

## 12° Convegno annuale AIES – Firenze 2007

### INCIDERE EFFICACEMENTE SULL'INAPPROPRIATEZZA TRAMITE I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

**CARLO MACCHIOLO**

Dirigente Medico 1° livello Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Gradenigo  
C.so Regina Margherita n° 8, Torino - Tel. 011 8151232  
[carlo.macchiolo@h-gradenigo.it](mailto:carlo.macchiolo@h-gradenigo.it)

**BARBARA MITOLA**

Dirigente Medico 1° livello Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Gradenigo  
C.so Regina Margherita n° 8, Torino - Tel. 011 8151232  
[barbara.mitola@h-gradenigo.it](mailto:barbara.mitola@h-gradenigo.it)

**PAOLO GIRAUDDO**

Consulente di organizzazione sanitaria, esperto metodologico e gestionale  
INNOVO sas  
Via C. Segurana n° 6, Torino - Tel. 011 8399260  
[girauddo@gruppoinnovo.it](mailto:girauddo@gruppoinnovo.it)

**JOSE FRANCHINO**

Assegnista di ricerca presso il Dipartimento Studi Impresa e Territorio, Facoltà di Economia di Novara,  
Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"  
Cultore della materia in "Programmazione e Controllo" presso il Dipartimento Studi Impresa e Territorio,  
Facoltà di Economia di Novara, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"  
Via Perrone n° 18, Novara - Tel. 0321 375439  
[jose.franchino@eco.unipmn.it](mailto:jose.franchino@eco.unipmn.it)

#### Sommario

1 Introduzione – 1.1 Legislazione Nazionale e Regionale – 1.2 Contesto organizzativo della ricerca – 1.3 Obiettivi della ricerca - 2 Il progetto: architettura generale – 2.1 Strumenti Metodologici – 2.2 Attività svolta - 3 Analisi della situazione di partenza – 4 Metodologia di redazione dei percorsi diagnostico terapeutici - 4.1 Organizzazione del lavoro - 4.2 Scelta delle patologie – 4.3 Identificazione dei criteri – 4.4 Costruzione dei profili – 4.5 Applicazione della metodologia – 5 Bibliografia – Allegato: Schede operative.

## **1. INTRODUZIONE**

Nel corso dell'ultimo decennio è cresciuta l'attenzione e l'interesse per gli strumenti che permettono di valutare l'appropriatezza della risposta assistenziale e che quindi possono indirizzare ad un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse scarse. Tali strumenti rispondono al principio di economicità nell'impiego delle risorse introdotto già a partire dal 1999 con il DLgs 229.

La politica sanitaria piemontese si distingue, ormai da anni, per la promozione di un appropriato utilizzo dell'assistenza ospedaliera e per un'attenta gestione dell'inappropriatezza organizzativa.

### ***1.1 Legislazione Nazionale e Regionale***

Con l'accordo Stato Regioni sui LEA del 22 novembre 2001, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per la prima volta propone una raccolta di definizioni dei contenuti dei livelli assistenziali, rendendo possibile sia la classificazione dei livelli sia una sistematizzazione della normativa vigente, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni.

Peraltro vengono evidenziate alcune aree critiche:

- prestazioni escluse dai livelli;
- prestazioni inappropriate (per regime e per modalità di erogazione);
- aggiornamenti delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Per la produzione ospedaliera, in allegato 2c, sono state individuate quelle prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali è appunto necessario individuare modalità più appropriate di erogazione.

Si definiscono "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impegno di risorse. Si riporta di seguito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e Prestazioni assistenziali".<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> DPCM 29 novembre 2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza" allegato 2c.

**TAB 1: ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA**

DRG	Descrizione
006	Decompressione del tunnel carpale
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
065	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)
119	Legatura e stripping di vene
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC (eccetto urgenze)
133	Aterosclerosi, senza CC (eccetto urgenze)
134	Ipertensione (eccetto urgenze)
142	Sincope e collasso, senza CC (eccetto urgenze)
158	Interventi su ano e stoma, senza CC
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 1-0 gg)
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 1-0 gg)
163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 1-0 gg)
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)
187	Estrazioni e riparazioni dentali
208	Malattie delle vie biliari, senza CC (eccetto urgenze)
222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
232	Artroscopia
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codice intervento 85.20 e 85.21)
267	Interventi perianali e pilonidali
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)
283	Malattie minori della pelle con CC
284	Malattie minori della pelle senza CC
294	Diabete età > 35 anni (eccetto urgenze)
301	Malattie endocrine, senza CC
324	Calcolosi urinaria, senza CC (eccetto urgenze)
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)
426	Nevrosi depressive
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)
429	Disturbi organici e ritardo mentale
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)

La regione Piemonte recepisce i principi del DPCM con la sua deliberazione DGR n° 36 5380 del 25 febbraio 2002 "Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale". Nell'ambito della più generale programmazione sanitaria e della definizione dei budget e delle tariffe si introducono norme tariffarie volte ad incentivare l'adozione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende nel limitare l'erogazione di prestazioni inappropriate.

*"Al fine di incentivare l'erogazione di prestazioni appropriate, si applica altresì una percentuale di miglioramento della tariffa per ricoveri in acuzie, laddove sono state adottate procedure di trasformazione di ricoveri ritenuti non appropriati in altre forme di ricovero che rispondano ad indici di appropriatezza risultanti da analisi nazionali e regionali in materia".*

Viene creato un vero e proprio "percorso di riconversione dei ricoveri inappropriate" strutturato in fasi successive. La regione riconosce che la materia, l'inappropriatezza, è in continua evoluzione grazie a studi sia nazionali che regionali: si prevede una revisione della normativa in materia, con cadenza almeno annuale, al fine di recepire le risultanze dei suddetti studi.

### **Percorso di appropriatezza della regione Piemonte**

*"I valori di appropriatezza vengono calcolati secondo il seguente percorso:*

*1) Trasformazione di ricoveri ordinari acuti (chirurgici e non) in day hospital (LEA).*

*Partendo dall'elenco di DRG del documento sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si applica una conversione dei ricoveri ordinari acuti in ricoveri diurni. L'eventuale conversione di ricoveri ordinari in prestazioni ambulatoriali verrà approfondita successivamente alla revisione del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. La quantità di RO convertibili è stata, per ora, applicata al 50%, considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero ordinario. Questi DRG non sono inclusi nelle trasformazioni di cui a seguenti punti 3 e 4.*

*2) Trasformazione di Day Hospital (chirurgici e non) in prestazioni ambulatoriali.*

*Prendendo in esame la produzione ospedaliera a ciclo diurno, possono essere individuate, secondo l'elenco proposto dalla Federazione Italiana di Day Surgery e ripreso dall'ARESS, le codifiche di DH relative ad interventi effettuabili in regime ambulatoriale. La quantità di DH convertibili così individuata è stata, per ora, applicata all'80% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero.*

*3) Trasformazione di ricoveri ordinari chirurgici in Day Surgery.*

*Prendendo in esame la produzione ospedaliera degli interventi chirurgici, possono essere individuati, secondo l'elenco proposto dalla Federazione Italiana di Day Surgery (Lista di interventi e procedure eseguibili in day surgery classificati secondo la codifica ICD.9.CM), le codifiche degli interventi principali effettuabili in day surgery. La quantità di RO chirurgici convertibili così individuata è stata, per ora, applicata all'80% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero. Non si prendono in considerazione i DRG già inclusi nel punto 1.*

*4) Trasformazione di ricoveri ordinari medici in Day Hospital.*

*La sezione evidenzia una quota pari al 50% dei ricoveri ordinari brevi con degenza di 2-3 giorni (escluso decesso o trasferimento), relativi a ricoveri aventi degenza media effettiva regionale calcolata per DRG superiore al doppio di quella rilevata. E' ipotizzato quindi che il 50% di tali ricoveri possa essere effettuato in condizioni più appropriate con ricoveri a ciclo diurno. Non si prendono in considerazione i DRG già inclusi nel punto 1.*

*5) Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni ambulatoriali.*

*Oltre alla possibilità di conversione indicata nella sezione precedente, la rimanente quota di ricoveri brevi, per la metà (25% del totale) è ipotizzata, in conversione, in prestazioni di carattere ambulatoriale.*

*6) Trasformazione di ricoveri ordinari medici, di durata brevissima, in prestazioni ambulatoriali.*

*E' ipotizzata una quota pari al 50% dei ricoveri ordinari medici di degenza effettiva 0-1 giorno (escluso decesso o trasferimento) da trasformarsi in prestazioni ambulatoriali.*

*7) Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni di assistenza residenziale o di cure domiciliari.*

*Si ipotizza, infine, una quota pari al 20% dei ricoveri medici per acuzie ripetuti (stessa persona, stesso istituto, stessa MDC) di oltre 2 giorni di degenza, da trasformarsi in prestazioni di ricovero presso le residenzialità sanitarie e/o in interventi di assistenza domiciliare integrata.*

*Confrontando i valori prima della verifica con quelli che risultano dopo la verifica si calcola una differenza di ricoveri potenzialmente non appropriati. In funzione della percentuale della differenza si applica una percentuale di miglioramento della tariffa per acuzie. La percentuale si calcola ogni anno sulla base della media delle schede dell'anno precedente.<sup>2</sup>*

La regione Piemonte completa l'iter degli adempimenti previsti dal decreto LEA con la definizione delle soglie di ammissibilità con la DGR 37 13743 del 25 ottobre 2004.

Di fatto per i DRG LEA chirurgici vengono fissati dei limiti percentuali di ricoveri trattabili regime di degenza ordinaria, mentre per i DRG LEA medici sono fissate delle soglie di ospedalizzazione.

## **1.2 Contesto Organizzativo della Ricerca**

La presente ricerca si riferisce a una sperimentazione finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza svoltasi nel contesto del sistema sanitario Piemontese, in particolare nel Presidio Ospedaliero Giuseppe Gradenigo di Torino.

Il presidio sanitario oggetto di studio è di proprietà di una associazione senza fini di lucro e l'ordinamento interno dei servizi corrisponde perfettamente a quello dei presidi ospedalieri. Il presidio fu fondato nel 1899 dal professor Giuseppe Gradenigo come struttura sanitaria per la cura di pazienti otorinolaringoiatrici. Da subito le Figlie della Carità di San Vincenzo de Paoli hanno avuto un ruolo importantissimo nella gestione dell'ospedale, tanto che il professore ha ceduto loro la proprietà dell'ospedale alla sua morte. Nel 1985 l'Ospedale Gradenigo ottiene il riconoscimento di Presidio Sanitario della Regione Piemonte, nell'area di competenza dell'ASL4. A più di un secolo dalla sua fondazione il Presidio Sanitario Gradenigo, pur nel rispetto della propria vocazione e missione<sup>3</sup>, risulta perfettamente integrato al servizio pubblico come struttura equiparata.

Il Presidio sanitario Gradenigo ha da sempre, tra i suoi obiettivi principali, quello di fornire il miglior servizio possibile rispetto alle aspettative dei cittadini<sup>4</sup>. I parametri di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata non hanno soltanto una valenza economica ma soprattutto sono funzionali al raggiungimento dei propri obiettivi assistenziali, risparmio e ottimizzazione dell'impiego di risorse permettono di massimizzare il servizio offerto al paziente.

## **1.3 Obiettivi della Ricerca**

L'obiettivo principale della presente ricerca consiste nell'evidenziare come il corretto uso di percorsi diagnostico terapeutici permetta di raggiungere risultati sia in termini di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse direttamente impiegate, sia in termini di contenimento delle perdite sociali (massimizzando l'efficacia del sistema di erogazione di prestazioni fruitive dal paziente in termini di tempo e di interfaccia con le strutture sanitarie). Il "risparmio" delle scarse risorse disponibili è una premessa necessaria alla garanzia di equità del sistema che, limitando gli sprechi, permette di massimizzare i risultati in termini di accessibilità alle cure.

La ricerca mira altresì a dimostrare che un approccio pragmatico ai PDT è sufficiente per incidere in modo sostanziale sulla riorganizzazione dei percorsi assistenziali.

<sup>2</sup> DGR n° 36 5380 del 25 febbraio 2002, Regione Piemonte.

<sup>3</sup> "scopo dell'ospedale è quello di assistere quanti si trovino in condizioni di povertà, di bisogno, di sofferenza...sempre senza fini di lucro." Brano tratto dallo statuto della Congregazione delle Figlie della Carità di San Vincenzo de Paoli.

<sup>4</sup> Carta dei servizi, sezione 4 "Impegni e programmi sulla qualità del servizio".

## 2. IL PROGETTO – ARCHITETTURA GENERALE

Il progetto oggetto di studio ha sviluppato e approfondito problematiche inerenti l'appropriatezza, in particolare organizzativa, delle prestazioni in regime di ricovero, già oggetto di precedenti progetti realizzati nel Presidio.

All'inizio del 2002 erano state poste alcune premesse per un rafforzamento dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere come misurata dalle procedure regionali, per una corretta applicazione delle regole regionali. Si trattava essenzialmente di interventi di carattere formativo metodologico. Nel 2003 sono state sviluppate le fasi più operative del progetto, con la stesura dei percorsi diagnostico terapeutici effettivi presso alcuni reparti; la metodologia di creazione dei percorsi, rivista e consolidata, è stata oggetto di condivisione con l'intero staff, sanitario e non, del presidio.

### 2.1 Strumento metodologico

Lo strumento metodologico scelto per la realizzazione del progetto è il "percorso diagnostico terapeutico" (PDT).

In questo contesto i PDT sono lo strumento applicativo per la contestualizzazione delle raccomandazioni contenute nelle linee guida elaborate a livello centrale relativamente alle prestazioni preventive, di diagnosi o cura, adeguandole alle diverse realtà organizzative dei servizi. Si tratta di modalità di gestione per processi che permettono di porre l'enfasi gestionale su due variabili importanti:

- il governo clinico, con l'obiettivo di ottimizzare sia l'efficacia che l'efficienza dei processi sanitari. Il governo della pratica clinica prevede uno sforzo multidisciplinare, condiviso tra componente clinica ed amministrativa, finalizzato al monitoraggio e all'indirizzo dei risultati dei servizi sanitari offerti. Tale situazione impone di affrontare i problemi assistenziali in modo complessivo e non settoriale, riconoscendo l'inevitabile interconnessione tra dimensione clinica e dimensione organizzativa;
- la centralità del paziente: riconoscere la centralità del paziente, rispetto alle azioni degli operatori sanitari, significa spostare l'attenzione dalla singola prestazione alla catena di cura (contatti e prestazioni), appunto attivata per risolvere l'episodio di malattia.

In ottica di processo, i percorsi diagnostico terapeutici si propongono come strumento operativo del governo clinico e come strumento applicativo per il raggiungimento di obiettivi di qualità, fermo restando il rispetto del paziente e della sua patologia. In particolare si è scelto di operare tramite il modello dei "**Percorsi per Patologia**", strumento a valenza sia organizzativa sia metodologica sanitaria, con l'obiettivo di incrementare l'efficacia complessiva dell'organizzazione in risposta ai bisogni dei cittadini.

Si propongono, come strumento per la descrizione, la misurazione e la valutazione del processo produttivo sanitario, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'efficacia e alla qualità prodotta e/o percepita, permettendo di:

- descrivere i processi sanitari, a livello ospedaliero nel caso specifico, evidenziandone il grado di integrazione tra le diverse unità operative;
- dare visibilità alle diverse attività che costituiscono il processo, permettendo di riconoscere quelle ad alto valore aggiunto e quelle che presentano delle criticità;
- misurare e valutare l'efficacia, i risultati attesi, di ogni processo tramite la costruzione di opportuni sistemi di indicatori.

## **2.2 Attività svolta**

Le fasi principali del progetto sono essenzialmente quattro:

1. analisi della situazione di partenza, con evidenziazione delle criticità;
2. sviluppo della metodologia d'azienda per la redazione dei percorsi diagnostico terapeutici;
3. applicazione della metodologia;
4. verifica dei miglioramenti in termini di appropriatezza.

## **Fasi del Progetto**

### **3. ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA**

L'analisi della situazione di partenza è stata condotta sulla casistica di ricovero aziendale riferita all'anno 2002.

L'obiettivo è stato evidenziare, per i 43 DRG il numero di casi trattati in ricovero ordinario (RO), quelli trattati in ciclo diurno (CD) e la percentuale di casi in ricovero ordinario, quindi potenzialmente inappropriato. Inoltre, per ognuno dei 43 DRG, è stato evidenziato il concorso all'inappropriatezza complessiva come percentuale di ricoveri ordinari dovuti al singolo DRG sul totale dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati dovuti ai 43 DRG complessivamente erogati dall'azienda.

I risultati sono riassunti nella tabella 2 "DRG a rischio di inappropriatezza erogati nel 2002".

Nel 2002 i ricoveri totali, sia in ricovero ordinario che in ciclo diurno, erogati dal Presidio sono stati 11.211 di cui 3.302, il 29,5%, presentavano uno dei 43 DRG dell'allegato 2C.

Dei 3302 casi 769 sono stati trattati in regime di ricovero ordinario, quindi potenzialmente inappropriato.

In coerenza con il percorso di appropriatezza previsto dalla regione, il numero totale dei ricoveri che presentano uno dei DRG in analisi dovrebbe diminuire in senso assoluto, tenendo conto della riconversione verso forme di trattamento a basso impatto organizzativo come le prestazioni ambulatoriali o territoriali. In ogni caso, la quota di ricoveri tratti in regime ordinario deve diminuire quantomeno con riconversione in ciclo diurno.

Alcuni DRG si presentano come particolarmente critici: ad esempio il DRG 55 "Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola" che, con 264 casi trattati in ricovero ordinario, rappresenta il 34,3% di tutti i casi di ricovero potenzialmente inappropriati del presidio.

**TAB 2: DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA EROGATI NEL 2002**

DRG	Descrizione	Tot Casi	in RO	in CD	%in RO	% in RO / tot RO LEA
006	Decompressione del tunnel carpale	138		138	0,00%	0,00%
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	3	3		100,00%	0,39%
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	1	1		100,00%	0,13%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	867	30	837	3,46%	3,90%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	70	9	61	12,86%	1,17%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	6	5	1	83,33%	0,65%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	6	3	66,67%	0,78%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	485	264	221	54,43%	34,33%
065	Alterazioni dell'equilibrio	32	18	14	56,25%	2,34%
119	Legatura e stripping di vene	109	5	104	4,59%	0,65%
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	6	4	2	66,67%	0,52%
133	Aterosclerosi, senza CC	5	5		100,00%	0,65%
134	Ipertensione	19	15	4	78,95%	1,95%
142	Sincope e collasso, senza CC	4	4		100,00%	0,52%
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	81	26	55	32,10%	3,38%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	46	26	20	56,52%	3,38%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	449	64	385	14,25%	8,32%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	59	51	8	86,44%	6,63%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1		1	0,00%	0,00%
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	35	28	7	80,00%	3,64%
222	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	521	52	469	9,98%	6,76%
232	Artroscopia	13	1	12	7,69%	0,13%
243	Affezioni mediche del dorso	90	26	64	28,89%	3,38%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	5		5	0,00%	0,00%
267	Interventi perianali e pilonidali	59	1	58	1,69%	0,13%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	18	4	14	22,22%	0,52%
276	Patologie non maligne della mammella	1	1		100,00%	0,13%
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1		1	0,00%	0,00%
283	Malattie minori della pelle con CC	2	1	1	50,00%	0,13%
284	Malattie minori della pelle senza CC	9	4	5	44,44%	0,52%
294	Diabete età > 35 anni	17	14	3	82,35%	1,82%
301	Malattie endocrine, senza CC	5	5		100,00%	0,65%
324	Calcolosi urinaria, senza CC	17	9	8	52,94%	1,17%
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	20	13	7	65,00%	1,69%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1		1	0,00%	0,00%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	39	36	3	92,31%	4,68%
426	Nevrosi depressive	1	1		100,00%	0,13%
429	Disturbi organici e ritardo mentale	2	2		100,00%	0,26%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	56	35	21	62,50%	4,55%
<b>Totale 43 DRG</b>		<b>3302</b>	<b>769</b>	<b>2533</b>	<b>23,29%</b>	



L'analisi è stata approfondita considerando la distribuzione dei 43 DRG nelle singole Unità Operative. I risultati sono riportati nella tabella 3 "Distribuzione per unità operativa dei ricoveri a rischio di inappropriately organizzativa".

**TAB 3: DISTRIBUZIONE PER UO DEI RICOVERI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA**

REP_DIMISS	Tot Casi	in RO	in CD	%in RO	% in RO / tot RO LEA
3801 (Otorinolaringoiatria)	361	300	61	83,10%	39,01%
0901	463	122	341	26,35%	15,86%
2601	79	77	2	97,47%	10,01%
3601 (Ortopedia)	355	77	278	21,69%	10,01%
6701	158	56	102	35,44%	7,28%
3401	934	47	887	5,03%	6,11%
5801	57	44	13	77,19%	5,72%
4301	55	30	25	54,55%	3,90%
2602	5	5	0	100,00%	0,65%
6001	5	5	0	100,00%	0,65%
2604	4	4	0	100,00%	0,52%
5601	2	2	0	100,00%	0,26%
0201	822	0	822	0,00%	0,00%
6401	2	0	2	0,00%	0,00%
<b>Totali per Presidio</b>	<b>3302</b>	<b>769</b>	<b>2533</b>	<b>23,29%</b>	

Il rischio di inappropriately appare elevato in alcune UO, come ad esempio la medicina, codice 2601, ma anche in alcune UO di tipo chirurgico come l'Otorinolaringoiatria, codice 3801, o l'Ortopedia, codice 3601.

In particolare appare critica la situazione dell'Otorinolaringoiatria che, con 300 ricoveri in regime ordinario sui 361 ricoveri che presentano uno dei 43 DRG, presenta una percentuale di inappropriately potenziale del 83,1% per questo tipo di ricoveri, che per altro rappresenta il 39,01% dell'inappropriately potenziale a livello di presidio. In particolare, come visto nella tabella precedente, il DRG critico per questa UO è il DRG 55 con i 264 casi trattati in ricovero ordinario potenzialmente inappropriati.

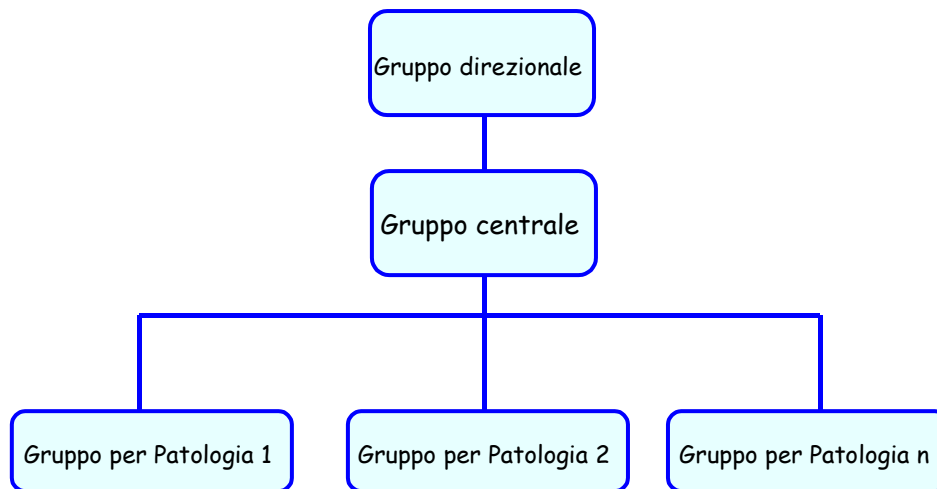
Per quanto riguarda l'UO di Ortopedia, essa presenta una percentuale di potenziale inappropriately superiore al 20% che rappresenta, in ogni caso, oltre il 10% dell'inappropriately complessiva di presidio. In questo caso l'attenzione deve essere focalizzata sul DRG 222 "Interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione", che con 52 casi trattati in ricovero ordinario, circa il 10% del totale, rappresentano quasi il 7% della potenziale inappropriately a livello di presidio.

## 4. METODOLOGIA DI REDAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

### 4.1 Organizzazione del lavoro

Per la realizzazione delle diverse fasi del progetto si propone una struttura di gruppi di lavoro così articolata:

TAV 1: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN GRUPPI



#### 4.1.1 Gruppo Direzionale

Il Gruppo Direzionale è normalmente composto dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Il Gruppo Direzionale imposta la strategia del progetto, approvando sia l'organizzazione progettuale complessiva che la composizione di ogni gruppo di lavoro attivo.

#### 4.1.2 Gruppo Centrale di Lavoro

Tale organo è normalmente composto da componenti delle Direzioni Sanitaria e Amministrativa e da esperti interni o esterni. Questo gruppo riferisce direttamente al Gruppo Direzionale ed è responsabile per il raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Compiti istituzionali del Gruppo Centrale di Lavoro sono:

- la gestione generale del progetto;
- l'individuazione del campo di applicazione del progetto (UO e Patologie);
- la proposta delle patologie e dei percorsi da affidare ai Gruppi di Lavoro per Patologia;
- il confronto con le UO per definire una proposta dei componenti dei Gruppi di Lavoro per Patologia
- il coordinamento dei Gruppi di Lavoro per Patologia;
- la revisione dei risultati dei Gruppi di Lavoro per Patologia.

### **4.1.3 Gruppi di Lavoro per Patologia**

In base alle patologie individuate sono stati attivati gruppi specifici ai quali viene affidato il compito di redazione dei percorsi e dei profili, secondo una metodologia condivisa.

Tali gruppi sono guidati dal "Responsabile di Patologia" individuato tra i medici appartenenti alle UO interessate e sono composti sia da personale interno (sanitario e non sanitario) sia da esperti interni o esterni.

L'attività dei Gruppi di Lavoro per Patologia, anche con il supporto del Gruppo di Lavoro Centrale, consiste principalmente in:

- Stesura, ed in particolare:
  - analisi della situazione in essere sulle patologie ed i percorsi assegnati, per l'individuazione del percorso di massima;
  - raccolta della documentazione disponibile (es: linee guida e protocolli) a supporto delle scelte di percorso fatte e da farsi;
  - descrizione dei percorsi assegnati (con relativi profili e attività), tenendo conto delle linee guida, della situazione reale rilevata e di eventuali scelte di riorientamento;
  - documentazione dei criteri di ingresso al percorso e di scelta all'interno dei percorsi/profili;
  - proposta di eventuali indicatori di monitoraggio;
- Condivisione del risultato:
  - presentazione dei risultati ai primari delle UO coinvolte dal percorso per verifica e approvazione
  - confronto con i principali servizi di supporto che fungono da fornitori interni sul percorso (es: laboratorio analisi, radiologia diagnostica, anatomia patologica, anestesia, farmacia ospedaliera...)
- Presentazione dei risultati al Gruppo Centrale di Lavoro e al Gruppo Direzionale.

## **4.2 Scelta delle patologie**

### **4.2.1 Premessa metodologica generale**

Nel corso della ricerca è molto importante tenere continuamente presente l'obiettivo del progetto, poiché le scelte effettuate all'inizio potranno avere ricadute vincolanti sulle fasi successive e, conseguentemente, sui risultati. La scelta delle patologie, in questo senso, è molto critica in quanto definisce l'ambito sanitario in cui si muoverà l'intero progetto.

Va ricordato che:

1. l'approccio per PDT mette in relazione due elementi inscindibili:
  - le variabili cliniche (best practice che possono essere tratte dalle linee guida e dalla professionalità dei sanitari);
  - le variabili organizzative (il contesto entro cui si sviluppa il percorso);
2. la scelta delle patologie deve tenere conto delle variabili cliniche per selezionare tipologie di pazienti uniformi nei loro bisogni di cura (diagnostiche e terapie);
3. per ogni patologia possono essere sviluppabili più percorsi che tengano conto delle variabili cliniche (ad esempio percorsi diversi in funzione della gravità) e delle variabili organizzative (ad esempio vincoli connessi alla disponibilità di risorse disponibili nelle strutture);
4. il livello di dettaglio raggiunto nella scelta delle patologie e dei percorsi sarà anche il livello di dettaglio per le principali analisi successive (sia di valutazione delle scelte cliniche, sia di uso appropriato delle risorse, sia di impatto economico...).

In generale, non è possibile quindi raggruppare in un unico PDT modalità organizzative simili per patologie diverse che comportano, ad esempio, scelte cliniche basate su criteri diversi, valutazioni di appropriatezza specifiche ed entità dell'impatto economico differenziate.

## 4.2.2 Metodologia applicata

Nel contesto dei PDT, le patologie possono essere definite come quel complesso di condizioni che caratterizzano lo stato di non salute, o malattia, del paziente. In altre parole esse rappresentano la determinante della domanda di servizi sanitari, che viene soddisfatta tramite prestazioni diagnostiche e terapeutiche organizzate in profili erogate dai nuclei organizzativi (che a livello di PDT vengono associati ai contatti di cura).

Per poter definire e utilizzare correttamente i PDT è necessario condividere, tra tutti gli attori della rete sanitaria di riferimento (Azienda, a livello ospedaliero e territoriale e strutture esterne, extra aziendali) tale definizione di "patologia". In base a questa definizione è possibile poi concordare principi e modalità con cui si intende analizzare la domanda di servizi sanitari in modo da selezionare l'elenco delle patologie di interesse. Inoltre devono essere stabilite e condivise le informazioni di dettaglio su ogni patologia per poter chiarire a tutti gli interessati a quali casi si fa riferimento parlando di una certa "patologia".

Identificata correttamente la domanda di servizi sanitari, l'Azienda disporrà delle basi necessarie a programmare la propria offerta di servizi sanitari, vale a dire predisporre la miglior risposta possibile in termini di efficacia, appropriatezza ed efficienza, sia dal punto di vista clinico (avvalendosi delle indicazioni delle linee guida), sia dal punto di vista organizzativo (ottimizzando la sequenza delle attività necessarie).

L'obiettivo è la creazione di un elenco di patologie a cui associare i percorsi, con sufficienti informazioni per la selezione, che risulti significativo nel rappresentare i bisogni sanitari della popolazione assistita e dell'impegno aziendale e che, nel contempo, garantisca una buona gestione in ottica ABC.

### ***Individuazione delle patologie***

Coerentemente con l'analisi che si vuole intraprendere si è scelto, come criterio guida per l'individuazione delle patologie, la classificazione ICD-9-CM, che garantisce l'eshaustività, la mutua esclusività e la specificità dei raggruppamenti in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica. Pur essendo le diagnosi possibili un numero finito, esse sono tuttavia molto articolate (circa 11.000 elementi). Si propone pertanto di iniziare l'indagine utilizzando i primi tre caratteri della diagnosi come base dell'indagine finalizzata alla creazione di un elenco di patologie, prendendo come riferimento le prestazioni "consumate" dagli assistiti dell'azienda (e non piuttosto quelle prodotte dall'Azienda stessa).

L'analisi dei gruppi di diagnosi deve essere effettuata coerentemente con le finalità dell'utilizzo dei PDT. In linea di massima la selezione dovrebbe ricercare gruppi di diagnosi che soddisfino i seguenti criteri:

- contenere un numero significativo di casi;
- essere composti da un gruppo ben definito (che abbia senso e coerenza clinica);
- permettere di designare un gruppo nosologico il cui trattamento sia rappresentabile con un numero non troppo elevato di percorsi (se si presentano troppe scelte ed opzioni all'interno del percorso può essere utile suddividere il gruppo);
- venire già gestiti secondo una logica di percorso o comunque di suddivisione delle responsabilità durante l'iter di cura, anche se in modo non completamente normalizzato.

Questi criteri dovrebbero permettere di ordinare per priorità i gruppi di diagnosi e quindi di individuare le patologie da cui iniziare.

Oltre a questi criteri, per così dire generali, possono essere considerati altri elementi di selezione, in funzione degli obiettivi posti all'utilizzo dei PDT, quali ad esempio:

- valutazioni sulle prestazioni a maggior impatto: selezione di gruppi di diagnosi associati a DRG a peso elevato;
- valutazioni sull'organizzazione: selezione di gruppi di diagnosi gestiti in modo analogo da molte UO o con un percorso trasversale nell'organizzazione (casi di trasferimento tra UO, ricoveri ripetuti, evidenze di un percorso tra UO diverse...);
- valutazioni sull'approccio clinico: grandi variazioni nelle durate delle degenze o con dispersione elevata nel tipo di ricovero (diurno o ordinario);
- valutazioni di strategia aziendale: patologie considerate critiche dalla direzione e quindi da approfondire.

Va inoltre rilevato che la selezione delle patologie per codici di diagnosi è più dettagliata rispetto al sistema DRG e quindi permette successive elaborazioni, aggregazioni e confronti, a livello di DRG, coerentemente con la premessa metodologica.

Analizzando quindi la casistica dell'ASL riferita all'anno, il Gruppo di Lavoro Centrale, in collaborazione con la Direzione Aziendale, dovrà indicare quale sottoinsieme di patologie rappresenta la parte più significativa secondo i criteri dati e codificarle al fine di porre le basi per la costituzione dei percorsi di cura. (vedere dettagli nella schede operative SO 02 e SO 03).

### ***Codifica delle patologie e creazione dell'elenco delle Patologie aziendali gestite tramite PDT***

Si propone una codifica delle Patologie di tre caratteri che non sia "parlante": tali codici di patologia rappresentano la base per la codifica dei "percorsi per patologia" e di tutti gli elementi che li costituiscono.

Le patologie così individuate e codificate vengono registrate man mano in un "Elenco delle patologie aziendali gestite tramite PDT" che riporta, per ogni patologia:

- Codice
- Nome assegnato alla patologia
- Breve descrizione
- Referente per la patologia (Responsabile Gruppo di Lavoro per Patologia)

Contemporaneamente è opportuno creare ed aggiornare una tabella che metta in relazione le "Patologie Aziendali", come definite ai fini del progetto, con i codici ICD9 ad esse associabili.

Il Gruppo di Lavoro Centrale codifica le patologie, crea l'"Elenco delle patologie aziendali gestite tramite PDT" e la tabella che collega le patologie ai codici ICD9.

### ***Identificazione delle patologie: definizione e criteri di selezione***

Per ciascuna patologia definita sarà necessario individuare, in modo univoco a livello aziendale, i criteri che permettono l'attribuzione dell'evento di malattia ad una determinata "Patologia Aziendale".

La tipologia di informazione deve essere concordata a livello aziendale e deve rispettare il principio di condurre ad una corretta e univoca attribuzione dei pazienti alla patologia, inquadrare la patologia e indicare le fonti bibliografiche da cui sono/saranno tratte le informazioni cliniche in base alle quali si è scelto di impostare i PDT riferiti a tale patologia.

L'azienda deve definire quali sono tali tipologie di informazione, ad esempio:

- definizione della patologia;
- epidemiologia (da letteratura o sull'utenza aziendale);
- sintomi e segni;
- eziologia;
- storia naturale;
- prognosi;
- approfondimenti diagnostici;
- approccio terapeutico;
- fonti bibliografiche.

(Le voci sottolineate sono da considerarsi minime obbligatorie per poter definire correttamente la patologia).

Il Gruppo di Lavoro Centrale deve selezionare le tipologie di informazione ritenute significative e creare una scheda di registrazione di tali voci per patologia (Scheda Dettagli Patologia).

Ogni Gruppo di Lavoro per Patologia deve completare le Schede Dettagli Patologia per le patologie di cui si occupa.

## **4.3 Identificazione dei criteri**

### **4.3.1 Premessa metodologica generale**

Il modello adottato prevede che, ogni qualvolta l'operatore è chiamato a compiere una scelta significativa, debbano essere indicati i criteri che guidano tale scelta: egli potrà così tenerne conto quando, durante la gestione effettiva del paziente, si troverà a prendere una decisione.

I criteri servono a chiarire le valutazioni di chi ha disegnato il percorso, ma non sono da considerarsi vincolanti per l'operatore sanitario: in base al proprio giudizio, e conoscendo i criteri, egli potrà effettuare le sue valutazioni e indirizzare il percorso del paziente. Diventa fondamentale raccogliere indicazioni circa le scelte reali effettuate da confrontarsi con quelle di riferimento.

Possiamo considerare questi livelli di scelta inerenti il percorso diagnostico terapeutico:

- scelta della patologia entro cui gestire il paziente;
- scelta del percorso più consono tra quelli previsti per la patologia;
- scelta del profilo, tra quelli presenti nel percorso, in cui si sta per gestire il paziente.

All'interno di ogni profilo esistono, poi, sequenze di attività, alcune delle quali soggette a certe condizioni:

- scelta operativa per alcune attività interne ai profili.

Poiché le cose "accadono" solo all'interno dei profili, una gestione tramite i PDT richiede che l'operatore effettui sempre una sequenza di scelte fino a individuare un profilo entro cui gestire il paziente.

Questo permette di semplificare la gestione delle scelte: vengono considerate rilevanti le sole scelte dei profili, che ovviamente conterranno all'interno considerazioni circa patologia e percorso, ma senza richiedere momenti specifici di scelta per ogni livello.

Si può concludere che:

1. a livello di progettazione, occorre definire un criterio di riferimento per ogni punto di ingresso ad un profilo;
2. a livello di gestione, occorre mettere in condizione il medico di valutare i criteri di riferimento ed esprimere la propria valutazione indicando il criterio effettivo che gli fa adottare una certa decisione.

La descrizione dei criteri deve quindi tenere conto della necessità di confronto sistematico tra i criteri di riferimento, progettati, e quelli effettivi, registrati.

### **4.3.2 Metodologia applicata**

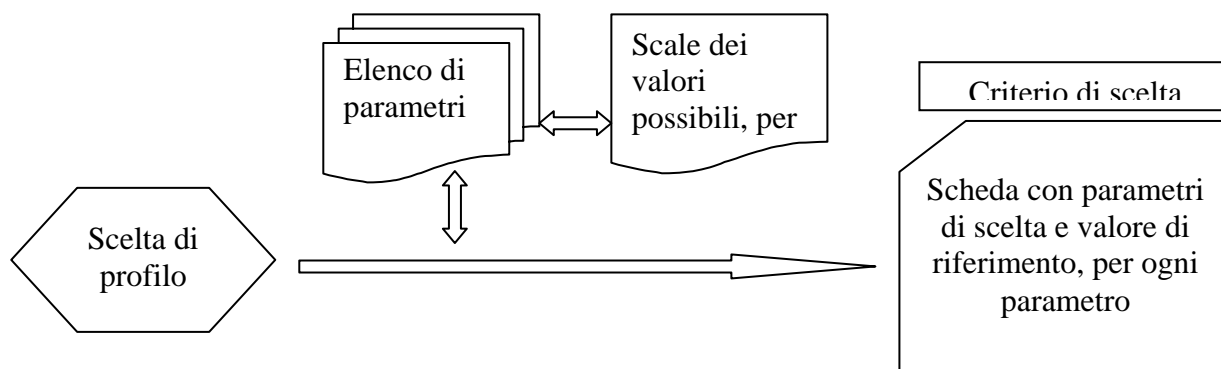
Gli aspetti da conciliare nella descrizione dei criteri sono innanzitutto:

- la necessità di disporre di schemi tali da garantire un linguaggio comune nella descrizione dei criteri con risultati significativi e confrontabili;
- la possibilità di effettuare a posteriori confronti sulle scelte, tra percorsi di riferimento e percorsi effettivi, oltre che tra stessi percorsi su pazienti diversi.

Per rispondere a queste esigenze la metodologia prevede di lavorare con criteri parametrizzati a scelta multipla.

Per ogni scelta il criterio viene descritto tramite un certo numero di parametri, i cui valori si posizionano secondo scale predefinite, a cura dei medici che stanno progettando il percorso.

**TAV 2: SCELTA DEI CRITERI**



**Principi di base:**

- i parametri con cui descrivere i criteri sono scelti dai medici, sono riferiti ad un certo percorso, possono essere vari ma sono in numero finito;
- ogni parametro deve essere associato ad una scala di valori quantitativa o qualitativa: le scale sono comunque predefinite come numero e contenuto dei singoli componenti;
- i medici definiscono tutti i possibili parametri e per ogni parametro tutti i possibili valori della scala;
- i medici definiscono quali parametri (e quali valori di riferimento per parametro) caratterizzano i criteri di scelta per ogni profilo del percorso (in ingresso e in uscita);
- possono esserci delle scelte "secche" (es: "necessità di rimozione punti sutura" per un accesso ambulatoriale successivo ad un ricovero chirurgico): in questo caso il parametro è la scelta stessa e i suoi valori parametrici sono "sì" e "no".

Esempio: i medici decidono che "dolore addominale" è un parametro per un certo tipo di percorso e che può essere caratterizzato dai valori "assente", "lieve", "intenso", "insopportabile". Se il percorso prevede accessi in AMB, DH e RO, potrebbero dire che per tutti valutano il parametro "dolore addominale" e che la scelta su come trattare il paziente dipende rispettivamente dal livello "lieve", "intenso" e "insopportabile". Inoltre potrebbero considerare l'età come un fattore discriminante per scegliere in ogni caso un Ricovero Ordinario. Questa situazione si potrebbe descrivere in forma tabellare in questo modo:

**TAB 4 : CRITERI DI RIFERIMENTO PARAMETRIZZATI**

parametri	S1 – accesso in AMB	S2 – accesso in DH	S3 – accesso in RO	S4.....
Dolore addominale	Lieve	Intenso	Insopportabile	
Età > 65 anni			sì	
.....				

## **Costruzione dei criteri di riferimento**

Data la premessa metodologica generale, la costruzione dei criteri di riferimento è effettuata direttamente a livello di profilo, integrando al suo interno gli elementi di scelta delle patologie e dei percorsi.

La metodologia si applica a tutti i criteri individuati sul disegno del percorso.

E' innanzitutto necessario disporre di:

- una Scheda Dettagli Patologia compilata, da cui evincere informazioni utili ad attribuire il paziente ad una certa patologia;
- una bozza del percorso di riferimento che si intende documentare, con un disegno del diagramma di flusso che permetta di identificare i profili e le scelte;
- un codice scelta (S#) ed una descrizione generale (in questa fase possono essere sufficienti).

In base a queste informazioni si affronta ogni profilo del percorso e si individuano i parametri che danno contenuto ad ogni scelta, rispondendo alla domanda: "perché il medico dovrebbe scegliere di trattare il paziente in questo contatto con queste modalità?"

Per agevolare il lavoro, i parametri devono essere cercati raggruppandoli nelle seguenti famiglie:

Parametri collegati alla patologia/percorso:

- Sintomi e segni clinici che fanno ricadere il caso in una certa patologia e in un certo percorso (ricavabili dalla scheda Dettagli Patologia).

Parametri collegati al singolo profilo:

- Condizioni cliniche che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento;
- Situazioni socio-sanitarie che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento;
- Vincoli organizzativi che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento.

Al termine della progettazione, per ogni percorso esiste una lista "finita" di parametri e per ogni parametro un elenco "finito" di possibili valori (modulo M08).

Inoltre esiste, per ogni scelta S#, una tabella con i valori che i medici hanno definito in fase di progettazione per i parametri associati a tale scelta (Tabella dei criteri di riferimento parametrizzati)

Dato il modello scelto per la rappresentazione dei PDT, i criteri di uscita corrispondono sempre ai criteri di ingresso di un successivo profilo. Unica eccezione sono i criteri di uscita verso "Fine" o "Altro percorso" che vanno trattati allo stesso modo dei criteri di ingresso ad un profilo.

(Per i dettagli vedasi la Scheda Operativa SO 05.)

## **4.4 Costruzione dei Profili**

### **4.4.1 Premessa metodologica generale**

Il livello dei profili descrive ciò che viene fatto al paziente durante un suo contatto con le strutture sanitarie. Può essere molto semplice e breve, come una visita ambulatoriale, o molto complesso e di durata più lunga, come un ricovero ordinario.

A livello di percorso, l'attenzione è concentrata su come viene gestita la risposta sanitaria ad una data patologia da parte della rete dei servizi disponibili (i contatti): è quindi fondamentale l'attenzione all'organizzazione sanitaria, ai criteri di selezione della patologia e ai criteri di ingresso e uscita da ogni contatto.

A livello di profilo, l'attenzione si sposta su quali atti sanitari vengono effettuati, all'interno di un ben circoscritto momento del percorso di cura del paziente. Gli elementi caratterizzanti sono quindi le attività cliniche, le procedure, le diagnostiche, le terapie e l'assistenza che sono previste per gestire un paziente giunto con certi criteri in ingresso al profilo, fino a permettergli di proseguire nel suo percorso, in coerenza con i criteri di uscita dal profilo stesso.



In genere, a questo livello, le attività possono essere già ben documentate dalla struttura che opera nel contatto: protocolli interni, istruzioni operative, piani terapeutici, disposizioni dei caposala e altro ancora possono già costituire una base per la rappresentazione del profilo.

Anche in questo caso è molto importante tenere presente lo scopo per cui si intende documentare i profili, poiché il livello di dettaglio della rappresentazione può cambiare molto.

Ad esempio:

- sistema di supporto alle scelte cliniche: enfasi sul dettaglio degli atti medici e sulle scelte basate sulle condizioni cliniche del paziente;
- sistema di valutazione dell'impegno di risorse: enfasi su ogni singola risorsa da utilizzarsi, compresi i tempi impiegati da ogni operatore;
- sistema ibrido: rappresentazione degli atti sanitari con gli elementi più importanti e delle scelte che modificano in modo significativo le modalità di risposta sanitaria o l'uso delle risorse.

#### **4.4.2 Metodologia applicata**

I profili sono rappresentati tramite diagrammi di flusso, collegati in modo coerente con il percorso tramite i criteri di ingresso e di uscita dal profilo già stabiliti a livello di percorso.

Il diagramma di flusso, a livello di profilo, ha una rappresentazione semplificata che utilizza come elementi: le Attività e le Scelte (con i criteri di valutazione).

##### ***Attività***

Il concetto di Attività utilizzato per la descrizione dei profili va chiarito: i profili non sostituiscono linee guida cliniche o protocolli sanitari, ma li affiancano, laddove presenti, creando una forma di rappresentazione univoca, utile a condividere la modalità della risposta sanitaria, a farne un monitoraggio e/o a misurare l'impegno sull'organizzazione e sull'uso delle risorse. Pertanto le Attività non dovrebbero essere intese come il massimo dettaglio possibile della risposta sanitaria, ma come elementi che fanno da riferimento per tale risposta e permettono un facile rimando a protocolli e linee guida specifici.

##### ***Scelte nei profili***

Analogamente, le Scelte nei profili non sono intese come indicazione dei criteri per decidere ogni singolo atto sanitario, per i quali vale l'esperienza dei medici e il riferimento a protocolli e linee guida. Le Scelte sono da utilizzarsi per discriminare variazioni sostanziali nel cammino che il paziente compie all'interno del profilo in funzione del suo stato o di variabili organizzative interne. Ad esempio, non ci si aspetta di dover indicare nel profilo i criteri di scelta di ogni diagnostica ma può essere necessario indicare i criteri di scelta per la strada che prenderà il paziente in funzione dei risultati di tale diagnostica.

Va ricordato che in ogni caso un profilo deve riportare quantomeno le Scelte di Ingresso e le Scelte di Uscita dal profilo stesso, coerenti con quanto previsto nel percorso: sono queste Scelte gli elementi di collegamento tra il livello del percorso ed il livello di profilo ed è quindi importante riportarle esplicitamente in ogni profilo.

Da queste premesse consegue che la sequenza di rappresentazione del profilo in forma di diagramma di flusso deve essere rigorosa rispetto alle Scelte (cioè ogni Scelta deve essere collocata correttamente rispetto alle Attività/Scelte che precedono e che seguono). Meno rigore è richiesto ai gruppi di attività che sono effettuati tra una scelta e l'altra (anche se il principio della sequenzialità temporale va mantenuto laddove possibile).

La metodologia adottata permette di spaziare da descrizione ad elevata analiticità, ad un considerevole livello di sintesi dei percorsi. Il livello di dettaglio ottimale va identificato in rapporto alla necessità specifiche del processo, nel rispetto della metodologia adottata.

## ***Rappresentazione delle attività – il nomenclatore***

Le attività sono rappresentate da elementi grafici nel diagramma di flusso che deve:

- chiarire la tipologia di attività che deve essere svolta;
- rimandare a documenti di dettaglio che descrivono il contenuto di tale attività (elenchi di risorse, protocolli, istruzioni ecc...).

Le tipologie di attività devono essere standardizzate e a questo scopo è utile definire un nomenclatore interno in modo da poter uniformare il linguaggio, caratterizzare univocamente l'attività (cui quindi si possono richiamare costi, modalità, modulistiche, procedure informatiche, supporti, responsabilità... comuni) e disporre di un elenco di voci da cui attingere in caso di descrizione del profilo/attività.

Il nomenclatore deve essere in grado di:

- descrivere le tipologie di attività;
- definire il livello di dettaglio a cui ci si vuole attestare;
- raggruppare attività documentabili e associabili a flussi sanitari/amministrativi esistenti e quindi rilevabili.

Disponendo di un buon nomenclatore è possibile lavorare in parallelo su più profili ottenendo rappresentazioni coerenti come approfondimento e monitorabili con strumenti simili.

E' compito del Gruppo di Lavoro centrale definire un nomenclatore da sottoporre ai Gruppi per patologia (vedere la Scheda Operativa SO – 06)

## ***Rappresentazione delle attività – i dettagli***

Ogni attività può essere descritta con approfondimenti diversi, ad esempio:

- specificando il "nome dell'attività" per associare la denominazione generica (tipologia) al punto del profilo in esame;
- elencando una o più microattività che, insieme, costituiscono l'attività complessiva;
- richiamando documenti interni e/o esterni che dettagliano le modalità di esecuzione dell'attività;
- elencando le principali risorse consumate nell'attività.

Per iniziare, il criterio dovrebbe essere quello di scegliere una descrizione che permetta di identificare univocamente quell'attività rispetto ad un'altra, in modo da poterne rilevare facilmente l'esecuzione in fase di monitoraggio (può essere una microattività, una risorsa "sentinella" o altro).

Con l'esperienza dei primi monitoraggi può essere poi precisato il livello di dettaglio nelle descrizioni, eliminando voci non interessanti e inserendone di nuove.

E' compito di ogni Gruppo di Lavoro per patologia individuare gli elementi che forniscono il dettaglio di ogni attività.

## ***Rappresentazione delle Scelte***

Le Scelte di Ingresso e le Scelte di Uscita dal profilo sono esattamente le stesse del livello di percorso e pertanto sono da rappresentarsi come copia delle corrispettive.

Conformemente alla modello, le Scelte interne al profilo possono essere chiamate "scelte operative" in quanto definiscono solo i casi in cui, in base alla valutazione del medico e delle condizioni del paziente, può essere variato significativamente l'approccio diagnostico e/o terapeutico, all'interno dello stesso contatto.

A livello metodologico, la rappresentazione di tali Scelte interne segue l'approccio dei criteri parametrizzati già descritti (cfr. Scheda Operativa SO-05), anche se sono possibili semplificazioni.

E' compito di ogni Gruppo di Lavoro per Patologia individuare le scelte significative e documentarne i criteri.

## **4.5 Applicazione della metodologia**

L'applicazione della metodologia è stata testata con la redazione dei primi sei percorsi per patologia. Le patologie sono state selezionate in base alle criticità precedentemente evidenziate, sia in merito ai DRG sia in merito alle Unità Operative.

In particolare i percorsi sviluppati sono stati:

- "Trattamento chirurgico della Coxoartrosi" responsabile l'UO di Ortopedia;
- "Trattamento chirurgico della Gonoartrosi" responsabile l'UO di Ortopedia;
- "Protesi d'Anca" responsabile l' UO di Recupero e Rieducazione Funzionale;
- "Protesi di Ginocchio" responsabile l'UO di Recupero e Rieducazione Funzionale;
- "Ipertrofia dei Turbinati" responsabile l'UO di Otorinolaringoiatria;
- "Decompressione del Tunnel Carpale" l'UO di Ortopedia.

A titolo di esempio si riportano i risultati relativi al percorso "Ipertrofia dei Turbinati"

### **PATOLOGIA**

**n. 003**

## **IPERTROFIA DEL TURBINATI**

**DEFINIZIONE DELLA PATOLOGIA:** Ostruzione respiratoria nasale.

**EPIDEMIOLOGIA:**

**SINTOMI E SEGNI:** Ostruzione respiratoria nasale a volte associata a rinorrea, prurito e starnuti e ipoacusia.

**EZIOLOGIA:** Rinite cronica su base vasomotoria o allergica.

**STORIA NATURALE:** Determina ostruzione respiratoria progressiva.

**PROGNOSI:** evolutiva.

**APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI:** solo clinica.

**APPROCCIO TERAPEUTICO:** inizialmente medica: cortisonici e vasocrostrittori, successivamente chirurgica: radiofrequente, coblazione, turbinoplastica.

**FONTI BIBLIOGRAFICHE:** Maurizi, Alaimo, Rossi.

PERCORSO DI CURA  
n. 001 (Str. \*\*\*)

**Ipertrofia dei Turbinati**

A cura di: dott. V. Ferrero

**Nota: fonti per statistiche**

Tipo di dato	Fonte	Periodo di riferimento	N° record
Attività di ricovero ospedaliero	SDO, tracciato CSI	Dimissioni 1/1/2002- 31/12/2002	11211
Attività ambulatoriale	-	-	-

**Criteri di selezione per casistica analizzata**

Base dati	Selezione in base a sola diagnosi principale
SDO	4780

**Informazioni generali**

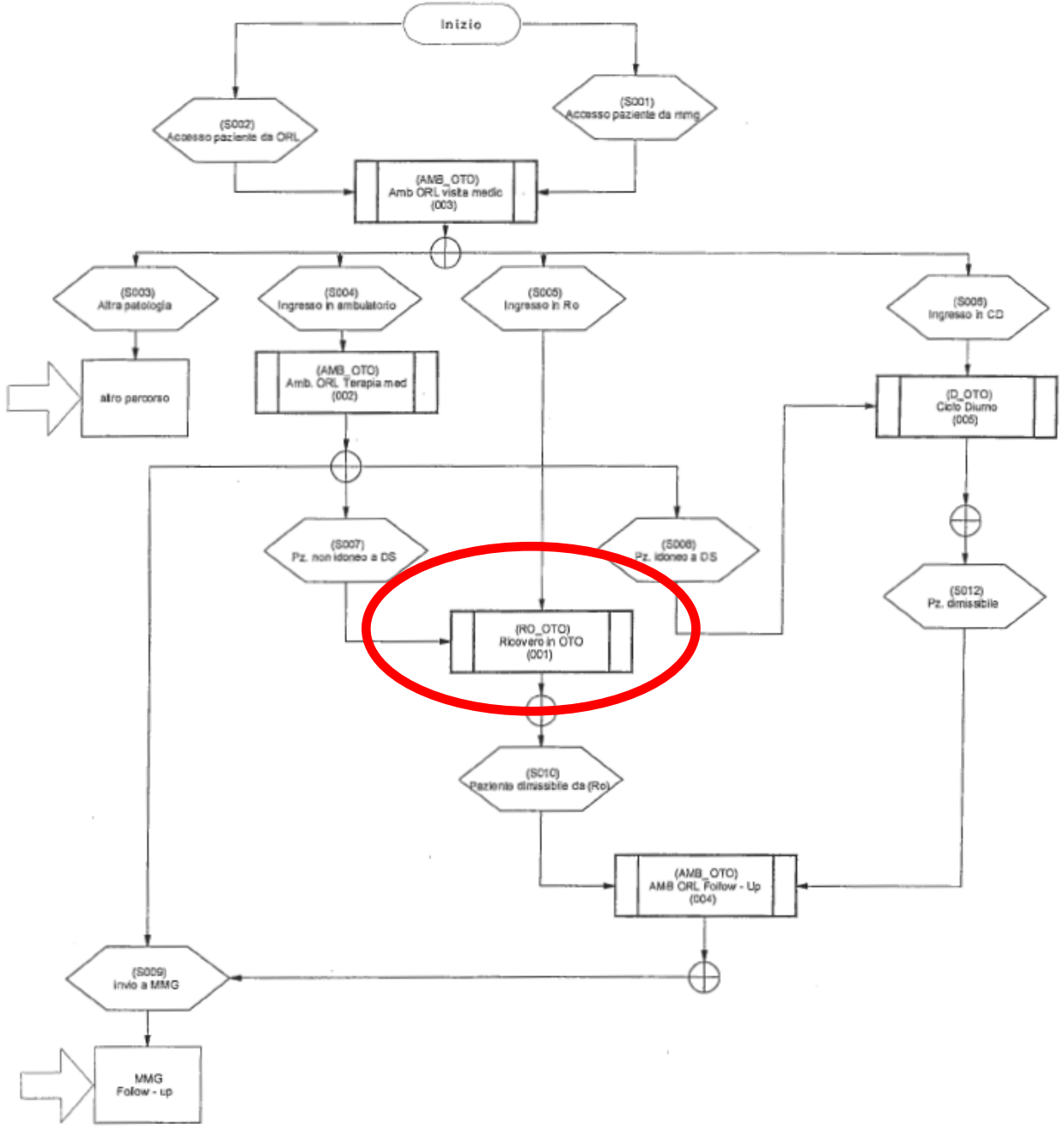
Sesso			Classi età			Tipo ricovero		
maschi	123	53,5%	0-14 anni	1	0,4%	Ricovero Ordinario	13	5,7%
femmine	107	46,5%	15-65 anni	212	92,2%	Ciclo Diurno	217	94,3%
			over 65	17	7,4%			
<b>Totale</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>	<b>totale</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>	<b>totale</b>	<b>230</b>	<b>100,0%</b>

**Impatto su attività ospedale (% su ospedale)**

casi		% osp	giornate / accessi		% osp
RO	13	0,22%	Giorn. RO	40	0,09%
DH Chirurgico	1	0,24%	Acc. DH Chirurgico	1	0,24%
DH Terapeutico	1	1,08%	Acc. DH Terapeutico	1	1,08%
DH Riabilitativo	0	0,00%	Acc. DH Riabilitativo	0	0,00%
DS	211	8,13%	Acc. DS	211	8,08%
DS one night	4	0,42%	Acc. DS one Night	4	0,42%
Ambulatorio	Non disponibile		Accessi in ambulatorio		Non disponibile

**Impegno Organizzazione (% su reparto)**

	Casi per Reparto			% rep	Deg media
RO	3801	ORL	13	2,73%	3
DH Chirurgico	0201	Centro DS	1	0,43%	1
DH Terapeutico	0201	Centro DS	1	100,00%	1
DH Riabilitativo	-				
DS	0201	Centro DS	174	10,36%	1
	3801	ORL	36	83,72%	1
	6701	Pensionanti	1	2,04%	1
DS one night	3801	ORL	4	44,44%	1
Ambulatorio	Non disponibile				



Percorso	<b>Gradenigo</b>	Criteri del Percorso
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	

(M)  
4

**Patologia 003 IPERTROFIA DEI TURBINATI**  
**Percorso 001 Ipertrofia dei Turbinati (Str: \*\*\*)**

### Criteri del percorso di cura

<b>S001</b>	<b>Accesso paziente da mmg</b>
	Ostruzione respiratoria : presente ( a basculle ?) Rinorrea: si Starnutazione: si Rinopatia vasomotoria: sospetta Libera scelta paziente: MMG
<b>S002</b>	<b>Accesso paziente da ORL</b>
	Ostruzione respiratoria : presente ( a basculle ?) Rinorrea: si Starnutazione: si Rinopatia vasomotoria: sospetta Libera scelta paziente: specialista ORL
<b>S003</b>	<b>Altra patologia</b>
	Altra patologia nasale: si
<b>S004</b>	<b>Ingresso in ambulatorio</b>
	Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: efficace
<b>S005</b>	<b>Ingresso in Ro</b>
	Ipertrofia: elevato oppure Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: non efficace Eligibilità in DS: no Patologie concomitanti: si ASA III - IV: si Altra patologia nasale: no
<b>S006</b>	<b>Ingresso in CD</b>
	Ipertrofia: elevato oppure Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: non efficace Eligibilità DS: si Patologie concomitanti: no ASA III - IV: no Altra patologia nasale: no
<b>S007</b>	<b>Pz. non idoneo a DS</b>

Percorso	<b>Gradenigo</b>	Criteri del Percorso
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	

5

*Patologia 003 IPERTROFIA DEI TURBINATI*  
*Percorso 001 Ipertrofia dei Turbinati (Str: \*\*\*)*

### Criteri del percorso di cura

	no miglioramento
<b>S008</b>	<b>Pz. idoneo a DS</b>
	Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: non efficace Eligibilità DS: si Patologie concomitanti: no ASA III - IV: no Altra patologia nasale: no
<b>S009</b>	<b>Invio a MMG</b>
	Ostruzione respiratoria: Assente Ipertrofia: Assente
<b>S010</b>	<b>Paziente dimissibile da (Ro)</b>
	Sanguinamento profuso: no
<b>S012</b>	<b>Pz. dimissibile</b>
	Sanguinamento profuso: no Instabilità cardiocircolatoria: no

Profilo	<b>Gradenigo</b>		Profilo
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei turbinati	RO_OTO	
	Ricovero in OTO		

Patologia n. 003 IPERTROFIA DEI TURBINATI- *Contatto 138 RO\_OTO*  
 Percorso n. 001 *Ipertrofia dei Turbinati*

**PROFILO DI CURA**  
 n. 001 (Str. \*\*\*)

**Ricovero in OTO – Rep 3801**

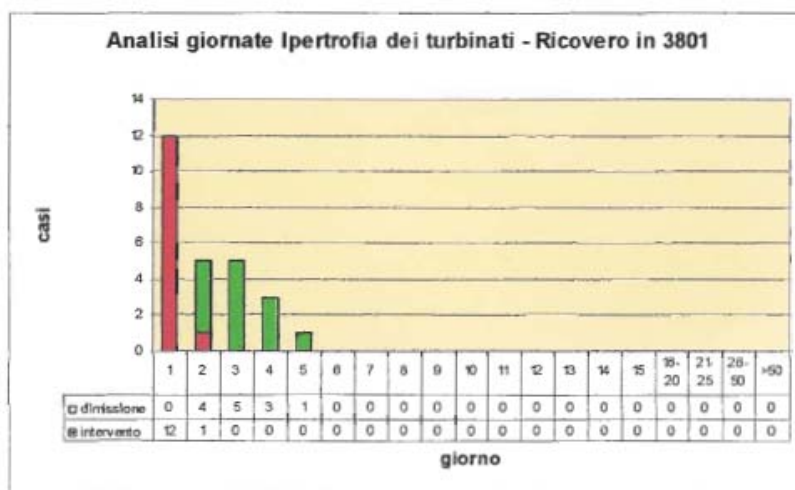
A cura di: Dott. V. Ferrero

**DRG e diagnosi**

DRG		Diagnosi principale		casi	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	13	100%
Totale complessivo				13	100%

**Intervento principale**

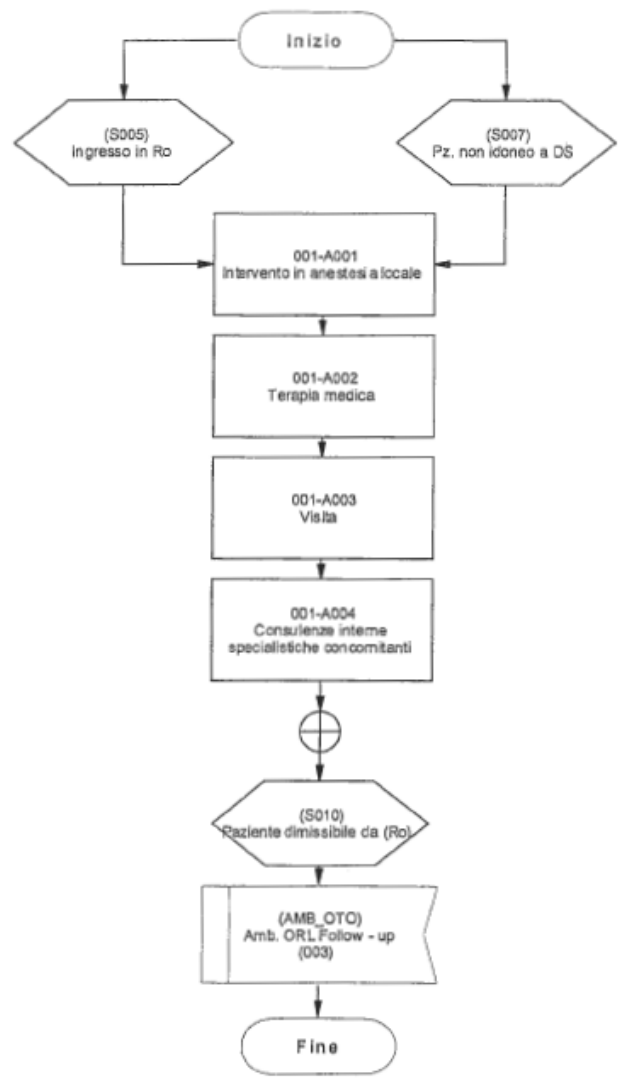
descrizione		Casi		Deg media
2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	12	92%	3
2162	Frattura dei turbinati	1	8%	4
Totale complessivo		13	100%	3,08





Profilo	<b>Gradenigo</b>		Profilo
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	RO_OTO	
	Ricovero in OTO		

7



Profilo	<b>Gradenigo</b>		<b>Criteri del Profilo</b>
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	RO_OTO	
	Ricovero in OTO		

8 MD

*Patologia* 003 **IPERTROFIA DEI TURBINATI**  
*Percorso* 001 *Ipertrofia dei Turbinati (Str: \*\*\*)*  
*Contatto* 138 **RO\_OTO**  
*Profilo* 001 *Ricovero in OTO (Str: \*\*\*)*

### Criteri del profilo di cura

<b>S005</b>	<p><b>Ingresso in Ro</b></p> <p>Ipertrofia: elevato      oppure      Ipertrofia: lieve/moderato  Trattamento medico: non efficace</p> <p>Eligibilità DS: no  Patologie concomitanti: si  ASA III - IV: si  Altra patologia nasale: no</p>
<b>S007</b>	<p><b>Pz. non idoneo a DS</b></p> <p>no miglioramento</p>
<b>S010</b>	<p><b>Paziente dimissibile da (Ro)</b></p> <p>sanguinamento profuso: no</p>

Profilo	<b>Gradenigo</b>		Profilo
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei turbinati	D_OTO	
	Ciclo Diurno		

Patologia n. 003 IPERTROFIA DEI TURBINATI- *Contatto 238 D\_OTO*

*Percorso n. 001 Ipertrofia dei Turbinati*

**PROFILO DI CURA**  
n. 005 (Str. \*\*\*)

**Ciclo Diurno – Rep 0201**

A cura di: dott. V. Ferrero

**Impegno Organizzazione (% su reparto)**

Casi per Reparto			% rep	Deg media	
DH chirurgico	0201	Centro DS	1	33%	1
DH terapeutico	0201	Centro DS	1	100%	1
DS	0201	Centro DS	174	10%	1
Totale complessivo			176		

**DRG e diagnosi**

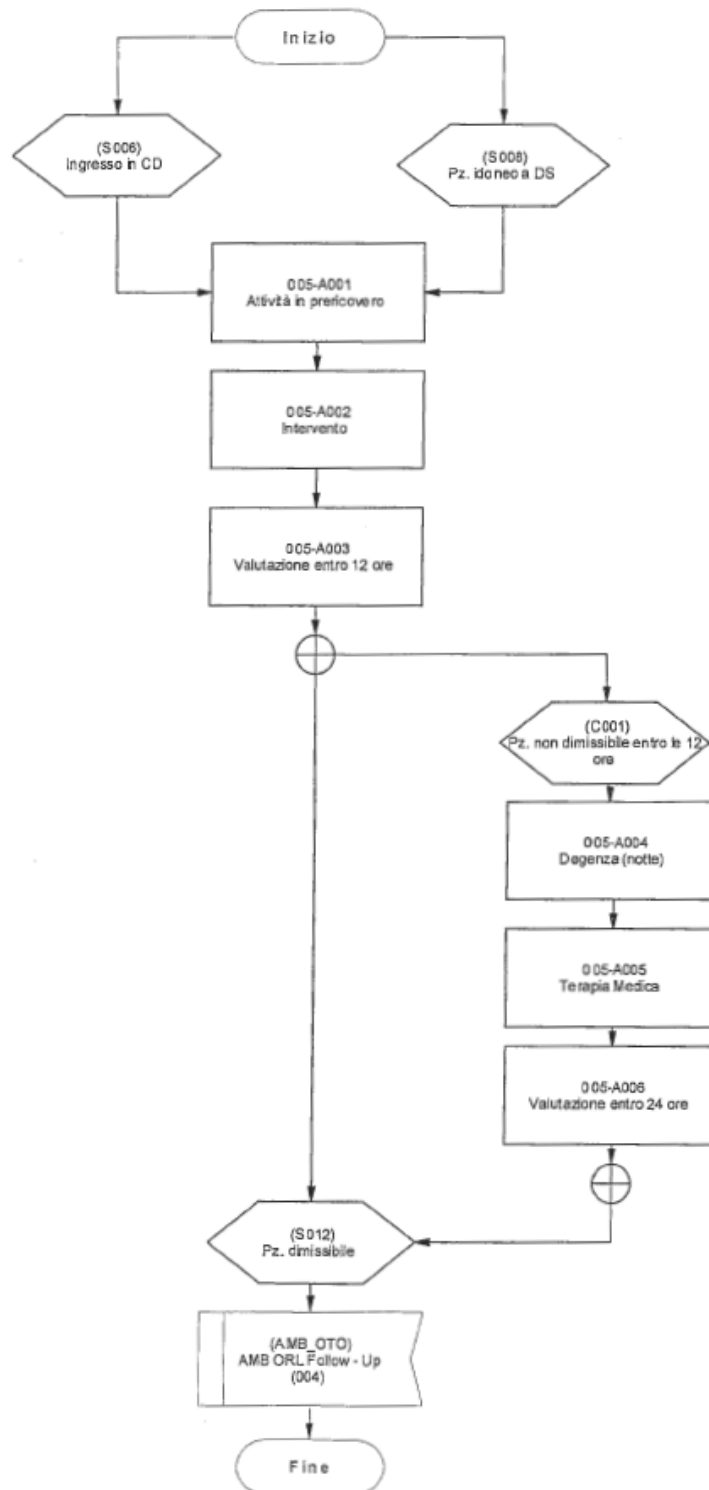
DRG		Diagnosi principale		casi	
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	175	99%
169	Interventi sulla bocca, senza cc	4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	1	1%
Totale complessivo				176	100%

**Intervento principale**

descrizione		Casi		Deg media
2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	113	64%	1
2162	Frattura dei turbinati	63	36%	1
Totale complessivo		176	100%	1

Profilo	<b>Gradenigo</b>		Profilo
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	D_OTO	
	Ciclo Diurno		

28



Profilo	<b>Gradenigo</b>		Criteri del Profilo
	IPERTROFIA DEI TURBINATI Ipertrofia dei Turbinati	D_OTO	
	Ciclo Diurno		

29

*Patologia* 003 **IPERTROFIA DEI TURBINATI**  
*Percorso* 001 *Ipertrofia dei Turbinati (Str: \*\*\*)*  
*Contatto* 238 *D\_OTO*  
*Profilo* 005 *Ciclo Diurno (Str: \*\*\*)*

### Criteri del profilo di cura

<b>C001</b>	<b>Pz. non dimissibile entro le 12 ore</b>
	Sanguinamento profuso: si Instabilità cardiocircolatoria: si
<b>S006</b>	<b>Ingresso in CD</b>
	Ipertrofia: elevato oppure Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: non efficace Eligibilità DS: si Patologie concomitanti: no ASA III - IV: no Altra patologia nasale: no
<b>S008</b>	<b>Pz. idoneo a DS</b>
	Ipertrofia: lieve/moderato Trattamento medico: non efficace Eligibilità DS: si Patologie concomitanti: no ASA III - IV: no Altra patologia nasale: no
<b>S012</b>	<b>Pz. dimissibile</b>
	Sanguinamento profuso: no Instabilità cardiocircolatoria: no

Patologia: Ipertrofia dei turbinati
Percorso: Ipertrofia dei turbinati

Cod.	Parametro	Scala dei possibili valori del parametro
	Sanguinamento profuso	SI NO
	Ipertrofia	Assente Lieve /moderato Elevato
	Patologie concomitanti	SI NO
	ASA III - IV	SI NO
	Croste	SI NO
	Altra patologia nasale	Poliposi Gravi deviazioni settali Sinusite Neoplasie NO SI
	Trattamento Medico	Efficace Non efficace
	Esigibilità in DS	SI NO
	Instabilità cardiocircolatoria	SI NO
	Ostruzione Respiratoria	Assente Presente (a basculle???) Lieve
	Rinorrea	SI NO
	Starnutazione	SI NO
	Rinopatia vasomotoria	Sospetta
	Libera scelta paziente	Specialista ORL MMG

Compilatore: Dott. V. Ferrero      data: settembre 2003

## 4.6 Verifica dei Miglioramenti in termini di Appropriatezza

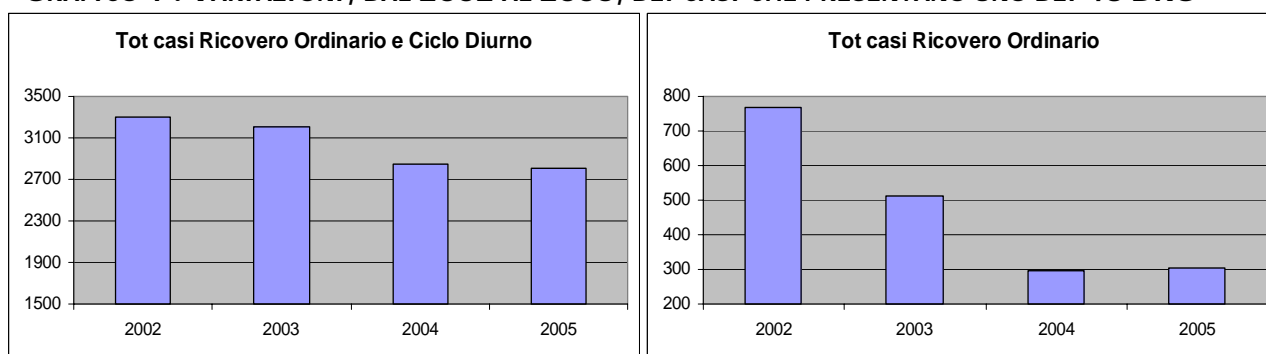
Per verificare l'efficacia del percorso di miglioramento dell'appropriatezza, intrapreso dal Presidio Gradenigo, sono state condotte nei tre anni successivi le stesse analisi su 43 DRG a rischio di inappropriatezza.

Considerando, a livello di presidio, tutti i ricoveri che presentano uno dei 43 DRG a rischio di inappropriatezza si può notare che, come auspicato, si riduce sia il numero di casi in senso assoluto sia il numero di casi trattati in regime di ricovero ordinario. Si riduce quindi la percentuale di potenziale inappropriatezza passando da un valore iniziale di 23,3% di casi potenzialmente inappropriati al 10,5% circa nel corso dei due anni successivi.

**TAB 5: VARIAZIONI, DAL 2002 AL 2005, DEI CASI CHE PRESENTANO UNO DEI 43 DRG**

Anni	Casi Tot		Casi in RO		Casi in RO pot. Inapp.	
	n°	var %	n°	var %	% inappropriatezza	var %
2002	3302		769		23,29%	
2003	3202	-3,03%	513	-33,29%	16,02%	-7,27%
2004	2851	-10,96%	297	-42,11%	10,42%	-5,60%
2005	2801	-1,75%	303	2,02%	10,82%	0,40%

**GRAFICO 1 : VARIAZIONI, DAL 2002 AL 2005, DEI CASI CHE PRESENTANO UNO DEI 43 DRG**



Le analisi di dettaglio condotte per singolo DRG sono riportate nelle successive tabelle 6, 7, 8 e 9.

Anche per i DRG critici, evidenziati all'inizio del progetto, si può rilevare un sostanziale miglioramento con riduzione dei casi totali e riduzione della percentuale di casi tratti in regime di ricovero ordinario potenzialmente inappropriati.

**TAB 6: DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA EROGATI NEL 2003**

DRG	Descrizione	Tot Casi	in RO	in CD	%in RO	% in RO / tot RO LEA
006	Decompressione del tunnel carpale	165	0	165	0,00%	0,00%
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1	1	0	100,00%	0,19%
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	2	2	0	100,00%	0,39%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	835	18	817	2,16%	3,51%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	87	10	77	11,49%	1,95%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	6	3	3	50,00%	0,58%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	16	12	4	75,00%	2,34%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	350	138	212	39,43%	26,90%
065	Alterazioni dell'equilibrio	14	4	10	28,57%	0,78%
119	Legatura e stripping di vene	126	2	124	1,59%	0,39%
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	1	1	0	100,00%	0,19%
133	Aterosclerosi, senza CC	5	5	0	100,00%	0,97%
134	Ipertensione	16	14	2	87,50%	2,73%
142	Sincope e collasso, senza CC	2	1	1	50,00%	0,19%
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	103	25	78	24,27%	4,87%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	52	25	27	48,08%	4,87%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	469	27	442	5,76%	5,26%
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	4	0	4	0,00%	0,00%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	26	16	10	61,54%	3,12%
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	31	16	15	51,61%	3,12%
222	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	528	27	501	5,11%	5,26%
232	Artroscopia	9	1	8	11,11%	0,19%
243	Affezioni mediche del dorso	74	14	60	18,92%	2,73%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	4	1	3	25,00%	0,19%
267	Interventi perianali e pilonidali	61	2	59	3,28%	0,39%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	9	4	5	44,44%	0,78%
276	Patologie non maligne della mammella	1	1	0	100,00%	0,19%
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	6	4	2	66,67%	0,78%
283	Malattie minori della pelle con CC	2	2	0	100,00%	0,39%
284	Malattie minori della pelle senza CC	7	2	5	28,57%	0,39%
294	Diabete età > 35 anni	19	18	1	94,74%	3,51%
301	Malattie endocrine, senza CC	3	2	1	66,67%	0,39%
324	Calcolosi urinaria, senza CC	54	24	30	44,44%	4,68%
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	27	23	4	85,19%	4,48%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1	0	1	0,00%	0,00%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	32	30	2	93,75%	5,85%
429	Disturbi organici e ritardo mentale	12	12	0	100,00%	2,34%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	42	26	16	61,90%	5,07%
<b>Totale 43 DRG</b>		<b>3202</b>	<b>513</b>	<b>2689</b>	<b>16,02%</b>	



**TAB 7: DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA EROGATI NEL 2004**

DRG	Descrizione	Tot Casi	in RO	in CD	%in RO	% in RO / tot RO LEA
006	Decompressione del tunnel carpale	144		144	0,00%	0,00%
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	2	1	1	50,00%	0,34%
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	4	4		100,00%	1,35%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	778	8	770	1,03%	2,69%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	118	6	112	5,08%	2,02%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	5		5	0,00%	0,00%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	24	9	15	37,50%	3,03%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	248	12	236	4,84%	4,04%
065	Alterazioni dell'equilibrio	3	3		100,00%	1,01%
119	Legatura e stripping di vene	130	4	126	3,08%	1,35%
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	5	4	1	80,00%	1,35%
134	Ipertensione	15	13	2	86,67%	4,38%
142	Sincope e collasso, senza CC	6	6		100,00%	2,02%
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	75	15	60	20,00%	5,05%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	67	18	49	26,87%	6,06%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	426	19	407	4,46%	6,40%
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	1		1	0,00%	0,00%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	33	17	16	51,52%	5,72%
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	39	32	7	82,05%	10,77%
222	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	436	3	433	0,69%	1,01%
232	Artroscopia	18		18	0,00%	0,00%
243	Affezioni mediche del dorso	67	18	49	26,87%	6,06%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	3	1	2	33,33%	0,34%
267	Interventi perianali e pilonidali	37	1	36	2,70%	0,34%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	13	1	12	7,69%	0,34%
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1	1		100,00%	0,34%
283	Malattie minori della pelle con CC	1	1		100,00%	0,34%
284	Malattie minori della pelle senza CC	12	2	10	16,67%	0,67%
294	Diabete età > 35 anni	24	24		100,00%	8,08%
301	Malattie endocrine, senza CC	9	9		100,00%	3,03%
324	Calcolosi urinaria, senza CC	45	15	30	33,33%	5,05%
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	24	19	5	79,17%	6,40%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1	1		100,00%	0,34%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	19	18	1	94,74%	6,06%
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1	1		100,00%	0,34%
429	Disturbi organici e ritardo mentale	7	7		100,00%	2,36%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	10	4	6	40,00%	1,35%
<b>Totale 43 DRG</b>		<b>2851</b>	<b>297</b>	<b>2554</b>	<b>10,42%</b>	

**TAB 8: DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA EROGATI NEL 2005**

DRG	Descrizione	Tot Casi	in RO	in CD	%in RO	% in RO / tot RO LEA
006	Decompressione del tunnel carpale	153		153	0,00%	0,00%
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	2	2		100,00%	0,66%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	773	6	767	0,78%	1,98%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	115	3	112	2,61%	0,99%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	4		4	0,00%	0,00%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	20	5	15	25,00%	1,65%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	212	2	210	0,94%	0,66%
065	Alterazioni dell'equilibrio	3	3		100,00%	0,99%
119	Legatura e stripping di vene	121	1	120	0,83%	0,33%
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	9	9		100,00%	2,97%
133	Aterosclerosi, senza CC	4	4		100,00%	1,32%
134	Ipertensione	20	20		100,00%	6,60%
142	Sincope e collasso, senza CC	4	4		100,00%	1,32%
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	62	10	52	16,13%	3,30%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	64	21	43	32,81%	6,93%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	413	24	389	5,81%	7,92%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	22	11	11	50,00%	3,63%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1	1		100,00%	0,33%
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	51	27	24	52,94%	8,91%
222	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	393		393	0,00%	0,00%
232	Artroscopia	44	2	42	4,55%	0,66%
243	Affezioni mediche del dorso	82	28	54	34,15%	9,24%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	5	3	2	60,00%	0,99%
267	Interventi perianali e pilonidali	40	1	39	2,50%	0,33%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	14	3	11	21,43%	0,99%
276	Patologie non maligne della mammella	1	1		100,00%	0,33%
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	4	3	1	75,00%	0,99%
283	Malattie minori della pelle con CC	1	1		100,00%	0,33%
284	Malattie minori della pelle senza CC	6	1	5	16,67%	0,33%
294	Diabete età > 35 anni	21	21		100,00%	6,93%
301	Malattie endocrine, senza CC	6	5	1	83,33%	1,65%
324	Calcolosi urinaria, senza CC	28	6	22	21,43%	1,98%
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	41	32	9	78,05%	10,56%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1	1		100,00%	0,33%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	31	25	6	80,65%	8,25%
429	Disturbi organici e ritardo mentale	7	7		100,00%	2,31%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	23	10	13	43,48%	3,30%
<b>Totale 43 DRG</b>		<b>2801</b>	<b>303</b>	<b>2498</b>	<b>10,82%</b>	

**TAB 9: VARIAZIONI, DAL 2002 AL 2005, DEI CASI CHE PRESENTANO UNO DEI 43 DRG, DETTAGLI PER SINGOLO DRG**

DRG	Descrizione	2002			2005			Var 2002-2005		
		tot casi	casi in RO	%casi in RO	tot casi	casi in RO	%casi in RO	tot casi	casi in RO	%casi in RO
006	Decompressione del tunnel carpale	138		0,0%	153		0,0%	15	0	0,0%
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	3	3	100,0%				-3	-3	-100,0%
025	Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	1	1	100,0%	2	2	100,0%	1	1	0,0%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	867	30	3,5%	773	6	0,8%	-94	-24	-2,7%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	70	9	12,9%	115	3	2,6%	45	-6	-10,2%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	6	5	83,3%	4		0,0%	-2	-5	-83,3%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	6	66,7%	20	5	25,0%	11	-1	-41,7%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	485	264	54,4%	212	2	0,9%	-273	-262	-53,5%
065	Alterazioni dell'equilibrio	32	18	56,3%	3	3	100,0%	-29	-15	43,8%
119	Legatura e stripping di vene	109	5	4,6%	121	1	0,8%	12	-4	-3,8%
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	6	4	66,7%	9	9	100,0%	3	5	33,3%
133	Aterosclerosi, senza CC	5	5	100,0%	4	4	100,0%	-1	-1	0,0%
134	Ipertensione	19	15	78,9%	20	20	100,0%	1	5	21,1%
142	Sincope e collasso, senza CC	4	4	100,0%	4	4	100,0%	0	0	0,0%
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	81	26	32,1%	62	10	16,1%	-19	-16	-16,0%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	46	26	56,5%	64	21	32,8%	18	-5	-23,7%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	449	64	14,3%	413	24	5,8%	-36	-40	-8,4%
163	Interventi per ernia, età < 18 anni							0	0	0,0%
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	59	51	86,4%	22	11	50,0%	-37	-40	-36,4%
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1		0,0%	1	1	100,0%	0	1	100,0%
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	35	28	80,0%	51	27	52,9%	16	-1	-27,1%
222	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	521	52	10,0%	393		0,0%	-128	-52	-10,0%
232	Artroscopia	13	1	7,7%	44	2	4,5%	31	1	-3,1%
243	Affezioni mediche del dorso	90	26	28,9%	82	28	34,1%	-8	2	5,3%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	5		0,0%	5	3	60,0%	0	3	60,0%
267	Interventi perianali e pilonidali	59	1	1,7%	40	1	2,5%	-19	0	0,8%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	18	4	22,2%	14	3	21,4%	-4	-1	-0,8%
276	Patologie non maligne della mammella	1	1	100,0%	1	1	100,0%	0	0	0,0%
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1		0,0%	4	3	75,0%	3	3	75,0%
283	Malattie minori della pelle con CC	2	1	50,0%	1	1	100,0%	-1	0	50,0%
284	Malattie minori della pelle senza CC	9	4	44,4%	6	1	16,7%	-3	-3	-27,8%
294	Diabete età > 35 anni	17	14	82,4%	21	21	100,0%	4	7	17,6%
301	Malattie endocrine, senza CC	5	5	100,0%	6	5	83,3%	1	0	-16,7%
324	Calcolosi urinaria, senza CC	17	9	52,9%	28	6	21,4%	11	-3	-31,5%
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	20	13	65,0%	41	32	78,0%	21	19	13,0%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1		0,0%	1	1	100,0%	0	1	100,0%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	39	36	92,3%	31	25	80,6%	-8	-11	-11,7%
426	Nevrosi depressive	1	1	100,0%				-1	-1	-100,0%
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive							0	0	0,0%
429	Disturbi organici e ritardo mentale	2	2	100,0%	7	7	100,0%	5	5	0,0%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	56	35	62,5%	23	10	43,5%	-33	-25	-19,0%

## 5. BIBLIOGRAFIA

ASSR, *"Analisi dell'appropriatezza per i 43 DRG ospedalieri"* in Monitor, n° 1/2002

Casati G., *"Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità"*, EGEA, Milano, 1999

Dirindin N., Vineis P., *"Elementi di economia sanitaria"*, Il Mulino, Bologna, 2004

Olla G., Pavan A., Nardi M.G., Gugliotta A., *"Il management nell'azienda sanitaria. Il finanziamento in base ai DRG, i modelli di organizzazione sanitaria, la valutazione della qualità ed il controllo di gestione"*, Giuffrè, Torino, 1996

Fonti legislative:

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 24-15233 del 30 Marzo 2005 *"Attuazione D.G.R. n° 37-13743 del 25 Ottobre 2004"*

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 37-13743 del 25 Ottobre 2004 *"Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DGR ad alto rischio di inappropriatazza"*

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 28-8148 del 30 Dicembre 2002 *"Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003"*

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 70-6732 del 22 Luglio 2002 *"Integrazione e modifica della D.G.R. n. 36-5380 del 25.02.2002"*

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 57-5740 del 3 Aprile 2002 *"Attuazione decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito con legge 16 novembre 2001, n. 405, recante: Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria e recepimento d.p.c.m. 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza. Individuazione interventi conseguenti"*

Giunta Regione Piemonte, D.G.R. n° 36-5380 del 25 Febbraio 2002 *"Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale"*

Presidenza del Consiglio dei Ministri, D.P.C.M. del 29 novembre 2001 *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"*

## **6. ALLEGATO: SCHEDE OPERATIVE**

Elenco schede operative:

- SO 01 – Rilievo struttura aziendale
- SO 02 – Definizione dei contatti
- SO 03 – Analisi patologie – SDO
- SO 04 – Analisi delle patologie – percorsi
- SO 05 – Parametrizzazione dei criteri
- SO 06 – Costruzione attività

### Scheda Operativa – SO 01 Rilievo struttura aziendale

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** rilevare tutti gli elementi utili alla descrizione della struttura aziendale compatibile con il SW

Azione	Dettagli	Modulistica
Raccolta dati sull'azienda	Raccogliere informazioni generali sull'azienda (anagrafica). <i>Utilizzare la codifica dei FIM.</i>	M01 – Creazione azienda
Raccolta dati sulle strutture	Per ogni singola struttura raccogliere informazioni generali di tipo anagrafico. <i>Sono considerate strutture: i presidi ospedalieri, i distretti territoriali.</i> <i>Per le strutture che lo prevedono utilizzare la codifica dei FIM.</i>	M01 – Creazione strutture
Raccolta dati sull'organizzazione dipartimentale	Per tutta l'azienda individuare la suddivisione organizzativa in dipartimenti. Qualora non esista una tale organizzazione o si preferisca una suddivisione diversa, è possibile raggruppare le UO aziendali in aree personalizzate al progetto. <i>Va rispettata questa regola: tutte le UO interessate ai percorsi devono essere ricondotte ad una e una sola entità di tipo dipartimentale (in caso una UO faccia parte di più dipartimenti, scegliere quello a maggior valenza organizzativa anziché funzionale).</i>	Non prevista modulistica ad hoc, data la natura dell'informazione spesso già documentata dalla azienda. Utilizzare un documento interno:
Raccolta dati sulle UO e servizi	Per tutta l'azienda individuare l'elenco delle UO e dei servizi sanitari di supporto. E' possibile iniziare con un elenco semplificato contenente le sole UO e servizi coinvolti nei PDT. Tutte le UO devono essere associate ad un elemento "dipartimento". <i>Sono considerate almeno tutte le UO ospedaliere, e i punti di erogazione di prest. sanitarie territoriali (es: ambulatori, consultori e servizi strumentali, l'organizzazione dei MMG...).</i> <i>Ove possibile codificare le UO con la codifica regionale a 4 cifre (specialità + progressivo).</i>	preferibilmente, la stampa dell'assetto organizzativo richiesta per l'accreditamento regionale (es. Piemonte) oppure un organigramma aziendale
Raccolta dati sui nuclei organizzativi	Per ogni UO identificare i nuclei organizzativi attivati, utilizzando le macroattività identificate per l'accreditamento regionale (Piemonte) come principale riferimento per la tipologia di nucleo. <i>Principali Macroattività: Ambulatoriale, Ricovero Ordinario, Ricovero Diurno, Diagn di laboratorio, Diagn per immagini, Emergenza, Assist Territoriale, Assistenza di base...</i> <i>La codifica dei nuclei deve essere ricondotta a quella della UO, con una lettera progressiva aggiunta al codice UO.</i> <i>Qualora una UO non sia suddivisibile ulteriormente in più nuclei, creare comunque un nucleo che ripete la UO.</i> <i>L'organizzazione dei MMG ha come nucleo il singolo medico di base.</i>	oppure un elenco dei centri di costo oppure l'Atto aziendale o suoi allegati

#### Note generali

Occorre cercare laddove possibile di utilizzare codifiche già esistenti e attive in azienda, preferendo quelle associate ai flussi di attività (FIM, SDO, C...). Nel caso alcune codifiche non esistano possono essere inventate ad hoc, avendo cura di esplicitare la regola che si è stabilito di applicare.

### Scheda Operativa – SO 02 Definizione dei contatti

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** costruire una struttura di contatti, coerente con l'organizzazione aziendale, da utilizzare come elementi nei PDT

#### Informazioni in ingresso

Per affrontare questa attività è utile disporre dell'elenco delle UO aziendali con i rispettivi nuclei. Inoltre il supporto metodologico può fornire un elenco di contatti precostituiti da utilizzare come riferimento per l'integrazione con nuove voci.

Vedi SO 01 per i dettagli  
Report SIGASlight  
Mxxxxxx

Azione	Dettagli	Modulistica
Creazione dei contatti	<p>Un contatto tiene conto in genere di due variabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ tipologia di macroattività (es: ricovero ordinario);</li> <li>➤ specialità o gruppo di specialità;</li> </ul> <p>pertanto si propone di creare tanti contatti quante sono le combinazioni tra macroattività e specialità, prevedibilmente richiamate nei PDT</p> <p>Utilizzando l'elenco delle UO dell'azienda, con il dettaglio dei loro nuclei, bisogna riuscire ad attribuire ad ogni nucleo una sigla di contatto (lo stesso contatto può essere attribuito a più nuclei. Es: 2 ambulatori di cardiologia di 2 UO diverse in due ospedali diversi avranno sempre lo stesso contatto AMB_CAR; tutti i poliambulatori nelle varie strutture territoriali avranno sempre sigla AMB_TERR).</p> <p><u>Informazioni per ogni contatto:</u></p> <p><u>codice:</u> XYY, dove X = cod macroattività (rif. cod SDO regionali) eYY = codice disciplina (rif. FIM)</p> <p><u>sigla alfabetica:</u> AAA-BBB, dove AAA = tipo di macroattività e BBB = codice specialità/attività</p> <p><i>Verificare sempre se esiste già un codice di contatto nell'elenco precostituito e utilizzarlo.</i></p> <p><i>Per i contatti territoriali occorre "adattare" le regole di codifica, cercando comunque di utilizzare i codici predefiniti.</i></p> <p><i>Il codice è di lunghezza fissa (3 caratteri), la sigla è di lunghezza variabile: si consiglia di non superare i 3 caratteri per elemento.</i></p> <p><i>Il codice per il contatto Ambulatorio Medico di Base è AMB_MMG.</i></p>	<p>M01 – Creazione contatti</p> <p>(permette di indicare un riferimento ad ogni nucleo della struttura aziendale e di associargli un contatto, con codice e sigla)</p>

#### Tabella di riferimento: codici e sigle associabili a macroattività

Macroattività	Codice X (codifica da SDO)	Sigla AAA
Ricovero ordinario	1	RO
Ciclo diurno	2	D (comprendendo DH e Day Surgery)
Ambulatorio	3	AMB
Diagnostica	4	DIA
Pronto Soccorso	5	PS
Amministrazione	6	AMM
Tecnico	7	TEC
.....		

**Nota:** per i codici numerici associabili alle specialità, fare riferimento alle tabelle di disciplina allegata ai FIM

### Scheda Operativa – SO 03 Analisi patologie – Attività Ospedaliera

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** impostare analisi dei dati di attività ospedaliera per individuare le patologie di interesse

#### Informazioni in ingresso

<p>Per affrontare questa attività è necessario disporre del database delle SDO, con i dati almeno di un anno o più.</p> <p>Nel caso di struttura ospedaliera le SDO saranno riferite alla produzione dell'azienda.</p> <p>Nel caso di ASL è preferibile avere le SDO riferite a tutte le prestazioni per i propri assistiti, indipendentemente dall'erogatore.</p> <p>La qualità del dato presente nella SDO è fondamentale per questa analisi, pertanto dovrà essere preventivamente fatta una valutazione su questo parametro da chi fornisce il dato.</p> <p><i>Nota: questa analisi delle SDO può richiedere di analizzare i dati per ogni paziente, che deve essere univocamente rintracciabile. Deve quindi essere condotta da persona autorizzata a trattare tali dati sensibili. I risultati devono essere espressi in forma aggregata.</i></p>	<p>Tabella informatica con tutte le SDO.</p> <p>Per analisi complete è preferibile avere tutti i campi della SDO disponibili</p>
---	--

Azione	Dettagli	Modulistica
Creazione di report di analisi	<p>Utilizzando strumenti di office automation (es: tabelle Pivot in Excel<sup>♥</sup>) analizzare le tabelle contenenti le SDO e proporre reportistiche utili per la successiva discussione sulla scelta delle patologie.</p> <p><i>I risultati devono sempre essere presentati in ordine di importanza, dal più pesante al più leggero. Il “peso” può essere dato dalla frequenza di accadimento, dal numero di giornate di degenza, dal peso del DRG o da qualunque altro elemento numerico che possa ragionevolmente individuato come discriminante dell'importanza nell'analisi in corso.</i></p> <p>Seguono alcuni esempi di strutture dati per analisi delle SDO.</p>	Non prevista reportistica standardizzata
Analisi condotta differenziando per branca specialistica (corrispondente alla specialità UO)	<p>Struttura dati per l'analisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ Spec. (numero di casi, giornate di degenza ...)</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata
Analisi condotta differenziando tra DRG medici e chirurgici	<p>Struttura dati per l'analisi (si propone di valutare le 1° diagnosi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ “C” (numero di casi e giornate di degenza)</li> <li>➤ “M” (numero di casi e giornate di degenza)</li> <li>➤ % del totale</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata
Analisi condotta differenziando per singolo DRG	<p>Struttura dati per l'analisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ DRG n. (numero di casi, giornate di degenza ...)</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata

#### Note generali

Non si ritiene interessante, per una prima definizione delle patologie, la suddivisione in ricoveri ordinari e diurni, mentre potrebbe risultare significativo un raffronto tra i ricoveri prodotti dall'ASL e quelli consumati dalla popolazione ma prodotti da altri.



### Scheda Operativa – SO 04 Analisi patologie – Evidenza Percorsi

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** impostare analisi dei dati di attività per percorso per individuare le patologie di interesse

#### Informazioni in ingresso

<p>Per affrontare questa attività è necessario disporre almeno del database delle SDO, con i dati almeno di un anno o più. Inoltre sarebbe utile disporre anche dei flussi C e C2.</p> <p>Nel caso di struttura ospedaliera i flussi saranno riferiti alla produzione dell'azienda.</p> <p>Nel caso di ASL è preferibile avere i flussi riferite a tutte le prestazioni per i propri assistiti, indipendentemente dall'erogatore.</p> <p>La qualità del dato presente nei flussi è fondamentale per questa analisi, pertanto dovrà essere preventivamente fatta una valutazione su questo parametro da chi fornisce il dato.</p> <p><i>Nota: questa analisi dei percorsi richiede di analizzare i dati per ogni paziente, che deve essere univocamente rintracciabile. Deve quindi essere condotta da persona autorizzata a trattare tali dati sensibili. I risultati devono essere espressi in forma aggregata.</i></p>	<p>Tabelle informatiche con tutte le SDO, con il flusso C, con il flusso C2 e le anagrafiche.</p> <p>Per analisi complete è preferibile avere i flussi completi in ogni campo</p>
<p>Poiché risulterebbe molto onerosa una analisi di percorso per tutti i pazienti e tutte le patologie, occorre avere definito in anticipo (condizioni di preselezione) un limitato numero di campi di indagine (es: certi codici di diagnosi o di terapia o certi DRG).</p>	<p>Condizioni di preselezione</p>

Azione	Dettagli	Modulistica
Creazione di report di analisi	<p>Associare ogni prestazione ad un elemento anagrafico univoco per paziente e uguale per tutti i flussi.</p> <p>Utilizzando strumenti di office automation (es: query di Access<sup>♥</sup> e tabelle Pivot in Excel<sup>♥</sup>) collegare le sequenze di prestazioni per stessi pazienti, ordinandole temporalmente. Le prestazioni ambulatoriali possono essere ridotte in base a criteri di scelta (es: solo le visite, o solo certe diagnostiche...).</p> <p>Selezionare i pazienti per cui si applicano le “condizioni di preselezione” e estrapolare tutti gli elementi dei flussi che li riguardano.</p> <p><i>I risultati devono sempre essere presentati in ordine di importanza, dal più pesante al più leggero. Il “peso” può essere dato dalla frequenza di accadimento, dal numero di giornate di degenza, dal peso del DRG o da qualunque altro elemento numerico che possa ragionevolmente individuato come discriminante dell'importanza nell'analisi in corso.</i></p> <p>Seguono alcuni esempi di strutture dati per analisi di percorsi.</p>	Non prevista reportistica standardizzata
Ricerca di un percorso acuzie-riabilitazione	<p>Struttura dati per l'analisi (da SDO):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ UO erogatrice (numero di casi e giornate di degenza)</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata
Ricerca di appropriatezza	<p>Struttura dati per l'analisi (da SDO):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ UO erogatrice (forma di ricovero, numero di casi e giornate di degenza).</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata

Ricerca di un percorso Ospedale-territorio	Struttura dati per l'analisi (da SDO e flussi C e C2): <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ codice e descrizione gruppo di ICD9 a tre caratteri</li> <li>➤ codice e descrizione singola diagnosi ICD9 a cinque caratteri</li> <li>➤ UO erogatrice (forma di ricovero, numero di casi e giornate di degenza)</li> <li>➤ Visite ambulatoriali (numero)</li> <li>➤ Diagnostiche significative (tipologia e numero)</li> </ul>	Non prevista reportistica standardizzata
--	--	--

**Note generali**

Data la grande variabilità delle analisi va ricordato che gli esempi fatti sono solo alcuni dei molti possibili; con il supporto metodologico è possibile individuare alle strutture di indagine più appropriate agli obiettivi di analisi. In ogni caso i risultati di tali indagini devono essere considerati come punti di partenza per un confronto/discussione rispetto al percorso che potrebbe intuirsi, al fine di decidere linee di priorità nella successiva fase di studio e creazione dei PDT.

### Scheda Operativa – SO 05 Parametrizzazione dei criteri di profilo

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** ottenere una descrizione parametrica di tutti i criteri di riferimento dei profili

Azione	Dettagli	Modulistica
Raccogliere informazioni in ingresso	Recuperare la Scheda dettagli patologia (M07a) ed un disegno del percorso, completo e con tutti gli elementi codificati <i>In questo caso faremo riferimento agli elementi “scelta di profilo” codificati con S#.</i>	M07a compilato Flusso percorso compilato
Individuare i parametri e tutti i loro possibili valori	Per ogni singola scelta S# del percorso chiedere ai medici: “cosa valuta un medico per scegliere di trattare il paziente in questo contatto con queste modalità?”  Identificare i parametri oggetto della valutazione e chiedere ai medici la scala di valori che può assumere tale parametro, in generale.  Compilare una scheda di “Parametrizzazione criterio” (M08) per ogni nuovo parametro, con tutti i possibili valori  <i>Questa analisi va fatta con il medico referente del percorso, aiutandolo a identificare i parametri facendo anche riferimento alle 4 famiglie di parametri possibili (vedi nota 1)</i>  <i>Alcuni parametri possono essere espressi in termini di “presenza”/ “assenza”: in tal caso il parametro assume due soli possibili valori.</i>	M08 – Parametrizzazione criterio
Costruire i parametri di riferimento per ogni scelta	Man mano che sono identificati i parametri e il possibile set di valori, individuare quale tra questi è il valore di riferimento per la scelta studiata.  Per ogni specifica scelta S#, registrare i risultati nella “Tabella dei criteri di riferimento parametrizzati” (M09)	M09 – Tabella dei criteri di riferimento parametrizzati

Nota 1: I parametri possono essere suddivisi in queste 4 tipologie

#### Parametri collegati alla patologia/percorso:

1. Sintomi e segni clinici che fanno ricadere il caso in una certa patologia e un certo percorso (ricavabili dalla scheda Dettagli Patologia)

#### Parametri collegati al singolo profilo

2. Condizioni cliniche che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento
3. Situazioni socio-sanitarie che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento
4. Vincoli organizzativi che fanno scegliere una certa tipologia di trattamento

#### Note generali

La parametrizzazione dei criteri è critica. Occorre quindi porre particolare attenzione a questa attività.

Inoltre la metodologia permette di gestire sia parametri con molti valori su una scala predefinita, sia parametri con soli valori “si” / “no”. Occorre valutare bene quale riferimento prendere ogni volta, poiché spesso un parametro con valori “si”/“no” può essere espresso in altro modo su una scala più ampia. (esempio: “febbre Si/No” può essere sostituito da “febbre 35, 36, 37,38, 39, 40, 41, 42”) la scelta deve essere lasciata innanzitutto al medico e in caso di dubbio discussa con il gruppo centrale.

### Scheda Operativa – SO 06 Creazione delle attività

La SO fa riferimento alla metodologia applicata per la rappresentazione dei PDT, cui si rimanda per i dettagli

**Obiettivo:** documentare in modo univoco le attività che compongono un profilo

Azione	Dettagli	Modulistica
Individuare il profilo da dettagliare	Partendo dal disegno del percorso, individuare il profilo e circoscriverne i contenuti in base al contatto in cui si svolge e ai criteri di ingresso e di uscita  Predisporre una bozza di diagramma di flusso del profilo riportando inizialmente le scelte di ingresso e le scelte di uscita, con i contatti a monte e a valle	Flusso percorso compilato
Concordare un nomenclatore di attività o utilizzare quello già disponibile	Definire a priori un elenco di tipologie di attività che costituiranno gli elementi del profilo. La tabella 1 propone un elenco di riferimento da utilizzare o modificare.  <i>Inizialmente individuare voci che rappresentino gruppi di attività omogenei, rilevabili, di interesse per l'obiettivo del progetto.</i>  <i>Tale elenco è ovviamente unico per tutti i profili e va utilizzato, integrandolo man mano.</i>	Modulo M10 – Nomenclatore attività
Identificare la sequenza di attività	Collegare la/le Scelte di ingresso con la/le Scelte di Uscita dal profilo con una sequenza di attività, raggruppate secondo le voci del nomenclatore  <i>Lungo la stessa sequenza di attività può esserci anche più di un'attività dello stesso tipo, ma ognuna dovrebbe essere separata da almeno una scelta interna o essere associata a momenti diversi e ben distinti del profilo (es: diagnostiche pre intervento e diagnostiche post intervento). In caso contrario cercare di unire le voci omogenee all'interno di una sola attività.</i>	Bozza del diagramma di flusso del profilo
Documentare i dettagli delle attività	Per ogni attività definire: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la tipologia in cui ricade</li> <li>➤ una descrizione breve che permetta di identificarla univocamente</li> <li>➤ eventuali elementi di dettaglio, quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ singole azioni (microattività) che la denotano</li> <li>○ risorse significative utilizzate (ad es: diagnostiche)</li> <li>○ riferimenti a Istruzioni o protocolli o modulistica da utilizzarsi</li> </ul> </li> </ul> <i>E' utile individuare quegli elementi che tra tutti, caratterizzano in modo significativo l'attività e ne possono permettere un monitoraggio (es: una certa diagnostica fatta o non fatta)</i>  <i>Se l'obiettivo è il monitoraggio delle risorse occorre aggiungere un livello di analisi (classificazione e dettaglio delle risorse) non previsto in questa fase</i>	Modulo M11 - attività

Tabella 1 – Proposta di Nomenclatore delle attività

1. Gestione amministrativa del paziente	7. Consulenze a ricoverati
2. Visite mediche	8. Terapie farmacologiche
3. Atti assistenziali	9. Terapie non farmacologiche
4. Esami diagnostici per esterni	10. Interventi chirurgici
5. Esami diagnostici per interni	11. Procedure invasive
6. Attività riabilitativa	12. ....