

# La domanda e l'offerta delle prestazioni sanitarie: esperienza della Regione Piemonte negli anni 1996- 1998

*Clemente Ponzetti, Giuseppe De Filippis, Roberto Sacco, Giorgio Lucco, Aldo Lodi, Ciriaco Ferro\**

## **Introduzione**

Qualsiasi sistema di finanziamento comporta un insieme d'incentivi che definiscono un campo d'opportunità e di rischi per la qualità e per i costi dell'assistenza, che possono manifestarsi a livello di singolo paziente e/o di servizio, oppure sul complesso del sistema sanitario nazionale o regionale e sulla popolazione.

Questi rischi e queste opportunità sono tra loro intimamente connessi, in quanto rappresentano l'espressione della risposta dei servizi al sistema d'incentivi, che può manifestarsi in comportamenti opportunistici tesi ad aggirare il rischio cui sono esposti oppure determinare innovazioni organizzative e gestionali che innescano circoli virtuosi nella produzione dell'assistenza sanitaria

Dal momento che tutte le diverse modalità di finanziamento comportano in ogni caso rischi ed opportunità per il funzionamento dei servizi, il disegno di qualunque sistema di finanziamento deve necessariamente prevedere anche gli strumenti per il monitoraggio ed il controllo dei comportamenti assistenziali adottati dai soggetti finanziati.

La funzione di controllo esterno rappresenta una componente naturale di qualsiasi sistema di finanziamento, con l'obiettivo specifico di contrastare gli effetti indesiderati e promuovere i comportamenti virtuosi.

La natura e la complessità della funzione di controllo dipendono invece dalle caratteristiche del sistema di finanziamento e, più in generale, dai rapporti funzionali tra i soggetti che compongono il sistema di servizi, con particolare riguardo alla distribuzione del rischio finanziario fra i soggetti interessati dalle transazioni.

Nei sistemi di finanziamento per fattori produttivi, la funzione di controllo si concentra principalmente sulla verifica della legittimità delle delibere di impegno e di pagamento dei fattori acquisiti, con l'obiettivo di certificare la legittimità formale di ciascun atto, nonché, sulla verifica contabile dei rendiconti delle spese sostenute, per valutare la loro compatibilità... rispetto alle entrate.

La funzione di controllo tipica del finanziamento per fattori produttivi è quindi di natura squisitamente giuridico-contabile, indipendente dalla valutazione di merito relativa all'appropriata utilizzazione delle risorse acquisite per la produzione di volumi di assistenza di buona qualità. Questo sistema di controlli è incompatibile con la logica ed i criteri di un finanziamento a prestazione, che, essendo basato sulla remunerazione di specifiche categorie di servizi, richiede necessariamente la disponibilità di dati empirici sul volume e sul tipo delle prestazioni prodotte dai soggetti finanziati e valutazioni di merito sulla loro appropriatezza e necessità clinica rispetto alle caratteristiche dei pazienti ricoverati.

Viceversa, nei sistemi di finanziamento a prestazione, i costi di acquisizione dei fattori non costituiscono oggetto di controllo in quanto rappresentano i principali determinanti del rischio finanziario cui i produttori sono esposti.

Il sistema di finanziamento a prestazione dell'attività di ricovero e, più in generale, il nuovo assetto organizzativo del Servizio Sanitario riformato richiede il disegno di un sistema di controlli che deve abbandonare l'approccio giuridico-contabile per abbracciare una logica clinico-epidemiologica.

## **Metodo**

Con delibera n° 138 - 5668 del 29 gennaio 1996 la Giunta Regionale aveva attivato il Progetto per " il controllo della qualità sulle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie Regionali ed analisi della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie".

Il programma di lavoro è ora organicamente inserito nell'attività della Direzione Controllo dell'attività Sanitaria, costituita nel gennaio 1998.

Nei lavori preparatori della commissione di lavoro istituitasi al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi generali fissati nel mandato proposto dalla Giunta Regionale, vennero individuati i seguenti obiettivi specifici:

- Predisposizione di metodologie e strumenti di rilevazione, controllo, gestione dei dati;
- Analisi dell'attività per Azienda;
- Monitorizzazione della domanda e dell'offerta per Azienda
- Analisi della Domanda e dell'offerta;
- Verifica della congruenza tra potenzialità, risorse ed obiettivi posti dalla programmazione regionale;

L'analisi del contesto evidenziava sostanzialmente un quadro regionale caratterizzato da:

- Incertezze nell'alimentazione delle basi informative;
- Disomogeneità del livello di attenzione degli operatori sanitari, degli amministratori verso l'accuratezza e la completezza delle basi informative;
- Mancanza di standard regionali di riferimento specifici per tipologia di attività;

- Carenza di ritorno informazioni;
- Limitata previsione di momenti di partecipazione e confronto tra operatori e dirigenti delle Aziende e dirigenti regionali legati alla definizione delle regole e delle definizioni da utilizzare nella valutazione della performance;
- Assenza di momenti comuni di verifica.

Nello scenario così delineato il gruppo di lavoro decise di operare seguendo una strategia che prevedesse in assoluta consequenzialità:

1. Una verifica ed un consolidamento delle basi informative
2. La definizione condivisa di gruppi omogenei di confronto, di strumenti di misura, analisi e controllo. La concertazione di un sistema periodico di reporting;
3. L'integrazione delle informazioni presenti nel contesto regionale così da limitare le richieste di dati a livello locale.

Il 10 aprile 1997 venne presentato e consegnato ai Direttori Generali e Sanitari delle Aziende Sanitarie Regionali e degli Istituti di Cura di diritto pubblico un documento che analizzava l'attività di ricovero ordinario e in day hospital svolta negli anni 1995 e 1996.

Le caratteristiche salienti del lavoro consistevano nella descrizione delle casistica standard regionale, nel confronto degli indici di performance e case mix per gruppi omogenei di ospedali, nell'analisi dell'accuratezza della compilazione della Scheda di Dimissione ospedaliera, nell'analisi della distribuzione delle patologie in ospedali omogenei ed infine il calcolo di alcuni indicatori quali-quantitativi come definiti nei documenti emanati negli ultimi anni dal Servizio Centrale di Programmazione Sanitaria del Ministero della Sanità.

I Gruppi omogenei di Ospedali che sono stati utilizzati per le elaborazioni sono stati quelli definiti dal CRESA nella relazione sullo stato di attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 1991. Da questi gruppi i sono state estrapolate le Aziende Ospedaliere che sono state a loro volta raggruppate in un unico gruppo funzionale (tab. 1).

*Tab 1- Classificazione dei gruppi funzionali proposta dal CRESA, modificata*

Gruppo funzionale 1	Piccoli Presidi senza chirurgia
Gruppo funzionale 2	Ospedali senza DEA
Gruppo funzionale 3	Ospedali senza DEA + Pediatria
Gruppo funzionale 4	Ospedali < 300 posti letto con DEA
Gruppo funzionale 5	Ospedali 301 - 600 posti letto con DEA
Gruppo funzionale 6	Ospedali > 600 posti letto
Gruppo funzionale 7	Ospedali pediatrici e specializzati
Gruppo funzionale 1	Ospedali di Aziende Ospedaliere

Ogni singolo settore del lavoro era caratterizzato ex-ante dalle definizioni e dalle regole utilizzate per l'ottenimento dei risultati ottenuti.

In sede di dibattito venne proposto ed accettato un piano operativo di sviluppo del progetto che prevedeva che le Aziende attuassero una attenta disamina interna dei dati presentati propedeutica ad incontri, svolti dal gruppo di lavoro per singolo gruppo omogeneo, volti essenzialmente a:

- Verificare la congruenza dei dati locali con quelli regionali
- Valutare la comprensibilità, la maneggevolezza e l'utilità degli elaborati presentati
- Evidenziare eventuali carenze informative riscontrate
- Proporre un ottimale periodismo del reporting
- Valutare la tenuta dell'attuale classificazione per gruppi omogenei di ospedali
- Proporre l'utilizzo di altri metodi di analisi o indicatori maggiormente specifici e/o sensibili

Tali incontri, puntualmente svolti nei mesi di giugno e luglio 1997, hanno visto la partecipazione fattiva dei rappresentanti della quasi totalità dei presidi ospedalieri regionali; di ogni incontro è stato redatto apposito verbale consultabile da eventuali operatori interessati.

## **Risultati**

L'analisi dei contributi emersi nel corso delle riunioni ha condotto il gruppo di lavoro a sintetizzare così l'esito di questa fase operativa:

1. Si è riscontrata la pressoché unanime congruenza tra dati regionali e locali per l'anno 1996; ciò va a conferma del lavoro di consolidamento delle basi informative regionali svolto in stretta collaborazione con il CSI ed evidenze la crescente attenzione delle strutture periferiche nell'invio di dati formalmente corretti.
2. I dati sono stati considerati fortemente utilizzabili dalle strutture periferiche a condizione che venga mantenuta una costante periodicità di ritorno informativo da parte regionale; è stato altresì richiesto di elaborare reports riguardanti dati utili al controllo interno (ricoveri ripetuti, guadagno o perdita complessiva di giornate di degenza rispetto allo standard regionale).
3. I dati sono stati sostanzialmente ritenuti comprensibili grazie soprattutto alla definizione ex-ante delle regole di ottenimento dei dati; condizione questa ritenuta necessaria per la piena condivisione delle informazioni ricevute.

4. È stato proposto un preciso periodismo semestrale da effettuarsi sostanzialmente entro il mese di settembre per il primo semestre dell'anno in corso ed entro il mese di marzo per l'anno intero precedente. I confronti dovranno essere omogenei sul periodo analizzato.

5. Per ciò che riguarda la classificazione degli ospedali è stata condivisa la proposta di uno snellimento ottenibile grazie all'accorpamento dei presidi ospedalieri nei seguenti gruppi funzionali omogenei.

6. È stato richiesto di produrre delle elaborazioni comparative per singola specialità indipendente dall'attribuzione al singolo gruppo omogeneo di confronto; a questo proposito è stata accettata la proposta del gruppo di lavoro di corredare sempre il singolo reparto dell'informazione relativa al gruppo funzionale di appartenenza al fine di rendere maggiormente corretto il confronto.

Terminata questa fase operativa il Gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno consegnare il documento alle singole Direzioni Generali al fine di informare queste ultime sull'esito delle consultazioni svolte proponendo i seguenti sviluppi del Piano Operativo:

- Riclassificazione degli ospedali nelle tipologie di gruppo funzionale previste dall'allora emanando PSR (tab 2).
- Messa a disposizione dei dati in forma cartacea e telematica.
- Periodicità del reporting semestrale.
- Inserimento del calcolo di alcuni indicatori di controllo esterno.

Tab 2- Riclassificazione dei gruppi funzionali

Gruppo funzionale 1	Ospedali di rilievo Nazionale e di alta specializzazione
Gruppo funzionale 2	Ospedali di Rete con > 500 posti letto
Gruppo funzionale 3	Ospedali di Rete con < 500 posti letto e
	Ospedali di Distretto
Gruppo funzionale 4	Ospedali monospecialistici

Dal gennaio 1998 la Regione Piemonte ha ridefinito le strutture dell'Assessorato alla Sanità e le connesse competenze ed ambiti di responsabilità; nel corso del '98 il lavoro è pertanto proseguito nella neo-costituita Direzione Controllo portando all'elaborazione dei reports complessivi del 1997, secondo le modalità concordate con le Aziende sanitarie.

Rispetto alle elaborazioni precedenti sono stati introdotti ulteriori indicatori di controllo esterno al fine di fornire uno strumento sempre più approfondito e completo alle aziende. Tra gli indicatori introdotti, oltre agli indici di case-mix e performance specifici per disciplina, alla percentuale di DRG con complicanze rispetto a quelli senza complicanze, al numero di giornate di degenza recuperate rispetto allo standard di degenza media regionale, alla determinazione delle fasce di dimissioni rispetto alle classi di degenza, sono state effettuate analisi su singoli DRG "sentinella". Sono stati inoltre riportati, al fine di facilitare il confronto, alcune schede relative a dati di attività dell'anno precedente; allo stesso modo il calcolo dei pesi medi dei DRG è stato fatto utilizzando sia i pesi ex D.M. 14.12.1994, sia quelli ex D.M. 30.06.1997. In tale modo si è ritenuto facilitare il lavoro di confronto sia con gli anni precedenti che con quelli futuri (tab 3).

I reports del 1997 sono stati accorpati da parte dell'Assessorato alla Sanità secondo due differenti versioni: una completa da distribuire alle tre Direzioni Generali interne all'Assessorato, come necessario supporto alle attività di governo ed indispensabile strumento operativo, ed un'altra contenente gli standard regionali e la casistica delle singole Aziende, specifica per azienda e per gruppo funzionale di appartenenza.

Ad entrambe le versioni prodotte è stata mantenuta la medesima parte introduttiva che consisteva in un'attenta analisi dei dati più rilevanti ed in una chiave di lettura dei dati stessi.

Si ritiene utile riportare (allegato 1) integralmente la parte dell'introduzione al volume di dati dell'anno 1997 relativa all'analisi degli stessi.

Tab. 3- Indice del volume relativo all'attività del 1997

<b>capitolo 1</b>	classificazione presidi ospedalieri
<b>capitolo 2</b>	analisi completezza nella compilazione delle schede di dimissione
<b>capitolo 3</b>	confronto tra DRG con e senza complicanze per disciplina di dimissione - anno 1997
<b>capitolo 4</b>	confronto tra DRG con e senza complicanze azienda e disciplina - anno 1997
<b>capitolo 5</b>	casistica regionale ordinata secondo DRG crescente ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 6</b>	casistica regionale ordinata secondo DRG crescente ricoveri ordinari - anno <b>1996</b>
<b>capitolo 7</b>	distribuzione di frequenza dei DRG per rango di occorrenza ricoveri ordinari - anno 1996
<b>capitolo 8</b>	distribuzione di frequenza dei DRG per rango di occorrenza ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 8/bis</b>	distribuzione di frequenza dei DRG per rango di occorrenza ricoveri ordinari - anno 1997
	calcolo dei pesi secondo i valori 1996
<b>capitolo 9</b>	distribuzione di frequenza dei primi 40 DRG per rango di occorrenza nelle aziende - ricoveri ordinari -

	anno 1997
<b>capitolo 10</b>	distribuzione per fasce di durata ricovero ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 11</b>	indice di case-mix per azienda e per reparto ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 12</b>	indice di performance per azienda e per reparto ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 13</b>	DRG "miscellanea" analisi distribuzione per azienda anno 1997
<b>capitolo 14</b>	DRG 475 481 482 483 - analisi distribuzione per azienda ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 15</b>	DRG 468 469 470 476 477 - analisi distribuzione per azienda ricoveri ordinari - anno 1997
<b>capitolo 16</b>	casistica regionale ordinata secondo DRG crescente day hospital - anno 1997
<b>capitolo 17</b>	casistica regionale ordinata secondo DRG crescente day hospital - anno 1996
<b>capitolo 18</b>	casistica regionale in ordine di rango di occorrenza day hospital - anno 1996
<b>capitolo 19</b>	casistica regionale in ordine di rango di occorrenza day hospital - anno 1997
<b>capitolo 19/bis</b>	casistica regionale in ordine di rango di occorrenza day hospital - anno 1997
	calcolo dei pesi secondo i valori 1996
<b>capitolo 20</b>	casistica per azienda in ordine di rango di occorrenza day hospital - anno 1997

## Discussione

La necessità strategica di possedere un organismo regionale di controllo poggia le basi sulle considerazioni espresse in premessa e, nelle more dell'attivazione dell'Agenzia Regionale per le Aziende Sanitarie prevista dal Piano Sanitario Regionale recentemente approvato, il gruppo di lavoro ritiene indispensabile continuare a lavorare per sviluppare il sistema di osservazione e verifica appena instaurato.

Le caratteristiche che il Gruppo vuole consolidare sono essenzialmente descritte nei paragrafi successivi.

### **Caratteristiche generali della funzione di controllo**

La lezione principale derivante dalle prime evidenze sugli effetti del nuovo sistema di finanziamento riguarda le caratteristiche generali dei sistemi di controllo, che, per prevenire i rischi e favorire l'emergere delle opportunità presentate nel nuovo sistema, dovranno soddisfare almeno due criteri:

La funzione di controllo dovrà necessariamente progredire parallelamente all'evoluzione dei comportamenti di ciascuna categoria di ospedali, garantendo la copertura delle diverse reazioni di adattamento prevedibili;

Il prevalere delle opportunità sui rischi derivanti dal nuovo sistema di finanziamento dovrà essere costantemente verificato e agevolato.

Le diverse possibilità combinatorie dei rischi e delle opportunità, la loro evoluzione nel tempo e la differenziazione fra ospedali sottolineano la necessità di una funzione di controllo strutturata secondo le seguenti caratteristiche:

#### *Comprensività riguardo tutti i comportamenti opportunistici prevedibili e le diverse categorie di ospedali.*

Tutti i possibili comportamenti opportunistici devono essere considerati dal sistema dei controlli. La mancata adozione di strumenti efficaci per contrastare alcuni comportamenti possibili equivale, di fatto, ad introdurre nel sistema un incentivo verso il comportamento non contrastato e finisce per favorire implicitamente i produttori che hanno deciso di adottare quel comportamento per eludere il rischio finanziario cui sono esposti. L'incompletezza del sistema dei controlli determina l'iniustizia del sistema di finanziamento ed equivale ad un trasferimento di risorse finanziarie verso quei produttori che, per astuzia gestionale o possibilità strutturali ed organizzative, adottano comportamenti opportunistici che non sono considerati dal sistema dei controlli.

#### *Continuità ed evolutività nel tempo.*

L'accumularsi delle conoscenze e delle esperienze realizza una curva di apprendimento del sistema che si manifesta progressivamente, esaltando e differenziando sia le opportunità di comportamenti virtuosi, sia le possibilità di comportamenti opportunistici. La funzione di controllo non può quindi essere uno schema rigido definito una volta per tutte, ma deve piuttosto tradursi in un sistema flessibile, che si adatti all'evoluzione delle pratiche e dei comportamenti.

#### *Pervasività della funzione di controllo nella gestione del sistema.*

Condizione di efficacia del sistema dei controlli che questo rappresenti una funzione diffusa che contribuisca a definire l'articolazione operativa delle regole della pianificazione, influenzi l'individuazione dei criteri per la remunerazione delle prestazioni, svolga sia compiti di verifica e sanzione a posteriori di eventuali comportamenti opportunistici, sia funzioni positive di promozione della diffusione di comportamenti virtuosi. La funzione di controllo deve quindi qualificarsi da un lato come parte integrante dell'amministrazione del sistema di pagamento a prestazione e, dall'altro, deve necessariamente associare alla sua ineliminabile componente di verifica a posteriori quella di promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza

#### *Fattibilità pratica*

Per costruire un sistema operativamente fattibile in base alle informazioni e, soprattutto, alle competenze attualmente disponibili, la funzione di controllo deve essere fondata su informazioni acquisibili con relativa facilità ed a costi sufficientemente ridotti ed essere prioritariamente orientata su quei fenomeni che hanno una maggiore probabilità di manifestarsi, in ragione dei livelli di evoluzione del sistema e delle caratteristiche specifiche dei produttori e che sono

associati all'impatto più grave sul singolo paziente e/o sul sistema dei servizi, in termini di costi o di qualità dell'assistenza.

## **Conclusioni**

Il lavoro svolto dal gruppo regionale in questi anni si è dimostrato uno strumento di notevole importanza e rilevanza sia per gli operatori delle aziende che per quelli dell'Assessorato alla Sanità. Infatti, grazie alla sua chiarezza, all'esplicitazione dei criteri di elaborazione e all'attenzione a pochi ma significativi indicatori è risultato uno strumento molto importante di programmazione e di rendicontazione dell'attività regionale.

Prova di ciò ne è il fatto che è tuttora in corso l'elaborazione dei dati del 1998 e che sono previsti sviluppi per le nuove elaborazioni.

Infatti da un lato si ipotizza un allargamento del gruppo di lavoro con l'introduzione di nuove figure che possano dare nuove idee e chiavi di lettura a quelle già valide attuate e dall'altra che il lavoro è confluito in un progetto più ampio portato avanti dalla Direzione Controllo dell'Assessorato alla Sanità.

Nel corso del 1998, infatti, è stato definito un pool di indicatori "a tutto campo" che dovrebbero essere utilizzati come sistema di controllo "interno ed esterno" a livello regionale. Il sistema, che attualmente è in corso di sperimentazione da parte di 8 Aziende Regionali (6 ASL e 2 ASO), dovrebbe essere operativo a partire dal 1999.

Il lavoro relativo all'analisi dei dati di attività prevede, già a partire dai dati del 1998, l'introduzione di ulteriori indicatori, come previsto dal sistema in corso di sperimentazione, così da diventare un test operativo della fattibilità e della rilevanza degli stessi.

\* Clemente Ponzetti, Direttore Sanitario di Presidio ASL 9 Ivrea; Giuseppe De Filippis, Direzione Sanitaria di Presidio ASL 9 Ivrea; Roberto Sacco, Direttore Sanitario Presidio Sanitario Gradenigo-Torino; Giorgio Lucco, Settore Ispettivo/Controllo, Assessorato alla Sanità - Regione Piemonte; Aldo Lodi, Esperto Staff Direzione Controllo, Assessorato alla Sanità - Regione Piemonte; Ciriaco Ferro, Direttore Regionale Direzione Controllo, Assessorato alla Sanità - Regione Piemonte

## **Bibliografia**

- Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera. Ricerca sui Servizi Sanitari, ASSR; vol I, n° 2 II semestre 1997
- Taroni F.: ROD/DRG e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Il Pensiero scientifico Editore. Roma 1996
- D.G.R n° 138 - 5668 del 29 gennaio 1996: "Progetto per il controllo della qualità sulle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie Regionali ed analisi della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie".
- Lodi A., Ponzetti C., Oberto Tarena M., De Filippis G.: "Analisi e confronto dati di attività: anno 1995". Volume edito da Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
- Lodi A., Ponzetti C., Oberto Tarena M., De Filippis G.: "Analisi e confronto dati di attività: anno 1996". Volume edito da Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
- Lodi A., Ponzetti C., Oberto Tarena M., De Filippis G.: "Calcolo indicatori di attività, domanda ed accessibilità: anni 1995 e 1996". Volume edito da Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
- Programma ROD: rappresentazione della casistica anni 1992, 1993, 1994, 1995. Sistema informativo sanitario - Ministero della Sanità, Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria. Roma 1994 - 1997
- G. Lucco, C. Ponzetti, G. De Filippis, R. Sacco, M. Ricci, M. Potenza, R. Andriani: "Analisi e confronto dati di attività: anno 1997". Volume edito da Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
- G. Lucco, C. Ponzetti, G. De Filippis, R. Sacco, M. Ricci, M. Potenza, R. Andriani: "Analisi e confronto dati di attività: anno 1998 - I° semestre". Volumi editi da Assessorato alla Sanità Regione Piemonte
- C. Ponzetti, R. Sacco, G. De Filippis, G. Lucco, A. Lodi, C. Ferro: "Il controllo della qualità sulle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie Regionali ed analisi della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie: Regione Piemonte". DRG n° 7 - 8 - 9, Giugno 1998

## **Allegato 1:**

### **Classificazione ospedali**

In aderenza a quanto previsto dalla Legge Regionale 12/12/97 n° 61, "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997- 1999", e tenendo conto delle risultanze degli incontri con le Aziende effettuati a conclusione dei lavori del 1996, è stata elaborata la seguente classificazione:

- Gruppo funzionale 1: Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione
- Gruppo funzionale 2: Ospedali di rete con p.l. > 500
- Gruppo funzionale 3: Ospedali di rete o di distretto con p.l. <= 500

Gruppo funzionale 4: Ospedali monospecialistici

Unico fatto degno di nota di questa classificazione è che l'Ospedale Mauriziano risulta inserito nel gruppo funzionale 2, mentre dall'esame dei dati viene chiaramente evidenziato come questa struttura potrebbe più correttamente essere inserita all'interno del gruppo funzionale 1, come peraltro riconosciuto formalmente dal punto di vista della remunerazione delle prestazioni erogate (cfr. delibere regionali n° 44 - 22844 del 27/10/97 e 15 - 23125 del 12/11/97).

### **Analisi completezza nella compilazione delle schede di dimissione: ricoveri ordinari**

Viene presentata un'analisi di completezza nella compilazione delle schede di dimissione relativa ai ricoveri ordinari, analisi "stimata" sulla base del numero di diagnosi riportate sulla scheda stessa.

Il dato che emerge è indice di quanta "attenzione - accuratezza" viene posta dai medici codificatori nella compilazione delle S.D.O. Nella tabella, per i diversi gruppi funzionali, vengono riportati il numero delle schede totali inviate e la loro suddivisione, in assoluto

ed in percentuale, a seconda della presenza di 1, 2, 3, o 4 diagnosi. Ogni struttura componente del gruppo può raffrontarsi con i dati del totale del gruppo di appartenenza e con i dati totali regionali.

Complessivamente il dato regionale evidenzia un elevato grado di accuratezza nella compilazione della S.D.O. (49.7% di S.D.O. con una sola diagnosi, 26.3% con due, 14.4% con tre e 9.5% con quattro diagnosi). Il confronto con i dati regionali del 1995 - 1996 (rispettivamente 60.5% in prima diagnosi e 6.6% in quarta nel '95 e 53.2% e 8.7% nel '96) rileva un costante miglioramento nella conoscenza e, di conseguenza, nella capacità di utilizzo del sistema di codifica da parte dei clinici.

Le percentuali costruite sul totale dei dati trasmessi relative ai primi tre gruppi funzionali rispecchiano abbastanza fedelmente la media regionale; il gruppo degli ospedali monospécialistici, si discosta lievemente dalla media regionale in ragione della tipologia dei casi trattati, che per lo più sono descrivibili nel loro complesso con una o due diagnosi.

Ovviamente all'interno di ciascun gruppo funzionale le diverse aziende presentano situazioni abbastanza variegata, in virtù della tipologia dei casi trattati (es. Centro auxologico - g. f. 1) o dell'esperienza di utilizzo del sistema consolidato negli anni.

#### **Confronto tra DRG con e senza complicanze - per disciplina**

##### **Confronto tra DRG con e senza complicanze - ricoveri ordinari**

Il sistema D.R.G. prevede al suo interno la presenza di coppie omologhe (D.R.G. con o senza complicanze) e D.R.G. singoli.

La determinazione del D.R.G. complicato, dove previsto, è funzione della presenza di determinate diagnosi secondarie e pertanto la presenza di più diagnosi secondarie sulla S.D.O. può aumentare le probabilità di determinare un D.R.G. complicato. Come ulteriore conseguenza di ciò si hanno anche ripercussioni sul "peso" della casistica trattata.

Alla luce di quanto detto le tabelle in oggetto sono da leggersi in stretta correlazione con le precedenti.

La casistica regionale è stata analizzata sia suddividendola per disciplina (es. medicina, chirurgia, ecc.), che per gruppo funzionale e per singola azienda, quest'ultima riportante il raffronto con il gruppo stesso e la casistica regionale. All'interno di ogni singola azienda, la casistica è stata ulteriormente scomposta nelle singole discipline.

L'analisi per disciplina è stata introdotta per fornire ai clinici un dato di raffronto con il dato complessivo.

Il dato può prestarsi ad altri incroci e ragionamenti: può essere correlato ad una delle successive tabelle che riporta una distribuzione degli istituti di cura rispetto alla somma delle differenze fra degenza media specifica per D.R.G. e degenza media regionale (confronta più avanti), oppure potrebbe essere una "spia" di eventuali comportamenti opportunistici, qualora queste percentuali risultassero "anomale". Per una analisi più approfondita e globale questi dati andrebbero inoltre integrati con le tabelle riportanti l'indice di case - mix (I.C.M.) e l'indice comparativo di performance (I.C.P.).

Considerata la chiave di lettura sopraindicata, il gruppo di lavoro propone che alle singole aziende vengano consegnati solo i dati relativi al proprio gruppo funzionale oltre alla tabella relativa alle discipline.

##### **Casistica regionale ordinata secondo DRG crescente - ricoveri ordinari - anno 1997**

##### **Casistica regionale ordinata secondo DRG crescente - ricoveri ordinari - anno 1996**

Le tabelle in oggetto descrivono la totalità della casistica regionale ordinata secondo D.R.G. crescente (dal drg 1: craniotomia età > 17 escl. per trauma, al drg 492: chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta).

Nel sottotitolo, in grassetto vengono altresì indicati:

*numero totale casi: numero complessivo della casistica trattata,*

*peso totale: somma dei singoli "pesi" per D.R.G., considerando i pesi del decreto del Decreto Ministeriale 14/12/1994 (c.d. "pesi americani"),*

*peso totale 97: somma dei singoli "pesi" per D.R.G., considerando i pesi del decreto del Decreto Ministeriale 30/06/1997 (c.d. "pesi italiani"),*

*peso medio: calcolato suddividendo il peso totale per il numero totale casi,*

*peso medio 97: calcolato suddividendo il peso totale 97 per il numero totale casi.*

È stata effettuata l'analisi secondo i due differenti valori dei pesi al fine di rendere confrontabili i dati 1997 sia con quelli 1996 (mediante pesi ex D.M. '94) che, in futuro, con quelli del 1998 (mediante pesi ex D.M. '97)

Interessante notare come utilizzando il D.M. 30/06/97 la casistica regionale assuma un "peso" maggiore sia in assoluto (651.411 vs 526.919), sia rispetto al "peso medio" (1.09 vs 0.88).

Queste variazioni rispecchiano pienamente le modifiche apportate dal D.M. del '97 (rideterminazione dei pesi relativi derivante da uno studio su casistica nazionale) rispetto al D.M. del '94 (pesi U.S.A.): è stato aumentato il peso di 256 D.R.G., invariato quello di 133 e ridotto quello dei rimanenti 98.

Per ogni D.R.G. è stato considerato il numero dei casi, la percentuale sul totale e la degenza media.

Tale dato risulta di fondamentale importanza, in quanto "standard regionale" sul quale sono stati calcolati indicatori quali I.C.M e I.C.P., e come raffronto per le singole aziende.

È stata anche riportata la tabella relativa alla casistica regionale del 1996 per favorire e facilitare il confronto temporaneo dei dati di attività regionali.

A tal proposito risulta interessante sottolineare come il numero totale dei ricoveri nei due anni di riferimento si sia mantenuto praticamente costante: 599.963 casi contro 596.991 dell'anno precedente (+ 0.5%); questo è sicuramente un dato in controtendenza rispetto alla media nazionale, e rispetto a quanto ci si poteva attendere in seguito all'introduzione del rimborso per singolo episodio di ricovero.

##### **Casistica regionale in ordine di rango di occorrenza - ricoveri ordinari - anno 1997**

##### **Casistica regionale in ordine di rango di occorrenza - ricoveri ordinari - anno 1996**

##### **Casistica regionale in ordine di rango di occorrenza - ricoveri ordinari - anno 1996**

A differenza dalle tabelle precedenti, in questo caso sono stati effettuati reports riportanti i DRG in ordine di occorrenza. Secondo un già consolidato metodo di lavoro (pubblicazioni ministeriali sulla casistica SDO Nazionale) a fianco del 40° DRG per occorrenza è stata riportata la percentuale di rappresentatività sulla casistica totale.

La casistica relativa al 1997 è doppia in quanto in un caso sono stati considerati i pesi relativi ex D.M. 30/06/97 e nell'altro quelli ex D.M. 14/12/94.

Dal confronto con il 1996 non emergono significative variazioni di frequenza nei primi 40 D.R.G..

Eseguendo un raffronto dei primi 40 D.R.G. regionali per numerosità di dimissione con la casistica nazionale disponibile relativa al 1995 (ultimo dato pubblicato dal Ministero della Sanità) si riscontra una buona rispondenza tra le due: in entrambe il D.R.G. più frequente è il 373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti), mentre il 39 (interventi su cristallino con o senza vitrectomia risulta essere il secondo in Piemonte ed il terzo in Italia. Importante notare come il D.R.G. 470 (diagnosi non attribuibile), mentre nella

casistica nazionale del 1995 è al 10° posto, nella nostra regione si situa al 111°. Fra gli altri D.R.G. chirurgici riscontrati più frequentemente l'intervento per ernia inguinale e la colecistectomia si situano rispettivamente al 4° e al 12° posto in assoluto nella nostra regione ed al 5° ed al 29° posto in quella nazionale.

#### **Casistica per Azienda in ordine di rango di occorrenza - ricoveri ordinari - anno 1997**

Sono stati riportati esclusivamente i dati relativi ai primi 40 D.R.G. per rango di occorrenza, con a fianco la relativa percentuale sul totale dei casi. Ovviamente più è elevata la percentuale maggiore sarà la specializzazione "istituzionale" o "de facto" della struttura (es. per CTO, OIRM - S. Anna i primi 40 D.R.G. comprendono dal 77 al 98% della casistica; mentre si va da un 79% degli Ospedali riuniti dell'ASL 15 ad un 86% dell'Ospedale di Varallo); minore la percentuale maggiore sarà la polivalenza e la pluridisciplinarietà della stessa (si va da un minimo del 43% fino ad un massimo del 62% degli Ospedali riuniti dell'ASL 6).

Il gruppo di lavoro propone che ad ogni Azienda sia trasmessa oltre alla casistica regionale completa, la casistica relativa al proprio gruppo funzionale, onde permettere raffronti il più possibile tra realtà "omogenee".

Le tabelle in oggetto sono sicuramente assai interessanti perché permettono una descrizione dell'attività delle aziende attraverso la classificazione dei D.R.G., svincolando l'esame dell'attività delle aziende stesse dai consueti tassi di degenza media, occupazione, ecc che nulla però spiegavano dal punto di vista della casistica trattata.

È a nostro avviso altrettanto importante far notare che l'assegnazione di un episodio di ricovero, sia questo ordinario o di day hospital, è l'atto finale che si ottiene dopo aver compilato in ogni sua parte la relativa S.D.O. Ciò per significare che quanto più correttamente è stata "codificata" la diagnosi e le eventuali altre patologie presenti, nonché gli interventi eseguiti, e ancor più fondamentale, quanto più correttamente queste notizie siano state tradotte in codici (nosologici e di intervento), tanto più corretta sarà stata l'attribuzione dell'episodio in oggetto al relativo D.R.G. In altre parole, la casistica che viene evidenziata nelle tabelle, deriva dalla codificazione effettuata dalle aziende, tanto più questa è corretta, tanto più attendibile è il risultato ottenuto, tanto più correttamente viene pertanto descritta l'attività delle singole aziende.

Dall'analisi delle singole Aziende si possono effettuare le seguenti valutazioni:

- la corrispondenza con la casistica regionale è ovviamente funzione delle discipline presenti all'interno delle singole aziende;
- in caso di Aziende o Presidi specialistici, non vi è corrispondenza di "rango di occorrenza" rispetto ai dati regionali;
- vi è corrispondenza elevata per quanto riguarda la maggior parte delle ASL, specie per quelle che al loro interno hanno più Presidi Ospedalieri;
- per quanto riguarda alcune ASO, l'analisi dei primi 10 D.R.G. mette in evidenza l'indirizzo specialistico o meglio le nosologie più frequentemente trattate:
  - ASO S. Giovanni: patologie dermatologiche;
  - ASO S. Luigi: malattie dell'apparato respiratorio;
  - ASO SS. Antonio e Biagio: patologie cardiologiche.

La presenza di alcuni D.R.G. sentinella (410: chemioterapia, 294: diabete età > 35 anni, 134: ipertensione e 243: disturbi del dorso) può essere indice di un inappropriato utilizzo delle risorse (ricoveri ordinari invece di day hospital o, addirittura, prestazioni ambulatoriali).

#### **Distribuzione per fasce di durata ricovero - ricoveri ordinari**

Si tratta di un tentativo di andare ad evidenziare in modo più specifico quale sia stato l'impegno richiesto alle diverse aziende (ed all'interno di queste delle singole discipline in esse rappresentate) dai singoli episodi di ricovero. A tale fine si è ritenuto che un buon indicatore potesse essere la suddivisione della casistica trattata in base alla durata dei ricoveri stessi.

Le tabelle riportano i ricoveri suddivisi in:

- < 2 giorni di degenza
- 2 - 5 giorni di degenza
- 6 - 10 giorni di degenza
- 11 - 15 giorni di degenza
- 16 - 25 giorni di degenza
- 26 - 40 giorni di degenza
- > 40 giorni di degenza

con le relative percentuali sul totale della casistica, ad esclusione dei casi deceduti entro i primi 5 giorni dalla data di ammissione.

Al fondo di ogni tabella vengono riportati i totali aziendali, del gruppo funzionale di appartenenza e della casistica regionale.

L'analisi della tabella in oggetto deve essere concentrata soprattutto sulle prime due e sull'ultima fascia di distribuzione delle giornate di degenza. In entrambi i casi, percentuali "anomale" possono essere indice di inappropriato uso delle risorse (spezzettamento dei ricoveri o utilizzo di ricovero ordinario invece di ricovero diurno, degenze oltre il valore soglia quali indice di casi particolarmente complicati o di insufficienti alternative al ricovero ospedaliero).

Ad ulteriore integrazione di tali dati sarebbe utile correlarli con l'analisi dei ricoveri ripetuti entro 7 - 15 - 30 giorni.

Il gruppo propone di trasmettere ad ogni azienda i dati relativi al proprio gruppo funzionale.

#### **Distribuzione degli istituti di cura rispetto alla somma delle differenze fra degenze medie specifiche per DRG e valori di riferimento regionali - ricoveri ordinari**

In questa tabella si è voluto stimare l'efficienza delle diverse aziende, andando a sommare algebricamente le differenze fra degenze medie specifiche e le degenze medie regionali: in altre parole, ad ogni D.R.G. si è applicato per il numero di casi trattato, la degenza media regionale specifica per lo stesso D.R.G., ricavandone le giornate di degenza "teoriche", giornate cioè che si sarebbero riscontrate qualora la degenza media fosse stata pari a quella regionale; si è quindi effettuata la differenza fra giornate "osservate" e giornate "attese". La somma algebrica delle singole differenze riscontrate è stata così riportata nella tabella, che intorno allo zero colloca le strutture che hanno riportato una degenza media specifica per D.R.G. assai prossima a quella regionale e pertanto con uguale numero di giornate di degenza maturate ed attese, mentre le code negative evidenziano recuperi di giornate di degenza rispetto allo standard e quindi un comportamento a prima vista più "efficiente", mentre le code positive sono occupate dalle strutture che hanno riportato un maggior numero di giornate di degenza rispetto allo standard e quindi un comportamento meno "efficiente".

L'analisi di questi dati va comunque valutata attentamente, perché la maggiore o minore efficienza può essere originata anche dai diversi comportamenti delle aziende: ad esempio, la tendenza a suddividere i ricoveri in più episodi di breve durata, abbassa la degenza media specifica, facendo risultare un comportamento efficiente quello che forse non lo è propriamente.

Per evitare errate interpretazioni della tabella, la stessa va letta insieme alla precedente, ai ricoveri ripetuti, all'I.C.M. e all'I.C.P.

A causa della difficile interpretazione, nonché delle possibili “estrapolazioni” che si possono effettuare dalla tabella in oggetto, il gruppo ritiene che la stessa sia da riservarsi ad esclusivo uso regionale e che pertanto non debba essere trasmessa alle aziende.

**Indice di case - mix per Azienda e Azienda/reparto -ricoveri ordinari**

**Indice di case - mix per Disciplina -ricoveri ordinari**

**Indice di performance per Azienda e Azienda/reparto -ricoveri ordinari**

**Indice di performance per Disciplina -ricoveri ordinari**

L'indice di case - mix è il tentativo di sintetizzare, o meglio, descrivere con un unico dato la complessità della casistica trattata, paragonandola ad uno standard di riferimento, nel nostro caso questo è rappresentato dal dato regionale.

Un indice di case - mix pari a 1, significa che la casistica trattata è della stessa “complessità” di quella regionale di riferimento, pertanto valori superiori all'unità indicano che la casistica trattata è di complessità maggiore rispetto allo standard e, viceversa, valori inferiori all'unità descrivono casistiche meno complesse dello standard.

L'indice di performance è il rapporto tra la degenza media specifica e degenza media dello standard regionale e mette in risalto l'efficienza operativa: un valore pari ad 1 indica un'efficienza operativa pari a quella dello standard, mentre valori inferiori o superiori all'unità evidenziano situazioni di maggiore o minore efficienza operativa.

Le tabelle che seguono riportano gli indici di case - mix per ogni gruppo funzionale ed all'interno di ogni azienda si è proceduto a calcolare lo stesso indice anche per ogni singola disciplina presente nella struttura.

È stata poi costruita una tabella riportante per ogni disciplina l'indice di case - mix riscontrato nelle singole aziende in modo da poter raffrontare fra loro le diverse unità operative.

Analogamente si è proceduto con l'indice di performance.

Le tabelle relative all'I.C.M. e all'I.C.P. per disciplina sono state espressamente richieste durante gli incontri tenutisi con i rappresentanti delle Aziende a conclusione dei lavori del 1996, essendo tale dato uno strumento operativo di confronto utilizzabile anche dai clinici stessi.

Analizzando i dati relativi all'I.C.M. per gruppo funzionale si può notare che:

- La suddivisione in gruppi funzionali è operativamente corretta, avendo il g. f. 1 (ASO e IRCCS) un I.C.M. > 1, così come il g.f. 4 (monospecialistici), mentre i gg. ff. 2 e 3 (ospedali di rete) presentano I.C.M. compresi fra 0.9 e 1.

- A quanto sopra fa eccezione l'Ospedale Mauriziano di Torino inserito nel g.f. 2 (in quanto presidio di rete), ma con indici comparabili con quelli del g.f.1.

- All'interno delle singole aziende sono presenti variazioni anche significative tra i singoli reparti, anche appartenenti alla stessa disciplina nell'ambito della stessa azienda, in funzione della diversa tipologia di casistica trattata (es. 0910 chirurgia generale ASO S. Giovanni Battista ICM 10.34, 4902 terapia intensiva dell' ASO S. Giovanni Battista ICM 4.07; 2602 medicina generale ASO S. Luigi ICM 1.73; 0904 Chirurgia generale ASL 11 ICM 0.41).

- Presenza di codici di disciplina inappropriati per attività di ricovero ordinario (0301 Anatomia ed istologia patologica presso l'ASL 11).

Dall'analisi dell'I.C.P. risulta invece quanto segue:

- Assenza di differenze significative legate all'appartenenza ai diversi gg. ff..

- All'interno dei singoli reparti, come per l'I.C.M., si segnalano variazioni dipendenti dalla tipologia di casistica trattata.

- L'I.C.P. riferito ad alcune discipline (medicina generale, ortopedia, riabilitazione e neurologia) può essere determinato dalla presenza o meno di strutture territoriali, cui trasferire i pazienti dopo l'evento acuto, incidendo ciò sulla durata della degenza.

- Alcuni dati richiederebbero ulteriori approfondimenti (nido ASO S. Anna con ICP 2.03, medicina generale 2 e 3 dell'ASL 11 con ICP rispettivo di 0.11 e 0.25).

Si ribadisce, per una corretta e attenta valutazione dei dati, che gli indici di case - mix e performance vanno letti integrati tra loro e agli stessi devono essere aggiunti dati relativi a ricoveri ripetuti, distribuzione dei casi per giornate di degenza.

#### **Confronto fra il numero di casi con diagnosi oncologiche (codici ICDIX - CM tra 140 e 239) e il numero totale dei casi**

**Drg “miscellanea” - analisi distribuzione per Azienda**

**- ricoveri ordinari**

**Altri Drg “sentinella” - analisi distribuzione per Azienda**

**- ricoveri ordinari**

Al fine di introdurre un'analisi di primo livello di controllo esterno, sono stati elaborati i dati relativi ad alcuni particolari D.R.G., di esclusiva competenza ed interesse regionale:

*Confronto fra il numero di casi riportanti diagnosi oncologiche ed il numero totale dei casi trattati:* vuole essere un “aiuto” o meglio una ulteriore chiave di lettura dei dati relativi all'attività nell'ambito oncologico. Potrebbe forse dare un contributo nella strutturazione dei c.d. poli oncologici.

Analisi della distribuzione per azienda di alcuni D.R.G. poco specifici, se non addirittura residuali nella classificazione: sono i c.d. D.R.G. miscellanea, ai quali sono attribuiti i casi che non trovano collocazione nei D.R.G. maggiormente specifici.

*Sono stati elaborati i seguenti D. R. G. miscellanea:*

55: miscellanea interventi su orecchio, naso e gola

182: esofagite, gastroenterite e miscellanea di disturbi digestivi con età >17 con complicanze

183: esofagite, gastroenterite e miscellanea di disturbi digestivi con età >17 senza complicanze

184: esofagite, gastroenterite e miscellanea di disturbi digestivi età 0 ->17

*Analisi della distribuzione per azienda del D.R.G. 462: riabilitazione.*

Si ritiene potrà assumere maggior significato nell'esame della casistica del 1998, in considerazione delle direttive impartite sulla codificazione degli episodi di riabilitazione con le delibere regionali sulle tariffe.

*Analisi della distribuzione per azienda di alcuni D.R.G. c.d. “spazzatura”,* indici di errori nella compilazione delle S.D.O., che possono consentire una valutazione sul grado di accuratezza nella loro compilazione:

*Sono stati elaborati i seguenti D. R. G. “sentinella”:*

468: interventi estesi non correlati alla diagnosi principale

469: diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione

470: drg non attribuito



476: interventi sulla prostata non correlati alla diagnosi principale

477: interventi non estesi non correlati alla diagnosi principale

Analisi della distribuzione per azienda di alcuni D.R.G. particolari, che possono monitorare alcune situazioni particolari:

*Sono stati elaborati i seguenti altri D. R. G.:*

475: diagnosi apparato respiratorio con assistenza ventilatoria

481: trapianto di midollo

482: tracheostomia con disturbi bocca, laringe o faringe

483: tracheostomia escluso disturbi bocca, laringe o faringe

#### **Attività di day hospital**

Tranne che per queste ultime tabelle, nonché degli indici di case – mix e di performance, analoghe elaborazioni vengono presentate relativamente all'attività svolta in regime di day hospital.

Infatti anche in questo caso troviamo la casistica regionale ordinata secondo D.R.G. crescente relativamente al 1997 e al 1996 con l'applicazione dei diversi pesi ("italiani" e "americani"), nonché la casistica regionale ordinata per rango di occorrenza.

Nel caso del D.H. si riscontra un incremento nel totale dei casi registrati rispetto all'anno precedente (258.703 contro 224.738 pari ad un incremento del 15%). Tale dato va però letto insieme al numero totale di accessi, dal momento che per tale tipologia di ricovero è importante il numero dei passaggi più che il numero dei casi trattati.

Il dato sulla degenza media presente nelle tabelle dei ricoveri ordinari è stato sostituito dal numero medio di passaggi.

Analogamente a quanto riscontrato nel caso dei ricoveri ordinari a parità di sistemi di classificazione del peso dell'attività erogata, anche per il day hospital il peso medio varia dallo 0.68 del 1996 allo 0.70 del 1997, mentre con l'applicazione dei pesi "italiani" nel 1997 il peso sale a 0.86.

Dal raffronto dei primi 30 D.R.G. nazionali in ordine di numerosità di dimissione con l'analoga casistica regionale si riscontra anche in questo caso una relativa omogeneità dei dati: mentre in Piemonte il D.R.G. più frequente è il 410 (chemioterapia) questo è al 13° posto in Italia, dove troviamo al 1° posto il 381 (aborto), che ricopre il 2° posto nella nostra Regione.

A livello delle singole aziende vengono evidenziati i primi 40 D.R.G. non in assoluto ma in base alla diagnosi di dimissione, ciò per cercare di descrivere meglio l'attività erogata in regime di ricovero diurno. Conseguenza di ciò può essere il riscontro dello stesso D.R.G. in più posizioni.