



**Azienda Sanitaria Locale Roma G
UOS SIO-SIAS-SIES
UOC Pianificazione Strategica**



Flussi Informativi SIO, SIAS, SIES e Pianificazione Strategica

Dott. Carlo De Luca

Incontro con i Pianificatori Locali - Tivoli 13 Ottobre 2011

1

L'incontro di oggi è rivolto ai pianificatori locali cui è stato attribuito un ruolo di facilitatori all'interno del Presidio. Questa funzione richiede una visione d'insieme dei processi (sanitari e non) che governano e caratterizzano l'attività di un Presidio a gestione diretta. La relazione presentata ha quindi l'obiettivo di illustrare il flusso di dati contenuto nei sistemi informativi SIO (ricoveri), SIAS (prestazioni ambulatoriali) e SIES (emergenza).

Sotto il profilo della pianificazione strategica è sembrato importante non solo illustrare i percorsi e le criticità dei flussi ma anche esporre l'uso attuale dei dati e l'uso possibile nel caso si riuscisse a migliorare la qualità e la quantità delle informazioni raccolte. Si ritiene infatti che obiettivo prioritario della Pianificazione strategica sia quello di pervenire ad una valutazione delle attività sanitarie in grado di cogliere, se non proprio i bisogni, almeno la domanda di salute così come essa viene espressa dai cittadini e così come viene recepita delle istituzioni sanitarie.

ARGOMENTI

Introduzione ai flussi informativi

SIO, SIAS, SIES

- Contenuto
- Struttura
- Rilevanza
- Percorsi informativi e criticità

Analisi

- Bisogno socio-sanitario
- Relazione domanda-offerta (efficienza)

2

Questi i temi che verranno illustrati. Essi, in parte, sono già stati discussi in altre sedi e ad altri livelli ma vengono riproposti ai pianificatori locali perché tutti possano fare riferimento allo stesso quadro di informazioni e conoscenze.

INTRODUZIONE

Generalità

I flussi informativi sanitari raccolgono, archiviano, gestiscono ed utilizzano informazioni (amministrative e cliniche) che riguardano la salute della popolazione nelle sue tre componenti fondamentali:

Bisogno propriamente detto: necessità cliniche e sanitarie

Domanda propriamente detta: richiesta espressa

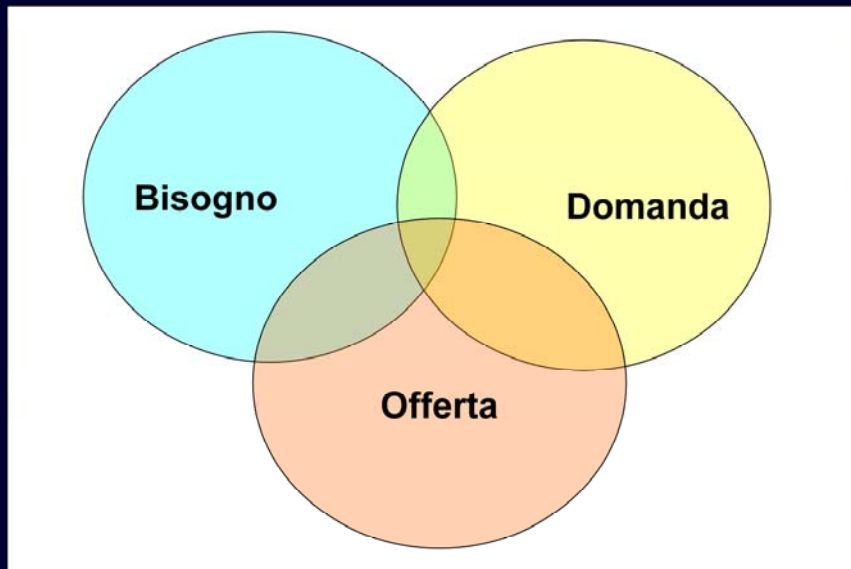
Offerta: disponibilità dei servizi

3

I sistemi informativi sanitari contengono informazioni amministrative e cliniche che possono essere raccolte separatamente o in modo congiunto. Così nell'ambito della specialistica ambulatoriale il sistema informativo contiene dati clinici (le prestazioni eseguite) ma soprattutto amministrativi (quota ticket, quota rimborso, eventuale esenzione, ecc.). Nel flusso che riguarda i ricoveri i dati clinici (diagnosi, prestazioni, esito) sono prevalenti. Alcuni flussi sono prettamente clinici (ad esempio il registro tumori) o esclusivamente amministrativi (gran parte di quelli che rientrano nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario).

I flussi informativi sanitari esplorano aspetti diversi della salute della popolazione (bisogno, domanda, offerta). Dal momento che lo stato di salute di una popolazione richiede una valutazione complessiva gli strumenti informativi utilizzati nella misurazione delle diverse componenti devono assolutamente essere integrati.

INTRODUZIONE
Relazione tra bisogno, domanda ed offerta



4

Nella popolazione le tre componenti dello stato di salute si sovrappongono solo in parte: solo una parte del bisogno viene espresso e diventa domanda, solo una parte della domanda viene soddisfatta dall'offerta, ecc. Ancora più interessante è l'analisi delle mancate sovrapposizioni: ad esempio la quota di offerta che non risponde ad un bisogno potrebbe a buon ragione essere considerata una inefficienza. Particolarmente rilevante risulta l'analisi di tutta quella quota di bisogno che non incontra l'offerta la cui individuazione dovrebbe essere obiettivo prioritario del Sistema Sanitario. I sistemi informativi servono a valutazioni di questo genere e dovrebbero relazionarsi per comprendere come queste tre componenti della salute della popolazione interagiscono nella realtà.

INTRODUZIONE

Definizioni

Per flusso informativo clinico può intendersi un sistema di rilevazione di dati inerenti STRETTAMENTE il **bisogno** e la **domanda** di salute.

In base a questa definizione sono considerati amministrativi quei flussi che riguardano l'**offerta**.

5

In linea di massima può essere considerata valida la distinzione tra flusso clinico inerente il bisogno e la domanda di salute e flusso amministrativo che riguarda l'offerta: posti letto, strutture, rete di assistenza, costi strutturali e di personale, ecc.

INTRODUZIONE

Tipologia dei flussi informativi

FLUSSI REGIONALI

- SIO, SIAS, SIAS
- ReNCaM: Registro nominativo delle cause di morte
- SIAR: Sistema informativo assistenza riabilitativa (estensiva e di mantenimento: ex art. 26); SIAD: Sistema informativo assistenza domiciliare; SIRA: Sistema informativo delle residenze assistenziali.
- Screening oncologico: prestazioni ambulatoriali (prevenzione)
- Consultori, Vaccinazioni, TSMREE (Tutela della Salute e Riabilitazione dell'Età Evolutiva)
- SERT
- Farmaceutica a distribuzione indiretta, diretta esterna, diretta interna

FLUSSI MINISTERIALI

- NSIS (Ministero della Salute)
- Prestazioni ambulatoriali (Ministero Economia e Finanze)

Nella diapositiva è riportato un elenco, certo non esaustivo, dei flussi informativi attuali classificati sulla base del referente istituzionale (Regione o Ministeri) e raggruppati per quello che nella nostra Asl è il servizio di competenza. Da sottolineare che tra quelli riportati l'unico flusso che può essere realmente utilizzato per esplorare il bisogno di salute è il flusso ReNCaM che raccoglie i dati di mortalità della popolazione. Tutti gli altri flussi riguardano la domanda o l'offerta di salute. Si comprende quindi la difficoltà che si incontrano quando si intende definire il bisogno di salute della popolazione.

SIO – SIAS – SIES Contenuto

FLUSSO INFORMATIVO	CONTENUTO
SIO: Sistema Informativo Ospedaliero	Ricoveri Acuti (ordinari e Dh), aborti, parti Ricoveri in Lungodegenza Ricoveri in Riabilitazione post-acuzie
SIAS: Sistema Informativo Assistenza Specialistica	Prestazioni ambulatoriali eccetto SERT, medicina legale e vaccinazioni
SIES: Sistema Informativo Emergenza Sanitaria	Accessi di Pronto Soccorso

7

Queste le caratteristiche principali dei tre flussi informativi gestiti dalla Unità Operativa non a caso denominata SIO-SIAS-SIES.

SIO – SIAS – SIES Struttura

	Oggetto della rilevazione	Classificazione	Strumenti di classif.	Criterio di classif.	Scala di classif.	Tariffazione
SIO	Episodio (ricovero)	Drg	ICD-IX CM	Assorbimento di risorse	Quantitativa ad intervalli	Assorbimento di risorse
SIAS	Aspetto dello episodio (ricetta)	Branca	Nomenclatore	Specialità clinica	Qualitativa nominale	Assorbimento di risorse
SIES	Episodio (accesso)	Triage	ICD-IX CM e Nomenclatore	Gravità clinica	Qualitativa ordinale	Gravità clinica

8

La struttura dei flussi informativi è molto diversa. Il SIO ed il SIES ricostruiscono un episodio di cura o di malattia mentre il SIAS ne comprende solo alcuni aspetti, quelli contenuti nella ricetta. Per quanto riguarda le scale, i ricoveri vengono classificati in base ad un Drg cui è associato un peso che è proporzionale all'assorbimento di risorse. Così se un Drg ha un peso 1,2000 (i pesi vengono sempre espressi con quattro decimali) si può dire che esso comporta un impegno di risorse del 20% superiore ad un Drg che ha peso 1,000. Nel SIAS viene utilizzata una classificazione che è qualitativa (la branca specialistica) e che non consente alcun confronto. Il SIES utilizza una scala di significato intermedio (il triage) che consente di affermare se un episodio è più grave di un altro ma non di quanto: così un paziente con codice giallo presenta una quadro clinico più severo rispetto ad uno con codice verde ma non si può affermare che sia due volte o tre volte più grave.

La diversa struttura dei flussi, e segnatamente i differenti criteri e scale di classificazione, rende conto della difficoltà che si incontra nell'operazione di integrazione delle informazioni.



Perché occuparsi di flussi informativi? Per diverse ragioni ma anche per la loro rilevanza economica che però deve essere inquadrata nel contesto reale nel quale le Asl operano. Nel modello di finanziamento cosiddetto a centralità Asl, qual è quello adottato dalla Regione Lazio e dalla generalità delle Regioni italiane, tecnicamente, è la Asl che viene finanziata a quota capitaria. A questa, in sede di compensazione interaziendale, viene sommata la mobilità attiva, una parte necessariamente minoritaria dell'attività dei presidi a gestione diretta che per definizione e vocazione sono naturalmente ancorati al proprio territorio di riferimento. Alla quota capitaria viene sottratta sia la mobilità passiva che l'attività dei nostri privati interni rivolta ai nostri residenti.

SIO – SIAS – SIES
Rilevanza economica – Attività dei Presidi a gestione diretta

- 1) La tariffa delle prestazioni erogate dai Presidi a gestione diretta ai propri residenti non costituisce un ricavo diretto ma rappresenta comunque una grandezza economica perché costituisce una misura *proxy* di risparmio.
- 2) La compensazione interaziendale (per la mobilità attiva e passiva) a livello regionale avviene solo ed esclusivamente sui dati certificati nei flussi informativi

10

Sulla rilevanza economica è importante sottolineare due aspetti. Il primo è che non corrisponde proprio a verità l'affermazione che l'attività dei presidi a gestione diretta sui propri residenti non ha alcun valore economico. Innanzitutto alcune tipologie di utenti versano una quota: i codici bianchi nell'emergenza pagano un ticket, i non esenti nella specialistica pagano il ticket o la franchigia o la quota aggiuntiva. In secondo luogo la produzione interna rivolta ai residenti rappresenta una misura, sia pure molto approssimativa, di risparmio ovvero di quanto non viene speso in mobilità passiva o devoluto ai privati interni.

Il secondo aspetto che occorre sottolineare è che comunque la compensazione interaziendale a livello regionale avviene solo ed esclusivamente sulla base dei dati contenuti nei flussi informativi ufficiali. Tutti gli altri flussi, cartacei o informatizzati che siano, non vengono minimamente presi in considerazione.

SIO – SIAS – SIES
Rilevanza economica – Contesto aziendale

Volumi di attività interni alla Asl Roma G. Anno 2010.						
Erogatore	Utenza	Tariffato SIAS ⁴ (€)	Tariffato SIO (€)	Tariffato Totale (€)	(%)	Bilancio Asl
Interno Pubblico ¹	Residenti Asl RmG	25.448.792	59.923.689	85.372.481	(27,0%)	Passivo evitato
	Mobilità attiva	6.390.685	13.184.342	19.575.027	(6,2%)	Attivo reale
Interno Privato ²	Residenti Asl RmG	20.660.399	13.517.739	34.178.138	(10,8%)	Passivo reale
Esterno ³	Residenti Asl RmG	28.165.718	148.802.148	176.967.866	(56,0%)	Passivo reale
TOTALE		80.665.594	235.427.918	316.093.513		
¹ Presidi pubblici a gestione diretta della Asl Roma G ² Presidi privati presenti sul territorio della Asl Roma G ³ Presidi esterni alla Asl Roma G (mobilità passiva) ⁴ Il Tariffato SIAS si riferisce alla sola quota rimborso						

11

Prima di entrare nel merito delle diverse criticità è bene descrivere il contesto nel quale ci si trova ad operare. Nella tabella è rappresentato quanto accaduto nel corso del 2010. La distribuzione di volumi e valori per tipologia di erogatore risulta particolarmente utile ai fini di una valutazione generale sulla collocazione e sul ruolo dell'Azienda in questo ambito specifico. Si è visto che nell'attuale sistema di finanziamento le Asl sono chiamate a svolgere la duplice funzione di erogatore diretto delle prestazioni (tramite i presidi pubblici a gestione diretta) e di acquirente di servizi (forniti da presidi privati ed esterni). La scelta del punto di equilibrio tra le due attività appartiene all'ambito delle decisioni strategiche operate a livello regionale ed aziendale. Nell'anno 2010 circa il 27% del volume totale di attività interna alla Asl rappresenta una misura di risparmio; circa il 6% un attivo reale; circa il 67% un passivo reale.

SIO – SIAS – SIES
Rilevanza nella programmazione

L'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), su mandato della Regione Lazio, accetta solo le prestazioni validate nei flussi informativi ufficiali. La programmazione regionale tiene conto solo dei dati accettati dall'ASP.

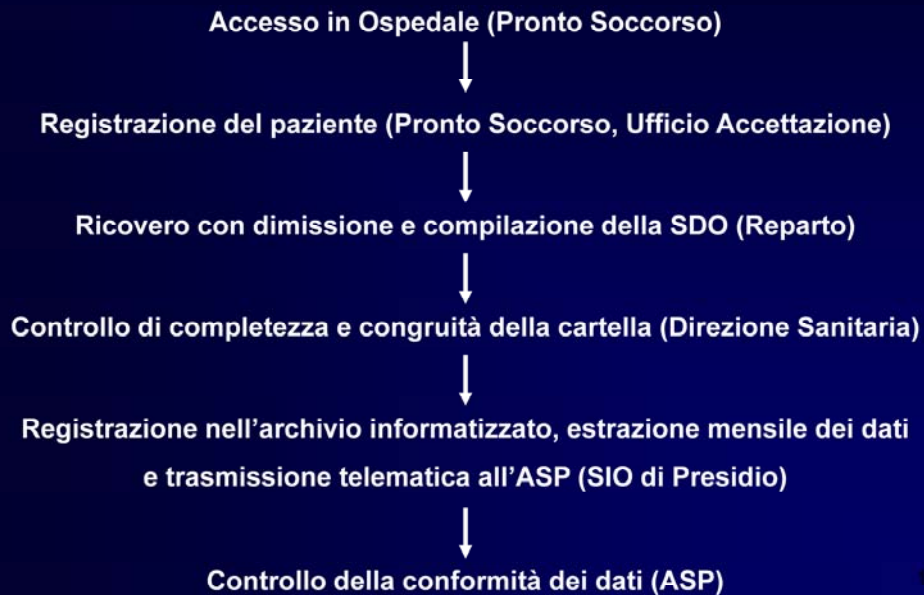
La programmazione aziendale può essere basata solo sui dati contenuti nei flussi informativi ufficiali essendo gli altri flussi (cartacei o informatizzati) difficilmente o affatto utilizzabili.

12

I flussi informativi, oltre a costituire la base di ogni valutazione economica, rivestono inoltre importanza decisiva sotto il profilo organizzativo. Infatti, su mandato della Regione Lazio, l'ASP accetta solo le prestazioni validate nei flussi informativi ufficiali. E' pleonastico ribadire che la programmazione regionale avviene poi su questi dati.

In secondo luogo la stessa Asl non può che avvalersi dei dati presenti nei flussi informativi ufficiali. E' noto che alcuni Presidi hanno archivi propri, alcune volte solo cartacei, altre volte informatizzati. Questi archivi sono utili ed utilizzabili dai singoli Presidi ma non sono fruibili per l'Azienda perché costruiti con criteri legittimi ma non omogenei e spesso non aderenti ai sistemi ufficiali di classificazione delle prestazioni e delle diagnosi. E' altresì noto che alcuni servizi (segnatamente il Laboratorio Analisi e le Radiologie) sono gestiti da sistemi informatizzati molto sofisticati con i quali si riescono a contare sia le prestazioni interne (rivolte ai pazienti dei Reparti) che quelle esterne (rivolte ad un'utenza ambulatoriale). Purtroppo però non risulta che tali conteggi siano coerenti con quanto previsto dal nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIO: momenti della rilevazione



Nella diapositiva è schematizzato l'iter della raccolta dei dati nel SIO. Il percorso è sì lineare ma complesso perchè implica l'intervento di più servizi: Pronto Soccorso, ufficio accettazione, naturalmente il Reparto che è l'elemento centrale, la Direzione Sanitaria, il SIO di Presidio ed infine l'ASP. La piena efficienza di questo percorso diventa decisiva ai fini di una trasmissione dei dati che sia tempestiva e completa.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIO: criticità

La trasmissione mensile dei dati richiede la piena funzionalità e tempestività del percorso informativo.

Le sedi dove è possibile che si verifichino ritardi sono:

- **Reparto**
- **Direzione Sanitaria**
- **Ufficio SIO di Presidio**

14

Si consideri che la trasmissione dei dati ha scadenze mensili ed avviene con precise limitazioni. Ogni mese si possono inviare telematicamente solo i dati dei ricoveri del mese precedente e sino al 30% (rispetto al totale) dei ricoveri del mese ancora precedente. Ad esempio, per quanto riguarda la prossima scadenza che è il 10 Novembre, si potranno trasmettere i dati dei ricoveri di Ottobre e sino ad un 30% (rispetto al totale) dei ricoveri del mese di Settembre. Questa limitazione fa sì che ogni ritardo che si verifica lungo il percorso illustrato in precedenza rischia seriamente di tradursi in una perdita informativa se viene superato il termine temporale imposto dalla Regione.

La sede nella quale più frequentemente avviene un ritardo tale da generare la perdita informativa è il Reparto dove le cartelle possono stazionarie oltremisura e senza ragione apparente se non la ritrosia dei medici a svolgere un'incombenza giudicata a torto amministrativa. In uno dei Presidi della Asl si è verificato lo scorso anno, fortunatamente senza conseguenze, che l'unico operatore del SIO di Presidio ha avuto serie e legittime difficoltà a svolgere l'intero lavoro. In quella circostanza solo un recupero dei dati concesso eccezionalmente dalla Regione ha evitato una perdita informativa veramente notevole. Da considerare infine la Direzione Sanitaria dove, almeno in passato e almeno in qualche Presidio, le cartelle rimanevano un tempo forse necessario ai controlli di completezza e congruità ma certo troppo lungo ai fini della trasmissione tempestiva dei dati.

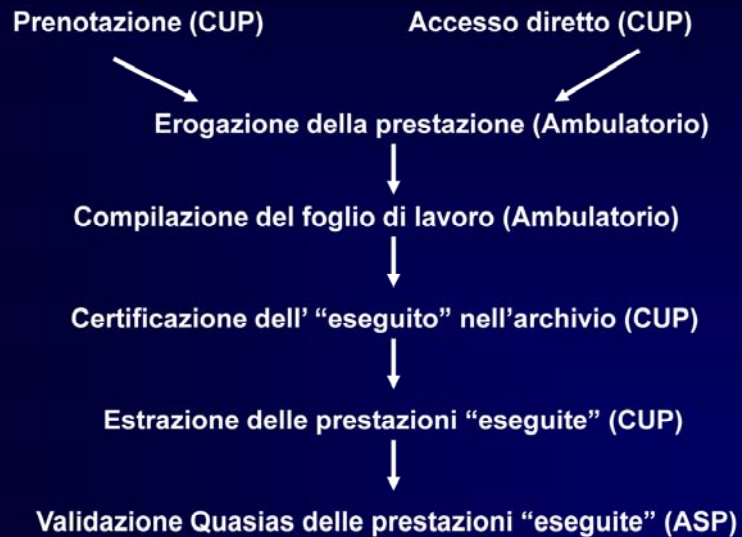
SIO – SIAS – SIES
Percorso SIO: perdita informativa nell'anno 2010.

SIO - Perdita informativa. Anno 2010.				
Codice Istituto	Istituto	N° cartelle trasmesse regolarmente ^a	N° cartelle trasmesse in deroga ^b	N° cartelle non trasmesse ^c
046	Colleferro	7.829	1.429 (15,0%)	261 (2,7%)
049	Monterotondo	3.501	527 (12,8%)	84 (2,0%)
051	Palestrina	5.309	525 (8,9%)	35 (0,6%)
052	Subiaco	2.993	45 (1,5%)	7 (0,2%)
053	Tivoli	10.037	826 (7,4%)	269 (2,4%)
Totale Asl		29.669	3.352 (10,0%)	656 (1,9%)
^a Cartelle inviate nel periodo Gennaio-Dicembre secondo le scadenze previste nel corso dell'anno ^b Cartelle inviate in ritardo ed accettate dall'ASP in via straordinaria nel febbraio 2011 ^c Cartelle di cui non è stata registrata la dimissione e non inviat				

15

La perdita complessiva nell'anno 2010 è risultati infine pari allo 1,9% dei ricoveri ma tale quota poteva essere di gran lunga superiore se la Regione Lazio non avesse consentito la trasmissione in via eccezionale delle cartelle che nell'anno 2010 non erano state trasmesse. Questa deroga ha consentito di recuperare circa il 10% delle cartelle e senza di essa il danno informativo sarebbe salito a 4.008 cartelle pari a poco meno del 12% del totale. Da precisare che l'anno precedente la deroga non fu concessa e non è possibile prevedere se verrà accordata quest'anno. Quindi per l'anno 2011 il danno informativo potrebbe essere di grandi proporzioni.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: momenti della rilevazione



16

Quello rappresentato in diapositiva è invece il percorso SIAS. E' rappresentato un percorso a struttura lineare che congiunge i momenti fondamentali della rilevazione. Nella realtà si verificano talora itinerari collaterali e passaggi invertiti. Quello rappresentato è comunque il percorso che si verifica nella maggior parte dei casi.

Un momento chiave è rappresentato dalla certificazione dell' "eseguito". Perché una prestazione possa essere estratta dall'archivio CUP e trasmessa all'ASP attraverso il sistema telematico Quasias è necessario che essa sia "marcata" come eseguita. Questa operazione è un processo attivo che deve essere compiuto dall'operatore il quale sul foglio di lavoro verifica che una prestazione è stata erogata realmente dal medico, apre l'archivio CUP, cerca la ricetta nella quale tale prestazione è contenuta e la marca, informaticamente, come "eseguita". Si vedrà che questo passaggio costituisce il problema principale della rilevazione delle prestazioni ambulatoriali per una serie di ragioni che vanno dalla scarsità di personale al fatto che diverse sono le figure che possono accedere all'archivio CUP (operatori, infermieri, amministrativi, medici) e che non in tutti i Presidi è stato stabilito chi deve effettuare l'operazione e quando.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: criticità

In ognuno dei momenti fondamentali della rilevazione si verifica una perdita informativa:

- Erogato non registrato
- Registrato “non eseguito”
- “Eseguito” non validato dall’ASP

17

In ognuno dei momenti della rilevazione si verifica una perdita informativa, più o meno consistente, che può essere stimata con criteri diversi. In questa sede sono stati scelti criteri nel complesso “conservativi” che hanno l’obiettivo di individuare una perdita magari sottostimata ma certa.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: perdita informativa nell'anno 2010

SIAS - Perdita informativa (stima minima). Anno 2010.					
Codice Erogatore	Erogatore	Totale stimato	Totale validato	Perdita complessiva	
240101	Ospedale Monterotondo	50.635	42.800	7.835	15,5%
240102	Distretto Monterotondo	36.924	34.179	2.745	7,4%
250112	Distretto Guidonia	44.235	26.676	17.559	39,7%
250801	PTP Palombara	49.501	31.078	18.423	37,2%
260101	Ospedale Tivoli	141.810	133.421	8.389	5,9%
260102	Distretto Tivoli	56.064	48.409	7.655	13,7%
270101	Ospedale Subiaco	40.829	38.616	2.213	5,4%
270102	Distretto Subiaco	24.091	20.132	3.959	16,4%
280101	Ospedale Palestrina	27.874	15.805	12.069	43,3%
280103	Distretto Palestrina	59.359	46.218	13.141	22,1%
281001	Poliambulatorio Zagarolo	7.464	3.845	3.619	48,5%
300101	Ospedale Colleferro	127.104	122.298	4.806	3,8%
300104	Distretto Colleferro	79.627	42.553	37.074	46,6%
Consultori		20.000	3.600	16.400	82,0%
Totale		765.517	609.630	155.887	20,4%
Sono state escluse dall'analisi le prestazioni di laboratorio analisi e dialisi					

Si può calcolare che l'Asl non riesce a documentare circa il 20% delle prestazioni realmente erogate negli ambulatori (con esclusione del laboratorio analisi e della dialisi). Si tratta una stima minima (perchè ottenuta adottando criteri conservativi) le cui ragioni sono state discusse nell'incontro con le Direzioni Sanitarie tenutosi a Tivoli in data 13 Maggio 2011. Tutto il processo di analisi è riportato sul sito aziendale nella cartella "Corsi" della parte dedicata al SIO-SIAS-SIES.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: perdita informativa nell'anno 2010

SIAS - Perdita informativa. Primi dieci ambulatori. Anno 2010.				
Codice Presidio	Codice Ambulatorio	N Prestazioni validate	N Prestazioni erogate	Perdita Informativa
A	2601	1.420	5.000	77,9%
B	6901	1.020	2.466	70,7%
C	6901	875	1.431	62,1%
D	1501	1.712	1.852	52,0%
D	6904	685	734	51,7%
E	3803	997	1.017	50,5%
D	3701	1.984	1.896	48,9%
D	3804	586	494	45,7%
D	5201	666	528	44,2%
E	6901	4.961	3.748	43,0%

La perdita informativa è dovuta ad errori sistematici nella raccolta delle informazioni e quindi non interessa tutti gli ambulatori nella stessa misura ma alcuni sono più colpiti di altri. Nella diapositiva sono rappresentati i dieci ambulatori con le maggiori dieci perdite informative. Sia consentito di sottolineare il dato del primo ambulatorio, quello marcato con il codice 2601 appartenente al presidio A: si tratta di un reparto di Medicina il cui primario è costretto a fare personalmente l'eseguito. Questo primario, tra mancato eseguito e scarti, perde il 78% della sua attività. Quando, come pure accaduto in passato, la Regione procederà alla definizione delle piante organiche considererà solo il 22% della attività ambulatoriale di questa Medicina.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: eseguito non effettuato

Per “eseguito non effettuato” si intende tutto il prenotato che nell’archivio CUP non è stato aggiornato come “eseguito” o come “non presentato” o come “disdetto”

E’ certamente una inadempienza amministrativa da parte del Presidio ma in quale misura rappresenta una perdita informativa relativa a prestazioni realmente erogate e che non sono state trasmesse in Regione solo perché l’archivio CUP non è stato aggiornato? Per rispondere alla domanda occorre procedere al confronto tra presidi.

20

Si consideri ora l’“eseguito non effettuato” che è costituito da tutto il prenotato che nell’archivio CUP non è stato trasformato in “eseguito” o in “non presentato” o in “disdetto”. Si tratta certamente di una inadempienza da parte del presidio perchè una prenotazione registrata o viene eseguita oppure il paziente non si è presentato oppure il paziente ha disdetto. Non è possibile altro.

Il problema però è capire in quale misura l’eseguito non effettuato rappresenta il collettivo delle prestazioni realmente erogate e che sono andate perse perchè non è stato aggiornato l’archivio CUP. Per comprendere questo non si può che procedere al confronto tra presidi.

SIO – SIAS – SIES
Percorso SIAS: perdita informativa da eseguito non effettuato

SIAS - Perdita informativa (stima). "Eseguito" non effettuato. Anno 2010.			
Erogatore		N	%
240101	Ospedale Monterotondo	5.760	11,4%
240102	Distretto Monterotondo	1.596	4,3%
250112	Distretto Guidonia	16.722	37,8%
250801	PTP Palombara	17.181	34,7%
260101	Ospedale Tivoli	3.758	2,7%
260102	Distretto Tivoli	2.889	5,2%
270101	Ospedale Subiaco	1.577	3,9%
270102	Distretto Subiaco	3.310	13,7%
280101	Ospedale Palestrina	11.679	41,9%
280103	Distretto Palestrina	10.382	17,5%
281001	Poliambulatorio Zagarolo	3.499	46,9%
300101	Ospedale Colleferro	751	0,6%
300104	Distretto Colleferro	34.013	42,7%
Totale		113.117	14,8%
Sono state escluse dall'analisi le prestazioni di laboratorio analisi e dialisi			

21

Sull'eseguito non effettuato si osserva una grande variabilità tra Presidi con percentuali che in qualche caso sono molto basse al punto da poter essere considerate fisiologiche e percentuali che in altri casi sono molto alte ed indicano un qualche problema a questo livello del percorso di rilevazione delle prestazioni.

Proprio perché l'analisi è stata depurata dall'attività di Laboratorio e Dialisi non c'è ragione per la quale un presidio ha una percentuale di mancato eseguito inferiore all'1% ed un altro pari al 30-40% ed anche oltre. In questi casi siamo in presenza di un blocco del sistema di rilevazione.

Se si considera l'eseguito non effettuato una perdita informativa, questa diventa particolarmente grave per i Distretti che non hanno Laboratorio e Dialisi. Quindi quando un Distretto ha un eseguito non effettuato del 30-40% vuol dire che non riesce a documentare il 30-40% dell'intera sua attività.

SIO – SIAS – SIES
Percorso e criticità SIAS:

PROBLEMI	LIVELLO DEI PROBLEMI	LIVELLO DI SOLUZIONE
- Assenza di collegamento tra ambulatori e CUP - Punti CUP chiusi al momento dell'erogazione o lontani dalla sede di erogazione	Registrazione	Azienda
- Personale (numero e figure professionali)	Eseguito	
- Archivio certificato dei residenti - Archivio corretto dei prescrittori - Facilitazione della procedura di registrazione	Validazione	Regione (LAIT)
- "Declassificazione" di alcuni errori (prescrittore) in modo da non generare scarti		Regione (ASP)

Come sempre si tratta di sciogliere i nodi uno alla volta seguendo delle priorità. Occorre intervenire a diversi livelli ma da dove iniziare? Certamente dal mancato eseguito che costituisce senz'altro la parte preponderante della perdita informativa.

ANALISI

Bisogno socio-sanitario

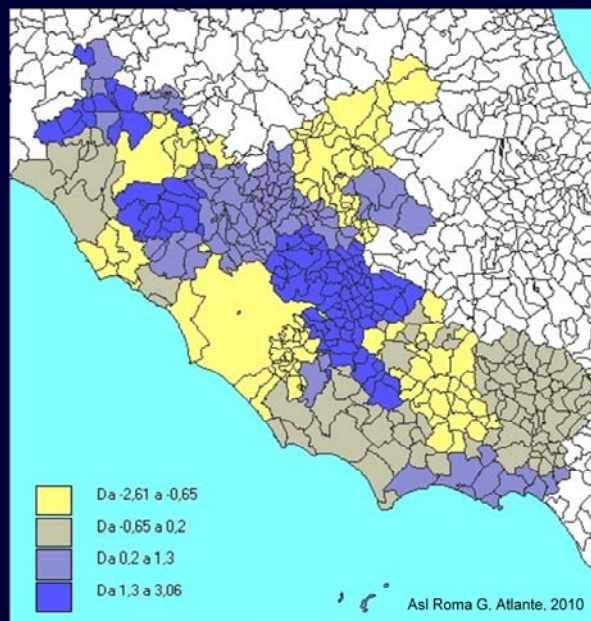
Relazione domanda-offerta (efficienza)

23

Si è visto che i flussi informativi esplorano lo stato di salute della popolazione sotto il profilo del bisogno, della domanda e dell'offerta. E' possibili quindi misurare queste tre componenti ed anche porle in relazione l'una all'altra.

ANALISI DEL BISOGNO

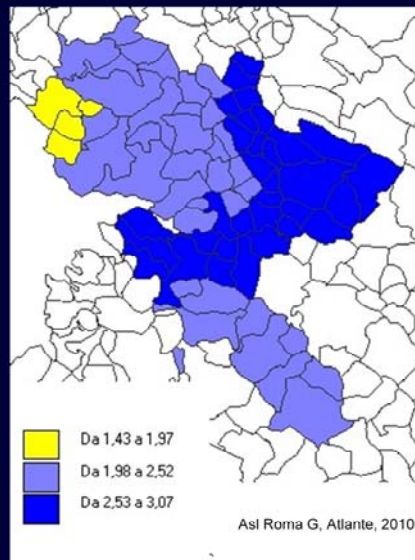
Deprivazione socio-sanitaria nella Regione Lazio



Quando le informazioni sono disponibili esse possono essere utilizzate per valutazioni diverse. Nell'anno 2010 la Asl Roma G ha pubblicato sul sito aziendale un Atlante demografico e sanitario, tuttora disponibile, nel quale si valuta la deprivazione socio-sanitaria dell'intera Regione Lazio procedendo all'aggregazione di variabili anagrafiche, territoriali, socio-economiche e sanitarie. L'indicatore complessivo può assumere valori negativi o positivi a seconda che la deprivazione sia, rispettivamente, inferiore o superiore alla media regionale resa pari a zero. Tanto maggiore è il valore tanto più ampia risulta la deprivazione. Nella diapositiva la deprivazione socio-sanitaria è rappresentata per Comune e distribuita in quattro classi (quartili). Si può osservare che i Comuni della Asl Roma G cadono tutti nell'ultimo quartile, quello a deprivazione più elevata.

ANALISI DEL BISOGNO

Deprivazione socio-sanitaria nella Asl Roma G



Questa invece è la rappresentazione cartografica della deprivazione socio-economica nella Asl Roma G distribuita in tre classi di pari ampiezza. Si può osservare innanzitutto che tutti i Comuni hanno un indice positivo e quindi risultano deprivati rispetto alla media regionale. In questo contesto i tre Comuni del Distretto di Monterotondo appaiono meno deprivati. I Comuni a più alta deprivazione sono perlopiù localizzati nei Distretti di Subiaco e Palestrina.

ANALISI DEL BISOGNO

Programmazione e Deprivazione socio-sanitaria

Ponderazione dei posti letto per acuti sul bisogno socio-sanitario della popolazione. Anno 2009.

Asl	Numero di posti letto			Δ^4
	Reali ¹	Teorici ²	Necessari ³	
RMA - RME	14.026	9.182	8.723	5.303
RMF	273	983	995	-722
RMG	772	1.520	1.722	-950
RMH	1.439	1.718	1.657	-218
VT	809	1.025	1.129	-320
RI	436	517	656	-220
LT	1.483	1.773	1.759	-276
FR	1.184	1.633	1.710	-526
Totale	20.422	18.351	18.351	2.071

¹ Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio 80/2010

² Calcolati in base allo standard regionale del 3,3‰ fissato dal DCA 87/2009.

³ Calcolati sulla base dello standard regionale del 3,3‰ corretto per il bisogno socio-sanitario.

⁴ Differenza tra posti letto reali (attualmente disponibili) e posti letto necessari.

L'indice di deprivazione socio-economica (IDSS) può essere uno strumento utile per verificare la componente territoriale dell'equità in un ambito decisivo come quello dell'assistenza ospedaliera per l'acuzie. Ad oggi le risorse sono distribuite in assenza di un preciso criterio perequativo (colonna posti letto reali). Un'equa ripartizione dei posti letto dovrebbe almeno fondarsi sulla numerosità delle popolazioni di riferimento (colonna "posti letto teorici"). Se inoltre si volesse tener conto dei bisogni del territorio la distribuzione dovrebbe essere quella riportata nella colonna "posti letto necessari" (attribuiti per il 95% in base alla numerosità della popolazione e per il 5% in base alla deprivazione)

ANALISI DELLA RELAZIONE DOMANDA-OFFERTA

Definizione di Efficienza

L'Efficienza produttiva o produttività è la capacità dell'organizzazione sanitaria di utilizzare la minore quantità di risorse per ottenere una data produzione o, viceversa, la capacità di ottenere la maggiore produzione da una quantità data di risorse.

Si misura come rapporto tra produzione ottenuta (*output*) e risorse utilizzate (*input*) .

In ambito sanitario corrisponde al rapporto tra domanda di salute che viene soddisfatta e l'offerta di beni e servizi messi a disposizione.

27

Un altro tipo di analisi è quello che riguarda l'efficienza di cui in diapositiva sono riportate le caratteristiche principali.

ANALISI DI EFFICIENZA

La falsa equazione $\text{Produzione} = \text{Produttività}$

Molto spesso gli Ospedali vengono valutati solo in base alla produzione.

Accade così che se una struttura di ricovero si è vista assegnare meno risorse ottiene, evidentemente, una produzione minore: questo costituisce motivo per sottrarre ulteriori risorse ad una struttura già penalizzata!

28

Una valutazione di efficienza è relativamente semplice. Ciononostante non viene fatta.

ANALISI DI EFFICIENZA

Una programmazione sanitaria basata sulla produzione

DCA 80/2010 (Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale):

“... Le strutture (da riconvertire, nda) sono state identificate a partire dalle indicazioni contenute nel DCA 48/2010, dalla analisi dei presidi che hanno presentato per il 2009 un volume di attività di Pronto Soccorso inferiore ai **25.000 accessi** annui e dalla selezione di strutture che in funzione di precedenti processi riorganizzativi presentano un **volume di attività** di ricovero per acuti o in post-acuzie medica o riabilitativa ridotta o residuale.”

29

La programmazione regionale, non da oggi ma ormai da molti anni, risulta orientata fondamentalmente sulla produzione e non sulla produttività. La stessa DCA 80/2010, quella che dettava la riconversione di diversi Ospedali del Lazio (tra i quali quelli di Monterotondo e Subiaco), è dichiaratamente ispirata a valutazioni di principio che riguardano la domanda espressa dai cittadini (ovvero la produzione). Se questo può essere comprensibile all'inizio di una nuova fase strategica, tanto più se contrassegnata dall'urgenza dei patti di stabilità e dei piani di rientro, in un momento successivo occorrerebbe però ancorare la programmazione sanitaria a principi di equità nella distribuzione delle risorse, di efficienza e di efficacia. Ed infatti la stessa Regione Lazio ha dato facoltà alle Asl di proporre Piani Operativi con soluzioni anche molto diverse da quanto previsto nella DCA 80/2010. La Asl Roma G è stata una di quelle che ha prospettato le modifiche più importanti, in particolare ritenendo di dover salvaguardare la possibilità di ricovero acuto presso gli Ospedali di Monterotondo e Subiaco. Si vedrà a breve il risultato della contrattazione Regione-Asl e se, come auspicabile, si riuscirà ad evitare la riconversione di Monterotondo e Subiaco in Ospedali distrettuali. Questa evenienza è assolutamente auspicabile perché la Asl Roma G è il territorio della Regione Lazio dove maggiore è la carenza di offerta di ricovero acuto.

ANALISI DI EFFICIENZA
Una programmazione sanitaria basata sulla produzione

DCA 80/2010 (Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale):

Ospedale di Monterotondo

- Accessi di Ps inferiore a 25.000 due volte negli ultimi 5 anni
- Codici bianchi (attività gestibile dalla Medicina di base) pari allo 8,73%
- Tempo medio di permanenza in PS di quasi 3 ore (175 minuti);
- Accessi per diagnosi aspecifica in percentuale elevata
- Elevata mobilità passiva

.....

30

La DCA 80/2010 sull'Ospedale di Monterotondo riportava una serie di dati che convergevano verso tutti la necessità di una riconversione. I dati citati, alcuni dei quali sono riportati nella diapositiva, riguardavano in gran parte la domanda. Alcuni di questi dati poi non testavano certo l'efficienza dell'Ospedale: è il caso dei codici bianchi e dei pazienti con sintomi aspecifici (indicatori dell'uso dell'Ospedale da parte degli utenti). Clamorosa la citazione sulla mobilità passiva che non tiene minimamente in conto il fatto che l'Ospedale di Monterotondo dispone di appena il 27% delle risorse necessarie a ricoverare i residenti del proprio Distretto di riferimento. Per l'Ospedale di Subiaco la DCA 80/2010 pure procedeva ad un'analisi dell'attività di fatto limitata alla domanda espressa che, notoriamente, è condizionata qualitativamente e dimensionata quantitativamente dall'offerta.

ANALISI DI EFFICIENZA

LA PROGRAMMAZIONE BASATA SULLA PRODUZIONE

Bisogna chiudere l'Ospedale di Guidonia; non ci si ricovera mai nessuno.

Ma a Guidonia non c'è un Ospedale !!!!!

APPUNTO !!!



31

E' assolutamente necessario uscire dal paradigma di una programmazione basata sulla produzione. Continuando di questo passo la situazione rappresentata nella vignetta non sarebbe una *reductio ad absurdum* ma diventerebbe una triste realtà: Guidonia, la terza più popolosa città del Lazio, non può aspirare ad avere un Ospedale per il solo fatto di non averlo mai avuto.

ANALISI DI EFFICIENZA
Una programmazione basata sulla produzione

Premio Ig-Nobel per la Medicina



32

Quando una programmazione sanitaria è basata su paradigmi così clamorosamente errati meriterebbe di essere proposta per quel premio Ignobel che ogni anno viene assegnato negli Stati Uniti per le diverse discipline compresa la Medicina.

Per l'anno 2011 forse riusciremo ad evitare il premio Ignobel perché a breve saranno approvati dalla Regione i Piani Operativi proposti dalle Asl. La Asl Roma G otterrà, con tutta probabilità, un risultato assolutamente rilevante: Subiaco e Monterotondo conserveranno il profilo di Ospedale per acuti evitando la riconversione in presidi distrettuali. Questo risultato è di grande rilevanza tenendo conto di quanto già fosse carente l'offerta per l'acuzie nella Asl Roma G.

Ricoveri acuti ordinari. Ospedali della Asl Roma G. Anno 2010. Efficienza assoluta					
Codice Istituto	Istituto	Distretto	Domanda soddisfatta ^a	Offerta disponibile ^b	Efficienza ^c
046	Colleferro	Colleferro	53,6%	53,3%	100,5%
049	Monterotondo	Monterotondo	25,4%	27,5%	92,5%
051	Palestrina	Palestrina	31,8%	35,3%	90,0%
052	Subiaco	Subiaco	51,5%	65,8%	78,2%
053	Tivoli	Tivoli-Guidonia	31,3%	33,6%	93,2%
^a Rapporto percentuale tra il tariffato prodotto dall'Ospedale e il tariffato totale (tariffato prodotto dall'Ospedale più quello generato in mobilità passiva dal Distretto di riferimento) ^b Percentuale di posti letto attivi rispetto al fabbisogno indicato dalla normativa (2,97 posti letto per mille residenti). ^c Rapporto tra domanda soddisfatta e offerta disponibile					

33

ANALISI DI EFFICIENZA

Efficienza Relativa

Acuzie ed Emergenza. Ospedali della Asl Roma G. Anno 2010.						
Codice Istituto	Istituto	OUTPUT		INPUT		
		Ricoveri ordinari (peso DRG)	Prestazioni Pronto Soccorso (tempo-pesate)	N° Posti Letto % residenti	N° medici per Posto Letto	N° medici PS % residenti
046	Colleferro	5.377	50.963	1,58	0,97	1,84
049	Monterotondo	2.522	35.827	0,82	1,07	1,59
051	Palestrina	3.238	51.952	1,05	1,01	1,87
052	Subiaco	2.617	16.763	1,95	0,81	1,74
053	Tivoli	7.362	84.549	1,00	0,79	0,98

34

Si può andare anche qualora fossero disponibili ed affidabili ulteriori informazioni. Nella diapositiva sono riportati i dati relativi all'attività degli Ospedali nell'ambito dell'acuzie e dell'emergenza. Si è visto che l'efficienza è il rapporto tra output ed input.

In questa analisi gli output sono due: il peso dei Drg prodotti ed il numero di prestazioni pesate di Pronto Soccorso, le cui misure sono tratte rispettivamente dal SIO e dal SIES. Le prestazioni di PS sono state pesate sulla base dei tempi medi di permanenza in urgenza. Così ai codici rossi è stato attribuito un peso di 3,43 perché il loro tempo di permanenza in Pronto Soccorso è mediamente superiore di 3,43 volte a quello dei codici bianchi. Per gli altri codici di triage sono stati attribuiti i seguenti pesi: 2,77 per i codici gialli; 1,18 per i verdi; 1 per i bianchi; 0,38 per i «giunti cadaveri».

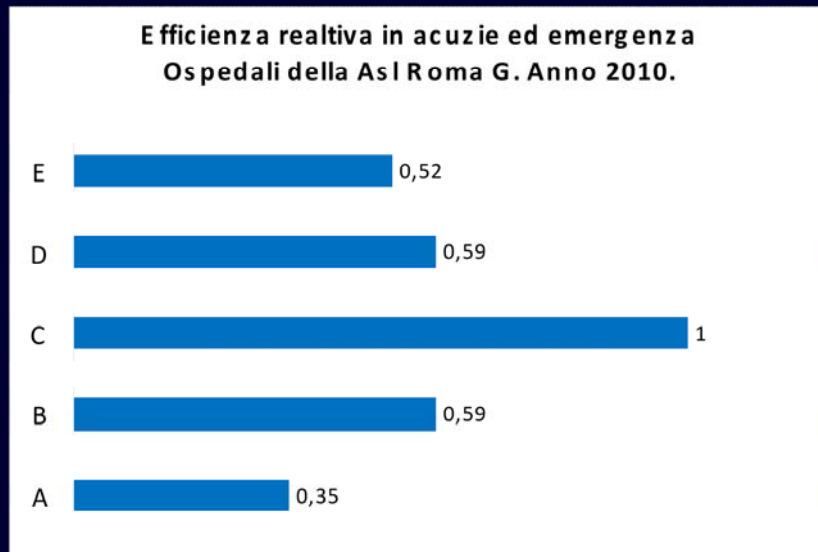
Gli input considerati sono tre: l'indice di posti letto per mille residenti, il numero di medici per posto letto e il numero di medici di Pronto Soccorso per mille residenti. Si può osservare la grande variabilità degli input. Sotto il profilo della disponibilità di posti letto l'Ospedale di Monterotondo risulta particolarmente penalizzato soprattutto rispetto a Colleferro e, in misura ancora maggiore, rispetto a Subiaco. Il numero di medici per posto letto mostra ampia variabilità (sino al 25%) e così pure il numero di medici di PS per mille residenti.

Il dato dei posti letto è particolarmente rilevante perché consente di quantificare le risorse disponibili rispetto al fabbisogno stabilito dalla normativa nazionale e regionale (2,97 posti letto per mille abitanti). Esso dimostra quanto carente sia nella Asl l'offerta per l'acuzie.

Ritornando all'analisi di efficienza occorre precisare che i dati relativi al personale sono poco affidabili. Essi scaturiscono da una rilevazione condotta dalla Direzione Generale nel Marzo 2011 che è servita, tra l'altro, proprio ad individuare l'assoluta necessità di un flusso informativo in grado di registrare correttamente i dati amministrativi.

ANALISI DI EFFICIENZA

Efficienza Relativa – Data Envelopment Analysis



35

La Data Envelopment Analysis è una metodica statistica non parametrica che consente di misurare l'efficienza di ciascun Ospedale in rapporto alla produzione massima che esso può raggiungere nelle condizioni date. Applicando questo strumento ai dati presentati nella diapositiva precedente si ottengono i livelli di efficienza relativa rappresentati nella figura. Il livello di efficienza degli Ospedali viene stimato in proporzione al livello massimo osservato che è quello dell'Ospedale "E".

Gli Ospedali sono resi anonimi e sono stati messi in un ordine che non è quello delle precedenti diapositive allo scopo di evitare confronti su una base dati scarsamente affidabile. I risultati quindi sono presentati al solo fine di mostrare quale profondità di analisi sarebbe possibile qualora si disponesse di informazioni corrette e complete.

CONCLUSIONI

Qualsiasi analisi, anche se tecnicamente corretta, porta a conclusioni errate se le informazioni utilizzate sono inaccurate.

E' necessario raccogliere le informazioni con precisione ed accuratezza

BUON LAVORO !!!



36

Qualsiasi tipo di analisi richiede un flusso di dati corretto e completo. E' necessario che le informazioni sia registrate correttamente e che siano raccolte tutte. E questo il duro lavoro che vi attende. Buona fortuna.