

Descrizione della casistica e indicatori di attività - Anno 1996

La classificazione della casistica ospedaliera secondo il sistema [D.R.G. \(Diagnosis Related Groups\)](#) consente di rappresentare l'attività degli istituti di cura secondo modalità che associano alla sostanziale coerenza dal punto di vista clinico una rilevante capacità sintetica: infatti, tutta la casistica ospedaliera è raggruppata in 489 classi di pazienti, definite essenzialmente sulla base della diagnosi principale di dimissione e degli interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso del ricovero.

L'utilizzo del sistema di classificazione D.R.G. consente, pertanto, sia di rappresentare esaustivamente la casistica mediante modalità sufficientemente sintetiche, sia di valutare la performance degli istituti di cura, attraverso la comparazione della degenza media specifica per D.R.G.: infatti, i pazienti raggruppati in uno stesso D.R.G. sono tra loro confrontabili relativamente alla tipologia ed all'intensità delle risorse impiegate nel corso del ricovero ospedaliero e, quindi, sono confrontabili relativamente alla durata media della degenza, che rappresenta un affidabile descrittore delle risorse consumate nel corso del ricovero ospedaliero.

In questa sezione sono riportate alcune modalità di rappresentazione finalizzate ad evidenziare sia le principali tipologie cliniche, e le relative frequenze, dei pazienti trattati negli istituti di cura, sia alcuni indicatori di attività.

1. RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO

- 1.1. Proporzione di dimissioni e di giornate di degenza per [Categoria Diagnostica Maggiore \(M.D.C. - Major Diagnostic Categories\)](#); le M.D.C. costituiscono i grandi raggruppamenti clinici in cui si articola il sistema D.R.G.: tale rappresentazione consente di evidenziare le frequenze relative delle grandi tipologie cliniche dei pazienti trattati negli istituti di cura; la maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 1996 sono state rilevate relativamente alle seguenti M.D.C.: malattie dell'apparato cardiocircolatorio (12,7 %), malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,1 %), malattie dell'apparato digerente (11,0 %), gravidanza, parto e puerperio (7,6 %), malattie del sistema nervoso (7,2 %).

A conferma della sostanziale rappresentatività della base dati SDO, malgrado le residue incompletezze, la distribuzione della casistica per Categorie Diagnostiche rilevata nel 1996 è sovrapponibile a quanto evidenziato nel 1995.

- 1.2. Distribuzione della casistica per D.R.G.: per ciascun D.R.G. è riportata la numerosità dei casi trattati e delle giornate di degenza assorbite, la [degenza media](#) e la [degenza media "entro il valore soglia"](#) (ovvero la degenza media calcolata esclusivamente sui casi la cui durata di degenza non sia superiore al valore soglia), il valore soglia (ovvero il valore, statisticamente determinato, al di sopra del quale i casi sono considerati "anomali" per [durata della degenza](#)).

Inoltre, è riportata la distribuzione dei casi per durata della degenza, secondo una periodizzazione significativa rispetto alle modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere previste dal D.M. 15 aprile 1994; in particolare: proporzione di casi la cui durata di degenza sia inferiore a 48 ore ("casi di 1 giorno"); proporzione di casi con durata di degenza compresa fra 48 ore e 3 giorni; proporzione di casi con durata di degenza compresa fra 4 giorni ed il valore soglia; proporzione di casi la cui durata di

degenza supera il valore soglia.

Allo scopo di evidenziare la casistica prevalente, in termini di numerosità dei casi trattati negli istituti di cura sono anche riportati, in ordine decrescente di frequenza:

- i primi 30 D.R.G. per numerosità delle dimissioni, i quali descrivono il 34,4 per cento del complesso della casistica trattata nei reparti per acuti;
- i primi 30 D.R.G. chirurgici per numerosità delle dimissioni, i quali descrivono il 65,0 per cento della casistica chirurgica;
- i primi 30 D.R.G. medici per numerosità delle dimissioni, i quali descrivono il 44,8 per cento della casistica medica;
- i primi 100 interventi chirurgici, che evidenziano i tipi di intervento chirurgico più frequentemente effettuati negli ospedali italiani (sono stati considerati "interventi chirurgici" quelle procedure riportate nella "Classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche", identificate come "Operating room procedures" nella decima revisione del sistema DRG; nei casi in cui, nel corso dello stesso ricovero, sia stato effettuato più di un intervento chirurgico è stata selezionata la procedura chirurgica riconosciuta di maggiore complessità dal sistema D.R.G.). I primi 100 interventi chirurgici, così selezionati, descrivono il 62,37% del complesso dei casi chirurgici;
- le prime 100 diagnosi principali, classificate secondo il sistema ICD-9-CM, le quali descrivono oltre il 44,3 per cento dei casi di ricovero in regime ordinario nei reparti per acuti.

- 1.3. Gli indicatori sintetici di attività, calcolati a livello regionale, consentono di valutare comparativamente sia la complessità della casistica trattata negli istituti di cura di ciascuna regione sia la relativa efficienza operativa.

Tali dati devono essere interpretati con prudenza, in considerazione del fatto che da parte di alcune regioni sono stati trasmessi dati ancora parziali.

La degenza media varia tra un minimo di giorni 6,4 (Campania) e un massimo di 9,2 (Piemonte). E' interessante rilevare che le due regioni citate risultano anche nel 1995 collocate rispettivamente al minimo e al massimo della distribuzione regionale delle durate medie di degenza.

L'[indice di case mix](#) esprime la complessità della casistica trattata: il valore più elevato (1,10) si registra in Friuli Venezia Giulia; le casistiche di minore complessità risultano trattate in Puglia e Sardegna (0,88). Nell'anno 1995 il valore di I.C.M. più elevato si registrava in Friuli Venezia Giulia, Lombardia ed Emilia Romagna.

E' opportuno ricordare che tali dati possono rivelare, piuttosto che effettive differenze nelle condizioni cliniche dei pazienti, differenti livelli di accuratezza nella compilazione delle S.D.O.

L'[indice comparativo di performance](#) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, previa standardizzazione della casistica. In sintesi, se l' I.C.P. è superiore a 1, l'efficienza operativa è peggiore rispetto al riferimento (rappresentato dall'insieme degli istituti di cura italiani); se l' I.C.P. è inferiore a 1, l'efficienza

operativa è migliore rispetto al riferimento.

2. RICOVERI PER ACUTI IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

La distribuzione per M.D.C. dei ricoveri diurni per acuti si differenzia dalla analoga distribuzione dei ricoveri in regime ordinario: le categorie diagnostiche maggiormente rappresentate nella casistica di ricovero diurno relativamente al numero di giornate erogate sono: le malattie del rene e delle vie urinarie, le malattie e i disturbi mieloproliferativi e le neoplasie scarsamente differenziate, le malattie della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella, le malattie dell'apparato digerente.

Il 64,6 per cento dei casi di ricovero diurno risultano rappresentati da accessi singoli.

Oltre il 50 per cento dei ricoveri diurni sono descritti da 30 D.R.G.; fra questi solo tre sono di tipo chirurgico.

Anche per la casistica trattata in regime di ricovero diurno sono riportati gli interventi chirurgici più frequentemente effettuati (i primi 30 interventi chirurgici descrivono il 58,7 per cento della casistica trattata in day surgery) e le diagnosi principali più frequentemente trattate (le prime 30 diagnosi principali descrivono il 28,8 per cento dei casi trattati in ricovero diurno).

3. RICOVERI DI RIABILITAZIONE

Come già indicato, la casistica di riabilitazione è identificata sulla base del reparto di dimissione, oppure sulla base dell'istituto di ricovero.

La distribuzione per MDC della casistica di riabilitazione evidenzia l'attesa prevalenza delle categorie diagnostiche relative alle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (39,9 per cento dei casi di riabilitazione), malattie del sistema nervoso (23,0 per cento), malattie dell'apparato circolatorio (13,5 per cento).

Rispetto alla distribuzione della casistica di riabilitazione evidenziata nel 1995 risulta sensibilmente aumentata la proporzione di casi attribuiti alla MDC 8 (malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) e alla MDC 23 (fattori che influenzano lo stato di salute).

I primi 10 D.R.G. per numerosità delle dimissioni descrivono il 55,6 per cento dei casi di riabilitazione.

4. RICOVERI DI LUNGODEGENZA

Nel 1996 sono stati rilevati 33.711 ricoveri di lungodegenza con una degenza media pari a giorni 34,9. Rispetto all'anno precedente, il numero di casi è aumentato del 9,8 per cento; la degenza media è aumentata del 12,6 per cento. Appare opportuno ricordare che la remunerazione delle attività di lungodegenza è tuttora correlata al numero di giornate erogate e non al numero e al tipo di casi trattati.

5. DISTRIBUZIONE DELLA CASISTICA ED INDICATORI DI ATTIVITA' PER DISCIPLINA

Per le singole unità operative, risulta molto utile confrontare la performance con valori di riferimento calcolati in insiemi omogenei.

A tale fine, si riportano la distribuzione dei casi, la degenza media e il valore di complessità della casistica calcolati sull'insieme dei reparti relativi alla stessa disciplina. L'unità di assegnazione è, come al solito, rappresentata dal reparto di dimissione: pertanto, i dati

riportati risentono della approssimazione relativa al fatto che tutta la durata della degenza è attribuita al reparto di dimissione, anche se nel corso del ricovero vi siano stati trasferimenti in altri reparti. Questa approssimazione risulta soprattutto accentuata, in termini di sottostima dell'attività effettivamente erogata, per quelle discipline, quali ad esempio le unità intensive, che prevalentemente non dimettono, ma trasferiscono ad altro reparto i pazienti trattati.

Gli indicatori specifici per disciplina sono stati calcolati separatamente per le sole aziende ospedaliere e per l'insieme degli istituti di cura, ivi comprese le aziende ospedaliere stesse.