letto inutilizzati)
- Identificare “per disciplina” i posti letto in Day-Hospital, fatto che non più in opera nel privato accreditato non consente né il controllo del tasso di occupazione né il controllo sull’erogato, vengono infatti erogati DRGs, p.e. di oculistica, in Cliniche che non possiedono accreditamento alcuno per oculistica in Regime Ordinario.
- Valorizzare quella fetta di privato accreditato che:
 - ✓ si occupa di particolari nicchie di patologie, che trattate direttamente dal Pubblico sarebbero antieconomiche (p.e. le infezioni osteo-

articolari);

- ✓ per la particolare collocazione (zone orograficamente isolate o mal servite da vie di comunicazione), in quei posti rappresenta la Sanità.

b) IN TEMA DI PRONTO SOCCORSO:

- L'intervenire sull'attività di ricovero non può trascendere dall'aver una visione chiara di cosa oggi vediamo nel Pronto Soccorso, che per l'Utenza rappresenta:
 - ✓ la prima ed unica interfaccia di tutto ciò che l'Utenza stessa reputa essere "urgente";
 - ✓ lo strumento che vicaria tutte le carenze della medicina territoriale
 - ✓ il filtro di tutti i ricoveri inappropriati

- nel 2005 la costruttiva collaborazione tra l'Assessorato al Bilancio e quello alla Sanità, tra l'altro, esitò nell'introduzione di uno strumento di controllo per il Pronto Soccorso, strumento rappresentato da una reportistica semplice ed intuitiva, la cui analisi avrebbe potuto dare molto.

La reportistica sul Pronto Soccorso non fa più parte del debito informativo aziendale per cui non si conoscono i dati di attività, conseguentemente non si è in grado di sapere chi e che cosa viene fatto. Anche volendo, si è nell'impossibilità di adottare i correttivi opportuni per emendare o almeno minimizzare le negatività di immagine che scaturisce dall'attendere ore ed ore in una calda o fredda (dipende dalla stagione), sala d'aspetto.

Stante quanto sopra, a parere dello scrivente, qualsiasi intervento sulla spedalità, dovrebbe avere come *primus movens*, il ripristino della reportistica obbligatoria, strumento prezioso ma sconosciuto ai più, dal sottoscritto collazionato già nell'ormai lontano 2005 all'interno della pubblicazione editata in collaborazione con il D.O.E. (Dal DRG alla SDO – Spedalità Siciliana anno 2005).

Visto quanto quotidianamente riportato dai MEDIA, si ha motivo di credere che dal 2005 ad oggi, nulla sia cambiato, se non in peggio.

Regione Sicilia - Anno 2005

Prestazioni di Pronto Soccorso*	ACCESSI ESITATI IN RICOVERO	ACCESSI ESITATI IN DECESSO	ACCESSI ESITATI IN NON RICOVERO	ACCESSI TOTALI	Incidenza percentuale
Ospedali in Classe 1	102.667	171	515.192	618.030	35%
Ospedali in Classe 2	100.257	199	327.693	428.149	24%
Ospedali in Classe 3	131.778	301	590.122	722.201	41%
Totali di colonna:	334.702	671	1.433.007	1.768.380	100%

* Fonte: Ass. Bilancio e Finanze

sul 70% degli accessi *	ACCESSI ESITATI IN CODICE ROSSO	ACCESSI ESITATI IN CODICE GIALLO	ACCESSI ESITATI IN CODICE VERDE	ACCESSI ESITATI IN CODICE BIANCO	totali di riga
Ospedali in Classe 1	3.016	44.549	302.259	58.267	438.281
Ospedali in Classe 2	4.055	48.842	171.893	87.140	474.645
Ospedali in Classe 3	16.379	41.112	124.640	72.746	333.973
Totali di colonna:	23.450	134.503	598.792	218.153	1.246.899

Ripristinare la reportistica, rendendola parte inscindibile del debito informativo aziendale, consentirebbe, a costo "ZERO", acquisizione ed utilizzo di uno strumento atto non solo alla verifica dell'erogato di Pronto Soccorso, ma anche alla programmazione di un servizio spesso infungibile cui si deve la salvezza di tante vite.

c) IN TEMA DI EROGATO AMBULATORIALE:

- Oltre alla mappatura inerente le risorse tecnologiche pubbliche (indagine avviata qualche mese addietro dagli Uffici assessoriali), è **infungibile conoscere l'offerta dei poliambulatori pubblici (tipologia e numero di ore settimanali), il numero di prestazioni erogate per singola specialità e le eventuali liste di attesa**, tanto da poter calcolare il tasso di utilizzo per ogni singola specialità in ogni poliambulatorio.

Solo attraverso una precisa mappatura delle risorse umane e tecnologiche presenti nel pubblico, si potrà conoscere e valutare la potenzialità erogativa; con questa metodica, avendo messo in atto una eventuale rimodulazione dell'offerta, i Privati convenzionati verranno utilizzati come una "risorsa", atta a colmare per quella "zona di erogato" che a causa di orografia territoriale, scarsità delle prestazioni, difficile viabilità o quant'altro, risulta diseconomica per una gestione pubblica diretta.

Qualche strumento all'uopo indispensabile:

- ✓ Ripristino dell'autorizzazione per esecuzione dell'esame in ambito extra-pubblico, fatto che indirizzerà l'Utenza verso la struttura pubblica, avvalendosi del Privato convenzionato solo quando le strutture pubbliche, per tempi di risposta, tipologia di esami o altro, non saranno in grado di soddisfare la richiesta nei modi dovuti.
- ✓ Centri unici di prenotazione con valida programmazione che scandagli secondo bacini progressivi: comune-provincia-regione.
- ✓ Obbligo del pagamento ticket al momento della prenotazione, comportamento atto ad evitare il riempimento fittizio delle liste di attesa.
- ✓ Obbligo, anche per le aziende ospedaliere, di fornire una congrua offerta ambulatoriale che dovrà essere comunicata in termini di ore settimanali e conseguente potenzialità erogativa.

Discorso più approfondito meritano i due più costosi capitoli dell'erogato ambulatoriale, rappresentati dalla DIAGNOSTICA PER IMMAGINI e dalla PATOLOGIA CLINICA.

- **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:**

Si è già avuto modo di affrontare il problema per cui verrà riportata per grandi linee una ipotesi riorganizzativa dell'intero sistema di imaging per cui necessita:

- ✓ riamappare le apparecchiature generanti imaging con particolare riguardo alle alte tecnologie;
- ✓ Individuare i bisogni **per bacino territoriale di utenza**;
- ✓ migliorare i controlli di qualità mirati ad un miglior rapporto tra dose assorbita e qualità dell'imaging;
- ✓ collegare in rete gli erogatori sia in termini di prenotazioni per bacino di Utenza che in termini di teleradiologia;
- ✓ reindirizzare i consumi di pellicole radiografiche con la messa in opera del FILM-FREE.

L'ipotesi di lavoro si incarna sulla divisione del territorio siciliano in BACINI DI UTENZA RADIOLOGICA (da 100 a 150.000 abitanti) e per ogni bacino, dotare gli EROGATORI PUBBLICI, di diagnostiche ad alta tecnologia (TAC e RMN) seguendo due percorsi:

- Potenziare l'uso delle diagnostiche radiologiche ad alta tecnologia negli ospedali (Presidi e Aziende) estendendo l'uso delle stesse ad un arco temporale non inferiore a 12 ore/die.

Nel caso in cui l'apparecchiatura presente sia già in uso H12 e la richiesta di prestazioni non riesca ad essere smaltita in tempi brevi (2/4 settimane), si potrà decidere di dotare la struttura di TAC/RMN specificatamente mirate alla erogazione di prestazioni all'Utenza non degente.

- Migliorare le diagnostiche radiologiche presenti nei poliambulatori dotandole, se il BACINO TERRITORIALE DI UTENZA non risulta adeguatamente coperto, di TAC, R.M.N. e soprattutto di imaging ecografico.

Affinché tale percorso possa prendere correttamente corpo è infungibile una esaustiva mappatura delle apparecchiature radiologiche ed ecografiche tanto da potere nel contempo conoscere:

- quali apparecchiature sono fruibili, fatto che evidenzia sia la potenzialità di lavoro-macchina che la qualità intrinseca dell'erogazione (apparecchiature obsolete spesso non danno imaging sufficientemente leggibile, il tutto a fronte di una esposizione a dose di radiazioni maggiori);
- quanti specialisti radiologi o internisti (ecografia), sono impegnati nell'uso di quelle apparecchiature, fatto che se correlato al punto precedente mette in condizione di conoscere se il gap con il PRIVATO CONVENZIONATO dipende dall'esiguità/vetustà della tecnologia in uso o da una migliorabile efficienza degli operatori.

Anche in ossequio a specifiche norme di legge, va specificato che tipologia, manutenzione e vetustà delle apparecchiature (ottenibile con la mappatura), sono in grado di garantire che un esame radiologico sia veramente un esame e non una semplice riproduzione iconografica (l'imaging radiologico va sottoposto a controlli di qualità).

La mappatura e la conseguente conoscenza del parco tecnologico in uso, permette oltretutto di realizzare un progetto semplice ma volto ad aumentare in modo considerevole l'economicità.

Nella maggior parte delle apparecchiature di radiologia tradizionale ed in moltissime TAC ed RMN l'esame è stampato su lastra radiografica con grande dispendio economico, sia per l'acquisto delle pellicole che per lo smaltimento dei liquidi di sviluppo.

Realizzando in "SERVICE" il progetto "FILM FREE" si eviterebbe di spendere centinaia di milioni di euro all'anno di pellicole radiografiche, bastando per immagazzinare l'immagine solo un "CD-ROM" del costo di appena qualche decina di centesimi; va per altro in aggiunta considerato che l'immagine elettronica è spedibile ed è persino refertabile a distanza.

Questa tecnologia, presente in tutte le più recenti TAC, RMN ed angiografie digitali (apparecchiature che non dovrebbero più essere acquistate ma prese in full-leasing tanto da poterle avere sempre efficienti e moderne), è installabile anche nelle radiologie tradizionali ed è in grado di generare considerevoli vantaggi economici già al secondo anno di uso.

Per quanto invece attiene al "BACINO TERRITORIALE DI UTENZA", va detto che, se adeguatamente dotato della tecnologia quali-quantitativamente necessaria al soddisfacimento dei bisogni della popolazione residente, è

perfettamente realizzabile una comunicazione a “rete neurale” con vari CENTRI DI PRENOTAZIONE (C.U.P.), finalizzati all’ottimizzazione delle risorse senza costringere, l’Utente che necessita di un esame ad usufruirne, ma a cento o duecento chilometri di distanza.

Discorso diverso va realizzato nelle aree metropolitane dove esiste sia una notevole concentrazione di Utenti che di apparecchiature (si pensi alla dotazione tecnologica dei grandi ospedali ed alla possibilità di dotare i Poliambulatori pubblici di alte tecnologie).

Stante quanto sopra, nelle aree metropolitane, il “BACINO TERRITORIALE DI UTENZA” va esteso tanto da ricoprire non solo tutta l’area metropolitana ma anche l’interland viciniore; in questa maniera, fermo restando il numero delle apparecchiature proporzionale al numero di Utenti residenti, con una procedura C.U.P. in tal senso orientata, si riuscirebbe ad avere una comunicazione (oggi mancante), tra i vari erogatori dell’area metropolitana, aumentando sia la duttilità dell’offerta che l’efficienza della risposta e traducendo il tutto in una diminuzione dei tempi di attesa.

La individuazione e la conseguente messa in opera del “BACINO TERRITORIALE DI UTENZA”, in campo di imaging, riuscirebbe per altro ad ottimizzare anche la necessità di specialisti radiologi, si potrebbe infatti, in uno con la tecnologia “FILM FREE” ed implementando il trasferimento delle immagini, creare un centro di refertazione che non deve più essere necessariamente legato alla collocazione dell’apparecchiatura in quanto l’immagine può essere letta, anche “a distanza”.

- **PATOLOGIA CLINICA:**

Tutti gli operatori sanitari sono a conoscenza di quanto l’evoluzione tecnologica abbia influenzato la PATOLOGIA CLINICA (dall’avvento dei multicanali alla meccanizzazione spinta a livelli inimmaginabili solo un decennio fa).

La tecnologia, unita all’uso di microquantità di reagente, ha poi spinto il Pubblico ad indire gare in SERVICE dove al rinnovo dei contratti, è quasi la regola che segua il rinnovo delle apparecchiature; logica conseguenza è che quasi tutti i laboratori pubblici possiedono una dotazione tecnologica recente se non addirittura recentissima.

Conseguentemente si ha modo di ritenere che le potenzialità erogative di ogni laboratorio di PATOLOGIA CLINICA siano di gran lunga superiori all’utilizzo.

Certo, appare infungibile rivisitare le linee di accoglienza (prelievi) e quelle post-esame (consegne), il tutto affrontabile con una spesa la cui entità sbiadisce di fronte a risparmi tanto facilmente ottenibili.

Rivisitando la SANITÀ SICILIANA, non possono essere trascurati altri grandi contenitori tematici che analizzeremo per grandi macroaree:

d) IN TEMA DI PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA:

- Obbligo del controllo informatico del prescritto che va incrociato con il Codice E.N.P.A.M. (medico prescrittore), Codice Fiscale (identificativo dell’Utente), Codice MIN.SAN (identifica la confezione farmaceutica e conseguentemente anche la durata della cura ed il costo, in aggiunta è anche in grado di indicare la eventuale alternativa nel campo dei generici). Qualche strumento indispensabile

- ✓ Obbligo per il farmacista di fornire il tracciato del file “D” che andrà eventualmente modificato all’abbisogna
- ✓ Non consentire il pagamento della prescrizione contenuta nella ricetta medica se la stessa risulta incompleta o illeggibile e quindi non è meccanizzabile.
- Aumentare la distribuzione diretta di farmaci ad alto costo, utilizzando così appieno lo sconto di cui gode il S.S.R. con due opzioni:
 - ✓ Valutare la possibilità che le Az. Ospedaliere e le Az. U.S.L. provvedano direttamente attraverso strumenti incentivanti alla distribuzione diretta dei farmaci che verranno inseriti nella lista (privilegiando i farmaci ad alto costo), realizzabile o all’interno delle Strutture Sanitarie Pubbliche o anche in punti strategici delle città (si deve comunque finalizzare il servizio al cittadino e non soltanto al risparmio)
 - ✓ In alternativa stabilire un protocollo di intesa con le farmacie affinché provvedano alla mera “distribuzione” di questi farmaci riconoscendo loro un minimo agio e non il pagamento che in atto viene adottato.

e) IN TEMA DI PRESIDIO AUSILIARI PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI SALUTE:

- Il campo si presta ad un intervento radicale, vuoi sulla mera necessità prescrittiva, vuoi sull’utilizzo che degli stessi si fa; non sono sparuti i casi in cui i “pannoloni” o altri dispositivi, magari eccedenti rispetto alle necessità, vengano soggetti a scambio (certamente non autorizzabile) con materiale di uso comune (dentifrici, prodotti per l’igiene personale, etc).

f) IN TEMA DI MEDICINA DI FAMIGLIA:

- Anche ad una riflessione superficiale, balza agli occhi che tutta la sanità, ruota sul MEDICO DI FAMIGLIA, dove il rapporto fiduciario sembra avere la sua massima espressione

I fatti e soprattutto i conti dimostrano che da quando si è messa da parte la MEDICINA DI FAMIGLIA in favore della ultraspecialistica, si sono curate le malattie ma il malato è passato in secondo piano.

Si pensi addirittura che esiste una norma per la quale lo specialista ambulatoriale che visita un malato (inviatogli tramite regolare ricetta dal suo MEDICO DI FAMIGLIA), deve avere la prescrizione medica dallo specialista su ricettario regionale.

Succede in pratica che il MEDICO DI FAMIGLIA, che pur aveva prescritto la visita specialistica non sa più nulla né della terapia né di null’altro.

A parere dello scrivente la cura di ogni malato non può trascendere dal coinvolgimento del MEDICO DI FAMIGLIA cui dovrà darsi il ruolo di coordinatore ruolo che dovrà essere esercitato tramite un budget.

Si potrebbe dire che oggi i MEDICI DI FAMIGLIA hanno un budget ma va detto che in questo budget non viene contemplata la spesa “malato” ma solo la spesa che il MEDICO DI FAMIGLIA genera con sue dirette prescrizioni.

Considerata l’infungibilità della figura appare allora logico scegliere un modello comportamentale che:

- ✓ riporti in primo piano il malato e non la malattia
- ✓ ridia il ruolo di coordinamento, per altro fiduciarmente riconosciutogli dall'Utente che lo ha scelto, al MEDICO DI FAMIGLIA.
- ✓ Preveda un collegamento ON-LINE tanto che ogni movimentazione sanitaria (ricoveri, ricette, e quant'altro, possa essere registrata, valutata, rendicontata e perché nò, se necessario, anche criticata.

g) IN TEMA DI ACQUISTI:

- Ripetendo, con i dovuti aggiustamenti, la positiva esperienza della CONSIP, gran parte degli acquisti dovrebbero essere regolamentati a livello centrale.
- Reperita per grandi aree (farmaci, elettromedicali, arredi, computer, materiale di consumo, etc), indire delle gare su base regionale atte a stabilire il "prezzo" cui ogni struttura pubblica, nei limiti del proprio bilancio potrà accedere. È auspicabile ipotizzare che così una TAC, un lettino, una siringa o una compressa di aspirina, costeranno una ed una sola cifra, in tutta la Sicilia. Considerate le leggi di mercato, ed i volumi in gioco, si finirebbe con il saltare diversi passaggi ed ottenere dei prezzi vantaggiosissimi.

h) IN TEMA DI INFORMAZIONI:

- Ogni indagine che si rispetti, qualunque sia l'ambito, per avere risultati necessita di informazioni sia all'inizio che per il controllo dei risultati.

Il sistema Sanitario regionale, da qualche anno, recependo la normativa, con la Legge n.30/93 ha dato vita ad un sistema informativo che da i suoi frutti.

Il debito informativo delle aziende è e rimane l'unico strumento per potere esercitare un vigile controllo sia su domanda, offerta ed erogazione, certo, qualcuno deve leggere quello che arriva e qualche altro deve occuparsi di trovare delle soluzioni.

I S.I.L. (così si chiamano le unità operative presenti in ogni struttura sanitaria pubblica), espletano i compiti assegnati dalla norma ma soffrono diverse limitazioni:

- ✓ Non hanno autonomia gestionale in quanto diretti da figure non organicizzate ed in ogni caso, dipendono dalle Aziende, pertanto non lasciano proprio "tutti" contenti quando l'esaudire il debito informativo significa trasmettere dati non proprio lusinghieri;
- ✓ Un po' per scarsa considerazione ma forse non estraneo a quanto prima citato, risorse umane e tecnologiche appaiono decisamente insufficienti, condizione che si riverbera sul debito informativo, spesso generando "buchi" informativi certamente non salutari per chi deve controllare.
- ✓ Non appare coerente che il debito informativo sia solo "aziendale", dovrebbe infatti prevedersi, ON-LINE un ritorno informativo da parte dell'organo controllore, che dovrebbe mostrare la stessa precisione e solerzia richiesta ai controllati.
Siamo proprio sicuri che nessun danno erariale sia ascrivibile ad una

anagrafe assistiti non in linea e non aggiornata ON-LINE.

Recentemente approdata alle cronache una vicenda che vedeva medici di famiglia remunerati per assistiti deceduti: di chi la responsabilità, del medico che non ha comunicato il decesso o del controllore che non possiede archivi di nascite, decessi e trasferimenti di residenza aggiornati?

Una ipotesi: considerato che il professionista, per anni, potrebbe anche non essere a conoscenza del decesso del proprio assistito, lo si continuerebbe a pagare per anni ed anni?

Vito C.M. Milisenna