

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO - DATI SDO 2002

1. COMPLETEZZA E QUALITÀ DELLA RILEVAZIONE SDO

La completezza delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ha raggiunto ormai un buon livello grazie alla stretta collaborazione instaurata tra il Ministero e le Regioni e Province autonome. L'ottima copertura del flusso informativo è confermata dal numero di istituti di ricovero rilevati e delle schede trasmesse.

La congruità e l'accuratezza della compilazione delle SDO possono essere esaminate mediante l'analisi della frequenza degli errori logico-formali riscontrati in fase di acquisizione e del numero medio di diagnosi e di interventi/procedure presenti sulla scheda stessa [v. pag. 23].

L'evoluzione della rilevazione SDO nel tempo è sintetizzata e descritta, per gli anni 1996-2002, attraverso i principali indici di completezza e di qualità [v. pag. 24].

Negli ultimi anni è stata consolidata, da parte del Ministero della salute, una metodologia di validazione dei dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome. Il Ministero comunica gli errori riscontrati con le procedure informatizzate di controllo logico-formali e i referenti regionali, che svolgono il ruolo di validatori "primari" delle proprie informazioni, procedono con ulteriori verifiche ed eventualmente integrano e correggono i dati trasmessi.

Anche nell'anno 2002 si è ottenuta una bassa frequenza di errori (5,9% le schede errate), solo lievemente superiore rispetto agli anni precedenti; l'aumento di schede errate è attribuibile all'errore o alla mancanza dell'informazione sulla data dell'intervento principale, riscontrato nei dati della Regione Sicilia.

Come ormai da diversi anni, le schede sono state trasmesse da tutte le 21 Regioni e Province autonome, per un totale di 1.397 istituti invianti.

La percentuale di istituti rilevati è del 96,3%; gli istituti pubblici sono però il 99% di quelli risultanti nell'anagrafe del Sistema Informativo Sanitario, mentre i privati sono il 92,6%.

Il Ministero della salute ha segnalato alle Regioni il mancato adempimento dell'obbligo informativo da parte di alcuni istituti, prevalentemente case di cura private. In seguito a tale segnalazione sono pervenute da parte di alcune regioni le integrazioni richieste.

La qualità delle informazioni rilevate attraverso la SDO viene confermata anche nell'anno 2002: oltre alla bassa percentuale delle schede errate (5,9%) si registra una proporzione degli errori riscontrati, rispetto a tutti i controlli di congruità effettuati, pari al 6,2%, lievemente superiore

rispetto agli anni precedenti. Dopo il miglioramento ottenuto nell'anno 1999, gli errori riscontrati nei campi relativi alla USL e alla Regione di provenienza, sono complessivamente costanti.

Nel periodo 1997-2002, si osserva ancora una riduzione della percentuale di errori riscontrati in relazione alla diagnosi principale ¹ e a tutte le altre variabili cliniche (diagnosi secondarie, interventi chirurgici e procedure) [v. pag. 25].

A causa degli errori rilevati in alcune variabili del flusso, non tutte le Schede di dimissione acquisite risultano utilizzabili per le elaborazioni della presente pubblicazione; conseguentemente, il numero di SDO riportato nelle singole elaborazioni può risultare leggermente variabile e non coincidere con il totale complessivo di SDO acquisite.

L'accuratezza della rilevazione delle variabili cliniche della SDO è stata valutata attraverso il numero medio di diagnosi riportate per scheda (calcolato dividendo il numero complessivo di diagnosi principali e secondarie nel complesso riportate, per il numero totale di SDO) e il numero medio di interventi chirurgici e/o di procedure diagnostiche e terapeutiche riportati in ciascuna singola scheda².

Il numero medio delle diagnosi in regime di ricovero ordinario per acuti è sostanzialmente stabile essendo pari a 2,1 per singola scheda; per la riabilitazione è in lieve aumento (2,8) mentre nella lungodegenza è costante (2,9). Discrete variazioni si registrano tra istituti pubblici e privati, permanendo un maggior numero di diagnosi mediamente registrate negli istituti pubblici, per quanto riguarda il ricovero per acuti, sia ordinario che di day hospital e per il ricovero di lungodegenza [v. pag. 27].

Anche per quanto riguarda il numero medio di interventi e/o procedure per scheda si registra un lieve aumento tra i ricoveri per acuti in regime di ricovero ordinario, con valore pari ad 2,0 (nel 2001: 1,9); aumento riscontrabile sia negli istituti pubblici (1,9) che in quelli privati (2,3) [v. pag. 28].

Anche per i ricoveri in regime di day hospital, si osserva nel 2002, un lieve incremento rispetto all'anno precedente nel numero medio di interventi e/o procedure per SDO pari ad 1,8, senza particolari differenze tra istituti pubblici e privati.

¹ A partire dall'1.1.2001, il riferimento uniforme per la codifica di diagnosi ed interventi chirurgici è costituito, ai sensi del D.M. 27.10.2000, dall'ICD 9 CM, versione italiana 1997.

² Per una corretta interpretazione di tali valori è opportuno ricordare che il D.M. 27 ottobre 2000 ha previsto che nella SDO sia riportata sempre la diagnosi principale, nonché, ove siano segnalate nella rispettiva cartella clinica, le diagnosi concomitanti o complicanti fino ad un massimo di cinque (precedentemente fino ad un massimo di tre).

Analogamente, il citato decreto ha previsto che nella SDO siano riportati tutti gli interventi chirurgici effettuati nel corso del ricovero, nonché le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, fino ad un massimo di sei (l'intervento principale e 5 altri interventi o procedure). Nella sezione interventi/procedure sono rilevate tutte le procedure codificabili attraverso l'ICD 9 CM, indipendentemente dal tipo e dal fatto che esse condizionino o meno l'attribuzione dei DRG.

Tra le diverse Regioni, restano costanti le differenze in merito a tali indicatori di accuratezza: per i ricoveri per acuti in regime ordinario, il numero medio di diagnosi per scheda varia da un valore minimo di 1,8 della P.A. di Bolzano ad un massimo di 2,4 del Friuli Venezia Giulia e del Molise; nelle SDO relative ai ricoveri per acuti in day hospital, il numero medio di diagnosi per scheda varia da un minimo di 1,4 della P.A. di Bolzano e P.A. di Trento ad un massimo di 2,1 del Molise. Il numero medio di interventi e/o procedure per SDO nelle attività per acuti in regime ordinario varia da un minimo di 1 in Umbria ad un massimo di 2,5 in Basilicata.

2. DATI ED INDICATORI COMPLESSIVI DI ATTIVITA'

2.1 Dati generali e trend [v. pag. 29-34].

Vengono presentati in modo sinottico alcuni indici generali di attività, che consentono di valutare l'andamento delle attività nel tempo [v. pag. 31]. Il numero totale dei dimessi rilevati è pari a 12.948.710; il numero delle giornate di degenza è di 80.393.353. Rispetto all'anno precedente si osserva un lieve aumento del numero complessivo dei ricoveri (circa 9.000) ed una decisa riduzione delle giornate di degenza (1 milione e 32 mila).

Analizzando dettagliatamente il tipo di attività dei ricoveri per acuti, si rileva che il saldo positivo è dovuto al netto aumento dei day hospital (circa 263.000 casi in più) ed alla diminuzione dei ricoveri ordinari (279.700 casi in meno); più contenuti sono, invece, gli aumenti della riabilitazione (3.000) e della lungodegenza (quasi 8.000). C'è ancora un incremento nel numero dei neonati sani (15.800) in parte ascrivibile ad una più corretta identificazione (attraverso diverse prassi di codifica clinica) rispetto al neonato patologico.

Come per l'anno precedente, alla riduzione del numero dei ricoveri ordinari di quasi 303.000 dimissioni nel settore pubblico, si contrappone un aumento di quasi 24.000 casi nelle strutture private.

L'aumento dei ricoveri per acuti in day hospital è dovuto sia agli istituti pubblici (circa 208.700 casi in più) sia a quelli privati (52.500).

Le giornate di presenza in day hospital (nelle discipline per acuti) aumentano di oltre 635.000 rispetto al 2001.

Sia in riabilitazione che in lungodegenza si registrano fluttuazioni meno consistenti che negli anni precedenti, con un leggero aumento in termini di casi trattati, influenzato anche da aspetti di variabilità nella classificazione di queste attività.

Sia nella riabilitazione che nella lungodegenza si osserva un aumento delle giornate di degenza, rispettivamente pari a 500.000 e a 300.000.

<i>Tipologia di attività</i>	<i>2000</i>		<i>2001</i>		<i>2002 (*)</i>	
	<i>dimessi</i>	<i>giornate</i>	<i>dimessi</i>	<i>giornate</i>	<i>dimessi</i>	<i>giornate</i>
Acuti – Degenza ordinaria	9.299.703	64.718.767	9.158.928	62.275.391	8.878.595	59.449.206
Acuti – D. H.	2.673.687	7.609.503	3.042.564	8.370.923	3.302.961	9.004.920
Riabilitazione -D. Ordinaria	220.801	5.788.375	246.896	6.177.128	252.309	6.619.688
Riabilitazione - D. H.	49.040	496.669	55.030	549.349	51.573	594.680
Lungodegenza	74.238	2.553.670	80.422	2.752.131	88.103	2.821.328
Neonati sani	320.733	1.150.955	354.382	1.258.257	369.760	1.285.532
Totale	12.637.847	82.317.939	12.938.222	81.383179	12.943.301	79.775.354

(*) sono escluse 5.409 schede, pari a 617.999 giornate di degenza, con regime di ricovero assente o errato.

La degenza media dei ricoveri per acuti mostra una lenta e progressiva riduzione attestandosi su 6,7 giorni; le attività mostrano una sempre maggior complessità (peso medio pari a 1,18), da attribuire in parte ad una migliore qualità della codifica clinica.

Il maggior utilizzo del day hospital rispetto al ricovero ordinario è mostrato da un rapporto tra le due attività, espresso in termini di giornate di degenza, nettamente crescente; nell'anno 2002 tale rapporto è pari a 15,1 (nel 2001: 13,4).

Per la globalità dei ricoveri il settore pubblico realizza l'85,7% delle dimissioni (nel 2001: 86,3%); per il dettaglio delle discipline per acuti il valore è leggermente inferiore ed è pari all'84,7% (nel 2001: 85,4%). Per i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, la distribuzione tra pubblico e privato è più bilanciata e pari rispettivamente a 49,1% e 50,9% (nel 2001: 47,8% e 52,2%); nella lungodegenza, la stessa distribuzione è analoga all'anno precedente e cioè a 55,1% e 44,9%.

2.2 Ricoveri nelle discipline per acuti [v. pag. 35-39]

Il 94,1% dei ricoveri ospedalieri avviene nelle discipline per acuti; di questi, il 73% riguarda il regime di degenza ordinaria ed il 27,5% il regime di ricovero diurno.

Nell'anno 2002 si sono registrati nelle discipline per acuti quasi 8,9 milioni di ricoveri ordinari e 3,3 milioni di ricoveri in day hospital. La riduzione rispetto all'anno precedente dei ricoveri per acuti in regime ordinario avviene in quasi tutte le Regioni, mentre un evidente aumento si registra in Sicilia ed in Sardegna rispettivamente di 42.000 e 12.700 casi. L'aumento della regione Sicilia potrebbe comunque attribuirsi ad una maggiore completezza degli istituti invianti.

Il rilevante aumento dell'attività di day hospital si registra in molte Regioni, e soprattutto in Lombardia (+ 43.000), nel Lazio (+55.000), in Piemonte (+26.000), in Campania (+47.500) e in Sicilia (+67.000).

Si osservano però anche riduzioni in Friuli V.G., Emilia R., Umbria, Marche e Puglia, regioni che hanno comunque ridotto l'ospedalizzazione complessiva .

Nelle aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta si effettuano circa il 74% dei ricoveri per acuti in regime ordinario ed oltre il 76% dei ricoveri in day hospital. In termini di giornate di degenza, queste proporzioni corrispondono al 75,5% per i ricoveri in regime ordinario per acuti e 80,6% dei day hospital.

Policlinici universitari ed IRCSS effettuano per acuti, rispettivamente, il 2,9% ed il 3,9% dei ricoveri ordinari ed il 6,2% e 6,3% dei day hospital, con modifiche minime rispetto all'anno precedente.

Le case di cura accreditate svolgono nelle discipline per acuti il 14,4% delle attività di ricovero ordinario ed il 7,6 % delle attività di day hospital.

Relativamente al settore per acuti, le differenze regionali nelle distribuzioni per tipo di istituto, confermano che i ricoveri ordinari sono effettuati con maggiore frequenza nel settore privato nell'area centro meridionale, con valori massimi in Campania (27,1%) e Calabria (26,3%); in Puglia invece si osserva la maggior frequenza di ricoveri in day hospital in strutture private (16,6%).

2.2.1 Ricoveri per acuti in regime ordinario

Nel 2002 si sono svolti in modalità ordinaria circa 8.879.000 ricoveri ed oltre 59.451.000 giornate di degenza.

Nelle tabelle di pag. 40 e 41 viene esaminata in maggior dettaglio la distribuzione dei ricoveri secondo le fasce di durata della degenza corrispondenti alle classi di remunerazione previste dal D.M. 30.6.1997. Inoltre è stata differenziata la componente medica da quella chirurgica dell'attività. Il rapporto tra componente medica e componente chirurgica dell'attività di ricovero per acuti in quanto a numero di casi dimessi, continua a diminuire nel tempo e nel 2002 è risultata pari a 1,7 (nel 1998 lo stesso indice era pari a 2,3).

Anni	dimessi con DRG medico o n.c.			dimessi con DRG chirurgico			rapporto casi con DRG medico o n.c. su casi con DRG chirurgico
	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	
1998	21,1	11,1	67,8	14,6	8,6	76,9	2,30
1999	21,8	10,7	67,5	17,3	9,9	72,8	2,10
2000	23,1	10,3	66,6	20,7	10,2	69,1	1,96
2001	25,3	9,9	64,8	24,2	10,1	65,7	1,84
2002	26,2	9,7	64,1	28,7	10,2	61,1	1,72

L'85,1% dei ricoveri in modalità ordinaria ha una durata di degenza compresa tra 2 giorni ed il valore soglia. La percentuale di casi con durata della degenza oltre il valore soglia è molto bassa in tutte le Regioni, con un valore medio dell'1,3%.

In termini di MDC (categorie diagnostiche maggiori), la maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 2002 è riferita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,1%), malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (11,8%), malattie dell'apparato digerente (10,5), gravidanza, parto e puerperio (8,6%), malattie del sistema nervoso (7,5 %) [v. pag. 42]. La distribuzione della casistica per MDC rilevata nel 2002 è sovrapponibile a quella registrata negli anni precedenti.

La riduzione del numero di dimissioni tra i ricoveri per acuti in regime ordinario riguarda quasi tutte le MDC, ed in particolare le malattie dell'occhio, le malattie dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola, le malattie dell'apparato digerente e le malattie della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella. Un incremento di oltre 20.000 casi si registra invece, nelle malattie dell'apparato respiratorio e di 7.000 nelle malattie infettive e parassitarie.

Per un'analisi di maggiore dettaglio di ciascuno dei 489 DRG, viene riportato un prospetto analitico [v. pag. 43] con la numerosità dei casi trattati e delle giornate di degenza, la degenza media e la degenza media "entro il valore soglia"³, il valore soglia⁴.

E', inoltre, riportata la distribuzione dei casi per durata della degenza, utilizzando una classificazione legata alle modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere previste dal D.M. 30.6.1997 e alle specifiche necessità di controllo dei ricoveri con durata breve (2-3 giorni). Da tale prospetto, riferito ai ricoveri ordinari, è escluso il DRG 391, relativo ai neonati normali, che viene analizzato separatamente in un settore ad hoc del rapporto.

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 60 DRG, medici e chirurgici, con maggiore numerosità delle dimissioni [v. pag. 64] ; per questo gruppo di DRG la frequenza cumulativa sul totale dei casi raggiunge il 51,6% in termini di dimissioni ed il 45,3% in termini di giornate di degenza.

In termini di posizioni tra i DRG più frequenti (rango) viene confermata parzialmente, la composizione della casistica osservata negli anni precedenti.

³ degenza media calcolata esclusivamente sui casi la cui durata di degenza non sia superiore al valore soglia

Graduatoria dei primi 10 DRG – anni 2001-2002

DRG	2002	2001	Posizione
1) 373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	321.698	322.962	1)
2) 127 Insufficienza cardiaca e shock	186.291	177.276	3)
3) 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	173.085	229.316	2)
4) 371 Parto cesareo senza complicazioni	156.906	160.440	5)
5) 183 Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	130.570	176.610	4)
6) 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	122.785	129.938	6)
7) 014 Mal. cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	119.158	118.730	8)
8) 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	111.453	116.911	9)
9) 088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	111.363	112.739	11)
10) 222 Interventi sul ginocchio senza CC	110.314	113.958	10)

Analizzando nel particolare le prime posizioni, emergono le seguenti osservazioni:

- ❑ DRG con netto calo di dimissioni (oltre 15.000 casi in meno): 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), 183 (esofagite, gastroenterite e miscellanea, età >17, senza CC), 243 (affezioni mediche del dorso), 184 (esofagite, gastroenterite e miscellanea, età >18);
- ❑ DRG con calo moderato di dimissioni (tra 5.000 e 15.000 casi in meno): 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, >17 anni, senza CC); 381 (aborto con dilatazione e raschiamento), 134 (ipertensione), 119 (legatura e stripping di vene);
- ❑ DRG con netto aumento delle dimissioni (oltre 10.000 casi in più): 371 (parto cesareo senza complicazioni), 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea), 087 (edema polmonare e insufficienza respiratoria);
- ❑ DRG con moderato aumento delle dimissioni (tra 5.000 e 10.000 casi in più): 127 (insufficienza cardiaca e shock), 209 (interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori), 316 (insufficienza renale);
- ❑ DRG sostanzialmente stabili: 373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti), 410 (chemioterapia non associata a diagnosi sec. di leucemia acuta), 014 (malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA), 359 (interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC), 088 (malattia polmonare cronica ostruttiva), 222 (interventi sul ginocchio senza CC), 430 (psicosi), 198 (colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza CC), 139 (aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC), 379 (minaccia di aborto).

4 valore al di sopra del quale i casi sono considerati "anomali" per durata della degenza

Attraverso l'utilizzo degli ACC ⁵ (aggregati clinici di codici) è possibile raggruppare codici in classi che descrivono, in modo sintetico, entità clinicamente affini di diagnosi e di intervento. Nei 259 gruppi di diagnosi e nei 231 gruppi di interventi/procedure confluiscono gli oltre 15.500 codici ICD 9 CM.

I primi 50 ACC [v. pag. 66] di diagnosi sintetizzano il 55,2% dei casi trattati; attraverso i primi 50 ACC di intervento/procedura si descrive il 66,9% degli interventi/procedure principali effettuati.

2.2.2 Ricoveri per acuti in regime di ricovero diurno

Il numero dei ricoveri di day hospital, rilevato nel 2002, è stato di quasi 3,303 milioni di casi con un incremento, rispetto all'anno precedente, di oltre 261.000 casi, distribuito in molte Regioni.

In termini di numero di dimessi, il 27 % dei casi trattati in reparti per acuti avviene in Day hospital. L'indicatore mostra [v. pag. 40] il permanere della variabilità tra le Regioni nell'utilizzo di tale modalità assistenziale: il valore massimo è registrato in Liguria (35,5%); valori uguali o superiori al 25% si registrano in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sicilia e Sardegna, mentre P.A. di Bolzano, Molise e Puglia hanno valori inferiori al 15%; tuttavia, rispetto agli anni precedenti, si conferma la tendenza ad un progressivo incremento dell'incidenza di tale attività in quasi tutte le Regioni del centro-sud, ad eccezione della Puglia.

Non si evidenzia una sostanziale differenza tra il settore chirurgico e quello medico. La day surgery non supera ancora il 29% di tutti i casi chirurgici.

La distribuzione per MDC [v. pag. 70] dei ricoveri diurni per acuti si differenzia dalla analoga distribuzione dei ricoveri in regime ordinario: le categorie diagnostiche maggiormente rappresentate, in termini di numero di giornate erogate, sono costituite dalle malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (+149.000 giornate di presenza, rispetto all'anno precedente), dalle malattie dell'occhio (+168.000), dalle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del connettivo (+50.000), dalle malattie della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella (+34.000) e dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (+50.000) .

Il 57,5% dei casi di ricovero diurno è costituito da accessi singoli.

I 30 DRG più frequenti rappresentano il 55,3% dei ricoveri diurni; di questi, quattordici dei quali sono di tipo chirurgico, tre in più rispetto all'anno 2001, corrispondenti al DRG 231 (esciss. locale e rimoz. di mezzi di fissaggio in tram.) 359 (interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne), 360 (interventi su vagina, cervice e vulva) [v. pag. 71].

Tra i DRG più frequenti, in termini di numero di dimissioni, si nota, rispetto all'anno precedente:

⁵ Gli ACC sono stati sviluppati presso l'AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality - statunitense con l'acronimo CCS (Clinical Classifications Software)⁵ che ne ha autorizzato l'utilizzo con l'acronimo ACC.

- un aumento marcato per il DRG 39 (interventi sul cristallino) che mostra un incremento di oltre 86.000 casi; un consistente aumento per il DRG 381 (aborto con dilatazione e raschiamento) (+14.000 casi), per il DRG 266 (trapianto di pelle e/o sbrigliamento, senza CC) (+10.000 casi), per il DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) (+12.000), per il DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni, senza CC) (+13000), per il DRG 119 (interventi di stripping e legatura di vene) (+11.000), per il DRG 222 (interventi sul ginocchio senza CC) (+10.000);
- un incremento modesto si osserva per il per il DRG 410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) (+9.000 casi), DRG 364 (dilatazione e raschiamento) (+6.000), 229 (interventi su mano e polso, senza CC) (+7.000).

Anche per la casistica trattata in regime di ricovero diurno sono riportati gli ACC più frequenti sia per le diagnosi che per gli interventi/procedure [v. pagg. 72 e 74].

I primi 50 ACC di intervento/procedura descrivono l'81,3% della casistica trattata, mentre i primi 50 ACC relativi alle diagnosi principali descrivono il 69,4% dei casi trattati.

2.3 Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza [v. pag. 77-87]

Il numero di dimessi nelle discipline di riabilitazione⁶ è stato pari, nel 2002, a 252.309 in regime ordinario e 51.573 in regime diurno. Il lieve aumento, rilevato rispetto all'anno precedente, è attribuibile all'effetto combinato degli incrementi verificatisi in Piemonte, Lombardia, Liguria, Abruzzo e Sicilia e di diminuzioni registrate nelle regioni Lazio, Campania e Puglia.

La riabilitazione in modalità diurna risulta in diminuzione rispetto all'anno 2001 e costituisce il 17% del totale dell'attività riabilitativa.

Sia per il regime ordinario che per il day hospital circa la metà dei ricoveri per riabilitazione avviene in ambito pubblico. Solo l'1,6% dell'attività riabilitativa si svolge nel settore privato non accreditato (in regione Campania la distribuzione percentuale evidenzia quest'ultimo valore al 26,4%).

Nella riabilitazione ordinaria, quasi il 94,% dei dimessi rientra nella classe di giornate di degenza tra 0 e 60 giorni, e pertanto solo il 6,% ha una degenza superiore a 60 giorni.

La distribuzione per MDC dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario riguarda soprattutto tre gruppi nosologici: le malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (39,9%), le malattie del sistema nervoso (23,9%), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (16,5%), con sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti [v. pag. 84].

I primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni descrivono l'87,6% della casistica trattata [v. pag. 85].

⁶ Per dimessi nelle discipline di riabilitazione si intendono i pazienti delle discipline Unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, neuroriabilitazione, sia i pazienti degli istituti con attività esclusiva di riabilitazione

Per quanto riguarda la riabilitazione in day hospital, le principali MDC trattate seguono quelle del regime ordinario, con un maggiore peso relativo delle malattie del sistema nervoso rispetto a quelle muscoloscheletriche [v. pag. 86].

I ricoveri di lungodegenza sono stati, nel 2002, 88.103 e si è osservato un incremento, rispetto all'anno 2001, di 8.000 casi e di circa 284.000 giornate di degenza. L'incremento è stato più evidente nelle regioni Campania, Emilia R. e nelle Marche, mentre si è registrata una riduzione in Piemonte, Provincia A. di Trento e in Veneto. E' possibile che anche per quest'anno alcune fluttuazioni osservate nell'attività siano in parte dovute a modifiche della classificazione di tali attività nelle singole Regioni.

Gli ospedali a gestione diretta effettuano il 43,5% dei ricoveri di lungodegenza e le aziende ospedaliere l'8,1%. Nelle case di cura accreditate vi si svolge il 44,6 % delle attività di lungodegenza.

2. 4 Neonati sani [v. pag. 89-92]

L'obbligo di rilevazione dei neonati sani ospitati nel nido è stabilito dal D.M. 30 giugno 1997. La rilevazione continua a registrare un incremento del numero dei neonati sia per effetto di una maggior completezza della segnalazione, sia per la diffusione di modalità di codifica più corrette.

Nell'anno 2002 sono stati registrati 369.760 neonati sani, con un aumento di oltre 16.000 casi rispetto all'anno precedente dovuto sia alla maggior copertura della rilevazione sia ad un diverso e più corretta identificazione del neonato sano rispetto a quello patologico. Il maggior incremento si osserva nel Lazio (+2.600), in Campania (+2.300) e in Sicilia (+3.200). Un'apposita tabella [v. pag. 91] mostra la distribuzione dei neonati sani per Regione e tipo di istituto (pubblico e privato). L'85,6% dei neonati sani è ospitato in strutture pubbliche e il 14,4% in quelle private; la degenza media, stabile in questi ultimi anni, si attesta su 3,5 giorni nelle strutture pubbliche e 3,6 nelle private.

E' da richiamare il fatto che al DRG 391 sono assegnati anche i casi in cui si riscontrano condizioni patologiche di lieve entità; la definizione di neonato sano è dunque relativa a tale logica di classificazione. Criteri di classificazione più restrittivi condurrebbero a riconoscere come neonati "sani" un numero leggermente minore di casi.

La gran parte di queste condizioni patologiche minori sono elencate in un'ulteriore tabella [v. pag. 92] che sintetizza gli indici statistici per le venti più frequenti diagnosi principali che afferiscono al DRG 391.

3. INDICATORI DI COMPLESSITÀ

L'indice di case mix (ICM) esprime la complessità della casistica trattata; esso standardizza l'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG specifica di uno standard: in sintesi, valori dell'ICM superiori ad 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia). Il valore più elevato (1,14) si registra in Friuli Venezia Giulia; la gran parte delle Regioni centrali e meridionali fa registrare un indice inferiore all'unità [v. pag. 95].

Un andamento analogo è mostrato dal peso medio che registra un valore medio nazionale pari a 1,18.

Il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a "famiglie" di DRG omologhi (che presentano cioè DRG per casi con e senza complicazioni e/o comorbidità) è pari a 25,9% (in lieve aumento rispetto al 25,2% dell'anno 2001), con valori massimi in Valle d'Aosta (36,3%), Friuli Venezia Giulia e Liguria (31,9%) e minimi in Campania (20,5%).

Un'ulteriore tabella [v. pag. 96] riporta il peso medio nei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre) nelle varie Regioni. Analizzando in questa sede solo i ricoveri per acuti in regime ordinario, si osserva un peso medio nazionale pari ad 1,42, maggiore di oltre il 20% rispetto a quello dell'intera popolazione dei ricoveri; la crescita si riscontra in tutte le Regioni: i valori massimi (1,56) sono in Lombardia e Piemonte; valori elevati sono presenti anche in Friuli V.G. e in Toscana (1,52), i valori minimi si osservano in Calabria (1,19) e Sardegna (1,21).

4. INDICATORI DI EFFICIENZA

L'indice comparativo di performance (ICP) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, previa standardizzazione della casistica. In sintesi, un valore di ICP minore di 1, indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento (ottenuto sull'insieme degli istituti di cura italiani); un valore di ICP maggiore di 1, indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. I valori più bassi di ICP si registrano in Sicilia, Campania ed Umbria (0,93); quelli più elevati, in Valle d'Aosta (1,14), Lazio (1,10) e in Veneto (1,09) [v. pag. 99].

La degenza media nazionale per i ricoveri per acuti in regime ordinario è pari a 6,7 giorni, (nel 2001: 6,8 giorni) con un minimo di 5,4 giorni in Campania e un massimo di 9,3 in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, in lieve riduzione rispetto agli anni precedenti, è pari a 2,2 giorni a

livello nazionale; le durate inferiori si osservano nella P.A. di Bolzano (1,5) e Friuli (1,6); quelle maggiori nella P.A. di Trento (3,1), in Liguria e Basilicata (3,0) e nel Lazio (2,9).

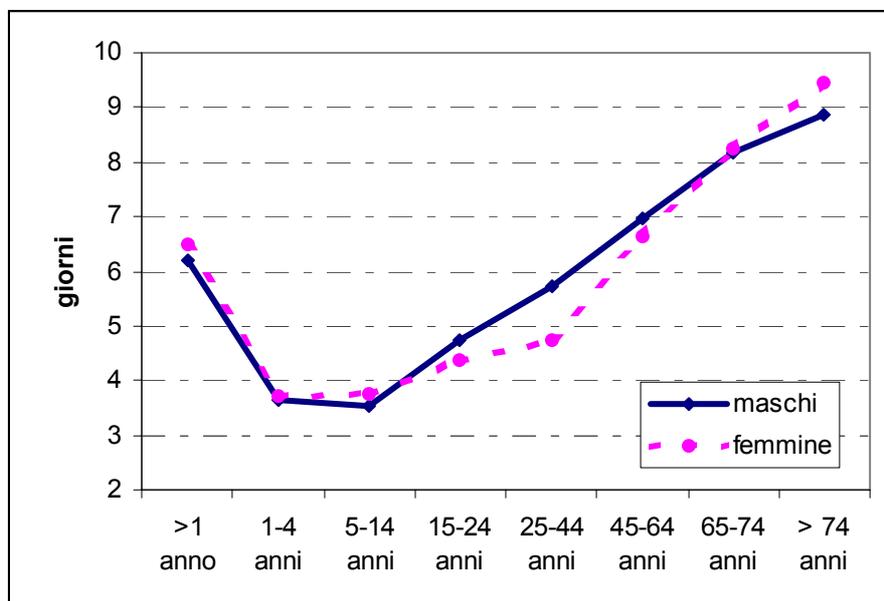
La degenza media per i ricoveri per acuti in regime ordinario [v. pag. 100] mostra risultati diversi tra gli istituti pubblici (6,9 giorni) e quelli privati (5,7). La degenza media tra gli istituti privati diminuisce in modo uniforme tra le Regioni (ad eccezione della Toscana).

La degenza media registrata nei ricoveri di riabilitazione rimane sempre più elevata negli istituti privati (27,2) rispetto a quelli pubblici (25,3).

La degenza media della lungodegenza è in lieve diminuzione nelle strutture pubbliche che passano da 28,9 a 27,9 e in aumento nelle strutture private, da 36,8 a 39. La distribuzione regionale delle degenze medie per queste due tipologie di assistenza ospedaliera mostra un'evidente variabilità.

La degenza media è, inoltre, analizzata, per ciascuna Regione, per le diverse fasce d'età e per sesso; le tabelle [v. pagg. 101 e 102] mostrano che, dopo il primo anno d'età, vi è un andamento progressivamente crescente della durata media dei ricoveri, fino ai valori massimi registrati nelle classi d'età più anziane: 8,1 giorni nella fascia d'età 65-74 anni; 9,1 in quella di età 75 ed oltre; entrambi i valori sono in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Tra gli anziani, i ricoveri delle femmine sono leggermente più lunghi di quelli dei maschi.

Degenza media nelle discipline per acuti, per età e sesso



5. INDICATORI DI EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

Dai dati presenti sulla scheda di dimissione possono essere ottenuti alcuni indicatori di efficacia e di appropriatezza delle cure utili a valutazioni generali sia in ambito programmatico che come sentinella per più approfondite analisi di qualità [v. pag. 105-106]. In questo rapporto, sono stati considerati solo gli indicatori più robusti dal punto di vista metodologico e dell'affidabilità dei dati di base; rispetto a quanto già pubblicato nei precedenti rapporti sono stati aggiunti ulteriori indicatori che analizzano la frequenza del ricorso ad alcuni interventi chirurgici e alle cure per alcune diagnosi di particolare interesse in quanto oggetto di valutazioni di appropriatezza (generica o specifica). Inoltre facendo seguito alle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di "definizione dei livelli essenziali di assistenza" sono stati inseriti i principali dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in modalità di degenza ordinaria.

La percentuale di parti cesarei rispetto al totale dei parti è pari a 35,8% a livello nazionale, ancora in aumento rispetto agli anni precedenti (nel 2001: 34%); l'intervallo di variazione è compreso tra il 20% della P.A. di Bolzano ed il 56,4% della Campania. Aumenti consistenti si registrano anche in valle D'Aosta, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia.

L'indicatore "DRG medici in reparti chirurgici" esamina la proporzione di casi dimessi da reparti chirurgici non sottoposti ad intervento e rappresenta un indicatore "proxy" dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico. Il valore più basso (maggiore appropriatezza) si registra in Friuli Venezia Giulia (28,8%), quello più elevato (maggiore inappropriatazza) in Basilicata (52,5%), in entrambi i casi manifestando una tendenza alla diminuzione rispetto ai valori del 2001.

Sono presentati alcuni tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni morbose, scelte tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata *proxy* di efficacia del livello di assistenza primaria.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete si riduce leggermente rispetto agli anni precedenti ed è pari a 129 per 100.000 abitanti; il valore più elevato è quello della Regione Sicilia (222,9).

In riduzione anche il tasso di ospedalizzazione per asma che è pari a 49,5 per 100.000, con un valore massimo che si registra in Campania (72,7 per 100.000).

Viene riportato anche l'indicatore riguardante il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, per il quale si registra una notevole variabilità territoriale; il valore medio nazionale è pari a 309 per 100.000 abitanti (in aumento rispetto al 2001), con un massimo in Molise (499) e in Friuli Venezia Giulia (497) ed un minimo in Sardegna (210). Un ulteriore indicatore descrive la proporzione di interventi chirurgici sul cristallino (in gran parte per cataratta) effettuati in regime di day hospital

(prassi internazionalmente considerata la più appropriata per la maggior parte dei casi) rispetto al totale degli interventi di tale tipologia. Il dato nazionale è in forte aumento ed è pari al 62,4% (nel 2001: 47%); l'incremento si osserva in tutte le regioni italiane. I valori più elevati si riscontrano in Emilia Romagna (95%) e Umbria (93%) e quelli minimi in alcune Regioni del sud, in particolare in Molise, Calabria e Sardegna.

Un indicatore simile, applicato agli interventi di legatura e stripping di vene, mostra un valore nazionale pari a 40,5% (nel 2001: 31%), con valori massimi in Emilia Romagna ed Umbria (circa l'83%) e minimi in Molise, Puglia, Calabria e Sicilia. Valori elevati si riscontrano, inoltre, in Veneto, Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento.

Un'ulteriore tabella [v. pag. 106] mostra altri indicatori di appropriatezza, espressi come tassi di ospedalizzazione per specifiche condizioni chirurgiche, selezionate tra quelle più frequenti (prostatectomia TURP, appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia).

Per tali procedure/interventi esistono evidenze che indicano che la variabilità esistente tra aree geografiche è dovuta a cause legate all'offerta o ad aspetti socio-economici e culturali rispetto a quanto spiegabile in termini di diversa distribuzione epidemiologica del bisogno sanitario. Si tratta di prestazioni chirurgiche molto diffuse e comunemente trattabili, sulle quali il fenomeno della mobilità tra le Regioni dovrebbe teoricamente avere scarso effetto.

Nell'anno 2002 i tassi di ospedalizzazione per prostatectomia TURP e per isterectomia risultano aumentati mentre i tassi di ospedalizzazione per appendicectomia e tonsillectomia risultano diminuiti.

La prostatectomia transuretrale (TURP) offre un esempio di un indicatore di appropriatezza clinica di segno opposto alla percentuale dei tagli cesarei: una ridotta frequenza potrebbe indicare un sottoutilizzo di una prestazione di provata efficacia.

La distribuzione dell'indicatore, pur risultando alquanto disomogenea, suddivide l'area settentrionale (con valori massimi in Veneto, Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli V.G.) da quella meridionale (valori minimi in Calabria, Basilicata e Campania). Valori elevati si registrano anche nel Lazio e nelle Marche.

Discreta variabilità si riscontra anche per l'intervento di appendicectomia, che dovrebbe manifestare una frequenza costante, con valori quasi doppi nelle Province autonome di Trento e di Bolzano rispetto alla regione Friuli V.G. (78) e Basilicata (83).

L'isterectomia nelle donne di età pari o superiore ai 45 anni viene effettuata con un tasso medio di 407 (nel 2001: 399); i valori maggiori si registrano in Lombardia, nella Provincia autonoma di Bolzano, in Friuli V.G., in Umbria e in Sardegna; valori inferiori alla media si riscontrano in molte regioni del centro-sud, in Liguria e in Valle d'Aosta.

Dall'analisi dei dati riguardanti i 43 DRG ad alto rischio di inappropriata in modalità ordinaria [v. pag. 107-114] si riporta di seguito l'elenco dei 10 DRG sui quali si sono registrati i maggiori "trasferimenti" da modalità ordinaria a day hospital.

DRG	2001		2002	
	Ricoveri	% in d.h.	Ricoveri	% in d.h.
039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	434.643	47	464.246	62
162 Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni senza CC	147.461	24	153.277	31
222 Interventi sul ginocchio senza CC	143.253	20	150.404	26
119 Legatura e stripping di vene	110.675	31	112.063	40
364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	111.697	48	108.171	55
006 Decompressione del tunnel carpale	81.372	66	88.828	73
284 Malattie minori della pelle senza CC	91.864	49	79.213	54
270 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	81.448	61	77.966	66
055 Miscellanea di interventi su orecchio,naso,bocca e gola	71.277	14	72.923	20
158 Interventi su ano e stoma, senza CC	68.600	16	68.694	22

Purtroppo dall'analisi del prospetto emergono anche significativi incrementi nel numero complessivo dei ricoveri per alcuni DRG (es. interventi sul cristallino).

6. INDICATORI DI DOMANDA E MOBILITA'

Gli indicatori di questa sezione descrivono alcune dimensioni ritenute critiche per le attività della programmazione sanitaria e per la valutazione del livello di attuazione del Piano Sanitario Nazionale:

- Tassi di ospedalizzazione per Regione di provenienza, tipo di attività ospedaliera, regime di ricovero e sesso [v. pag.117]. I dati di questo indicatore confermano la tendenza, egualmente distribuita tra i due sessi, alla riduzione, nelle discipline per acuti, del ricovero ordinario (circa 3 per 1000 in meno rispetto all'anno precedente) ed all'aumento di quello in day hospital (5 per 1.000 in più).
- Tassi di ospedalizzazione per Regione standardizzati, riferiti al solo ricovero per acuti in regime ordinario [v. pag. 118]. La procedura di standardizzazione, ottenuta con il metodo

diretto utilizzando come riferimento la popolazione italiana nell'anno considerato, consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni e di ottenere così un confronto più accurato. Rispetto al valore medio nazionale (148 per 1.000), valori elevati si registrano in quasi tutte le regioni centro meridionali, valori più bassi si osservano in Piemonte, Lombardia e Friuli V.G..

- Tassi di ospedalizzazione per acuti distinti per i ricoveri entro e fuori regione [v. pag. 119]. Il dato registrato a livello nazionale è, per il regime ordinario, pari a 154,4 per 1.000 abitanti e risulta in progressiva diminuzione (nel 2001: 158); al contrario, si osserva un aumento del tasso di ospedalizzazione per acuti in regime di day hospital da 52,1 (anno 2001) a 57,6 (anno 2002). Si conferma anche nell'anno 2002 che la riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario interessa solo i ricoveri entro Regione, mentre quelli fuori Regione restano immutati rispetto agli anni precedenti (10,8 per 1.000); l'aumento dei day hospital avviene prevalentemente per i ricoveri entro Regione.
- Tassi di ospedalizzazione per fasce d'età; la riduzione dei ricoveri ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei day hospital si verificano, anche se in misura diseguale, in tutte le fasce d'età ad eccezione della prima (< 1 anno) [v. pag. 120]; un aumento del tasso di ricovero ordinario ed un più intenso ricorso al DH si osservano nella popolazione ultra75enne.
- Tassi di ospedalizzazione nelle Regioni per fasce d'età, sesso e tipologia di attività, che forniscono un ulteriore livello di dettaglio, utile al confronto tra aree geografiche con diversa composizione della popolazione [v. pagg. da 121 a 128]; il ricorso al ricovero è sempre maggiore nel sesso maschile, ad eccezione delle classi di età corrispondenti all'età fertile delle donne;
- Tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (65 anni ed oltre) per alcune tipologie di interventi chirurgici o procedure diagnostico-terapeutiche, particolarmente frequenti in questo sottogruppo di popolazione [v. pag. 129]: intervento per cataratta: tasso medio 3.713 per 100.000 anziani (nel 2001: 3.429), intervento di sostituzione dell'anca: tasso 553 (nel 2001: 529), intervento di by pass coronarico: tasso 162 (nel 2001: 158), angioplastica coronaria: 232 (nel 2001: 192). La variabilità geografica è evidente in tutti gli interventi considerati; in generale è riscontrabile la presenza di valori più elevati per gli interventi di sostituzione dell'anca e di angioplastica coronaria nelle regioni settentrionali.

- Mobilità ospedaliera tra Regioni⁷ [v. pagg. da 130 a 135]. Vengono presentate le matrici di mobilità ospedaliera fra Regioni espressa in numerosità dei casi. I totali di colonna esprimono il numero di pazienti, residenti in una data Regione, che sono stati ricoverati in istituti di cura di altre Regioni; le singole celle della matrice riportano il numero di pazienti, residenti nella Regione descritta all'inizio della colonna, che sono stati ricoverati in istituti di cura della Regione descritta all'inizio della corrispondente riga. La tabella, che a differenza di quelle precedenti è elaborata solo per le strutture pubbliche e private accreditate, esprime sia la numerosità totale per Regione dei pazienti curati in istituti di cura esterni alla Regione stessa, sia la destinazione per singola Regione di tali pazienti. E' riportato, inoltre, il numero dei ricoveri effettuati negli istituti di cura della Regione, con l'evidenziazione sia del numero di casi provenienti da Regioni diverse da quella di residenza, sia del numero di casi provenienti dall'estero, sia del numero di casi per i quali, a causa della incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO, non è stato possibile definire la provenienza. Le matrici di mobilità ospedaliera fra Regioni sono distinte relativamente ai ricoveri ordinari acuti, ricoveri diurni acuti, ricoveri di riabilitazione ordinari, ricoveri di riabilitazione diurni, ricoveri di lungodegenza. In sintesi, la quota di casi trattati in istituti di cura esterni rispetto alla Regione di residenza risulta sostanzialmente stabile nei reparti di assistenza per acuti (7,7% dei pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario e 6,7% dei casi trattati in regime di ricovero diurno), mentre sale al 16,3% dei casi ordinari dimessi dai reparti e/o dagli istituti di riabilitazione.

7. *INDICATORI ECONOMICI*

Il Decreto legislativo 229/1999 stabilisce che il Ministro della sanità individui i sistemi di classificazione che definiscono le unità di prestazioni o di servizio da remunerare e determini le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base a costi standard di produzione e quote standard di quote generali. Lo stesso decreto stabilisce i criteri in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività.

La più recente indicazione normativa nazionale in tema di tariffe risale al Decreto ministeriale 30 giugno 1997 conseguentemente al quale ciascuna Regione ha adottato propri valori tariffari, modulandone l'entità sia individuando classi differenziate di erogatori, sia stabilendo tetti di spesa

⁷ A partire dal rapporto 1999, la nuova modalità di controllo del campo "Provenienza del paziente" già avviata nell'anno 1998, è stata estesa anche ai pazienti con provenienza da Stati esteri; inoltre, a partire dal

ed abbattimenti tariffari. Sono state, altresì, previste da parte delle Regioni modalità integrative di remunerazione per alcuni programmi e tipologie di attività non tariffabili a prestazione.

I dati che vengono presentati in questa sezione del rapporto annuale SDO non sono pertanto stime di costi effettivi ma una valorizzazione teorica in tariffe nazionali delle prestazioni di ricovero, la cui utilità è di fornire dei parametri economici orientativi. I dati presentati sono i seguenti:

- Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, secondo le tariffe nazionali [v. pag. 139]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime ordinario. E' riportato sia il valore teorico complessivo sia quello medio per un singolo ricovero e per singolo abitante, secondo le diverse fasce d'età.

La valorizzazione teorica complessiva è maggiore per i ricoveri dei maschi rispetto a quelli delle femmine; tuttavia, tale parametro cambia nelle diverse fasce d'età: da 1 a 19 anni è maggiore per i maschi, da 20 a 44 lo è per le femmine, da 45 a 74 prevale nettamente la remunerazione per i ricoveri dei maschi, da 75 anni in poi quella dei ricoveri delle femmine. La remunerazione media per prestazioni di ricovero ordinario è di 2.691 € per le femmine e di 3.034 € per i maschi.

- Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in DH, secondo le tariffe nazionali [v. pag. 140]. La tabella presenta la remunerazione teorica per fasce d'età quinquennali e sesso, relativamente al ricovero per acuti in regime di day hospital. La remunerazione teorica complessiva è maggiore per i DH delle femmine che per quelli dei maschi.
- Grafico relativo all'impatto economico teorico nelle singole classi di età, per sesso, limitatamente ai ricoveri per acuti in regime ordinario [v. pag. 141].
- Valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per DRG, secondo le tariffe nazionali [v. pagg. 142 e 143]. Le due tabelle presentano la remunerazione teorica per i DRG più frequenti e per quelli con maggiore ammontare complessivo della remunerazione stessa. Dal confronto tra le tabelle, si nota che alcuni DRG seppure meno frequenti come causa di ricovero hanno un impatto rilevante sulla remunerazione teorica. Ad esempio il DRG 209 (cui afferiscono interventi ortopedici maggiori tra i quali quelli sulle articolazioni dell'anca e del ginocchio) rappresenta la classe a maggiore impatto economico teorico, pur essendo solo 12.0 in termini di numero di ricoveri.

2001 per Regione di appartenenza si intende non più quella di iscrizione ma la Regione di residenza dei pazienti.

8. INDICATORI PER IL CONTROLLO ESTERNO

Le informazioni raccolte attraverso le SDO possono essere utilizzate anche allo scopo di controllare gli effetti del sistema di remunerazione tariffaria e le relative modalità di applicazione. In questa sezione sono riportate elaborazioni che non hanno un carattere esaustivo, ma che consentono di effettuare valutazioni generali su alcuni fenomeni che riguardano i ricoveri per acuti in regime ordinario. Alle Regioni e Province autonome sono trasmesse dal Ministero della salute specifiche elaborazioni che espongono in modo più ampio e dettagliato dati ed indicatori ad esse utili per lo svolgimento delle proprie attività di controllo. Nella tabella "Indicatori per il controllo per Regione" [v. pag. 147] vengono presentati i dati relativi ai casi di trasferimento ad altro istituto di cura, in totale ed entro i primi due giorni di ricovero, le percentuali di casi definiti complicati; di casi con DRG 469 (Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione) e 470 (Non attribuibile ad altro DRG) e dei DRG atipici, quali il 468 (Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale), 476 (Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale), 477 (Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale); il rapporto tra numero di neonati sani (DRG 391), sul totale dei neonati rilevati. Rispetto agli anni precedenti, resta stabile la percentuale dei trasferiti (1,4%); aumenta la quota di neonati definiti sani (71,8).

Viene riportata inoltre la distribuzione di frequenza degli istituti di cura sulla base del rapporto fra casi complicati e totale dei casi attribuiti ai DRG "omologhi" [v. pag. 148].

Sono definiti "omologhi" 224 DRG identificati, oltre che dalla diagnosi principale e/o dall'intervento chirurgico, anche dalla presenza (cosiddetti "DRG complicati") o assenza di diagnosi secondarie "significative"; riportare quest'ultima informazione nella scheda di dimissione ospedaliera comporta, quindi, l'attribuzione del relativo caso a un gruppo diagnostico di maggiore complessità e, conseguentemente, una maggiore remunerazione.

E' evidente che, qualora si riportino delle diagnosi secondarie che non trovino riscontro nelle condizioni cliniche del paziente, come sono documentate dalla cartella clinica, si determinerebbe una classificazione non corretta dei casi trattati e una conseguente remunerazione non appropriata. La distribuzione degli istituti di cura sulla base del rapporto fra il numero dei casi attribuiti ai DRG "complicati" e il numero totale di casi attribuiti ai DRG che possono variare in funzione delle diagnosi secondarie, evidenzia un valore medio di tale rapporto, sull'insieme degli istituti di ricovero, pari al 25,2, stabile rispetto allo scorso anno. Il 90% degli istituti presenta una proporzione di casi "complicati" inferiore al 38% (nell'anno precedente, il valore era pari al 36%). Questo valore può essere orientativamente assunto come soglia al di sopra della quale attivare procedure di controllo della compilazione delle SDO attraverso il confronto con le rispettive cartelle cliniche.

Viene inoltre esaminata la distribuzione di frequenza degli istituti di cura rispetto alla media ponderata delle differenze fra degenze medie specifiche per DRG osservate e valori di riferimento nazionali [v. pag. 149]. Per ciascun istituto di cura è stata calcolata la media ponderata degli scostamenti fra le durate di degenza specifiche per DRG osservate nel corso del 2002 e le corrispondenti degenze medie calcolate sul complesso degli istituti stessi; quanto più tale valore si discosta da zero, tanto più si differenzia la performance del singolo istituto di cura rispetto ai valori di riferimento nazionali. In particolare, valori negativi di tale indicatore denotano una performance migliore rispetto alla media nazionale; tuttavia, valori negativi particolarmente elevati possono indicare dimissioni intempestive dei pazienti e conseguenti rischi sulla qualità dell'assistenza fornita, oppure una non corretta classificazione dei casi con attribuzione a DRG di maggiore complessità, e quindi con valori di durata della degenza attesa superiori rispetto a quelli effettivamente rilevati. Il 90% degli istituti presenta un valore di tale indicatore superiore a $-1,43$ giorni; questo valore può essere orientativamente assunto come soglia "negativa" della riduzione della degenza media al fine di individuare gli istituti di cura nei confronti dei quali attivare specifiche procedure di controllo delle modalità di gestione dei ricoveri, in quanto presentano durate di degenza molto più basse rispetto alla durata attesa.