

MEDICI GENERALI E DRG: CRONACA DI UNA MORTE ANNUNCIATA

S. Luzzi Galeazzi¹, G. Benucci²
1 Medico Generale - Terni
2 Medico Servizio qualità ASL 4 - Terni

Riassunto

Sono stati esaminati 38648 ricoveri che hanno interessato 185650 residenti nel territorio della ASL 4 della regione Umbria.

I dati relativi a tali ricoveri sono stati "linkati" con gli archivi dei comuni, per ottenere dati anagrafici certi ed il collegamento con il codice regionale del medico curante. Sono state eseguite elaborazioni generali e per singolo medico, e predisposti riepiloghi cumulativi di ASL e per singolo medico secondo parametri standard prestabiliti. È stato inoltre compilato, da un gruppo campione di 10 medici con una popolazione assistita di 12259 unità, un questionario di 12 domande relative ad ogni ricovero subito dai pazienti di ciascun medico. Sono state inoltre eseguite su gruppi di ricoveri target elaborazioni per regime, tipo, classe, DRG, diagnosi principale e secondarie. I dati ottenuti, riferiti a 2329 ricoveri, chiariscono il ruolo dei Medici Generali rispetto all'istituto del ricovero e sembrano confermare l'opinione dei molti che ritengono il sistema di finanziamento basato sui DRG un meccanismo che, se da un lato tende ad indurre una diminuzione delle giornate di degenza, dall'altro determina un aumento del numero dei ricoveri, ponendosi di fatto, per taluni aspetti, come meccanismo improprio di riduzione delle liste di attesa.

Introduzione

L'idea di analizzare sistematicamente i dati relativi ai ricoveri subito dai propri pazienti era stata già da tempo ripetutamente proposta da vari Medici Generali, ma le difficoltà tecniche di una simile analisi avevano sempre scoraggiato l'iniziativa.

Tuttavia, nel mese di maggio di quest'anno, in occasione di un corso di aggiornamento obbligatorio, la nostra ASL ci ha mostrato i dati relativi ai ricoveri del 1996. I dati illustrati erano ricavati dalle SDO (scheda di dimissione ospedaliera), e raggruppati per DRG (Diagnosis Related Groups), ordinati per tipo, regime, ecc.; erano stati infine estrapolati quelli di interesse per i Medici Generali (M.G.). Veniva evidenziato un numero molto alto di ricoveri per dorsalgie, lomboscotalgie, diabete non complicato, ipertensione, BPCO, cardiopatia ischemica cronica non complicata, ecc. Trattandosi di patologie ampiamente distribuite nella popolazione, dunque di preminente interesse e competenza del Medico Generale, ci sembrò assai sorprendente che rappresentassero anche una quota assai ampia del lavoro dei colleghi ospedalieri. Inoltre, l'elaborazione dei dati contenuti nella SDO non permetteva alcun riscontro tra la diagnosi di ammissione formulata dal Medico Generale (non codificata nella SDO e quindi assente nel tracciato record utilizzato per le elaborazioni) e diagnosi di dimissione: non era identificabile, in altri termini, l'iter diagnostico-terapeutico seguito dal paziente nel corso della degenza. Il desiderio di sapere di più circa i trattamenti effettuati dai nostri pazienti in Ospedale a quel punto si è trasformato in inderogabile esigenza.

In questa ottica, dunque, il primo problema da affrontare era riuscire ad attribuire ogni ricovero a ciascun medico, e, per fare ciò, non essendo codificato nella SDO il "medico proponente il ricovero", era necessario incrociare i dati della scheda con i data-base anagrafici contenenti anche i codici dei Medici Generali. Solo successivamente sarebbe stato possibile estrarre i dati relativi ai ricoveri e sottoporre ad un campione di Medicina Generale le domande che tutti noi ci poniamo a fronte del ricovero di un nostro paziente. Gli obiettivi di questo lavoro sono quindi:

esplorare la consapevolezza diretta o indiretta del ricovero

valutare la "responsabilità" reale del ricovero

rivalutare l'appropriatezza del ricovero ed eventualmente suggerire correttivi

definire la diagnosi di ammissione

confrontarla con quella di dimissione

verificare la compatibilità tra i dati relativi al ricovero e quelli storici delle schede sanitarie dei medici curanti

verificare la corretta applicazione del sistema di remunerazione a tariffa (inclusione nella tariffa del DRG delle procedure preoperatorie e dei controlli postoperatori entro 30 gg. dalla dimissione, senza ulteriori richieste del Medico Generale)

valutare l'efficacia dei mezzi di comunicazione tra ospedale e medici del territorio

indagare i ricoveri ripetuti

Per raggiungere questi obiettivi era necessario innanzitutto estrarre i dati generali di ASL relativamente ai ricoveri, per poi effettuare l'elaborazione analitica dei dati di spesa per le degenze dei pazienti di ciascun medico. Tale informazione rappresenta infatti l'elemento fondamentale per calcolare il budget storico per singolo medico.

Materiali e metodi

Presupposto fondamentale per poter esaminare i casi di ricovero era ordinare i dati ad essi relativi suddividendoli per singolo Medico Generale. Questo sarebbe stato possibile teoricamente se sulla SDO fosse previsto (e correttamente compilato) il campo destinato al nome del medico proponente il ricovero.

Tuttavia questa informazione non è sembrata essere di alcun interesse né per i colleghi ospedalieri né per gli amministratori. Inoltre, come si vedrà più avanti, in realtà il medico "proponente il ricovero" non necessariamente è il medico di famiglia.

Sono stati identificati con vari metodi i dati anagrafici dei pazienti ricoverati, tali dati sono stati confrontati con gli archivi comunali, dando origine ad un database contenente tutti gli elementi necessari all'elaborazione finale.

In Tabella 1 sono elencati gli strumenti informatici tabellari necessari all'avvio del lavoro.

Per lo sviluppo delle procedure necessarie alla elaborazione dei dati, per l'analisi statistica, per la elaborazione grafica del lavoro e infine per la sua presentazione sono stati usati i seguenti strumenti software: OFFICE 95 (access7, excel7, word7, powerpoint7) (4)

L'hardware utilizzato è limitato ad un solo PC Pentium 200 MMX ed una stampante a getto d'inchiostro.

Ogni tabella è stata controllata scrupolosamente al fine di evitare errori, difficilmente recuperabili in fase di elaborazione.

FASE 1

Analisi degli errori riscontrati e loro soluzione

L'anagrafe degli assistibili, metteva a disposizione i dati anagrafici, gli indirizzi, i codici dei medici di famiglia, i codici individuali, i codici fiscali di tutti i residenti della ASL 4. In essa avrebbero dovuto essere presenti anche tutti i deceduti ed i trasferiti ad altra ASL del 1997.

La mancanza dei dati relativi a questi ultimi aspetti nella tabella di origine è stata risolta recuperando le variazioni storiche dell'anno precedente.

Sono stati inoltre riscontrati i seguenti errori:

assistibili duplicati e quindi registrati con doppio codice individuale e doppio medico (250 casi)

2273 assistibili con codice 0 (senza medico)

formato data di nascita non conforme al 2000

CAP inesatto

Nelle tabelle contenenti i dati dei ricoveri (SDO) sono stati riscontrati gli errori più gravi così riassumibili:

cognome e nome errati

data di nascita mancante o errata

codice individuale mancante o errato

codice fiscale mancante o errato

formato delle date (nascita, ricovero, dimissione) non conforme al 2000

codici dei comuni di residenza errati

numero identificativo del ricovero duplicato

immissione errata del tipo ricovero e regime di ricovero (es. ricovero urgente in day hospital)

Inoltre la presenza di pazienti con dati coperti da anonimato, ineccepibile dal punto di vista della privacy, pone problemi di individuazione dell'onere finanziario del ricovero (erano tutti assistibili della ASL 4?)

Per correggere gli errori riscontrati si è proceduto con la seguente metodologia:

Archivio anagrafico

fase 1- eliminazione dei doppi anagrafici

fase 2 - trasformazione delle date in formato "01-01-2000", con particolare attenzione ai cittadini nati prima del 1900.

fase 3 - riattribuzione del vecchio codice medico ai deceduti e trasferiti nell'anno 1997

fase 4 - allineamento del codice individuale a 10 caratteri e costruzione della chiave unica

fase 5 - costruzione di 5 chiavi secondarie utilizzando le seguenti combinazioni:

data nascita intera + cognome e nome

data nascita intera+5 caratteri cognome "ggmmaaaa+AAAAA"

data nascita con giorno e mese + 5 caratteri cognome "ggmm+AAAAA"

data nascita con mese e anno + 5 caratteri cognome "mmaaaa+AAAAA"

data nascita con giorno e anno + 5 caratteri cognome "ggaaaa+AAAAA"

Archivio dati ricoveri SDO

fase 1 - trasformazione delle date in formato "01-01-2000"

fase 2 - eliminazione dei ricoveri duplicati e costruzione della chiave principale su "codice ospedale+codice nosologico"

fase 3 - correzione dei codici di residenza attraverso il collegamento con la tabella dei comuni d Italia (errori di omonimia delle città)

fase 4 - costruzione delle chiavi secondarie con le medesime caratteristiche dell archivio anagrafico

fase 5 - confronto delle chiavi e consolidamento del nuovo database.

Dopo il primo passaggio, cioè il linkage su codice individuale oppure su codice fiscale oppure sulla prima chiave (data completa di nascita + cognome intero), ancora il 20 % dei ricoverati non era stato correttamente individuato.

Questo dato è sicuramente allarmante e pone diversi interrogativi sui sistemi di controllo e di validazione dei procedimenti di introduzione dei dati di accesso agli ospedali.

Utilizzando tutte le chiave costruite e controllando a vista tutti i "match", si giunge ad un tasso di non riconoscimento di circa il 3%

L ulteriore analisi qualitativa di questa frazione, rintracciando fisicamente le cartelle (eseguita solo presso l Azienda Ospedaliera di Terni, autonoma dalla ASL), ha portato alla individuazione di 3 gruppi:

nuovi nati nel mese di Dicembre (non esistevano nell archivio anagrafico perché non ancora registrati)

errori di digitazione dei dati anagrafici

38% di residenti in altra ASL quindi non imputabili economicamente alla ASL 04.

Si tenga conto che il lavoro di correzione sui dati della SDO è stato fatto per ben cinque volte, alimentando il database definitivo registrando i ricoveri mano a mano che entravamo in possesso dei dati inviati dai vari ospedali. Avrebbe potuto apparire molto più logico attendere l arrivo di tutti i dati ed eseguire poi la correzione sull archivio complessivo. Questo però, nella nostra esperienza, non è stato possibile, sia perché i tempi di attesa sarebbero stati lunghissimi (il primo disco dei ricoveri '97 è giunto dall Ospedale di Terni a luglio 1998, l ultimo dalla Regione a metà ottobre), sia perché il tracciato record non era identico fra tutti i dischi pervenuti. In particolare si è riscontrato un diverso modo di trattamento di alcuni campi (es. codice Istituto di ricovero e codice nosologico), in alcuni casi gestiti in formato numerico in altri in formato testo. Senza scendere in dettagli tecnici rimane il concetto che anche all interno della stessa regione, nonostante linee di indirizzo abbastanza semplici e chiare, non c'è sufficiente coordinamento.

Elaborazione dei dati

Ottenuto l'archivio definitivo dei ricoveri 1997 si è proceduto al collegamento con le tabelle statiche secondo i criteri degli archivi relazionali, in particolare:

il codice del medico con lo stesso della tabella medici di base

il codice di residenza con lo stesso della tabella dei comuni d'Italia

il codice dei DRG con lo stesso della tabella dei DRG

i codici ICD9CM delle 4 diagnosi mediche e delle 4 diagnosi chirurgiche con la tabella ICD9CM replicata 8 volte

i codici degli ospedali con gli stessi degli ospedali umbri

i codici delle altre regioni con gli stessi della tabella delle regioni estratta a sua volta da quella dei comuni.

È iniziata quindi la fase delle elaborazioni relative ai dati generali di mobilità sanitaria e infine sono stati elaborati i dati dei ricoveri per medico.

FASE 2

preparazione del questionario

La seconda fase del lavoro prevedeva la preparazione del questionario formulato per analizzare, su un gruppo ristretto ma ampiamente rappresentativo di medici, i dati relativi ai ricoveri.

Il questionario (Allegato A) consta di 12 domande a risposte chiuse, accompagnate da un commento orientativo per la compilazione, al fine di rendere più omogenea possibile l'interpretazione delle domande e quindi la formulazione delle risposte.

Le risposte sono tutte a scelta singola e solo sulle domande n. 9 e 12 è possibile omettere la risposta.

I medici sono stati scelti in modo casuale e la loro adesione è stata volontaria, tenendo però conto che dovevano garantire la perfetta messa in ordine delle cartelle ai fini della rivalutazione dei ricoveri che erano oggetto dello studio.

Hanno aderito allo studio così progettato 10 medici di cui 9 informatizzati con MILLEWIN (5) ed 1 con cartelle cartacee,

9 medici operano sul territorio della città di Terni mentre 1 medico opera nella vicina cittadina di Narni. Ad ogni medico è stato quindi fornito:

questionario con le istruzioni

tabulato personale con i dati significativi della SDO per ogni ricovero (Allegato B)

dischetto contenente il riepilogo dei pazienti con le risposte da introdurre in formato numerico

In Tabella 2 sono elencati i medici partecipanti allo studio con le caratteristiche della loro popolazione.

La tabella mostra la distribuzione per fascia di età degli assistibili, il totale per ogni medico, il totale generale.

Il numero degli assistibili per ciascun medico, come già ricordato, comprende i deceduti e i trasferiti nell'anno 1997.

I dati del questionario sono stati raggruppati in un unico database, validati con una procedura di controllo errore e di coerenza delle risposte, ricorretti dai singoli medici e infine linkati con i dati generali dei ricoveri degli stessi.

L'elaborazione successiva controlla per ogni risposta la distribuzione dei seguenti parametri della SDO:

tipo di ricovero

- programmato

- urgente

regime di ricovero

- ordinario

- day hospital

tipo di DRG

- medico

- chirurgico

frequenza del DRG

diagnosi principale (medica e/o chirurgica) per ogni frequenza significativa di DRG

confronto con gli stessi dati della popolazione generale

Presentazione e discussione dei risultati

Risultati dei dati generali di A.S.L.

La popolazione residente della ASL 4 - Terni risultava costituita al 31/12/1997, dati ufficiali dell'anagrafe degli assistibili, da 183650 persone, compresi i deceduti e i trasferiti nell'anno in esame.

Il numero di ricoveri relativi ad assistibili della ASL di Terni è stato, nell'anno 1997, di 38648.

Il dato è leggermente inferiore del 3,41 % rispetto al 1996; il tasso di ospedalizzazione è di 212,45 assistibili per mille, inferiore di circa 13 punti rispetto al 1996 (225), ma ben lontano dagli obiettivi regionali e nazionali. Il tasso relativo ai soli assistibili dei Medici Generali (esclusi quindi i pediatri di libera scelta) è di 217 per mille.

Una indagine precedente della nostra A.S.L. sui ricoveri del 1996, aveva già evidenziato, una differenza sia quantitativa che qualitativa dei ricoveri tra i due sessi e per classe di età.

In Allegato C possiamo vedere il tasso di ospedalizzazione per comune di residenza: il comune di Amelia in particolare, ma anche i paesi limitrofi, presentano un tasso di ospedalizzazione eccezionalmente elevato, non giustificabile in base a differenze nella composizione della popolazione per età: la standardizzazione per età non modifica infatti i tassi; assai maggiore rispetto alla media è inoltre il ricorso a ricoveri in regime di day hospital; la Tabella 3 mostra infine come il rapporto tra fatturato e frequenza è negativo (-16%), a testimonianza del fatto che in linea di massima i ricoveri

sono caratterizzati da un basso livello di complessità clinica. È stato inoltre dimostrato che esiste una correlazione diretta tra tasso di ospedalizzazione e ricoveri ripetuti.

In Figura 1 si osserva la distribuzione percentuale di tutti i ricoveri della ASL, suddivisa per ordinari, urgenti e day hospital in particolare il day hospital incide per il 29%. Sul piano qualitativo in (Allegato D) si può valutare l'analisi dei primi 25 DRG ordinati per fatturato, con le variazioni percentuali sia della spesa che della frequenza rispetto ai valori dell'anno precedente. Il taglio sui primi 25 DRG per frequenza, ci consente di intercettare il 31,61% di tutti i ricoveri ed il 37,8% della spesa complessiva. Vedremo anche in (Allegato E) la stessa tabella ordinata per frequenza con a lato il ranking per fatturato.

Leggendo le due tabelle, rispetto al 1996, appare evidente lo spostamento delle diagnosi "cardiologiche" dal DRG 127 "insufficienza cardiaca e shock" (-42,9%) verso il DRG 144 "altre diagnosi apparato circolatorio con CC" (+42,5%); le diagnosi principali maggiormente rappresentate sono: ins. cardiaca congestiva (DRG 127) e miocardipat sec sai (DRG 144). È evidente che le diagnosi sono assai simili sotto il profilo clinico, ma la scelta tra le due influenza marcatamente il costo del ricovero (entro il valore soglia, la variazione è di circa £ 1.800.000 a favore del DRG 144).

Altro dato interessante è l'incremento del 10,5% della frequenza diagnostica del "parto vaginale senza diagnosi complicanti" (DRG 373) e dei costi ad essa relativi (+35%); in questo caso si può ipotizzare un aumento dei nuovi nati altrettanto consistente, oppure che le diagnosi per ricoveri pre-parto non siano state affatto corrette. A tale riguardo, in (Allegato F), si può osservare la sequenza di ricoveri ripetuti di una paziente che è riuscita in 40 giorni a partorire ben 4 volte!

Nel DRG 270 "altri interventi della pelle, tessuto sottocutaneo e mammella)" troviamo evidenziati nella diagnosi principale tutta una serie di piccoli interventi chirurgici fino a qualche tempo fa effettuati in regime ambulatoriale; fra questi possiamo elencare: cisti sebacee suppurate e non, lipomi, verruche, piccole neoplasie benigne della pelle etc., l'ammontare complessivo è di £ 1.352.000.000 per 460 interventi.

Infine primo in frequenza e 23esimo per spesa il DRG 467, il più "amato" dai medici: "altri fattori che influenzano lo stato di salute". Da solo esso rappresenta il 4% del totale dei ricoveri, ma il trend in termini di fatturato è in costante aumento (+17,9%) rispetto al 1996, la diagnosi principale che lo genera in circa il 60% dei casi è assolutamente chiara: "esame nas", da non intendersi "nuclei anti-sofisticazione", ma solo esame non altrimenti specificato; altre 2 diagnosi frequentemente associate al DRG 467 sono "controllo 1a gravidanza" e "visita di controllo sai": res ipsa loquitur! Il 90% dei ricoveri per questo DRG è ovviamente in regime di day hospital, ed il costo complessivo ammonta a £ 1.142.000.000. (Allegato G)

Tuttavia ci sono anche dei dati in controtendenza rispetto al 1996: riduzione di frequenza e di spesa dei ricoveri per "diabete >35 anni" (-28,1 e -12,1), per "BPCO" (-15,1 e -2,8) e per "T.I.A." (-5,5 e 6,8); pressoché stabili quelli per "ipertensione" (-0,2 e +4,5).

In (Allegati H-I-L) possono essere valutate le tabelle dei ricoveri generali per tipo e regime di ricovero, relativamente ai primi 25 DRG ordinati per frequenza.

Un altro aspetto molto importante che è stato analizzato è la frequenza dei ricoveri ripetuti. Attraverso il raggruppamento del codice individuale sono stati individuati 19926 cittadini che sono stati ricoverati nel 1997 per più di una volta. Sono quindi stati esclusi coloro che avevano ricoveri con DRG diversi e lasciati solo i DRG ripetuti. Rimangono in tal modo 2954 ricoveri ripetuti da 2 a 20 volte. L'indice di ricoveri ripetuti per la nostra ASL è quindi del 7,6%.

Questo dato è senz'altro robusto, in quanto dal computo sono stati esclusi i casi in cui si è verificato un "passaggio" verso il DRG con complicanze (ad es., DRG 130 verso DRG 131), ed i casi in cui, a fronte di diagnosi nell'insieme analoghe, si è avuta l'attribuzione ad un DRG diverso principalmente a causa di inversioni nell'ordine delle diagnosi.

Il passo successivo è stato quello di estrarre e raggruppare i DRG significativi per questo gruppo specifico di pazienti ed ordinarli per frequenza (Tabella 4). Se in alcuni DRG la ripetizione del ricovero può essere del tutto comprensibile (chemioterapia), in altri il dato è di difficile interpretazione.

Ricompare il solito DRG 467 che con ben 191 ricorrenze. La ricerca delle diagnosi introdotte per questo DRG, anch'esse ordinate per frequenza, sono visibili in Tabella 5.

Tra le diagnosi afferenti a questo DRG ce n'è una che è stata ulteriormente esplosa: la trasfusione di sangue (codice V58.2). Ciò che sorprende è che la trasfusione di concentrati eritrocitari è comunque un trattamento effettuabile ambulatoriamente, e risulta pertanto difficile comprendere perché venga aperto con questa frequenza un day hospital.

Ricapitolando, i dati statistici generali prodotti per la ASL sono:

totale costo dei ricoveri distribuito per ospedale e comune di residenza

frequenza dei ricoveri distribuita per ospedale e residenza

tasso di ospedalizzazione per comune e generale

distribuzione dei ricoveri per tipo e per regime di ricovero

costo medio per assistibile ponderato per la popolazione dei Medici Generali e per l'età pediatrica

costo medio per ricovero

media giorni ricovero per tipo e regime

media giorni ricovero per i primi 25 DRG ordinati per fatturato e per frequenza.

indice di ricoveri ripetuti

Come sopra ricordato, l'obiettivo di agganciare ciascun ricovero ad ogni medico risponde all'esigenza di poter procedere ad una verifica dei propri dati per ciascun Medico Generale, ed alla possibilità di aprire un confronto qualitativo su tali dati, e di poter elaborare dati statistici generali e per medico.

L'Allegato M mostra il foglio riepilogativo dei dati statistici generali e personali consegnato ai singoli medici; in esso è stata anche stampata la lista dei primi 10 DRG più rappresentativi in frequenza per ciascun medico. Riteniamo che questi dati possano essere un formidabile strumento individuale di self audit.

Fra i dati riepilogativi statistici dei medici è interessante apprezzare le due Figure 2 e 3 che evidenziano per ciascun medico:

il rapporto tra il numero di assistiti e spesa media al netto dell'età

il rapporto tra il numero di assistiti e tasso di ospedalizzazione

Si può apprezzare dalle figure che con meno di 400 assistiti i valori ottenuti sono molto dispersi, a significare che i dati numerici sia di spesa che di ospedalizzazione non sono stabili, come del resto è ovvio attendersi considerando che pochi ricoveri di alto o basso costo possono sbilanciare i valori verso l'alto o verso il basso.

Risultati dei questionari compilati dai Medici Generali

Sono stati elaborati 2329 ricoveri che rappresentano il 6,02% del totale.

La popolazione assistita dai 10 medici sperimentatori è complessivamente di 12259 persone, pari al 6,67% di tutta l'ASL.

Nella Figura 4 si può valutare la distribuzione percentuale per fascia di età dell'intera popolazione dell'ASL a confronto con quella del gruppo di sperimentazione. Le due popolazioni sono sovrapponibili, fatta eccezione per l'età pediatrica che

nel gruppo è scarsamente rappresentata.

Nella Figura 5 possiamo vedere la distribuzione dei ricoveri per tipo e regime ulteriormente suddivisa fra il tipo ricoveri medici e ricoveri chirurgici.

Da rilevare che i ricoveri programmati si distribuiscono quasi omogeneamente fra medici e chirurgici (48,8%; 50,5%) mentre sia gli urgenti che i day hospital sono fortemente spostati verso i medici (circa 80%).

La prima domanda del questionario esplora se il medico di famiglia è a conoscenza del ricovero, indipendentemente dal momento in cui ha registrato l'informazione.

Nell'83% dei casi il ricovero è noto al medico di famiglia; la conoscenza del ricovero diminuisce fino al 75% se consideriamo i soli ricoveri in Day Hospital.

Analizzando la distribuzione della quota di ricoveri sconosciuti al medico curante (17%), possiamo valutare che l'incidenza del Day Hospital sale al 54%; considerato quanto prima esposto circa la frequenza di ricoveri in D-H finalizzati all'effettuazione di esami clinici, questo dato può essere interpretato come la conseguenza di indagini cliniche non ritenute meritevoli della revisione da parte del medico di famiglia (perché risultate normali?) oppure, più malignamente, di indagini eseguite gratuitamente con la compiacenza di qualche "amico".

La seconda domanda chiede direttamente "chi ha deciso il ricovero?" (per una interpretazione corretta vedere la legenda del questionario). In Figura 6 vediamo che solo il 36,4% dei ricoveri sono realmente attribuibili ai medici di famiglia e/o alla guardia medica notturne e festiva; di questi il 33,4% al Medico Generale ed il 3% al medico di guardia medica. In realtà, se togliamo i ricoveri chirurgici e quelli urgenti, la percentuale scende a 11,7%. Se andiamo a valutare la distribuzione delle altre risposte (Figura 7), che rappresentano il 64% circa dei ricoveri al netto delle risposte nulle, il medico del reparto o altro specialista raggiungono insieme il 65,1% il restante 34,9% sono attivazioni spontanee.

Dall'analisi dettagliata dei primi 10 DRG ordinati per frequenza (Allegato N e O) e suddivisa per tipo di ricovero risulta:

nelle risposte nulle, ovvero nelle quali il medico non è stato in grado di definire chi ha deciso il ricovero, prevale il "solito" DRG 467, seguito da patologie varie talvolta urgenti.

nelle risposte in cui è il medico di famiglia a decidere prevalgono patologie di tipo chirurgico o urgenti

nelle risposte la cui decisione è attribuita ad altro medico o specialista i DRG sono equamente rappresentati ma con una prevalenza di patologie di interesse specialistico.

Laddove il ricovero è deciso dal medico di reparto ricompare il DRG 467 ed altri simili, associati a patologie minori es. "altri interventi pelle..." o "disturbi della pelle...", o che non sembrano richiedere necessariamente l'attivazione da parte di uno specialista (ad es., "parto vaginale senza diagnosi complicanti").

Infine dai DRG ottenuti per attivazione spontanea del paziente si estraggono patologie di urgenza "parto, dolori improvvisi, fratture, shock, traumatismi, aritmie, ecc."

Alla domanda n.3, che chiedeva se il ricovero poteva essere evitato, la risposta è stata affermativa nel 27,7% dei casi.

La Tabella 6 evidenzia i DRG corrispondenti: si evince che effettivamente si poteva fare di più, con notevole risparmio di risorse.

La Tabella 7 verifica i DRG associati con la risposta NO, trattandosi per la gran parte di ricoveri correlati ad interventi chirurgici o a situazioni di urgenza.

Anche in questo caso si può concludere che la valutazione degli sperimentatori è corretta.

A questo punto la domanda n. 4 chiede se è possibile definire quali fattori, nell'opinione degli intervistati, avrebbero influito in modo decisivo al fine di evitare il ricovero.

Sono state predisposte 6 risposte chiuse mutuamente esclusive, valutabili nel questionario accluso. Nel 71,9% dei casi l'accesso rapido ad esami sia ambulatoriali che domiciliari consentirebbe di evitare gran parte dei ricoveri elencati nella Figura 8, solo il 4,5% è correlato ad un bisogno di maggiore disponibilità dei servizi infermieristici sociali e residenziali; tuttavia bisogna rilevare che la popolazione oggetto dello studio risiede tutta in città, dove questi servizi sono ben presenti. Infine nel 23,6% viene invocata maggiore collaborazione dei pazienti e dei loro familiari.

La domanda n. 5 entra nel vivo dei problemi diagnostici chiedendo se si è in grado di formulare una diagnosi di ammissione. Sono state registrate il 72,4% di risposte positive, che hanno consentito di codificare in formato ICD9 (domanda n. 6) la diagnosi di ammissione. A questo punto sono state confrontate le diagnosi dei medici di famiglia con quelle ottenute dalla SDO (diagnosi principale e secondarie, interventi chirurgici); 558 diagnosi su 1687, pari al 33,1%, risultavano esattamente identiche; il controllo raggruppato delle rimanenti 1129, con taglio a 20 diagnosi, dimostra una frequenza molto vicina di descrizioni sostanzialmente identiche (Tabella 8). Solo 2 gruppi di diagnosi della SDO non hanno trovato corrispondenza nelle diagnosi dei Medici Generali; è verosimile tuttavia che la corrispondenza sarebbe stata piena elencando i primi 30 gruppi di diagnosi.

È interessante valutare come la diagnosi "parto complicato normale" (cioè per via naturale, senza taglio cesareo) sulla colonna a sinistra sia rappresentata a destra con "controllo altra gravidanza normale", e come le diagnosi cardiologiche siano fra loro molto confuse su entrambe le tabelle.

Sarebbe stato veramente interessante ricodificare i DRG con le diagnosi ottenute dai nostri dati, quindi riconfrontare i DRG, ma non avendo a disposizione il "grouper" ciò non è stato possibile.

Ad ulteriore conferma, la 7a domanda chiede esplicitamente se la diagnosi di ammissione formulata dal Medico Generale è correlata con le diagnosi della SDO. Nel 93,5% dei casi la risposta è SI; analizzando qualitativamente le differenze nelle diagnosi riscontrate nel restante 6,5% dei casi, non emergono elementi chiari di disaccordo.

Continuando ad analizzare i problemi diagnostici, la domanda 8 chiede se le diagnosi e il DRG della SDO sono correlati con i dati storici contenuti nella cartella del Medico Generale. Anche in questa risposta i SI ottengono l'85,9%; per le 329 risposte che danno origine al 14,1% dei NO, sono stati raggruppati i primi 10 DRG nella Tabella 9.

È curioso che per tutte le 329 risposte i Medici Generali avevano risposto NO anche alla domanda 5 e 6, quindi non erano in grado di fare alcuna diagnosi di ammissione, inoltre la lettura della tabella ci induce a ritenere che forse tali ricoveri potevano essere evitati, considerando che si tratta di patologie di bassa complessità clinica ed in generale non correlabili a situazioni di urgenza.

La domanda n. 9 indaga se sono rispettate le modalità previste per l'applicazione delle tariffe nel caso dei DRG chirurgici, ovvero se le analisi preoperatorie e le visite di controllo post-operatorie entro 30 giorni dalla dimissione, comprese eventuali rimozioni punti, sono state indebitamente richieste al Medico Generale e quindi di fatto addebitate due volte alla ASL. Nel 13% dei casi il Medico Generale non ha saputo rispondere, nel 72,8 ha risposto NO (quindi che non gli è stata fatta alcuna richiesta), nel restante 14,2% ha risposto SI.

Le Tabelle 10 e 12 raggruppano le diagnosi relative e i reparti di dimissione correlati a questo 14,2% corrispondente a 122 ricorrenze.

Particolare importanza riveste la comunicazione fra Medico Generale e medico ospedaliero (M.O.); nella nostra ASL più volte abbiamo investito il nostro tempo in incontri, seminari ed altro, con l'obiettivo di standardizzare gli strumenti di comunicazione.

La domanda n. 10 chiede al Medico Generale se, per ogni ricovero, ha ricevuto una breve ma esaustiva relazione clinica. Nel 10,1% la risposta è stata "non ricordo", nel 45,9% la risposta è stata SI, nel rimanente 44% di NO. Nella distribuzione per tipo, regime e classe (ricovero medico o chirurgico) non sono riscontrabili differenze rispetto ai valori generali; nella Tabella 11 sono invece rappresentati i reparti dei nostri ospedali in forma codificata, con a fianco le frequenze

delle risposte positive e negative alla domanda 10. Come si può leggere, solo un reparto (2603) ha avuto tutti valori positivi e solo un altro (3901) ne ha avuti solo negativi.

La domanda n. 11 chiedeva se, dopo la dimissione, sono stati richiesti dal M.O. esami diagnostici che potevano essere espletati durante il ricovero. Solo nel 3,3% dei casi la risposta è stata positiva. L'analisi dettagliata di questa quota non evidenzia elementi di discussione.

Infine siamo finalmente giunti all'ultima domanda che chiede se il Medico Generale è in condizione di esprimersi sulle cause dei ricoveri ripetuti. Nella maggioranza dei casi la risposta è stata omessa (57% di NON SO); nel 28,4% dei casi (18,5+9,4) il ricovero era ritenuto comunque necessario. Rimane un 14,7% dei casi (7,7+7) in cui i Medici Generali asseriscono che nel ricovero ripetuto sono presenti elementi di incertezza, in relazione all'attribuzione a DRG diversi della stessa malattia, oppure perché il paziente è tornato per concludere accertamenti già programmati con il medico del reparto; ne consegue che essi probabilmente potevano essere effettuati nel precedente ricovero Figura 9.

Nella Tabella 13 si possono valutare quali DRG raggruppati sono in relazione con queste risposte.

Anche in questo caso le diagnosi appaiono riferibili a prestazioni non specificate, molte delle quali in day hospital.

Nell'analisi generale dei risultati di ASL abbiamo già esaminato approfonditamente i ricoveri ripetuti; possiamo solo aggiungere che i dati rilevati dal nostro campione sono sovrapponibili a quelli della popolazione generale dei ricoverati.

Conclusioni

Le informazioni tratte da questo lavoro sembrano di rilevante interesse, e molte altre potranno ancora esserne tratte, elaborando la stessa base dati. L'elemento fondamentale di novità consiste nel riconoscimento certo di ogni ricovero e nella associazione del paziente oggetto del ricovero al medico curante. Il confronto del database relativo ai ricoveri con l'anagrafica dei comuni è un passo indispensabile per procedere ad elaborazioni di qualità. A dire il vero finora questo aspetto non sembra aver ottenuto l'attenzione che a nostro avviso merita, poiché è stato dato ampio spazio agli aspetti economico-finanziari; tuttavia, per mezzo del collegamento anagrafico, si è giunti anche al riconoscimento di utenti ricoverati residenti in altre ASL ed erroneamente attribuiti alla nostra. Inoltre senza l'identificazione certa non è possibile fare elaborazioni sui ricoveri ripetuti.

Nella SDO esiste un campo (residenza) che consentirebbe di collegare il cittadino con la ASL di competenza; di fatto però spesso il dato è risultato inaffidabile, e non risultano peraltro essere stati avviate attività sistematiche di controllo della qualità formale dei dati contenuti nella SDO.

A questo si aggiungano l'incompletezza dei dati, l'incomprensibilità in taluni casi dell'attribuzione dei DRG a fronte della mancanza o l'erroneità di dati fondamentali quali la data di dimissione, la data di nascita, ecc., la discutibilità di alcune codifiche. Se si considera che i dati delle SDO sono, al momento, l'unica fonte certa di elaborazioni epidemiologiche e di programmazione sanitaria, c'è da essere seriamente preoccupati!

È indispensabile, per la compilazione corretta della SDO, che i campi siano sottoposti a controlli sistematici (e possibilmente automatici) di qualità, e che gli ospedali siano collegati con i comuni evitando duplicazioni anagrafiche. Inoltre andrebbe aggiunto nel tracciato record un campo per introdurre il codice regionale del medico di famiglia e, possibilmente, anche la codifica della diagnosi di ammissione.

È necessario senz'altro che i medici ospedalieri siano formati specificamente per fare questo lavoro, evitando la figura del "codificatore" che opera senza conoscere approfonditamente la realtà del malato e tutti gli eventi avvenuti nel corso del ricovero.

Il sistema dei DRG mostra segni di debolezza, almeno in Italia, forse perché noi italiani siamo in grado di trovare sempre soluzioni fantasiose e talora furbesche.

La possibilità di aprire day hospital, a cui associare diagnosi generiche che finiscono in DRG "comodi", consente di eseguire esami gratuitamente, procurando lavoro al medico ed evitando spese di tickets al paziente.

La trasformazione di prestazioni prima ambulatoriali, a basso costo, in day hospital ripetuti, cioè "ogni volta uno", (es. dialisi, litotripsia, chemioterapia, trasfusioni, ma anche rimozioni chirurgiche di favi, ascessetti, verruchine virali e non, nevi, lipomi ecc.) porta ad un incremento di spesa assolutamente ingiustificato per prestazioni di bassissima complessità, senz'altro erogabili a diverso livello assistenziale.

A meno che questa scelta non sia "ufficialmente" riconosciuta come strumento politico di riduzione delle liste di attesa, "per molti, ma non per tutti!".

In tal caso ci siamo anche noi Medici Generali: cominciamo a organizzare i nostri "ospedali di comunità a basso costo".

Infine i dati da noi elaborati definiscono in modo chiaro, una volta per tutte, quali rapporti intercorrono fra i Medici Generali e i ricoveri dei propri pazienti:

il Medico Generale conosce i ricoveri dei propri pazienti anche se)

solo 1 ricovero su 3 viene direttamente o indirettamente gestito dal Medico Generale.

se escludiamo le urgenze e i ricoveri chirurgici apparentemente non di pertinenza del Medico Generale, questi gestisce solo 1 ricovero su 10

è possibile ridurre i ricoveri impropri investendo intelligentemente sui servizi territoriali, sia sul piano quantitativo ma soprattutto su quello qualitativo

le diagnosi dichiarate dai Medici Generali sulla scheda di accesso sono affidabili almeno quanto quelle riportate sulla SDO

talvolta le regole dei DRG chirurgici non vengono rispettate. Proviamo noi a farle rispettare

i ricoveri ripetuti molto spesso sono inappropriati ed evitabili

L'ultimo obiettivo raggiunto, di certo non meno importante, è che la somma dei costi dei ricoveri, più quella attribuita agli esami diagnostici e strumentali, più quella derivata dalla spesa farmaceutica per l'anno 1997 per ciascun medico rappresenta il budget analitico storico di riferimento per ogni Medico Generale.

Hanno collaborato i seguenti Medici Generali di Terni: M. Ceccobelli, M. Cioffi, L. Di Girolamo, R. Fabrini, M. Gentile, M. La Bella, S. Lamanna, A. Rossi, M. Verducci

Bibliografia

1. F. Taroni -DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali - Il Pensiero Scientifico Editore
2. V. Patavino e coll - Regione dell'Umbria azienda n.4 : SDO 1996

3. P. Barbieri e A. Donzelli - Le discusse finanze dei DRG - Occhio Clinico 1996

Tabella 1

Lista delle tabelle utilizzate

1. anagrafe assistibili 1997
2. tabella comuni d Italia
3. tabella DRG
4. tabella ICD9-CM
5. tabella Medici Generali ASL 04
6. dati dei ricoveri intraregionali: scheda di dimissione ospedaliera (dagli osp. della regione)
7. dati dei ricoveri extraregionali: scheda di dimissione ospedaliera (dalla regione attraverso il compattamento degli osp. Extraregionali)

Tabella 2

Distribuzione per fascia di età degli assistibili del gruppo sperimentale

Medico	Min. anni 14	Tra 14 e 30	Tra 30 e 50	Tra 50 e 65	Tra 65 e 75	Mag. 75	Totali
Ceccobelli Massimo	19	319	444	302	214	146	1444
Cioffi Mattia	37	288	490	306	225	166	1514
Di Girolamo Leopoldo	30	357	566	287	166	97	1504
Fabrini Roberto	16	197	273	179	121	85	871
Gentile Maurizio	18	319	449	348	225	146	1505
La Bella Massimo	21	152	201	132	87	72	665
Lamanna Saverio	30	266	412	171	126	55	1060
Luzzi Galeazzi Sergio	28	348	501	342	187	105	1513
Rossi Alessandro	23	154	276	155	139	96	843
Verducci Maurizio	37	302	390	300	188	123	1340
Totali per età	259	2702	4002	2522	1678	1091	12259

Tabella 3

Rapporto fra fatturato e frequenza di ricovero per singolo ospedale

Ospedale	% fatt	% freq	Rapporto
Az. Osp. Tr	64,2%	64,0%	1,00
Narni-Amelia	17,0%	20,2%	0,84
Altre Regioni	9,7%	6,8%	1,42
Az. Osp. Pg	3,7%	2,6%	1,43
Spoletto	2,0%	2,3%	0,89

Todi	0,7%	1,1%	0,63
Bambino Gesù	0,7%	0,8%	0,82
Altri Osp. Umbri	2,0%	2,1%	0,96
TOTALE	100,0%	100,0%	1,00

Tabella 4

Primi 25 DRG ordinati per frequenza relativi ai ricoveri ripetuti

DRG	Descrizione	Freq.
323	Calcolosi urinaria e/o litotripsia	352
410	Chemioterapia	201
249	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	194
206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoolica	182
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	162
39	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	152
183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	106
144	Altre diagnosi apparato circolatorio con CC	102
324	Calcolosi urinaria senza CC	93
88	Malattie polmonari croniche-obstruttive (COPD)	89
316	Insufficienza renale	88
430	Psicosi	80
134	Iperensione	77
243	Disturbi dorso	74
379	Minaccia d aborto	71
82	Neoplasie apparato respiratorio	68
311	Interventi per via transuretrale senza CC	67
133	Aterosclerosi senza CC	65
317	Dialisi renale	62
203	Tumori maligni apparato epatobiliare o pancreas	62
395	Anomalie globuli rossi età >17	61
127	Insufficienza cardiaca e shock	60
14	Disturbi cerebrovascolari specifici escl. TIA	53
122	Disturbi circolatori con IMA senza complicanze cardiovasc.	52
428	Disturbi personalità e controllo degli impulsi	50

Tabella 5

Diagnosi mediche DRG 467 ordinate per frequenza

Dia mediche	Freq.
Esame nas	88
Controll 1a grav normale	26
Trasfusione sang, non dg	23
Visita di controllo sai	5
Controllo altr grav normal	5
Stato postchirurg nas	5

Anam-problemi perinatali	4
Osserv-sospetto mal nas	3
Non int chir-ragioni nas	3
Sostituzione organo na	2
Anam-distur sist urinar	2
Ricerca-tumori nas	2
Visita di controllo nas	2
Morb/mort causa sco nas	2
Indag e anal procreativa	2
Ricerca-tumori nas	2
Anam-mal app respirator	1
Circos abitaz/econ sai	1
Cosiglio genetico	1
Visit dop terapia mista	1

Tabella 6

DRG ordinati per frequenza su risposta n. 3 affermativa

DRG	Descrizione	Freq.
206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	49
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	44
249	Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	35
134	Ipertensione	22
243	Disturbi dorso	20
183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	19
284	Disturbi minori pelle senza CC	16
133	Aterosclerosi senza CC	14
294	Diabete età >35	14
270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	14

Tabella 7

DRG ordinati per frequenza su risposta n. 3 negativa

DRG	Descrizione	Freq.
39	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	81
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	60
249	Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	44
162	Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	38
410	Chemioterapia	34
364	D&C, conizzazione escl. tum. Maligno	27
198	Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	24
254	Fratture, distors.,stiram.,lussaz. braccio, gamba escl. pi	24
127	Insufficienza cardiaca e shock	24
158	Interventi su ano e stoma senza CC	23
270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	23

Tabella 8
Confronto fra le diagnosi raggruppate SDO e quelle delle cartelle dei Medici Generali (fra le 1129 diverse per icd9)

ICD9	Freq.	Descrizione (SDO)	ICD9	Freq.	Descrizione (M.G.)
571.40	27	Epatite cronica sai	571.4	22	Epatite cronica
V54.8	24	Tratt ortopedic ult nas	414.9	17	Mal card ischemic cd sai
V58.1	22	Chemioterap manteniment	427.3	15	Fibrillaz/flutter auric
V72.8	14	Esame nas	786.5	14	Dolore toracico
491.21	12	Bron. cr. ostr. c/esac. ac.	491.2	12	Bronchite cr ostrutt
401.9	12	Ipertensione sai	435	11	Ischemia cereb transitor
650	12	Parto compl normale	250.0	11	Diabete mellito non com
414.8	11	Mal card ischemic cr nas	200.1	11	Linfosarcoma
V54.9	9	Tratt ortopedic ult sai	813.4	10	Fr epif dis radio/uln-ch
410.11	8	Iam ant. nas c/ep. in cura	410.0	8	Iam parete anterol
250.00	8	Diabete adulto non comp	413	8	Angina pectoris
412	8	Infarto miocar pregresso	V45.1	8	Stato dialisi renale
396.9	7	Mal valv mitr/aortic sai	V70.7	8	Esame-ricerc clinica
428.0	7	insuf card congestiva	V22.1	8	Control altr grav normal
V56.0	7	Tratt ult dial extracorp	416.8	7	Mal cardiopolmon cd nas
427.31	7	Fibrillazione auricolare	410	7	Infarto miocardico acuto
722.10	6	Dislo disco lombare	780.4	7	Stordimento e capogiro
402.90	6	Mal card ipertensiv sai	284.8	6	Anemie aplastiche nas
300.00	6	Stato di ansia sai	300.1	6	Isteria
571.49	6	Epatite cronica nas	799.8	6	Altr st morb mal-def nas

Tabella 9

Risposta n. 8 NO, primi 10 DRG

DRG	Descrizione	Freq.
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	19
249	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	15
206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	13
425	Reazione acuta da adattamento e disturbi da disadattamento	8
183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età >17 aa	8
25	Accesso epilettico e cefalea età >17 senza CC	7
298	Disturbi nutrizione e metabolismo età 0-17	6
134	Ipertensione	6
369	Disturbi mestruali ed altri disturbi app. riproduttivo fem	6
158	Interventi su ano e stoma senza CC	6

Tabella 10

Risposta n. 8 SI, primi 10 DRG

DRG	Descrizione	Freq.
39	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	22
249	Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	6
254	Fratture, distors.,stiram.,lussaz. braccio, gamba escl. pi	5
229	Interventi mano e polso escl. interv. maggiori articolaz.	5
6	Decompressione tunnel carpale	4
155	Interventi su stomaco, esofago e duodeno età >17 senza CC	3
258	Mastectomia totale per tumore maligno senza CC	3
198	Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	3
42	Interventi intraoculari escl. retina, iride e cristallino	3
219	Interventi arto inferiore e omero escl. anca, piede, femor	3

Tabella 11

Gradimento lettera dimissione per reparto

Cod. rep	Freq. no	Freq. si
0801	25	101
0901	57	56
0902	52	71
0903	60	61
2401	53	24
2601	83	107
2602	30	69
2603		30
2901	21	15
3201	20	39
3401	60	46
3601	99	82
3602	24	34
3701	89	50
3702	20	16
3802	30	20
3901	18	
4301	59	61
5101	26	19
5201	16	17
6401	27	15

Tabella 12

Reparti correlati alla risposta n. 9 affermativa

Cod.	rep Freq.
3401	27
3601	20
0902	13

3602	12
0901	8
3802	8
4301	6
0903	5
2601	4

Tabella 13

Primi 10 DRG dei ricoveri ripetuti

DRG	Descrizione	Freq.
249	Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	13
206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	7
364	D&C, conizzazione escl. tum. Maligno	4
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	4
231	Escissione locale e rimozione mezzi fissazione interna esc	4
270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	3
183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	3
359	Interventi utero e annessi non per tum. Maligno senza CC	3
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3
47	Altri disturbi occhio età >17 senza CC	3

Allegato A

Questionario per la valutazione dei ricoveri

Istruzioni per l'interpretazione del questionario

Queste specificazioni che vi scrivo, anche se potranno sembrare ai più ovvie, sono essenziali ai fini della compilazione omogenea del questionario e quindi della successiva fase di elaborazione.

Tutte le risposte al questionario sono uniche e numeriche.

Ad ognuno sarà dato oltre al tabulato cartaceo dettagliato dei ricoveri, un dischetto in formato EXCEL o WORKS (a richiesta) contenente una tabella riepilogativa dei ricoveri e le colonne sulle quali dovrete scrivere le risposte al questionario.

Esso conterrà la lista dei pazienti ricoverati in ordine alfabetico, con la corrispettiva scheda nosologica numerica unica che vi consentirà di identificare con chiarezza il ricovero.

Domanda N. 1: Sei a conoscenza di questo ricovero?

risposte possibili:

1) Si

2) No

Interpretazione: La risposta è SI se l hai saputo, anche a distanza di tempo, e da chiunque.

Domanda N. 2: Chi ha deciso il ricovero?

risposte possibili:

- 0) Non so
- 1) Medico curante o suo sostituto
- 2) Guardia medica
- 3) Altro medico (specialista ecc.)
- 4) Medico del reparto a cui afferisce il ricovero
- 5) Attivazione spontanea

Interpretazione: Se hai risposto NO alla prima domanda dovrebbe essere scontato che devi rispondere 0) alla seconda, altrimenti ripensa alla prima.

Se ritieni che la risposta sia la n. 3) o la 4) o la 5) devi tenere conto che questa scelta è corretta solo se il ricovero non ti era stato comunicato o se comunque non ti era stato chiesto nessun parere al riguardo; altrimenti la risposta è la n. 1.

esempio n. 1: se il paziente viene ricoverato in day hosp o per esami e tu eri a conoscenza di questo, anche se non hai scritto la richiesta, la risposta non è 3 o 4 ma 1.

esempio n. 2: se il paziente ti avvisa di un problema urgente (ferita/trauma o altro) e gli consigli di recarsi al pronto soccorso la risposta è sempre 1 e non 3 o 4 o 5 .

esempio n. 3: se il paziente ha consultato lo specialista e ti comunica una decisione già presa per un ricovero (quindi la comunicazione è solo di riguardo e non di consulto) la risposta è 3 o 4.

esempio n. 4: se viceversa il paziente ti chiede consiglio per un ricovero proposto da altri e tu concordi, la risposta è 1.

Domanda N. 3: Dalla rivalutazione dei dati storici in tuo possesso ritieni che questo ricovero poteva essere evitato?

risposte possibili:

- 1) Si
- 2) No

Interpretazione: non ci dovrebbero essere problemi di interpretazione salvo in un caso: se ho risposto NO alla prima domanda e quindi 0) alla seconda, potrebbe a prima vista essere automatica la risposta NO (in quanto non ho dati), in realtà i dati relativi al ricovero (DRG e diagnosi) potrebbero comunque consentirti di rivalutare l intero quadro.

Domanda N. 4: A tuo giudizio quale dei seguenti fattori di seguito elencati avrebbero influito positivamente anche in modo decisivo al fine di evitare il ricovero?

risposte possibili:

- 0) Nessuna risposta

- 1) Maggiore coll. del paziente
- 2) Marrioge collaborazione dei familiari
- 3) Migliore assistenza infermieristica
- 4) Migliore assistenza sociale
- 5) Accesso rapido a consulenze specialistiche ed esami (domiciliari ed ambulatoriali)
- 6) Risoluzione dei problemi di abitazione e residenziali

Interpretazione: attenzione la risposta è sempre e solo una!

Potrebbe sembrare logico lasciare aperta questa risposta in modo che vi possiate sfogare, purtroppo questo non è possibile se vogliamo una valutazione dei dati corretta, scegliete viceversa il fattore che ritenete veramente essere il più importante.

La risposta è 0) se alla domanda 3) hai risposto NO.

Domanda N. 5: sei in grado per questo ricovero di formulare la tua diagnosi di ammissione?

risposte possibili:

- 1) Si
- 2) No

Domanda N. 6: se hai risposto Si alla domanda n. 5 codifica la diagnosi in formato ICD9

risposte possibili:

- 0) Nessuna

Codice icd9

Interpretazione: attenzione all introduzione!

cerca con oculatezza il codice ICD9 dalla cartella MILLENNIUM dovrebbe essere da 3 a 5 caratteri separati dal punto dopo il terzo carattere. La errata introduzione mi costringerà a richiamare chi ha errato con inutili perdite di tempo.

P.S. Deve essere inserito anche il punto (es. 250.10)

Domanda N. 7: ritieni correlata la tua diagnosi di ammissione alle diagnosi ICD9 e al DRG di dimissione?

risposte possibili:

- 0) Nessuna risposta
- 1) Si
- 2) No

Interpretazione: nessuna risposta: Se alla risposta 5) hai scelto NO

SI significa presenza della stessa diagnosi ICD9 o similare per gruppo fra le quattro disponibili sia mediche che chirurgiche.

NO significa: diagnosi di dimissione non chiarificante le problematiche di ingresso ma condita da patologie meno importanti peraltro già conosciute e valutate.

Domanda N. 8: ritieni coerenti le diagnosi ICD9 e il DRG di dimissione con i dati storici in tuo possesso?

risposte possibili:

1) Si

2) No

Interpretazione: si intende se erano dati già in tuo possesso e quindi in linea con quanto già sapevi, oppure dati nuovi o comunque non coerenti con i tuoi.

Domanda N. 9: se il DRG è chirurgico, puoi dire se per le prestazioni successive ti è stato richiesto di redigere una nuova richiesta?

risposte possibili:

0) Non ricordo

1) Si

2) No

Interpretazione: attenzione! vale solo per i DRG chirurgici

I DRG chirurgici comprendono gli accertamenti pre-intervento e almeno la medicazione e la rimozione punti che va eseguita senza richiesta medica come pure la prima visita di controllo.

SI significa mi è stato chiesto (dalla lettera di dimissione o altro)

NO è stato fatto tutto in automatico

Domanda N. 10: hai potuto valutare una relazione clinica stringata ma esaustiva sulle cose fatte durante il ricovero

risposte possibili:

0) Non ricordo

1) Si

2) No

Domanda N. 11: sei in grado di dire se sono stati richiesti esami diagnostici successivi che potevano essere fatti durante il ricovero?

risposte possibili:

0) Non ricordo

1) Si

2) No

Interpretazione: SI significa che il paziente è stato dimesso anzitempo per motivi vari e che gli esami non effettuati durante il ricovero sono stati poi eseguiti all'esterno con la tua richiesta

Domanda N. 12: in caso di ricovero ripetuto a breve distanza: analizza le seguenti possibilità

risposte possibili:

0) Non so

1) ritieni che la patologia in corso rendeva comunque necessario il nuovo ricovero (per gravità o malato terminale)

2) il paziente si è ammalato di patologie diverse tutte importanti

3) la patologia è sempre la stessa ma il DRG di dimissione e le diagnosi ICD9 sono state cambiate

4) Non aveva concluso gli accertamenti pertanto è stato richiamato d'accordo con il medico del reparto.

Allegato B

Lista dei ricoveri suddivisa per medico

Dott.: Luzzi Galeazzi Sergio

Cognome e nome: Indirizzo: Via Venti Settembre 0178

Residenza: Terni (TR) Sesso: Maschio Cod. san: Data di nascita 19/11/32

Ospedale: A.O. Terni Scheda nosol.: 97031107 Data ricovero: 07/11/97

Tipo ricovero: Programmato Regime ricovero: Day Hosp Durata degenza: 0

Tipo DRG: Ipertrofia prostatica benigna senza CC

M Diagnosi principale: Iperplasia prostatica 1^ Diagnosi

2^ Diagnosi 3^ Diagnosi

se DRG chirurgico:

Diagnosi int. principale: 1^ inter. secondario:

2^ inter. secondario: 3^ inter. secondario:

Note:

Cognome e nome: Indirizzo: Via Vivaldi Antonio 0094

Residenza: Terni (TR) Sesso: Maschio Cod. san: Data di nascita 24/06/83

Ospedale: A.O. Terni Scheda nosol.: 97021965 Data ricovero: 30/07/97

Tipo ricovero: Programmato Regime ricovero: Ordinario Durata degenza: 2

Tipo DRG: Altr. disturbi occhio età 0-17

M Diagnosi principale: Contusione oculare sai 1^ Diagnosi Edema retina

2^ Diagnosi Iridoc second, non infez 3^ Diagnosi

se DRG chirurgico:

Diagnosi int. principale: 1^ inter. secondario:

2^ inter. secondario: 3^ inter. secondario:

Note:

Cognome e nome: Indirizzo: Via Aleramo Sibilla

Residenza: Terni (TR) Sesso: Maschio Cod. san: Data di nascita 09/06/50

Ospedale: A.O. Terni Scheda nosol.: 97019059 Data ricovero: 29/06/97

Tipo ricovero: Urgente Regime ricovero: Ordinario Durata degenza: 1

Tipo DRG: Aterosclerosi senza CC

M Diagnosi principale: Mal card ischemic cr 1^ Diagnosi

2^ Diagnosi 3^ Diagnosi

se DRG chirurgico:

Diagnosi int. principale: 1^ inter. secondario:

2^ inter. secondario: 3^ inter. secondario:

Note:

Allegato D

Primi 25 DRG ordinati per spesa e variazioni su 1996

Prog.	DRG	Descrizione	Freq.	%	Var. su 1996	Importo	%	Var. su 1996
1	317	Dialisi renale	162	0,42	16,0	L. 6.281.125.000	4,9	11,0
2	39	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	924	2,39		L. 3.387.123.468	2,6	
3	209	Interventi maggiori su articolazioni ed arti	235	0,61		L. 3.245.342.950	2,5	
4	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	552	1,43	-3,3	L. 2.781.380.170	2,2	8,3
5	144	Altre diagnosi apparato circolatorio con CC	394	1,02	45,2	L. 2.371.936.400	1,8	42,5
6	14	Disturbi cerebrovascolari specifici escl. TIA	382	0,99	-5,5	L. 2.246.838.400	1,7	-6,8
7	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	870	2,25	10,5	L. 2.125.720.780	1,7	35,0
8	88	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	416	1,08	-15,1	L. 1.996.491.050	1,6	-2,8
9	134	Ipertensione	580	1,50	-0,2	L. 1.845.884.200	1,4	4,5
10	162	Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	586	1,52		L. 1.805.353.350	1,4	
11	12	Disturbi degenerativi del S.N. C.	160	0,41		L. 1.734.543.600	1,3	
12	127	Insufficienza cardiaca e shock	391	1,01	-29,7	L. 1.666.776.600	1,3	-42,9
13	183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età > 17 aa	731	1,89	-5,5	L. 1.589.413.710	1,2	1,8
14	198	Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	329	0,85		L. 1.563.239.040	1,2	
15	243	Disturbi dorso	500	1,29	-7,2	L. 1.440.674.620	1,1	5,9
16	323	Calcolosi urinaria e/o litotripsia	485	1,25		L. 1.395.326.000	1,1	
17	359	Interventi utero e annessi non per tum. maligno senza CC	297	0,77		L. 1.383.840.710	1,1	
18	249	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	1026	2,65	-2,4	L. 1.355.326.060	1,1	29,5
19	270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	460	1,19		L. 1.352.935.480	1,1	
20	148	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso con CC	92	0,24		L. 1.290.679.200	1,0	
21	316	Insufficienza renale	194	0,50	14,4	L. 1.159.975.400	0,9	11,3
22	364	D&C, conizzazione escl. tum. maligno	416	1,08		L. 1.147.588.475	0,9	
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1538	3,98	7,1	L. 1.142.351.110	0,9	17,9

24	294	Diabete età >35	274	0,71	-28,1	L. 1.135.930.000	0,9	-12,1
25	395	Anomalie globuli rossi età >17	222	0,57		L. 1.124.472.400	0,9	

Totale 12216 31,61 L. 48.570.268.173 37,8

Allegato E

Primi 25 DRG ordinati per frequenza e rank per spesa

Prog.	DRG	Descrizione	Freq.	%	Importo	%	Rank imp.
1	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1538	4,0	L.1.142.351.110	0,9	23
2	249	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	1026	2,7	L. 1.355.326.060	1,1	18
3	39	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	924	2,4	L. 3.387.123.468	2,6	2
4	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	870	2,3	L. 2.125.720.780	1,7	7
5	183	Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	731	1,9	L. 1.589.413.710	1,2	13
6	206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	640	1,7	L. 885.745.700	0,7	40
7	162	Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	586	1,5	L. 1.805.353.350	1,4	10
8	134	Ipertensione	580	1,5	L. 1.845.884.200	1,4	9
9	410	Chemioterapia	552	1,4	L. 2.781.380.170	2,2	4
10	243	Disturbi dorso	500	1,3	L. 1.440.674.620	1,1	15
11	323	Calcolosi urinaria e/o litotripsia	485	1,3	L. 1.395.326.000	1,1	16
12	270	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	460	1,2	L. 1.352.935.480	1,1	19
13	88	Malattie polmonari cranico-ostruttive (COPD)	416	1,1	L. 1.996.491.050	1,6	8
14	364	D&C, conizzazione escl. tum. maligno	416	1,1	L. 1.147.588.475	0,9	22
15	144	Altre diagnosi apparato circolatorio con CC	394	1,0	L. 2.371.936.400	1,8	5
16	284	Disturbi minori pelle senza CC	391	1,0	L. 567.017.680	0,4	63
17	127	Insufficienza cardiaca e shock	391	1,0	L.1.666.776.600	1,3	12
18	14	Disturbi cerebrovascolari specifici escl. TIA	382	1,0	L.2.246.838.400	1,7	6
19	324	Calcolosi urinaria senza CC	369	1,0	L. 872.501.320	0,7	41
20	298	Disturbi nutrizione e metabolismo età 0-17	343	0,9	L. 172.938.430	0,1	213
21	198	Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	329	0,9	L.1.563.239.040	1,2	14
22	47	Altr. disturbi occhio età >17 senza CC	325	0,8	L. 872.441.920	0,7	42
23	133	Aterosclerosi senza CC	321	0,8	L.1.035.825.200	0,8	29
24	15	Attacco Ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	319	0,8	L.1.070.838.210	0,8	28
25	189	Altre diagnosi apparato digerente età >17 senza CC	317	0,8	L. 559.111.750	0,4	67
Totale			13605	35,2	L.37.250.779.123	29,0	

Allegato F

Esempio di DRG ripetuto

G. deg	Imp.	deg DRG	Descrizione	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
1	L. 584.000	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	Parto prem spont-parto	Leiomioma uterino sai
1	L. 237.000	379	Minaccia d aborto	Minacc trav prem-antepar	Tumore utero-anteparto
1	L. 237.000	379	Minaccia d aborto	Minacc trav prem-antepar	Tumore utero-anteparto
2	L. 3.027.000	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	Parto prem spont-parto	
3	L. 3.662.000	379	Minaccia d aborto	Minaccia abort-anteparto	Leiomioma uterino sai
3	L. 5.727.000	395	Anomalie globuli rossi età >17	Anemia caren ferro sai	Leiomioma uterino sai
3	L. 1.753.000	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	Parto prem spont-parto	Leiomioma uterino sai
5	L. 5.498.000	206	Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite	Disturbi epatici nas alcoo	
5	L. 3.662.000	379	Minaccia d aborto	Minaccia abort-anteparto	Leiomioma uterino sai
5	L. 3.027.000	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	Parto compl normale	Parto-semp nato vivo

Allegato G

DRG 373

Diagnosi mediche	N.	Diagnosi chirurgiche	N	N. D.H.	N. DEG	Importo
Parto compl normale	592	Assist man al parto nia	592	0	2248	L. 1.459.509.380
Parto compl normale	179	Episiotomia	179	0	856	L. 443.544.600
Rott prem membran-parto	16	Episiotomia	16	0	72	L. 38.240.000
Parto compl normale	19	Rotaz man testa fetale	19	0	76	L. 38.220.000
Parto forcipe sai-parto	9	Estraz ventos ed episiot	9	0	41	L. 24.695.000
Totale	815		815	0	3293	L. 2.004.208.980

DRG 467

Diagnosi mediche	N.	Diagnosi chirurgiche	N	N. D.H.	N. DEG	Importo
Esame nas	884		0	891	0	L. 331.432.000
Trasfusione sang, non dg	46	Trasfus eritr ammas	46	554	0	L. 218.860.000
Controll 1a grav normale	159		0	369	30	L. 158.373.000

Visita di controllo sai	20		0	131	0	L. 51.566.000
Esposiz mal trasmis sai	85		0	123	0	L. 48.831.000
Totale	1194		46	2068	30	L. 809.062.000

DRG 127

Diagnosi mediche	N.	Diagnosi chirurgiche	N	N. D.H.	N. DEG	Importo
Insuf card congestiva	199		0	18	2269	L. 909.219.600
Insuf card del cuor sin	87		0	2	725	L. 369.937.000
Shock cardiogeno	36		0	0	122	L. 85.161.000
Shock sai	14		0	0	128	L. 48.195.000
Mal car ipert beni e icc	8		0	1	82	L. 33.135.000
Totale	344		0	21	3326	L. 1.445.647.600

DRG 144

Diagnosi mediche	N.	Diagnosi chirurgiche	N	N. D.H.	N. DEG	Importo
Miocardiopat second sai	228		0	19	2015	L. 1.367.832.000
Mal cardiopolmon cr nas	34		0	3	327	L. 210.375.000
Miocardiopatie prim nas	32		0	2	297	L. 195.619.800
Mal cardiopolmon cr sai	18		0	0	169	L. 97.978.800
Degenerazione miocardica	14		0	0	116	L. 91.356.000
Totale	326		0	24	2924	L. 1.963.161.600

DRG 270

Diagnosi mediche	N.	Diagnosi chirurgiche	N	N. D.H.	N. DEG	Importo
Cisti sebacea	86	Altr demol locale cute	86	79	8	L. 246.954.000
Lipoma nas	57	Altr demol locale cute	57	61	5	L. 162.954.000
Tum benign pelle tronco	39	Altr demol locale cute	39	32	23	L. 114.590.000
Tum ben pelle faccia nas	28	Altr demol locale cute	28	26	9	L. 82.834.000
Tum mal pell c cap/collo	21	Altr demol locale cute	21	21	6	L. 61.176.000
Totale	231		231	219	51	L. 668.508.000

Allegato H

Primi 25 DRG per frequenza ricovero ordinario

Prog.	Descrizione	DRG	Freq.	Importo	Deg. med.
1	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	39	882	L. 3.228.649.540	2,6
2	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	373	485	L. 1.214.174.180	4,5
3	Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	162	385	L. 1.191.511.350	3,6
4	Calcolosi urinaria e/o litotripsia	323	295	L. 239.955.000	1,9
5	D&C, conizzazione escl. tum. maligno	364	294	L. 795.507.145	1,7
6	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell apparato digerente,età > 17 aa senza cc	183	286	L. 699.166.890	5,0
7	Interventi utero e annessi non per tum. maligno senza CC	359	270	L. 1.258.059.310	7,1
8	Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	198	252	L. 1.189.568.840	6,1
9	Disturbi dorso	243	195	L. 718.786.050	7,4
10	Taglio cesareo senza CC	371	178	L. 751.335.800	7,3
11	Ipertensione	134	177	L. 676.855.980	7,5
12	Interventi per via transuretrale senza CC	311	177	L. 402.322.070	3,4
13	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	249	176	L. 553.836.060	5,5
14	Interventi ginocchio senza CC	222	169	L. 913.885.200	3,6
15	Altre diagnosi orecchio, naso e gola età >17	73	168	L. 441.642.700	4,3
16	Int. su articolazioni maggiori e reimpanti di arti inferiori	209	159	L. 2.189.122.550	16,9
17	Interventi su ano e stoma senza CC	158	151	L. 432.135.180	4,1
18	Malattie polmonari cranico-ostruttive (COPD)	88	144	L. 738.495.530	11,1

19	Calcolosi urinaria senza CC	324	143	L. 338.905.130	5,0
20	Altr. disturbi occhio età >17 senza CC	47	141	L. 448.940.520	5,4
21	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età 0-17	60	131	L. 191.791.910	3,7
22	altre diagnosi apparato digerente età >17 senza CC	189	118	L. 289.551.550	4,1
23	Miscellanea interventi su orecchio, naso e gola	55	115	L. 397.523.090	6,6
24	Minaccia d aborto	379	110	L. 357.768.430	5,4
25	Attacco Ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	15	105	L. 384.879.170	8,2
	TOTALE		5706	L. 20.044.369.175	

Allegato I

Primi 25 DRG per frequenza ricovero urgente

Prog.	Descrizione	DRG	Freq.	Importo	Deg. med.
1	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	373	378	L. 907.708.600	3,6
2	Altre diagnosi apparato circolatorio con CC	144	303	L. 1.925.838.000	9,6
3	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell apparato digerente, età > 17 aa senza cc	183	302	L. 818.169.200	5,5
4	Insufficienza cardiaca e shock	127	295	L. 1.286.850.600	10,3
5	Ipertensione	134	267	L. 1.070.262.200	8,1
6	Disturbi cerebrovascolari specifici escl. TIA	14	263	L. 1.541.603.200	13,6
7	Malattie polmonari cranico-ostruttive (COPD)	88	223	L. 1.223.391.720	12,6
8	Calcolosi urinaria senza CC	324	183	L. 513.452.600	5,5
9	Attacco Ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	15	171	L. 658.030.840	8,6
10	Disturbi dorso	243	158	L. 576.413.190	6,0

11	Disturbi circolatori con IMA senza complicanze cardiovasc.	122	147	L. 861.027.440	10,6
12	Dolore toracico	143	141	L. 494.904.200	4,5
13	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell apparato digerente,età < 18 aa	184	137	L. 290.876.500	3,1
14	Stato stuporoso e coma traumatici, coma <1 ora età >17 senza CC	29	129	L. 317.626.880	4,6
15	Fratture, distors., stiramenti e lussaz. di braccio, gamba, eccetto piede,età > 17 aa senza cc	254	127	L. 226.118.100	4,3
16	Diabete età >35	294	118	L. 602.407.740	10,7
17	Aterosclerosi con CC	132	114	L. 595.420.250	8,3
18	Aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza CC	139	107	L. 330.997.900	5,2
19	Disturbi cerebrovascolari aspecifici senza CC	17	104	L. 438.805.800	10,4
20	Polmonite semplice e pleurite età >17 con CC	89	102	L. 608.322.920	14,7
21	Aterosclerosi senza CC	133	101	L. 384.592.200	7,7
22	Insufficienza renale	316	100	L. 688.543.560	12,0
23	Stato stuporoso e coma traumatici, coma <1 ora età 0-17	30	98	L. 192.018.200	2,8
24	Disturbi circolatori con IMA e complicanze cardiovasc. dimessi vivi	121	96	L. 768.754.000	15,0
25	Alterazioni dell equilibrio	65	96	L. 268.487.000	6,9
	TOTALE		4260	L. 17.590.622.840	

Allegato L

Primi 25 DRG per frequenza ricovero Day Hospital

Prog.	Descrizione	DRG	Freq.	Importo	Deg. med.

1	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	467	1454	L. 1.006.227.480	1,8
2	Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	249	834	L. 740.096.000	2,1
3	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc	206	520	L. 412.876.770	3,0
4	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	410	451	L. 2.422.768.120	8,8
5	Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	270	368	L. 1.051.674.000	1,1
6	Disturbi nutrizione e metabolismo età 0-17	298	332	L. 146.177.190	1,8
7	Disturbi minori pelle senza CC	284	253	L. 200.854.670	2,8
8	Decompressione tunnel carpale	6	197	L. 489.040.000	1,0
9	Disturbi endocrini senza CC	301	193	L. 173.828.000	2,8
10	Aborto con D&C isterosuzione o isterotomia	381	164	L. 375.186.126	1,1
11	Dialisi renale	317	162	L. 6.281.125.000	91,4
12	Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	162	156	L. 467.751.000	1,2
13	Affezioni mediche del dorso	243	147	L. 145.475.380	2,8
14	Legatura e stripping vene	119	146	L. 456.112.000	1,1
15	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell apparato digerente, età > 17 aa senza cc	183	142	L. 68.873.620	1,8
16	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	384	142	L. 77.355.520	1,5
17	Ipertensione	134	136	L. 98.766.020	2,2
18	Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	383	136	L. 76.985.400	1,7

19	Disturbi mestruali ed altri disturbi dell app. riproduttivo femminile	369	134	L. 71.785.200	1,3
20	Altre diagnosi relative all apparato digerente, età > 17 aa senza cc	189	130	L. 53.827.400	1,4
21	Interventi su ano e stoma senza CC	158	125	L. 341.480.000	1,3
22	Aterosclerosi senza CC	133	124	L. 283.927.400	5,3
23	Calcolosi urinaria e/o litotripsia	323	123	L. 760.582.000	2,0
24	Interventi mano e polso escl. interv. maggiori articolaz.	229	97	L. 263.466.000	1,2
25	Disturbi tessuti connettivo senza CC	241	96	L. 80.052.910	2,9
	TOTALE		6762	L. 16.546.293.206	

Allegato M

SIMG sez. di Terni - A.S.L. 4 Terni

Dott. Luzzi Galeazzi Sergio

Dati generali di A.S.L.

Residenti 183650 Ricoveri 38648

Media giorni di ricovero 7,07

Tasso di ospedalizzazione 217,49

Tot. costi ricoveri L. 141.327.627.889

Costo medio per assistibile L. 870.437

Costo medio per ricovero L. 3.999.490

Dati personali del medico

Assistiti 1513 Ricoveri 310

Media giorni di ricovero 7,71

Tasso di ospedalizzazione 204,89

Tot. costi ricoveri L. 1.365.653.470

Costo medio per assistibile L. 902.613

Costo medio per ricovero L. 4.405.334

Spesa media al netto dell età L. 937.880

Scost. % 3,70

Scost. % al netto dell età 7,75

Lista dei tuoi DRG significativi ordinati per frequenza

M/C	DRG	Descrizione	N.	G. Deg	G. D.H.	Importo
M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc	14	0	481	L. 12.951.000
C	39	Int. sul cristallino con o senza vitrectomia	11	49	0	L. 43.667.000
M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	11	9	18	L. 11.218.000
M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	10	50	0	L. 26.126.000
M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	8	0	67	L. 40.153.000
M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	8	0	27	L. 9.641.000
C	270	Altri int. su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	7	2	6	L. 20.594.000
M	294	Diabete, età > 35 aa	6	72	0	L. 32.036.000

M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 aa senza cc	6	45	4	L. 9.856.000
M	243	Affezioni mediche del dorso	6	29	3	L. 12.573.000

Allegato N

DRG estratti da risposte nulle

Descrizione	Frequenza
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	35
Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	23
Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	20
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	16
Disturbi mestruali ed altri disturbi app. riproduttivo fem	14
Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	10
Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	9
Disturbi minori pelle senza CC	9
Chemioterapia	9
Fratture, distors.,stiram.,lussaz. braccio, gamba escl. pi	9
Disturbi nutrizione e metabolismo età 0-17	9

DRG estratti da ric. medici di famiglia e g. medica

Descrizione	Frequenza
Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	27
Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	22
Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	19
Colecistectomia totale senza esporazione coledoco senza CC	18
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	18
Sequela malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	18
Chemioterapia	17
Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	17
Interventi su ano e stoma senza CC	16
Legatura e stripping vene	15
Disturbi nutrizione e metabolismo età 0-17	9

DRG estratti da ric. altri medici e specialisti

Descrizione	Frequenza
-------------	-----------

Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	9
Interventi su ernia inguinale e femorale età >17 senza CC	6
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	6
Ipertensione	5
Disturbi dorso	4
Altr. disturbi occhio età >17 senza CC	4
Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 sen	3
Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	3
altre diagnosi apparato digerente età >17 senza CC	3
Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella età >17	3
Interventi mano e polso escl. interv. maggiori articolaz.	3
Altre diagnosi orecchio, naso e gola età >17	3
Malattie polmonari cranico-ostruttive (COPD)	3
Aterosclerosi senza CC	3
Aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza CC	3

Allegato O

DRG estratti da ric. medico del reparto

Descrizione	Frequenza
Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	39
Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	28
Disturbi fegato escl. tum. maligno, cirrosi, epatite alcoo	26
Chemioterapia	17
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	13
D&C, conizzazione escl. tum. maligno	10
Altri interventi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella se	10
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	10
Disturbi minori pelle senza CC	9
Taglio cesareo senza CC	9
Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	9

DRG estratti da ric. attivazione spontanea

Descrizione	Frequenza
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	13
Disturbi dorso	12
Esofagite gastroenterite e miscell. disturbi digestivi età	12
Fratture, distors.,stiram.,lussaz. braccio, gamba escl. pi	9
Fratture, distors., stiram., lussaz. avabraccio, mano, pi	9
Insufficienza cardiaca e schock	7
Sequele malattie app. osteomuscolare e tessuto connettivo	7
Traumatismi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella età >17	7
Disturbi cerebrovascolari specifici escl. TIA	7
Calcolosi urinaria senza CC	7
Aritmia e disturbi della conduzione cardiaca senza CC	7

