

Remolet, primi risultati: i dati SDO 2007.

*A cura del gruppo Remolet**

Un nuovo modo di analizzare i dati della sanità: Remolet

Nonostante il termine Remolet possa sembrare il nomignolo di un ragazzo di borgata romana, in realtà è un acronimo che racchiude gli obiettivi di un gruppo di lavoro che opera seriamente: significa, infatti, **RE**te di **MO**onitoraggio dei **LEa** Tempestiva.

Si tratta di uno strumento attivato da pochi mesi in via sperimentale da Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e in questa sede viene presentato per la prima volta con i dati fin qui raccolti.

La motivazione principale che ha portato alla nascita di Remolet è stata soprattutto la necessità espressa, in via principale delle Regioni e poi anche degli altri soggetti istituzionali e non, di poter disporre di dati tempestivi e ragionati sul funzionamento del sistema sanitario.

Il disegno tradizionale di un sistema informativo sanitario prevede, infatti, la comunicazione di tutte le informazioni elementari ad un "server" centrale che le raccoglie, le omogeneizza, le analizza e ne comunica i risultati delle analisi effettuate o ne mette a disposizione i files con i dati elementari. Un tale modello di funzionamento può essere definito indispensabile ma "pesante" in senso organizzativo, in quanto necessariamente risulta costoso, lento, vulnerabile a tutte le limitazioni della privacy, poco flessibile, nonché scarsamente trasparente ai processi elaborativi.

In altre parole, il sistema tradizionale prevede che una Regione inoltri i suoi dati al Ministero e dopo un periodo di tempo (solitamente non breve) riceve delle tabelle ed eventualmente dei files di dati oscurati in alcune informazioni e poco trasparenti ad eventuali disparità di rilevazione, codifica ed altro.

Remolet vorrebbe essere invece un modello di sistema "leggero", cioè poco costoso, veloce, senza problemi di privacy, molto flessibile e trasparente rispetto ai problemi dei sistemi informativi regionali; non un sistema alternativo, piuttosto un sistema che si affianca ed integra il primo. Attualmente è in corso una sperimentazione volontaria in alcune Regioni, ma a regime, se verrà giudicato opportuno ed efficace, sarà allargato a tutto il territorio nazionale.

Il funzionamento di Remolet prevede che i dati originali non escano dalle rispettive Regioni così come sono stati raccolti, ma vengano processati, analizzati e valutati al loro interno secondo specifiche e metodologie precisamente prestabilite dal gruppo di coordinamento di Remolet. Nelle riunioni di Remolet (cui partecipano alla pari tutti i

* Partecipano al Gruppo Remolet : per *Agenas* Cesare Cislighi, Isabella Morandi, Emidio Di Virgilio, Gabriella Tavini, Emanuela Pieroni, Giovanna De Giacomi e Francesca Giuliani, per il *Piemonte* Giuseppe Costa e Tania Landriscina, per la *Lombardia* Carlo Zocchetti, per l'*Emilia Romagna* Eleonora Verdini, Luca Cisbani e Nicola Caranci, per l'*Umbria* Paolo di Loreto, Paola Casucci e Giuliana Alessandrini, per il *Lazio* Piero Borgia e Riccardo Didomenicantonio, per la *Sicilia* - Osservatorio Regionale: Salvatore Scondotto, Gabriella Dardanoni e Sebastiano Pollina Addario

soggetti coinvolti) si discutono gli obiettivi, gli argomenti, le priorità e soprattutto le metodologie “vincolanti” per ogni partecipante. Le tabelle intermedie vengono poi rielaborate in ambito Agenas con il contributo anche di qualche altro collaboratore di Remolet.

La diffusione dei risultati di Remolet avviene solo conseguentemente alla valutazione degli elaborati da parte di coloro che hanno inviato i “semi-lavorati” e costoro, a loro volta, possono, anzi devono, chiedere la valutazione degli stessi da parte dei responsabili regionali.

Tutte queste operazioni devono essere effettuate nei tempi più brevi possibile in quanto la caratteristica principale di Remolet deve essere la tempestività, caratteristica non garantibile con un sistema di tipo “pesante”: alle Regioni ciò che più manca sul piano informativo è infatti il potersi confrontare a breve sui dati delle altre Regioni per poter valutare se i propri andamenti e scostamenti sono generali o specifici della propria realtà.

Cosa dicono i dati del primo semestre 2007?

I dati che vengono qui presentati sono relativi ai ricoveri ospedalieri per malati acuti del primo semestre 2007, classificati secondo la versione 19' dei DRG; per poter utilizzare quelli di sei Regioni si è preferito limitarsi all'analisi dei dati della “produzione ospedaliera” del primo semestre essendo quelli del secondo semestre ancora non consolidati per alcune Regioni. Probabilmente quando questo articolo verrà pubblicato, peraltro, staremo analizzando i dati di tutto il 2007 e, speriamo, di molte più Regioni.

Pur essendo consapevoli che la tempestività non sempre coincide con la completezza e con la profondità dell'analisi, si è comunque ritenuto importante mostrare come, a pochi mesi di distanza dagli eventi, sia possibile effettuare analisi e confronti con dati sufficientemente validati.

Remolet ovviamente non si fermerà a questo primo livello di analisi ed anzi già sono previsti vari approfondimenti che possano dare una risposta alle singole Regioni in merito alla singolarità o alla generalità degli andamenti osservati.

Per le Regioni che non partecipano ancora alla rete, sarà ugualmente utile potersi confrontare con la sintesi elementare qui prodotta suggerendo poi, magari, idee di analisi particolari su interrogativi specifici di loro interesse.

Le Regioni che hanno trasmesso a tutt'oggi i dati sono Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Lazio e Sicilia. Il gruppo Remolet non può ovviamente compiere controlli completi sulla qualità dei dati comunicati dalle varie regioni e quindi ciascuna regione se ne assume la responsabilità; peraltro le pubblicazioni sui dati di Remolet passano tutte al vaglio dei referenti regionali proprio per avere una loro ulteriore conferma della correttezza dei dati forniti. Eventuali differenze con future analisi su dati ulteriormente validati non diminuiscono l'importanza di poter disporre tempestivamente di elaborazioni che colgano gli elementi fondamentali dell'evoluzione dei diversi fenomeni in osservazione.

Pensiamo che le analisi sviluppate nell'ambito di Remolet riguarderanno maggiormente il versante organizzativo-programmatorio rispetto a quello clinico-epidemiologico. Mentre per quest'ultimo normalmente la tempestività dei dati, in termine di mesi o pochi anni, non produce un arricchimento fondamentale all'analisi, data la lentezza del cambiamento del quadro epidemiologico, sul versante organizzativo, invece, i cambiamenti sono molto

veloci ed i confronti tra Regioni possono risultare estremamente utili solo, o soprattutto, se effettuati tempestivamente.

Anche se, come abbiamo detto precedentemente, i dati delle sei Regioni prese qui in esame saranno analizzati prossimamente in modo più approfondito - confidando di poter utilizzare anche i dati di altre Regioni che nel frattempo saranno pervenuti - è comunque possibile, ad una prima analisi descrittiva, evidenziare cosa sono in grado di dirci i dati sin qui raccolti.

Sinteticamente possiamo riassumere così le prime evidenze:

- a) Alcune informazioni risentono delle diverse specificità organizzative e tariffarie ed è perciò molto importante analizzare i dati congiuntamente ai soggetti che li hanno prodotti perché solo così si riescono a individuare le **criticità informative** ed eventualmente anche a introdurre correttivi nelle analisi o maggiore prudenza nei commenti.
- b) i volumi dei **ricoveri ordinari** non si sono sostanzialmente modificati e quindi non sembra che dal 2006 al 2007 ci sia stata una importante riduzione dei ricoveri ordinari a favore dei ricoveri in day hospital. Il *case mix* non sembra sostanzialmente cambiato nelle sue dimensioni generali: tuttavia, è importante, al riguardo, notare come i dati forniscano segnali importanti di voci con variazioni non trascurabili; per queste evidenze sarà indispensabile un approfondimento successivo. Ad esempio è interessante notare come alla diminuzione del volume dei ricoveri in day hospital si associ un aumento della loro complessità media, mentre così non avviene per i ricoveri ordinari in cui invece sembra sia avvenuto l'inverso.
- c) i **ricoveri in day hospital** sono drasticamente diminuiti nelle due Regioni che hanno in quel periodo realizzato la ambulatorizzazione di alcuni interventi ed in particolare quelli relativi alla cataratta ed al tunnel carpale. In alcune regioni non si verificato lo stesso fenomeno sia perché, come nel caso dell' Emilia Romagna, l'ambulatorizzazione era già stata realizzata precedentemente, sia perché in altre non si era ancora ampiamente avviata.
- d) La presenza di ricoveri ordinari definiti a **rischio di inappropriatelyzza** è ancora molto elevata e dovrà essere approfondito se questo sia dovuto ad una inerzia delle strutture ospedaliere o piuttosto al fatto che in questi DRG la quota di inappropriatelyzza è già stata eliminata e quindi i rimanenti hanno una indicazione organizzativa corretta.

I ricoveri relativi alle prime sei Regioni che hanno inviato i dati SDO rappresentavano nel 2005, la data più recente per il quale il Ministero della salute abbia rilasciato i dati SDO, il 52% del totale nazionale dei ricoveri a carico del SSN (Dati SDO 2005 - totale ricoveri italiani: 12.966.874, totale ricoveri relativi alle sei regioni: 6.713.639).

L'analisi di Re.mo.le.t verte sui soli ricoveri prodotti dai presidi ospedalieri di ciascuna Regione compresi i presidi privati accreditati; i dati comprendono quindi anche i ricoveri di soggetti assistibili di altre regioni o addirittura di altre nazioni (cioè della cosiddetta mobilità attiva) mentre non sono compresi i ricoveri di soggetti ospedalizzati al di fuori della regione di appartenenza (cioè la cosiddetta mobilità passiva), in quanto questi dati sono attualmente disponibili non prima della metà dell'anno successivo al ricovero per i tempi dovuti al completamento dello scambio reciproco dei dati SDO tra le regioni.

Le analisi quindi vertono solo sull'offerta ospedaliera dei presidi regionali e non sulla "domanda" ospedaliera da parte degli assistibili delle regioni. Per questo motivo in queste analisi non si calcolano tassi di ospedalizzazione riferiti alle popolazioni delle diverse regioni; questo sarà possibile solo quando sarà disponibile anche per il 2007 la mobilità passiva per ciascuna regione e ciò pensiamo potrà esserlo entro poche settimane dalla data di pubblicazione di questo lavoro.

Da tutto l'archivio SDO si è scelto di eliminare alcuni record per rendere maggiormente omogenee e leggibili le diverse casistiche: sono stati, infatti, considerati solo i ricoveri per pazienti "acuti" e quindi tolti dall'analisi quelli svolti nei reparti di lungodegenza o di riabilitazione (codici di reparto 28,56,60,75). Inoltre sono stati eliminati i ricoveri dei neonati sani (DRG 391) che sono ovviamente ricoverati solo perché la madre li ha partorito. Inoltre si è preferito togliere anche tutti i ricoveri per parto, per la specificità della casistica; questi dati saranno esaminati e presentati separatamente in una diversa relazione.

Rispetto al regime di ricovero sono state create tre categorie di ricoveri: i ricoveri con più di una notte, quelli con nessuna od una sola notte ed i ricoveri in Day hospital. Sono stati compresi nella prima categoria anche i ricoveri della seconda, esitati o in un decesso o in un trasferimento ad altro nosocomio; questa scelta è stata effettuata sulla base della considerazione che questi ultimi ricoveri quasi certamente riguardano una casistica più simile alla prima che alla seconda categoria come peraltro riconosciuto già anche a livello di tariffe nazionali.

Criticità informative: Accessi e Ricoveri in Day Hospital

Per quanto riguarda i ricoveri in day hospital sono stati analizzati tanto i ricoveri che gli decessi; una cartella clinica (e conseguentemente una SDO) infatti viene creata al primo accesso e mantenuta "aperta" fintanto che il percorso assistenziale non si sia concluso. L'unica eccezione dovrebbe riguardare il fine anno in quanto le regole ministeriali prevedono che il 31/12 tutte le cartella clinica dei day hospital vengano "chiuse" per poter così liquidare le competenze dovute nell'ambito dell'esercizio finanziario.

E', però, da osservare che non tutte le Regioni rispettano queste disposizioni e che gli approcci clinico-organizzativi possono tra di loro divergere anche di molto tra regione e regione.

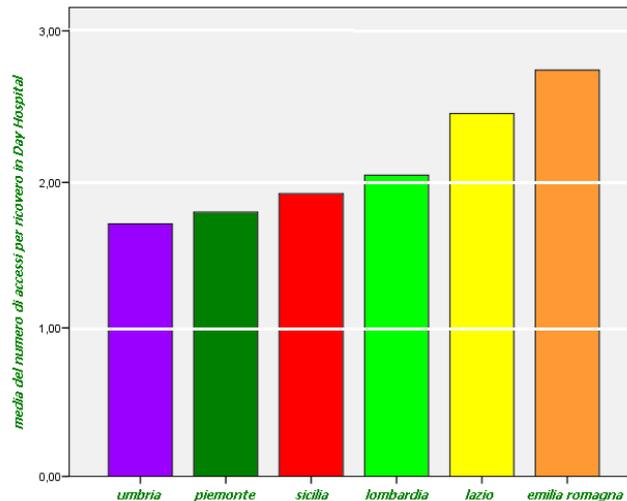


Figura 1 : numero medio di accessi per ricoveri in Day hospital

Dalla figura 1 emerge chiaramente la diversità tra le Regioni, con l'Umbria che ha 1,70 accessi per ricovero e l'Emilia Romagna che ne ha 2,74 cioè circa il 60% in più. Esaminando per queste sole due Regioni i dati disaggregati per le singole MDC (Major Diagnostica Categories) si osserva come l'Emilia abbia quasi per tutti all'incirca il doppio di accessi dell'Umbria.

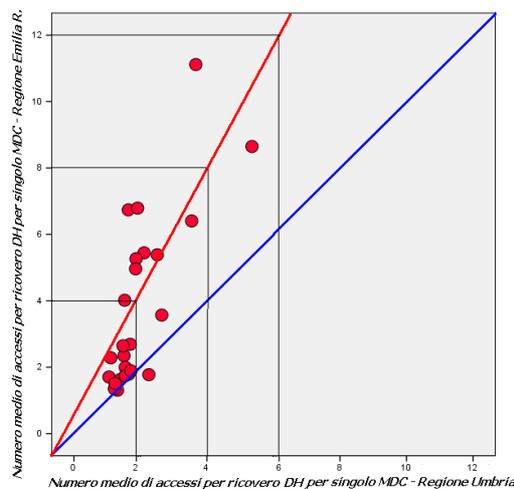


Figura 2: Numero medio di accessi per ricoveri in Day hospital per singolo MDC relativi alla Regione Umbria ed alla Regione Emilia Romagna (la linea blu corrisponde ad eventuali valori simili, la linea rossa è l'interpolazione dei valori osservati)

I dati devono però essere valutati tenendo presenti le differenti modalità di gestione della dimissione dei ricoveri di day hospital e, in particolare, dei day hospital di tipo medico, generalmente strettamente correlate ai sistemi di remunerazione e condizionate dalla previsione della chiusura obbligatoria al 31 dicembre di ogni anno.

Come si evince dalla tabella seguente, la proporzione di ricoveri di day hospital chirurgico nel primo semestre 2006 rappresenta per tutte le Regioni circa il 50% dell'anno, mentre per i day hospital medico la proporzione varia tra le regioni. Il ricovero chirurgico in day hospital coincide infatti con un intervento e gli eventuali accessi successivi sono solo per medicazioni e/o controlli e non danno adito ad un incremento di tariffa. Il ricovero in day

hospital medico, invece, può essere motivato da una necessità acuta e quindi può risolversi in un solo accesso, oppure per lo più consiste di momenti diagnostico-terapeutici successivi e talvolta anche molto numerosi e dilatati nel tempo.

	day surgery		day hospital medico	
	Ricoveri	Accessi	Ricoveri	Accessi
Piemonte	53%	53%	46%	33%
Lombardia	54%	54%	51%	41%
Emilia R	53%	43%	38%	25%
Umbria	55%	54%	44%	33%
Lazio	55%	55%	50%	37%
Sicilia	52%	50%	40%	27%
Tot 6 Reg	54%	52%	46%	33%

Tabella 1: Ricoveri in day hospital: % Numero ricoveri e accessi I° semestre 2006 su intero anno 2006

Quali siano le cause di queste chiare disparità è difficile dire, ma è comunque evidente che le differenze tra regioni esistono e sono di entità rilevante. Questa disomogeneità deve far riflettere se sia più opportuno confrontare tra le regioni il numero dei ricoveri in day hospital oppure il numero di accessi.

Il più elevato numero di accessi per ricovero in Emilia Romagna, come si evidenzia nella figura 3, si rileva rispetto alla generalità dei DRG medici; questo non è dovuto tanto a dei modi diversi di governare il percorso clinico quanto a disparità di regole amministrative e tariffarie; in Emilia Romagna, ad esempio, per il Day Hospital medico non oncologico, nel caso di ricoveri fino a 3 accessi è prevista una tariffa forfettaria unica, mentre per i ricoveri oltre i 3 accessi si applica la tariffa DRG specifica, questa, probabilmente, è la ragione del maggior numero di accessi per ricovero in questa regione.

Si osservi anche ad esempio che la percentuale di ricoveri in Day Hospital del primo trimestre è in Lombardia la più alta e questo può dipendere dal fatto che la chiusura della cartella del day hospital non deve essere fatta necessariamente in Lombardia al termine del percorso clinico o al 31 dicembre.

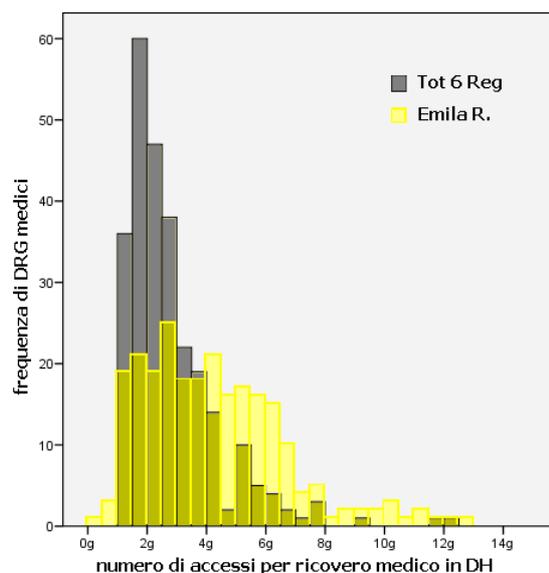


Figura 3: Numero di accessi per ricovero in Day hospital, medio per DRG medico.

b) Il volume e la complessità dei ricoveri ospedalieri ordinari

Il volume dei ricoveri per acuti, al netto dei ricoveri relativi ai parti (DRG 370-375) ed al neonato sano (DRG 391), raffrontando il I semestre degli anni 2006 e 2007, presenta, nel complesso, una lieve diminuzione, articolato in modo differente tra le regioni.

	I SEMESTRE 2006			I SEMESTRE 2007		
	RICOVERI ORDINARI	DH	TOTALE	RICOVERI ORDINARI	DH	TOTALE
Piemonte	219.028	140.556	359.584	218.076	144.393	362.469
Lombardia	635.329	308.177	943.506	620.049	238.818	858.867
Emilia R	286.779	89.806	376.585	287.892	90.842	378.734
Umbria	53.085	27.715	80.800	54.170	27.973	82.143
Lazio	383.343	224.365	607.708	373.100	180.187	553.287
Sicilia	361.886	245.608	607.494	318.920	235.076	553.996
TOT 6 REG	1.939.450	1.036.227	2.975.677	1.872.207	917.289	2.789.496

Tabella 2: Numero di ricoveri nei primi semestri del 2006 e del 2007

Il diverso andamento risulta ancora più accentuato ove si distinguono le variazioni secondo il regime di ricovero: la riduzione dei ricoveri ordinari è associata alla contrazione (come si dirà dovuta alla ambulatorizzazione) del day hospital in Lombardia, Lazio e Sicilia, mentre il Piemonte e Emilia Romagna presentano un incremento del day hospital a fronte di un volume di ricoveri ordinari sostanzialmente stabile e in Umbria si rileva l'incremento per entrambi i regimi di ricovero.

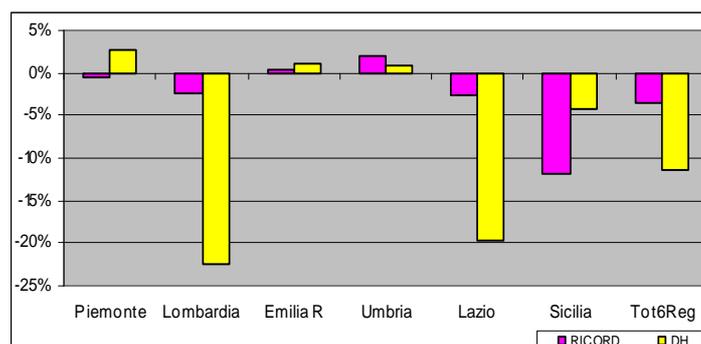


Figura 4: variazione del numero di ricoveri tra i primi semestri del 2006 e del 2007

Il rapporto tra ricoveri ordinari e di day hospital è molto diverso tra le singole regioni ma sostanzialmente stabile a livello di ciascuna. Le sole variazioni riguardano la Lombardia e il Lazio, in cui si riduce la proporzione di casi di day hospital sul complesso dei ricoveri, e la Sicilia, dove, al contrario, il day hospital assorbe una maggiore quota di ricoveri.

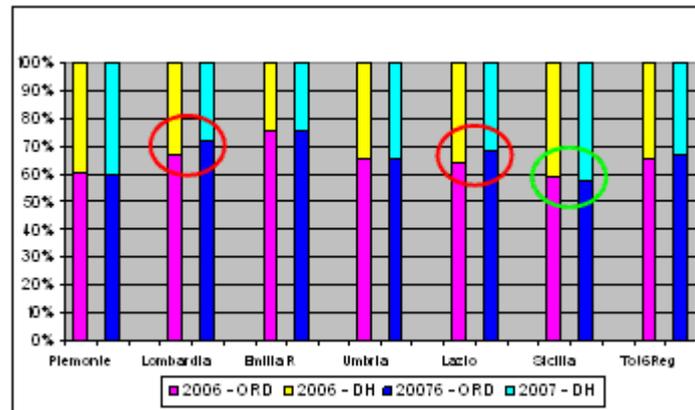


Figura 5: Ricoveri Ospedalieri, ripartizione tra ordinari ed in day hospital

La complessità della casistica trattata, misurata attraverso il peso relativo (19' versione DRG), si presenta diverso tra le regioni: in Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna il peso medio dei ricoveri in regime ordinario è superiore alla media del gruppo, in Lazio e Sicilia è inferiore. Analizzando distintamente i ricoveri ordinari secondo la durata della degenza, si nota che quelli con degenza di due o più giorni trattano un case mix più complesso di quelli brevi, e questi ultimi presentano una complessità sostanzialmente analoga al day hospital.

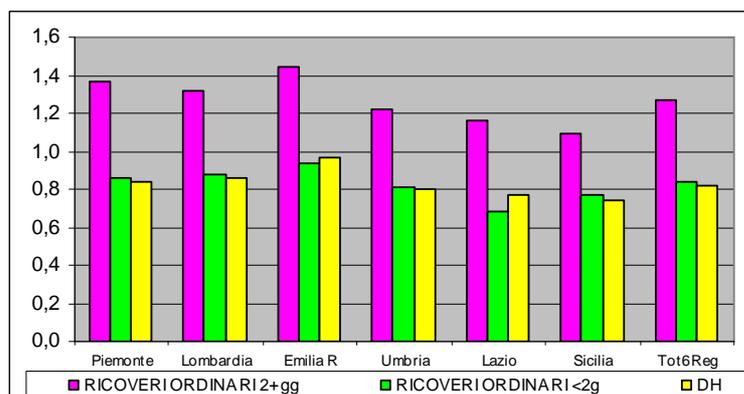


Figura 6: Complessità del case-mix nel 1° semestre 2007

Rispetto al totale delle sei regioni, la maggiore proporzione di riduzione dei volumi di ricoveri si registra per le MDC 1-Malattie e disturbi del sistema nervoso (-10%), 2-Malattie e disturbi dell'occhio (-32%), 9-Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella (-9%) e 10-Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali (-10%); le variazioni sono determinate in prevalenza dalla riduzione dei ricoveri in day hospital e non da un aumento dei ricoveri ordinari. Per tali MDC in Lombardia si osservano variazioni decisamente superiori alle altre regioni. In Lombardia Per i ricoveri in day

hospital relativi alla MDC 4 si osserva una riduzione pari al 40%, per la MDC 7 una riduzione del 30%.

MDC	totale 6 regioni				Piemonte		Lombardia		Emilia Romagna		Umbria		Lazio		Sicilia	
	I sem 2006		I sem 2007		diff 2007-2006											
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	207.056	186.460	-20.596	-10%	368	2%	-9.932	-15%	-1.410	-6%	-319	-5%	-2.793	-7%	-5.026	-12%
2 MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	190.823	129.492	-61.331	-32%	1.001	3%	-41.844	-65%	-506	-4%	264	6%	-680	-2%	-2.537	-7%
3 MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	135.605	127.548	-8.057	-6%	719	-5%	-1.506	-4%	-95	-1%	31	1%	-1.523	-5%	-3.567	-12%
4 MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	179.570	172.943	-6.627	-4%	407	-2%	-2.421	-4%	125	0%	265	5%	-345	-1%	-2.158	-6%
5 MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	378.086	362.028	-16.058	-4%	247	-1%	-4.648	-4%	79	0%	193	2%	-1.144	-1%	-5.142	-7%
6 MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	285.258	273.281	-11.977	-4%	542	2%	-3.543	-4%	-1.504	-4%	125	1%	-2.675	-4%	-5.105	-8%
7 MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	104.450	100.496	-3.954	-4%	8	0%	-1.822	-6%	-1.401	-10%	-142	-5%	-705	-4%	-1.413	-7%
8 MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	366.838	355.570	-11.268	-3%	493	1%	-3.161	-3%	2.219	4%	122	1%	-1.390	-2%	-9.357	-14%
9 MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	157.604	143.497	-14.107	-9%	731	5%	-6.596	-14%	-323	-2%	346	10%	-2.797	-7%	-3.647	-9%
10 MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, METABOLICI E NUTRIZIONALI	100.501	90.238	-10.263	-10%	71	-1%	-5.004	-19%	-330	-4%	-96	-4%	-345	-1%	-1.677	-6%
11 MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	134.254	129.715	-4.539	-3%	425	3%	-1.060	-3%	911	5%	3	0%	-1.753	-6%	-3.393	-11%
12 MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	67.803	66.806	-997	-1%	39	0%	377	2%	-960	-11%	193	11%	-687	-5%	-1.145	-9%
13 MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	119.566	117.917	-1.649	-1%	279	2%	97	0%	-328	-2%	-43	-1%	-784	-4%	-1.762	-7%
14 GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	103.573	99.514	-4.059	-4%	351	-3%	-1.253	-4%	-941	-7%	90	3%	-317	-2%	-1.496	-7%
15 MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	35.178	35.353	175	0%	257	4%	-97	-1%	81	2%	102	9%	-239	-4%	-105	-2%
16 MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	41.560	39.794	-1.766	-4%	264	-5%	-733	-5%	773	17%	10	1%	-752	-10%	-778	-9%
17 MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	150.959	148.667	-2.292	-2%	54	0%	3.553	6%	7.180	42%	43	2%	-1.789	-6%	-3.042	-11%
18 MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	26.721	26.779	58	0%	300	9%	-30	0%	4	0%	51	7%	300	6%	-453	-7%
19 MALATTIE E DISTURBI MENTALI	67.084	65.684	-1.400	-2%	1	0%	-1.206	-7%	-1.609	-19%	143	14%	363	2%	-525	-4%
20 ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	5.687	5.179	-508	-9%	137	-15%	-236	-11%	144	19%	3	2%	-142	-12%	-5	-1%
21 TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	23.076	22.866	-210	-1%	46	2%	-318	-5%	47	1%	84	11%	86	2%	458	10%
22 USTIONI	1.392	1.406	14	1%	12	8%	13	4%	-10	-4%	11	30%	-1	0%	-18	-5%
23 FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	70.453	66.169	-4.284	-6%	649	8%	-2.751	-9%	-116	-4%	-111	-15%	-656	-4%	-1.295	-10%
24 TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	2.523	2.369	-154	-6%	50	-17%	-24	-3%	-63	-11%	2	2%	16	4%	-37	-10%
25 INFEZIONI DA H.I.V.	7.078	6.969	-109	-2%	1	0%	-410	-13%	180	19%	2	3%	-45	-3%	-129	-19%
pre PRE-MDC	12.136	11.933	-203	-2%	54	-3%	-58	-2%	78	3%	-23	-8%	10	0%	-156	-9%

Tabella 3: ricoveri per acuti - distribuzione secondo la MDC - 2006 e 2007

La complessità dei ricoveri ordinari

Si nota un lieve incremento della complessità della casistica trattata in regime ordinario, associata a variazioni, in aumento o riduzione, del volume di ricoveri come evidenziato nella figura 7a-b:

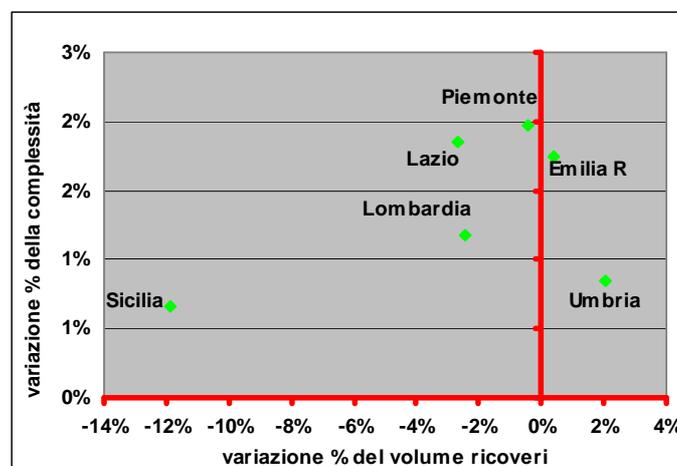


Figura 7a: Variazione percentuale del volume e della complessità dei ricoveri ordinari (2006-2007)

Ove si considerino i soli ricoveri ordinari con durata di due o più giorni l'andamento è differente tra le regioni, come evidenziato dal grafico, si osserva un incremento della complessità in Piemonte, Emilia Romagna e Lazio.

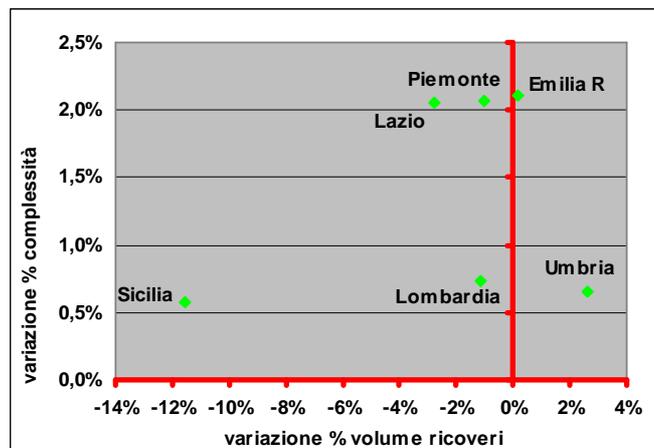


Figura 7b: Variazione percentuale del volume e della complessità dei soli ricoveri di 2 o più giorni (2006-2007)

Appare curioso che la complessità aumenti di meno laddove il volume dei ricoveri diminuisce maggiormente e quindi l'aumento della complessità non sembra possa attribuirsi principalmente alla selezione della casistica minore e deve essere cercato in altri fattori.

Ricoveri ordinari, medici e chirurgici

Nel gruppo di regioni circa il 40% dei ricoveri ordinari è rappresentato da casi chirurgici, salvo che in Sicilia in cui tale proporzione è pari al 29%. La proporzione di casi chirurgici trattati in ricoveri di durata inferiore ai 2 giorni varia tra il 26% in Lombardia ed Emilia Romagna ed il 6-8% in Sicilia e Lazio. Queste differenze sono rilevanti ed evidenziano diversi approcci organizzativi e clinici.

I DRG più frequenti nei ricoveri ordinari

I primi 30 DRG per numerosità della casistica rappresentano un terzo del complessivo volume di ricoveri rilevato nel gruppo di regioni. Tra i DRG più frequenti si trovano il DRG 467 (altri fattori che influenzano lo stato di salute) e ben 7 DRG a rischio di inappropriatazza ai sensi del DPCM 29/11/2001. Le principali variazioni tra il 2006 ed il 2007 riguardano la riduzione del volume di ricoveri relativi ai DRG a rischio di inappropriatazza (-13.396 ricoveri nel gruppo di regioni).

E' interessante osservare che, a fronte di ridotte variazioni sul complesso dei ricoveri del gruppo di regioni, tra il I semestre 2006 e 2007 in alcune regioni si sono verificate modifiche di rilevante entità. Tralasciando i DRG a rischio di inappropriatazza ai sensi del DPCM 29/11/2001, analizzati più avanti, le variazioni maggiori si osservano per il DRG 517 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA), che, a fronte di variazioni minime nelle altre regioni, in Umbria presenta un incremento del 54% e in Sicilia una riduzione del 24%, e per il DRG 410 (Chemioterapia), che in tutte le regioni presenta riduzioni dei ricoveri in regime ordinario associate all'incremento dei ricoveri in day hospital, tranne che in Umbria, in cui aumentano entrambi.

E' interessante analizzare i ricoveri con durata della degenza inferiore a due giorni. Tra i primi 10 DRG chirurgici per numerosità della casistica, che rappresentano il 48% dei ricoveri chirurgici di breve durata, si trovano 5 DRG a rischio di inapproprietezza ai sensi del DPCM 29/11/2001 (9 ai sensi del DPCM 2008). Tra il 2006 e il 2007, sul totale delle sei regioni esaminate, per i DRG con maggiore numerosità si osservano delle riduzioni, per gli altri DRG si osservano variazioni di segno diverso, generalmente di modesta entità, tranne che per il DRG 225 (Interventi sul piede), per il quale l'incremento è pari al 10%.

Tra i primi 10 DRG medici per numerosità della casistica (27% dei ricoveri medici brevi) si trovano 3 DRG (tra i quali il 467) a rischio di inapproprietezza ai sensi del DPCM 29.11.2001 (8 DRG ai sensi del DPCM 2008). Le variazioni intervenute tra il 2006 e il 2007 sono diverse, come segno e come entità, tra i singoli DRG; si pone in evidenza l'incremento di 1.650 casi (+181%) per il del DRG 47 (Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC).

DRG	rischio inapproprietezza a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
	08	01	I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi chir brevi	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	X	X	1	11.016	8%	-421	-4%	
119 Legatura e stripping di vene	X	X	2	10.286	7%	-518	-5%	
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	X	X	3	9.672	7%	264	3%	-1
381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	X		4	8.334	6%	-217	-3%	-1
60 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	X		5	5.301	4%	119	2%	-1
229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	X		6	5.004	4%	47	1%	-1
231 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	X		7	4.647	3%	-190	-4%	-1
158 Interventi su ano e stoma senza CC	X	X	8	4.574	3%	185	4%	-1
225 Interventi sul piede			9	4.166	3%	387	10%	-1
55 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	X	X	10	3.898	3%	210	6%	-1

Tabella 4: Ricoveri ordinari chirurgici con durata della degenza < 2 g - 2007

DRG	rischio inapproprietezza a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
	08	01	I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi chir brevi	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	X	X	1	6.338	6%	-51	-1%	
139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	X		2	3.289	3%	114	4%	-2
183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	X	X	3	3.230	3%	-680	-17%	1
184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	X	X	4	2.889	3%	-831	-22%	1
380 Aborto senza dilatazione e raschiamento	X		5	2.710	2%	-22	-1%	
47 Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	X		6	2.561	2%	1.650	181%	-24
125 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata			7	2.300	2%	332	17%	-3
143 Dolore toracico			8	2.244	2%	-337	-13%	2
410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	X		9	1.962	2%	245	14%	-4
369 Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	X		10	1.927	2%	-118	-6%	2

Tabella 5 Ricoveri ordinari medici con durata della degenza < 2 g - 2007

Considerando i primi 10 DRG chirurgici e medici per numerosità della casistica relativamente ai ricoveri con durata della degenza di due o più giorni, tra il 2006 ed il 2007 si osservano variazioni di ridotta entità per tutti i DRG ad eccezione di quelli a rischio di inappropriately, per i quali si rilevano le riduzioni proporzionalmente maggiori. Tra i DRG chirurgici, le maggiori variazioni si presentano per il DRG 516 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA), incrementato del 9%, e per il DRG 503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione), ridotto del 10%. Tra i DRG medici le maggiori riduzioni si osservano per il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta), con -2.906 casi (-10%) e per il DRG 183 (Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC), con 1.884 casi (-9%).

DRG	rischio inappropriately a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
	08	01	I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi chir 2+gg	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
209 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori			1	39.056	6%	1.065	3%	
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC			2	24.270	4%	-408	-2%	
494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC			3	15.876	3%	309	2%	
517 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA			4	14.533	2%	-577	-4%	
219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC			5	12.058	2%	-492	-4%	
311 Interventi per via transuretrale senza CC			6	11.355	2%	586	5%	-2
148 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC			7	11.081	2%	649	6%	-3
516 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA			8	10.981	2%	906	9%	-3
290 Interventi sulla tiroide			9	10.923	2%	179	2%	
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	X	X	10	10.306	2%	-1.114	-10%	4

Tabella 6: Ricoveri ordinari chirurgici con durata della degenza di 2 o più giorni - 2007

DRG	rischio inappropriately a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
	08	01	I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi med 2+gg	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
127 Insufficienza cardiaca e shock			1	49.515	5%	-1.947	-4%	
14 Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio			2	27.986	3%	-419	-1%	-1
410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	X		3	25.808	3%	-2.906	-10%	1
87 Edema polmonare e insufficienza respiratoria			4	23.573	2%	1.096	5%	-1
430 Psicosi			5	23.409	2%	-142	-1%	1
88 Malattia polmonare cronica ostruttiva	X		6	20.602	2%	-1.210	-6%	
183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	X	X	7	18.606	2%	-1.884	-9%	
89 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC			8	17.168	2%	511	3%	-1
316 Insufficienza renale			9	16.751	2%	605	4%	-1
125 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata			10	16.083	2%	3	0%	-1

Tabella 7: Ricoveri ordinari medici con durata della degenza di 2 o più giorni - 2007

c) I ricoveri in day hospital e la de-ospedalizzazione

Tra il 2006 ed il 2007, come si è visto, si osservano variazioni del numero di ricoveri di day hospital. Tali cambiamenti, tuttavia, sono associati a variazioni del volume di accessi di proporzione variabile. In Piemonte e Umbria all'incremento del numero di ricoveri aumenta si accompagna la riduzione degli accessi. In Lombardia la forte riduzione del numero di ricoveri di day hospital è associata ad una riduzione del numero di accessi di entità decisamente inferiore. In Emilia Romagna i volumi di day hospital sono sostanzialmente stabili.

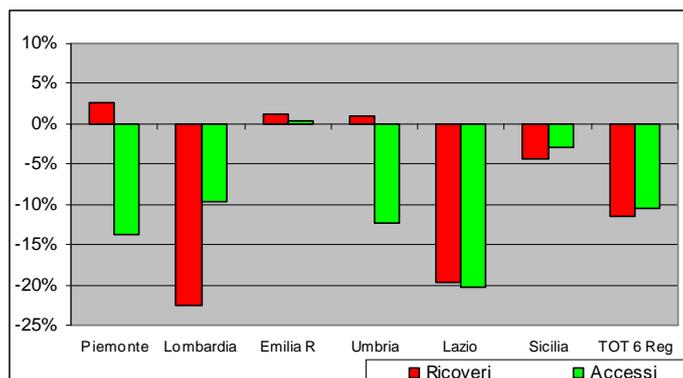


Figura 8: ricoveri di day hospital - variazione percentuale del numero di ricoveri e del volume di accessi - (2006-2007)

Può essere utile analizzare separatamente il day hospital chirurgico ed il day hospital di tipo medico. Il numero di accessi, infatti, presenta variazioni differenti. Per la day surgery le variazioni dei volumi di ricoveri e di accessi dovrebbero presentare entità simili. La norma nazionale, infatti, stabilisce che la tariffa del day hospital chirurgico sia omnicomprensiva, includendo, quindi, sia gli esami e le visite precedenti l'intervento, sia i successivi. Il grafico evidenzia, invece, che in Piemonte e Umbria all'incremento del numero di ricoveri non si accompagna l'incremento degli accessi che, addirittura, in Piemonte presentano una forte contrazione. In Emilia Romagna i volumi di day hospital chirurgico presentano un incremento molto ridotto (+2%).

Per i ricoveri di day hospital medico si nota la riduzione del volume dei ricoveri (superiore al 10% per Lombardia e Lazio, di entità inferiore per le altre regioni) associata a contrazioni del numero di accessi. Per i motivi spiegati in precedenza, legati alla difforme modalità di compilazione delle SDO, non è possibile fornire una spiegazione del fenomeno. In Emilia Romagna i volumi di day hospital medico non presentano variazioni tra il 2006 ed il 2007.

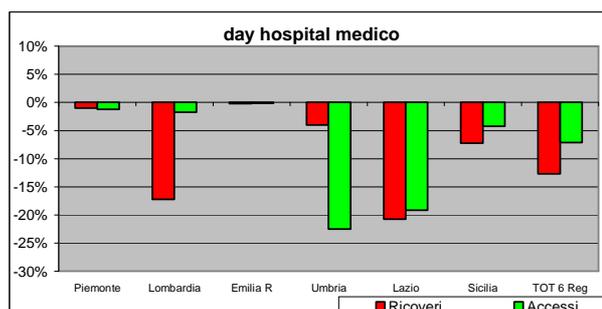
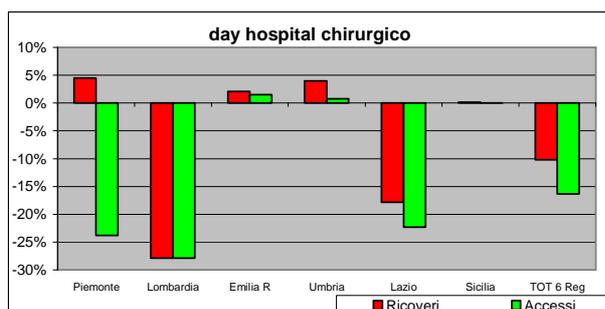


Figura 9a-b: ricoveri di day hospital a) chirurgico e b) medico - variazione percentuale del numero di ricoveri e del volume di accessi - (2006-2007)

Il numero medio di accessi presenta evidenti differenze tra casi chirurgici e medici: è generalmente inferiore per i ricoveri di day surgery, con l'eccezione del Lazio in cui si presenta circa doppio rispetto alle altre regioni. Il numero medio di accessi per il day hospital medico è relativamente omogeneo tra le regioni (è compreso tra i 2,2 ed i 2,9 accessi), con l'eccezione dell'Emilia Romagna, in cui è il doppio della media.

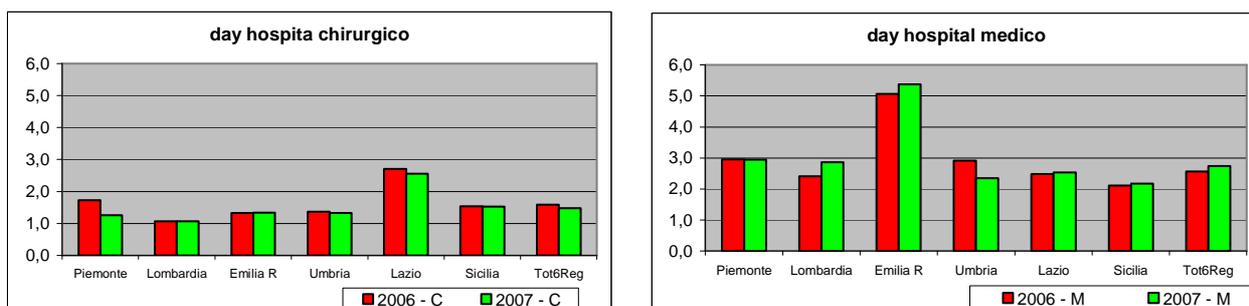


Figura 10 a-b: day hospital a) chirurgico e b) medico - numero medio di accessi (I semestre 2007)

Peraltro, il ridotto numero medio di accessi dei ricoveri di day surgery dovrebbe essere analizzato anche sulla base della normativa regionale in materia di remunerazione. La norma nazionale, infatti, come già evidenziato, stabilirebbe che la tariffa del day hospital chirurgico sia onnicomprensiva, includendo, quindi, sia gli esami e le visite precedenti l'intervento, sia i successivi.

Il confronto tra il 2006 ed il 2007 evidenzia importanti modifiche delle caratteristiche organizzative dell'assistenza.

La proporzione di casi chirurgici e medici trattati in day hospital presenta forti differenze tra le regioni, ma si mantiene sostanzialmente stabile tra i due anni; le variazioni riguardano la Lombardia, in cui si riduce la quota di casi di day surgery, e Umbria e Sicilia in cui si riduce la quota di day hospital medico.

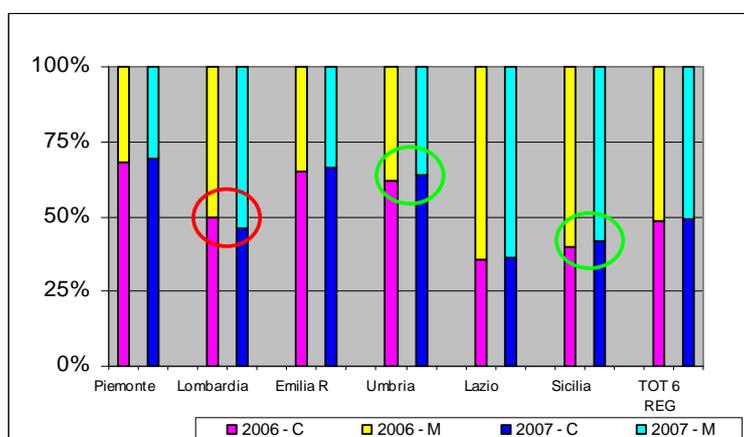


Figura 11: Ricoveri in day hospital, ripartizione tra casi chirurgici e medici (I° semestre 2007)

Anche la complessità della casistica trattata in regime di day hospital, misurata attraverso il peso relativo, si presenta differente e con andamenti contrastanti tra le regioni.

Nel I° semestre 2007, la complessità dei casi trattati in day surgery è superiore ai ricoveri di day hospital. La Lombardia (peso medio 0,9090, +3% rispetto alla media delle 6 regioni) e l'Emilia Romagna (peso medio 1,0516, +19% rispetto alla media) trattano in day surgery casi che presentano una più elevata complessità rispetto al gruppo di regioni. La complessità dei casi di day hospital medico trattata in Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna è decisamente superiore alla media del gruppo.

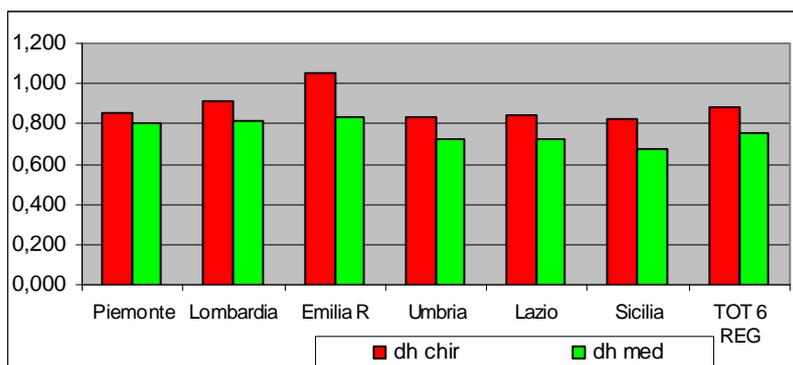


Figura 12: Ricoveri in day hospital chirurgici e medici, complessità del case mix (I° semestre 2007)

Dal confronto tra il I° semestre degli anni 2006 e 2007 si rileva che, come evidenzia il grafico, in Lombardia e Lazio l'aumento della complessità del case mix del day hospital chirurgico è associato alla riduzione dei ricoveri, in Emilia Romagna e Umbria alla stabilità dei volumi corrisponde l'incremento della complessità, mentre nelle altre regioni non si osservano variazioni di rilievo.

Per il day hospital medico si osservano differenti andamenti tra le regioni. In Lombardia e nel Lazio si verificano incrementi della complessità della casistica associati a evidenti riduzioni dei volumi, in Emilia Romagna la stabilità dei ricoveri è associata all'aumento della complessità, nelle altre regioni la riduzione dei ricoveri è associata alla sostanziale stabilità della complessità.

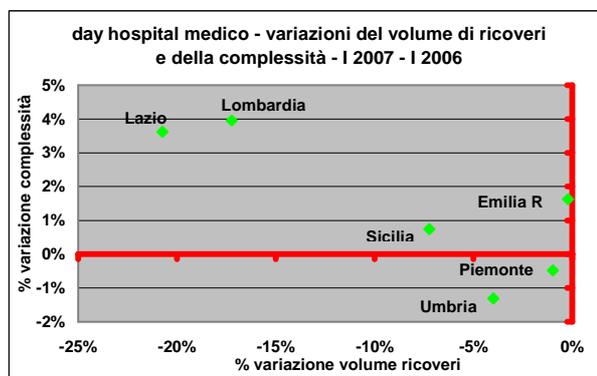
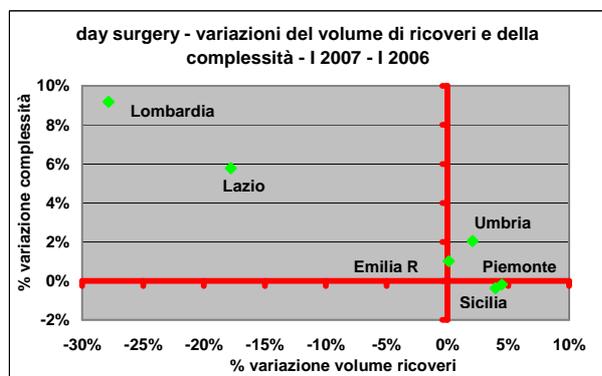


Figura 13 a-b Ricoveri in day hospital chirurgici e medici - Variazione percentuale del volume e della complessità dei ricoveri (2006-2007)

E' anche interessante analizzare le variazioni del *case mix* approfondendo nel dettaglio i DRG che presentano i maggiori volumi di prestazioni. Si osserva che, sia i DRG chirurgici

che quelli medici con i maggiori volumi di produzione, afferiscono a casistica considerata a rischio di inappropriata se erogata in regime ordinario, ai sensi del DPCM 29/01/2001 e dell'emanando DPCM 2008.

Considerando solo i primi 10 DRG trattati in day surgery nelle sei regioni, si nota la forte riduzione dei casi relativi ai DRG 6 (Decompressione del tunnel carpale) e 39 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia). Le variazioni, tuttavia, sono di diversa entità tra le regioni. Ad esempio, in Lombardia e Lazio i casi relativi ai DRG 6 e 39 si riducono di oltre il 70%, mentre nelle altre regioni la riduzione è decisamente più modesta. Per altri DRG (503, 359) si osservano incrementi superiori al 10% nel 2007.

I dati sembrano dimostrare che le regioni hanno perseguito lo spostamento dal regime di ricovero ordinario al day hospital. Le cause di situazioni difformi derivano dalle modifiche del setting assistenziale in atto nelle regioni. Si può desumere che in alcune regioni tra il 2006 ed il 2007 è stato attuato il passaggio dal trattamento in regime di ricovero al regime ambulatoriale, mentre in altre regioni era in corso il trasferimento dal ricovero ordinario alla day surgery.

DRG	rischio inappropriatezz a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
			I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi chir	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
39 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	X	X	1	62.312	13%	-49.840	-44%	
381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	X		2	37.800	8%	-713	-2%	
266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	X		3	27.009	6%	-1.052	-4%	-1
270 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	X	X	4	22.296	5%	-2.561	-10%	1
119 Legatura e stripping di vene	X	X	5	21.094	4%	865	4%	-1
162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	X	X	6	21.057	4%	1.423	7%	1
229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	X		7	17.710	4%	815	5%	-1
359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC			8	15.743	3%	1.505	11%	-3
503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	X	X	9	15.652	3%	1.716	12%	
6 Decompressione del tunnel carpale	X	X	10	13.327	3%	-9.872	-43%	3

Tabella 8: Ricoveri di day hospital chirurgici - 2007

DRG	rischio inappropriatezz a DPCM		TOTALE 6 REGIONI					
			I SEMESTRE 2007			differenza 2007 - 2006		
			RANGO	N RICOVERI	% su casi med	N RICOVERI	% N RICOVERI	RANGO
410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	X		1	49.302	11%	5.108	12%	
467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	X	X	2	20.114	4%	-4.502	-18%	-1
301 Malattie endocrine senza CC	X	X	3	12.790	3%	-3.009	-19%	-3
284 Malattie minori della pelle senza CC	X	X	4	9.196	2%	-3.011	-25%	-1
183 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	X	X	5	9.193	2%	-2.829	-24%	-3
466 Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	X		6	8.704	2%	362	4%	-3
395 Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	X	X	7	8.249	2%	125	2%	3
409 Radioterapia	X		8	7.616	2%	441	6%	6
189 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	X		9	7.493	2%	-234	-3%	-16
206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	X		10	7.319	2%	-2.001	-21%	-5

Tabella 9: Ricoveri di day hospital medici - 2007

d) I DRG a rischio di inappropriatelyzza

Il DPCM 29.01.2001 definisce “inappropriati” i ricoveri che possono essere trattati in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impegno di risorse, stabilendo che, per un elenco di 43 DRG, le regioni devono stabilire soglie di ammissibilità.

Il DPCM recentemente approvato, ma non ancora registrato, aggiorna ampliandolo a 108 l’elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza in ricovero ordinario; indipendentemente dalla sorte legislativa del DPCM stesso, questo elenco è un utile indicazione per analizzare l’appropriatezza organizzativa dei ricoveri.

Nel gruppo delle sei regioni che hanno inviato a Remolet i dati, i ricoveri ordinari relativi a tali DRG, tuttavia, nonostante la generale riduzione, rappresentano ancora, nel I° semestre 2007, una proporzione dei complessivi ricoveri ordinari erogati nelle regioni compresa tra il 12% e il 18%.

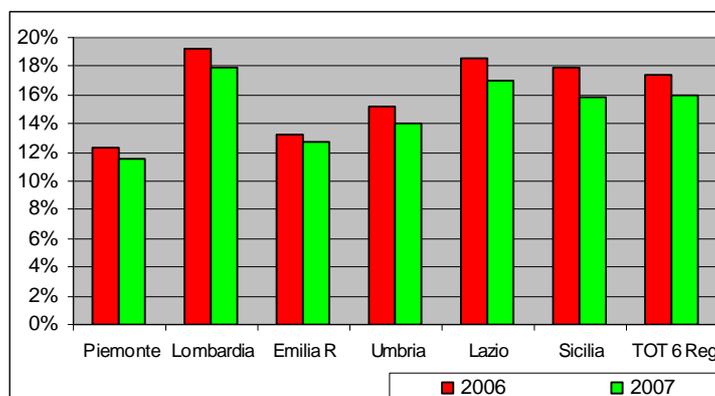


Figura 14: Percentuale ricoveri ordinari a rischio di inappropriatelyzza sul totale dei ricoveri ordinari

Il grafico raffronta la variazione del volume dei ricoveri relativi ai DRG a rischio di inappropriatelyzza secondo il regime di ricovero. Si evidenziano le forti variazioni di Lombardia e Lazio, che sono da attribuirsi al diverso livello di evoluzione dell’organizzazione dell’assistenza, orientati alla deospedalizzazione.

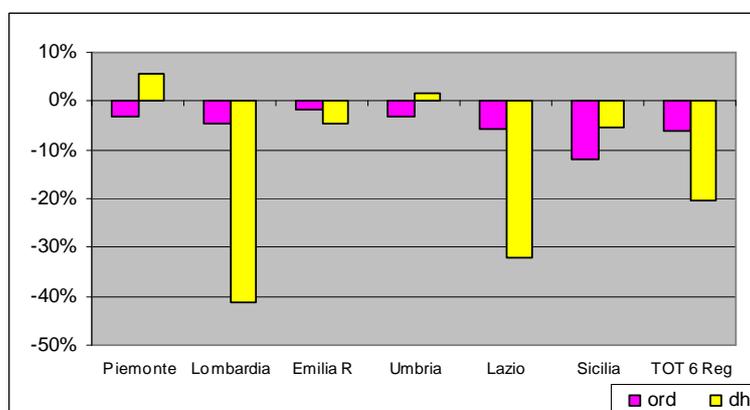


Figura 15: variazione percentuale dei ricoveri relativi a DRG a rischio di inappropriatelyzza

Le modalità organizzative del trattamento dei casi afferenti ai DRG a rischio di inappropriatelyzza sono differenti tra le regioni e variano tra gli anni 2006 e 2007. Nel grafico seguente viene evidenziata la proporzione di ricoveri ordinari brevi (con durata della degenza inferiore alle 48 ore) di cui è auspicabile il trasferimento verso il day hospital.

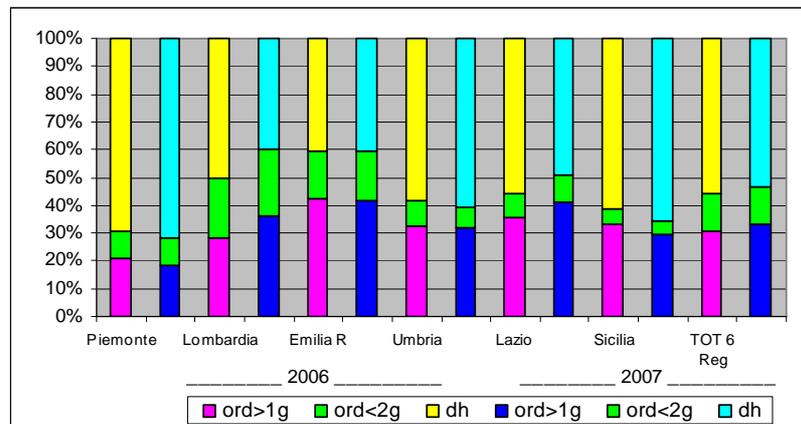


Figura 16: DRG a rischi di inappropriatelyzza, modalità di gestione dei ricoveri

Il più frequente dei DRG a rischio di inappropriatelyzza è il DRG 503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) che presenta nel biennio preso in esame variazioni molto difformi tra le singole regioni. Il numero di ricoveri in regime ordinario si riduce in tutte le regioni, con l'eccezione della Lombardia. Le modalità di gestione dei ricoveri presentano interessanti variazioni, ad esempio in Piemonte i ricoveri ordinari si riducono a causa della concomitanza tra contrazione dei ricoveri con durata della degenza superiore ad un giorno e incremento dei ricoveri con durata inferiore a 2 giorni.

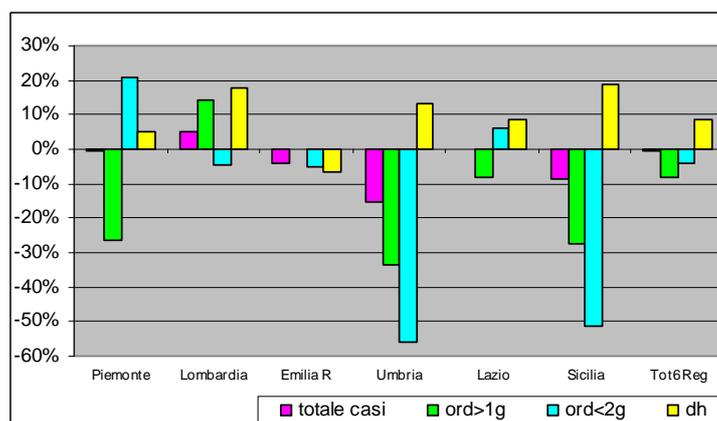


Figura 17: DRG 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione, variazione percentuale del volume di ricoveri (2006-2007)

Tra i DRG a rischio di inappropriatelyzza le maggiori variazioni si osservano per il DRG 6 (decompressione del tunnel carpale) ed per il DRG 39 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) che presentano in tutte le regioni forti riduzioni dei ricoveri in regime ordinario e di day hospital. La diversa entità delle variazioni tra le regioni deve essere interpretata in funzione del differente livello di attuazione dello spostamento del trattamento dei pazienti verso modalità di erogazione delle prestazioni di identica efficacia ma meno costosi. Così, ad esempio, l'elevatissima riduzione dei ricoveri per tali DRG

osservata per Lombardia e Lazio deve essere letta come conseguenza dell'avanzato livello raggiunto tra il 2006 ed il 2007 dal processo di orientamento delle prestazioni verso il comparto ambulatoriale, mentre in altre regioni è avvenuto precedentemente, come in Emilia Romagna e in altre, o è ancora in corso.

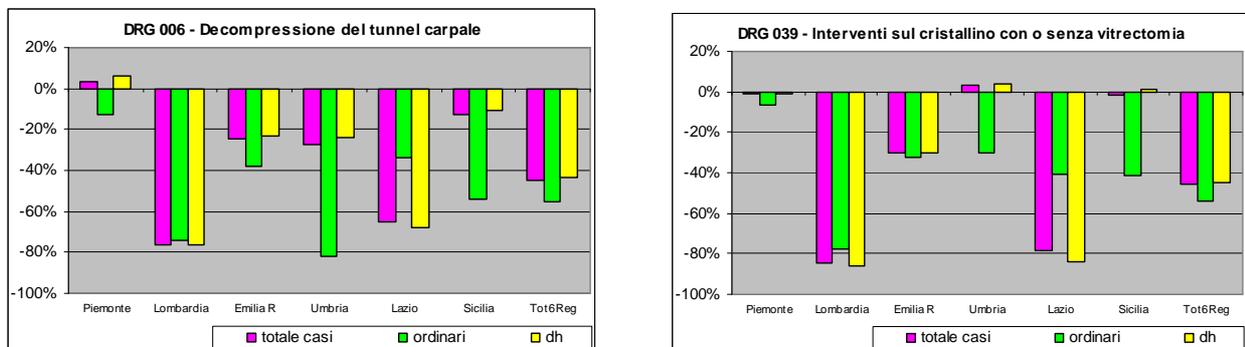


Figura 18 a-b: DRG 6 e 39, variazione percentuale del volume di ricoveri (2006-2007)

Per il DRG 119 la complessiva riduzione dei ricoveri è relativamente modesta ed è diversamente articolata tra le regioni: per tutte si osserva la riduzione dei ricoveri ordinari generalmente associata all'incremento del day hospital, con l'eccezione dell'Umbria dove le variazioni secondo il regime di ricovero sono di segno opposto. L'analisi dei ricoveri secondo il regime e la durata della degenza evidenzia ulteriormente la differente gestione dei ricoveri in Umbria, in cui, unica fra le regioni esaminate si incrementa, il volume di ricoveri ordinari con durata superiore ad 1 giorno.

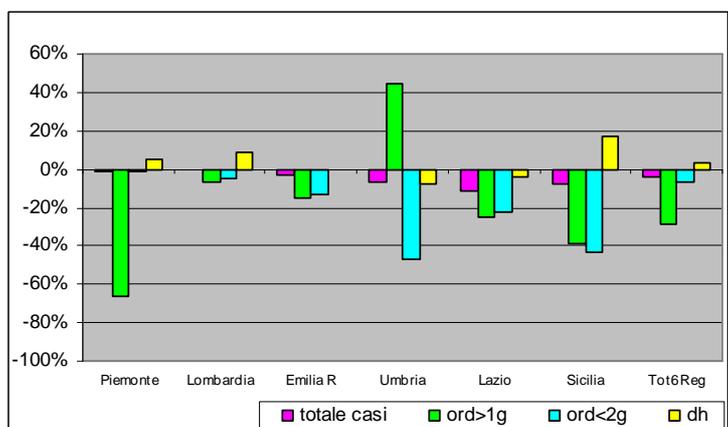


Figura 19: DRG 119 - Legatura e stripping di vene, variazione percentuale del volume di ricoveri (2006-2007)

Possibile impatto della nuova classificazione dei DRG a rischi di inappropriatazza

Applicando l'elencazione inserita nel DPCM LEA 2008, l'incidenza dei ricoveri a rischio di inappropriatazza aumenta sin quasi a raddoppiare, arrivando a rappresentare oltre il 30% dei ricoveri in regime ordinario, come rappresentato nel grafico con riferimento al I semestre 2007.

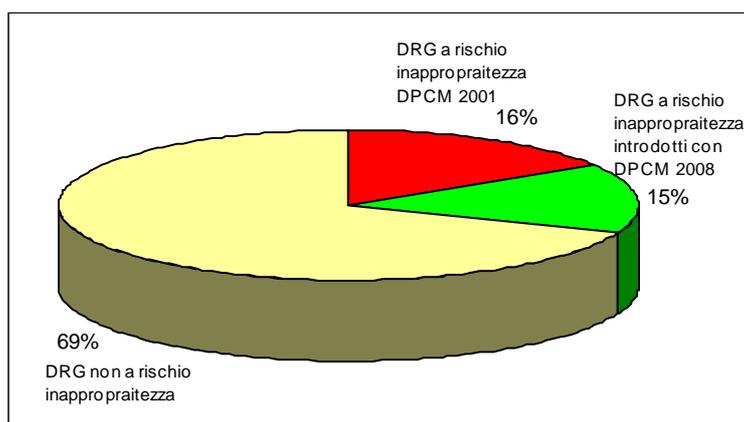


Figura 20: Percentuale ricoveri ordinari relativi a DRG a rischio di inapproprietezza – totale 6 regioni, 2007

Come è evidente dal grafico, la proporzione di ricoveri ordinari a rischio di inapproprietezza è differente tra le singole regioni

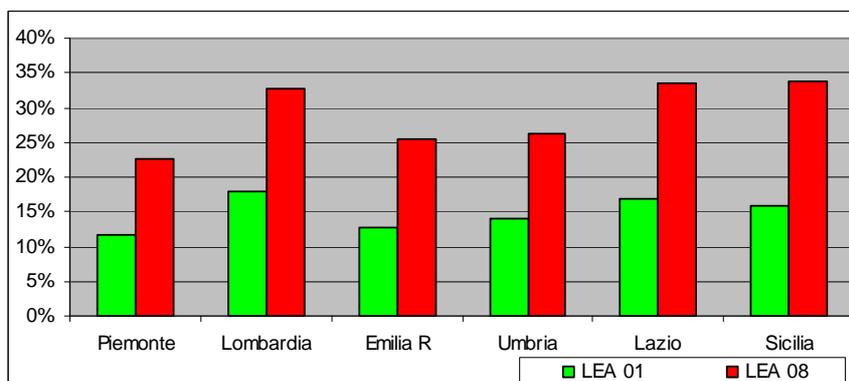


Figura 21: Percentuale ricoveri ordinari relativi a DRG a rischio di inapproprietezza per regione, 2007

Tra i primi 10 DRG a rischio di inapproprietezza per numerosità della casistica si trovano ben 4 dei DRG introdotti dall'elenco inserito nel DPCM LEA 2008: 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta), 88 (Malattia polmonare cronica ostruttiva), 139 (Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC), 381 (Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia), che rappresentano globalmente il 14% dei ricoveri ordinari relativi ai DRG a rischio di inapproprietezza (il 4,3% del complesso dei ricoveri ordinari).

Ove si considerino i primi 20 DRG a rischio di inapproprietezza per numerosità della casistica, i DRG di nuova introduzione sono addirittura 10 ed arrivano a rappresentare il 27% dei ricoveri a rischio di inapproprietezza (il 8,8% del complesso dei ricoveri ordinari), comprendendo, oltre ai precedenti, i DRG 60 (Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni), 70 (Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni), 227 (Interventi sui tessuti molli senza CC), 229 (Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC), 231 (Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore), 323 (Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni).

E' evidente che la casistica afferente ai 66 ulteriori DRG a rischio di inappropriatazza introdotti nell'elenco allegato al DPCM LEA 2008 rappresenta una importante quota di ricoveri ordinari, per i quali le regioni dovranno incentivare, definite adeguate soglie di ammissibilità, lo spostamento verso il regime di day hospital.

Sarà, quindi, inevitabile per le regioni riorganizzare la rete ospedaliera, prevalentemente (e tradizionalmente) strutturata per la gestione di ricoveri ordinari, garantendo comunque adeguati livelli di offerta in regime ambulatoriale.

Conclusioni

I principali fenomeni rilevati con l'analisi dei dati forniti dalle sei Regioni riguardano l'auspicata riduzione del complessivo volume di ricoveri per acuti, indipendentemente dal regime assistenziale, e, in particolare, la minore quota rappresentata dal day hospital.

I differenti livelli di cambiamento tra le Regioni costituiscono l'evidenza del diverso grado di evoluzione dei sistemi sanitari regionali e delle diverse politiche adottate. In alcune Regioni, per alcune patologie, sembra che il processo di de-ospedalizzazione sia stato attuato negli anni precedenti, come si deduce dalla bassa incidenza del relativo volume sul complesso dei ricoveri sia ordinari, sia di day hospital. In altre Regioni è evidente l'avanzato livello dello spostamento verso il regime ambulatoriale (de-ospedalizzazione) di alcune patologie, come si desume dalla riduzione dei relativi ricoveri, sia ordinari che di day hospital. In altre Regioni ancora, il processo di riorganizzazione dell'assistenza è avviato, come evidenzia lo spostamento dal ricovero ordinario al day hospital, ma non è ancora giunto a compimento.

Per tutte le Regioni tuttavia persistono, nonostante il trend decrescente, elevati volumi di ricoveri a rischio di inappropriatazza secondo la definizione del 2001, che sono destinati a raddoppiare adottando l'elenco contenuto nel testo del DPCM LEA 2008, attualmente in corso di registrazione.

La tempestività delle analisi dei dati 2006 e 2007, resa disponibile da Remolet, consente, sia alle Regioni che hanno contribuito con i propri dati sia alle altre Regioni, di disporre di informazioni per il reciproco benchmarking finalizzato alla valutazione dei propri sistemi sanitari.

Questa breve relazione è solo un primo momento di analisi: il lavoro si propone di essere uno strumento per le singole Regioni per ragionare sulle differenze riscontrate e cercarne le motivazioni che, in alcuni casi, saranno meritorie, ma in altri (speriamo pochi) consentiranno di individuare alcune inefficienze del sistema regionale.

Siamo consapevoli che, continuando ad operare in questa direzione, Remolet potrà fornire alle Regioni un importante strumento di confronto, ma sarà poi solamente la singola Regione che potrà connotare il dato con elementi esplicativi e soprattutto potrà trasformare le eventuali evidenze in programmi di cambiamento e di miglioramento.

Per questi motivi il gruppo ha voluto condividere tutte le tabelle originali fornite dalle singole Regioni con l'obiettivo di raccogliere, dopo questa prima descrizione elementare e sintetica, non solo commenti ma anche analisi effettuate dai vari partecipanti a Remolet.

L'avvio di tale processo sarebbe il vero segnale di buon funzionamento di questo nuovo modo di condividere in rete le informazioni in modo tempestivo.

 ***Torna indietro***