



FONDAZIONE STELLA MARIS - IRCCS

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
PER LA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PER PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE

CALAMBRONE (Pisa) . Viale del Tirreno, 331

REPORT n. 1/2011

PERIODICO DI INFORMAZIONE

Consuntivo dell'Attività Sanitaria

IRCCS Stella Maris – Anno 2010

“INDICATORI DI ATTIVITA”



a cura della Direzione Sanitaria
Luglio 2011

INTRODUZIONE

Proseguiamo nella pubblicazione periodica dei Report di Direzione Sanitaria, questo è il X numero e viene dopo le due edizioni semestrali del 2010.

Nell'attuale "Report 1/2011", come già è avvenuto per quello dello scorso anno presentiamo i dati di attività delle strutture cliniche (ospedale, istituti di riabilitazione ed RSD), della Fondazione, utili per verificare il rapporto efficacia/efficienza di ciascun presidio anche in rapporto con l'attività assistenziale del precedente anno.

Come sempre nel prossimo semestre seguirà il "Report 2/2010" contenente i dati relativi ad i principali indicatori di Qualità elaborati dalla Direzione Sanitaria.

Riportiamo come al solito i dati tradizionali di attività (Gli indici ospedalieri, La distribuzione dell'utenza in base alle aree geografiche di provenienza, Le patologie più rappresentative, aggregate con il criterio di utilizzo di risorse considerando i DRG, ma anche con criteri di diagnosi clinica).

Quest'anno abbiamo pubblicato il report con un ritardo di alcuni mesi, rispetto ai precedenti anni; questo ritardo è stato causato dalle difficoltà derivate dall'utilizzo dei nuovi gestionali per la registrazione dei ricoveri degli ambulatori, si tratta dei programmi della ditta AFEA denominati H2O che hanno avuto una attivazione assai travagliata a causa di moltissimi problemi tecnici evidenziati sia nella fase di primo utilizzo da parte degli operatori, sia nella fase di estrazione dei dati.

Questo report è stato possibile solo grazie all'integrazione sapiente e paziente effettuata dalla sig.ra Cristina Toccafondo con il supporto tecnico di Francesco Foschi che ha consentito di superare alcuni dei problemi tecnici che si sono presentati.

I lettori più attenti troveranno nel report di quest'anno due importanti novità:

a) La prima riguarda la presentazione dei dati del dipartimento clinico che sono stati elaborati per patologia prevalente che ha indotto il ricovero, abbiamo così individuato le due aree, quella dei disturbi neurologici e quella dei disturbi psichiatrici, si ricorderà che nei precedenti anni l'analisi veniva effettuata per UO.

Questa scelta è stata obbligata anche a causa di importanti modificazioni organizzative nel corso del 2010, infatti è stata attivata una nuova UO di psichiatria denominata: "Psichiatria e Psicofarmacologia dello Sviluppo", la precedente UO complessa di Epilettologia è stata accorpata alla UO di neurologia e Neuroriabilitazione e la stessa UO di Neurologia e Neuroriabilitazione ha subito una

importante riorganizzazione interna ovviamente in conseguenza di tutto ciò i dati di attività fossero stati suddivisi come nel precedente anno sarebbero stati incompleti e potenzialmente avrebbero potuto ingenerare confusione in fase di analisi

b) La seconda novità riguarda lo spazio redazionale dedicato alle strutture riabilitative in particolare quelle afferenti al presidio di San Miniato. Quest'anno abbiamo aggiunto ai dati di attività tradizionali, alcune pagine di commenti tratti dalle relazioni annuali dei centri. Questo è stato possibile grazie alla attiva collaborazione del Direttore di queste strutture dott. Cerrai che è stato fortemente motivato ed interessato a questo tipo di pubblicazione.

Per garantire la massima diffusione, il documento verrà messo a disposizione di tutti gli operatori nella cartella di rete: \\fs\public\dirsan\report statistici

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Giuseppe De Vito)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giuseppe De Vito', with a long horizontal flourish extending to the right.

INDICE

<i>Introduzione</i>	<i>pag. 2</i>
1) ATTIVITA' DI DEGENZA	
A) Unità Operative Ospedaliere	<i>pag. 5</i>
B) Riabilitazione Extraospedaliera (IRC-IRM-Casa Verde):	<i>pag. 10</i>
C) Residenza Sanitaria per Disabili (RSD Montalto e San Miniato):	<i>pag. 12</i>
D) Centro Diurno "La Scala" - San Miniato (dati attività)	<i>pag. 13</i>
E) Casa Verde (relazione annuale)	<i>pag. 14</i>
F) Centro Diurno Psichiatrico "La Scala" (relazione annuale)	<i>pag. 15</i>
2) BACINO D'UTENZA	
Dipartimento Ospedaliero:	<i>pag. 17</i>
Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera	<i>pag. 21</i>
3) PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
Attività in ambito ospedaliero	<i>pag. 22</i>
Attività ambulatoriale di riabilitazione in ambito extra ospedaliero	<i>pag. 24</i>
4) DRG	
DRG più rappresentati	<i>pag. 25</i>
DRG a rischio di appropriatezza	<i>pag. 29</i>
Rapporto tra degenze in primo accesso e ricoveri successivi al primo	<i>pag. 31</i>
5) DIAGNOSI FORMULATE SECONDO I DIVERSI SISTEMI CLASSIFICATIVI IN USO NELLA STRUTTURA	
Patologie più frequenti per tipologia diagnostica	<i>pag. 32</i>
6) CONFRONTO TRA ATTIVITA' EFFETTUATA E OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010	<i>pag. 33</i>

1) ATTIVITA' DI DEGENZA

A) UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE

A1) Totale dei pazienti ricoverati nel Dipartimento Ospedaliero nel corso dell'anno

In questo capitolo presentiamo nella prima sezione i dati relativi alle attività di degenza delle tre Unità Operative (UO) complesse ospedaliere, nella seconda sezione quelli relativi alla UO che effettua attività riabilitativa extra ospedaliera.

Nella tabella riportiamo il numero complessivo dei pazienti ricoverati nel Dipartimento Ospedaliero in confronto tra il 2009 ed il 2010

	anno 2009	anno 2010	delta 2010 vs. 2009
<i>Dimessi totali</i>	2231	2356	102

E' opportuno precisare che nel corso del 2010 è stata avviata una riorganizzazione, completata a gennaio del 2011, che ha portato ad un rimodellamento organizzativo interno tra le UUOO, per cui il quadro che attualmente risulta è quello di tre UUOO complesse dotate di posti letto ospedalieri:

- **Neurologia e Neuroriabilitazione**
- **Psichiatria dello Sviluppo**
- **Psichiatria e Psicofarmacologia dello Sviluppo**

Negli anni precedenti la organizzazione del Dipartimento Ospedaliero prevedeva:

U.O. Complessa NPI 1: Neurologia dello Sviluppo e Neuroriabilitazione (UO1)

U.O. Complessa NPI 2: Epilettologia, Neurofisiopatologia, Neurogenetica (UO2)

U.O. Complessa NPI 3: Psichiatria dello Sviluppo (UO3)

Per semplificare la successiva lettura si è deciso di presentare i dati di attività suddividendo i pazienti in due raggruppamenti in base alla patologia prevalente che ha indotto il ricovero, abbiamo così individuato *l'area dei disturbi neurologici* e *l'area dei disturbi psichiatrici*, per la peculiarità di casi trattati e per la radicale differente organizzazione abbiamo lasciato una evidenza autonoma alla UO semplice di Neuroriabilitazione che nell'organigramma afferisce alla UO complessa della Neurologia definendola come *area di riabilitazione ospedaliera*.

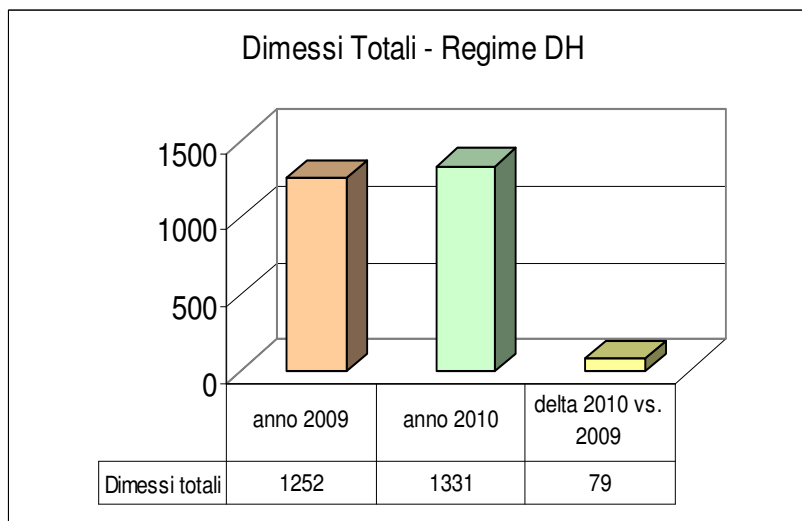
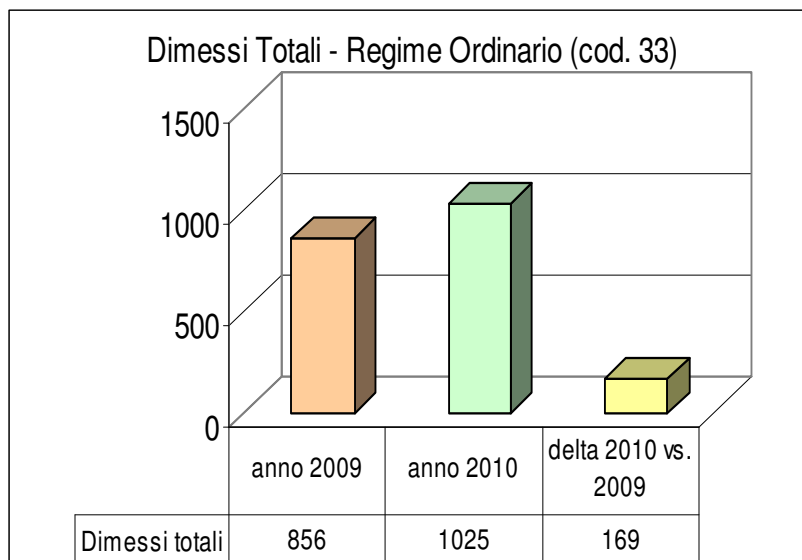
Nella tabella successiva è riportato il numero di degenti suddivisi tra le tre aree:

	A. Dist. Neurologici	A. Dist. Psichiatrici	A. Riab. Ospedaliera
anno 2009	920	1027	284
anno 2010	890	1101	365
delta 2010 vs. 2009	-30	74	81

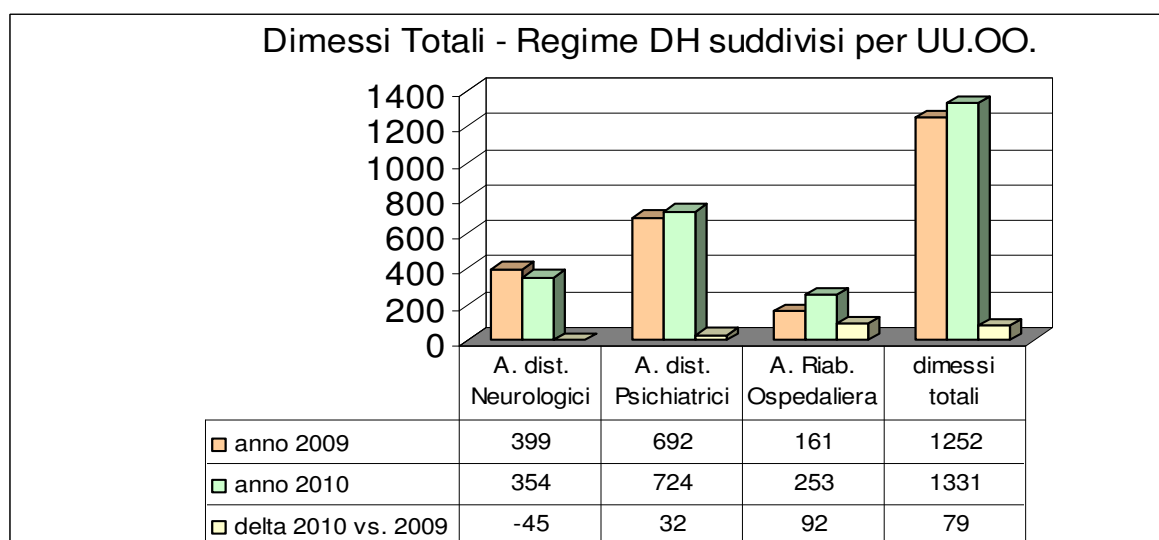
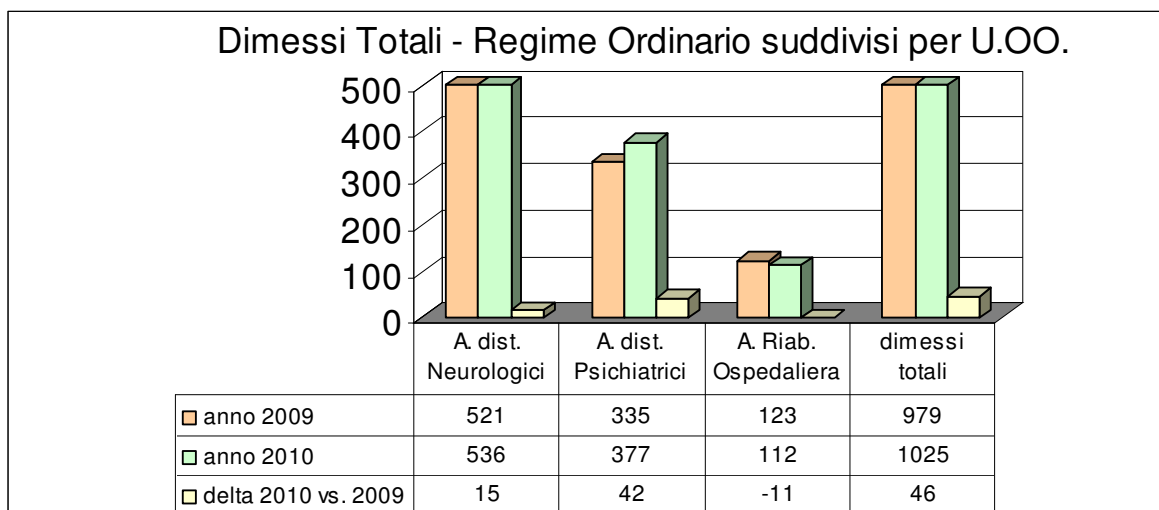
Nei successivi grafici i pazienti degenti sono suddivisi in base alla modalità di ricovero:

- nel primo grafico sono evidenziate le degenze in Ricovero Ordinario
- nel successivo grafico le degenze in Day Hospital (DH)

Rispetto al precedente anno i RO sono complessivamente aumentati di 169 unità ed i DH di 79 unità

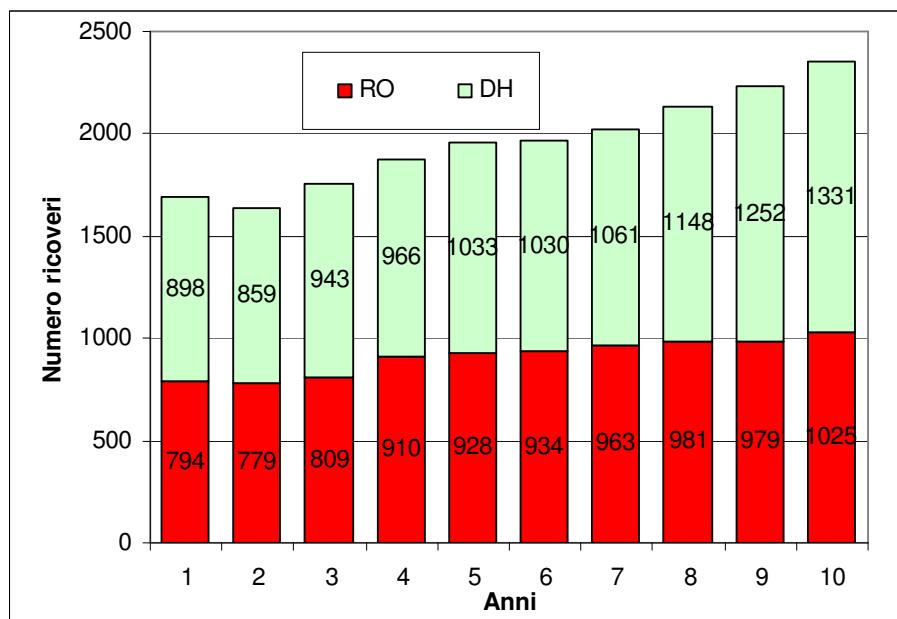


Nei due grafici seguenti i pazienti vengo presentati nella suddivisione per aree di patologia prevalente suddivisi per le due diverse modalità di degenza



Per avere una visione complessiva della crescita della struttura e del suo ampliamento nel settore di attività clinico assistenziale è opportuno presentare un grafico l'attività di ricovero ospedaliero totale (RO e DH) del Dipartimento relativo al decennio che va dal 2001 al 2010.

L'andamento longitudinale evidenzia molto chiaramente il costante incremento di attività complessiva delle degenze.



Per esplicitare meglio l'organizzazione interna delle varie UUOO riteniamo utile presentare una tabella con la ripartizione dei posti letto tra le UUOO così come appare nel 2011.

	RO	DH*
Area disturbi Neurologici (cod. 33)	15	5
Area disturbi Psichiatrici (cod. 33)	15	10
Area Riabilitazione Ospedaliera (cod. 75)	7	3
Totale	37	18

* si ricorda che 1 posto letto, corrisponde a due pazienti/die

Allo scopo di rendere completa la lettura dei dati di attività ospedaliera riportiamo in questa tabella, sempre attraverso il confronto tra 2009 e 2010 alcuni indicatori tradizionali di degenza suddivisi nelle due modalità:

Diagnostica alla quale viene attribuito il codice 33

Riabilitativa ospedaliera alla quale è attribuito il codice 75.

Diagnostica cod 33			
	2009	2010	Delta 2010 2009
Regime Ordinario cod. 33			
Indice di rotazione	32,63	30,43	-2,2
Degenza media	10,20	9,00	-1,2
Tasso di Occupazione	80,60	80,60	0,0
Indice di Turn Over	2,03	2,17	0,1
Regime Day Hospital cod. 33			
Giornate di presenza in DH	10015	8886	-1129,0
Presenza medie dimessi	9,20	8,25	-0,9
Riabilitazione ospedaliera cod.75			
	2009	2010	Delta 2010 2009
Regime Ordinario cod. 75			
Indice di rotazione	20,50	16,00	-4,5
Degenza media	14,37	19,78	5,4
Tasso di Occupazione	86,67	93,07	6,4
Indice di Turn Over	2,21	1,47	-0,7
Regime Day Hospital cod. 75			
Giornate di presenza in DH	1978	2128	150,0
Presenza medie dimessi	12,30	8,41	-3,9

B) RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA (IRC – IRM – CASA VERDE)

In questa seconda sezione riportiamo i dati relativi alle strutture che effettuano attività riabilitativa intensiva in ambito extra ospedaliero.

Questa UO è suddivisa in tre distinti Istituti di Riabilitazione

- Istituto di Riabilitazione con sede a Calambrone (PI) denominato **IRC**
- Istituto di Riabilitazione con sede a Montalto-Fauglia (PI) denominato **IRM**
- Istituto di Riabilitazione con sede a San Miniato (PI) denominato **Casa Verde**

Le prime due strutture sono autorizzate all'effettuazione di attività riabilitativa in virtù di una convenzione con la ASL 5 di Pisa, la terza in virtù della convenzione con la ASL 11 di Empoli: Mostriamo l'attuale ripartizione delle attività di degenza secondo quanto previsto dalle convenzioni stipulate:

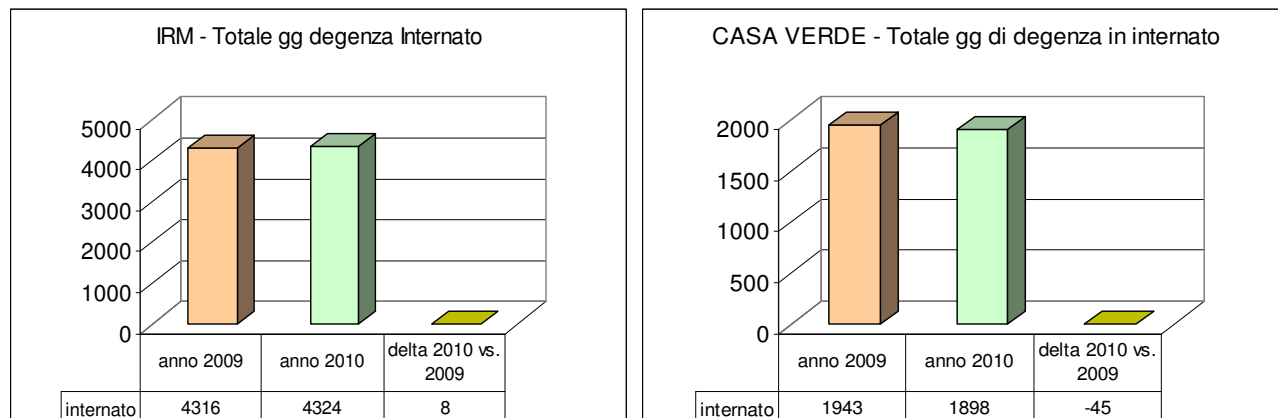
	Residenziale	Semiresidenziale
UO4 - IRC	-----	20
UO4 - IRM	14	8
CASA VERDE	6	8
Totale	20	36

Di seguito mostriamo l'attività di internato nella struttura IRM e di Casa Verde, le giornate di degenza indicate nel grafico sono quelle effettivamente realizzate dai degenti.

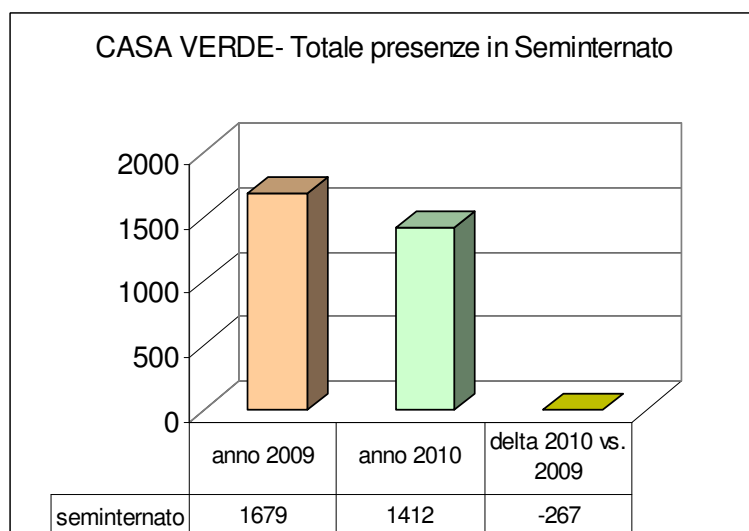
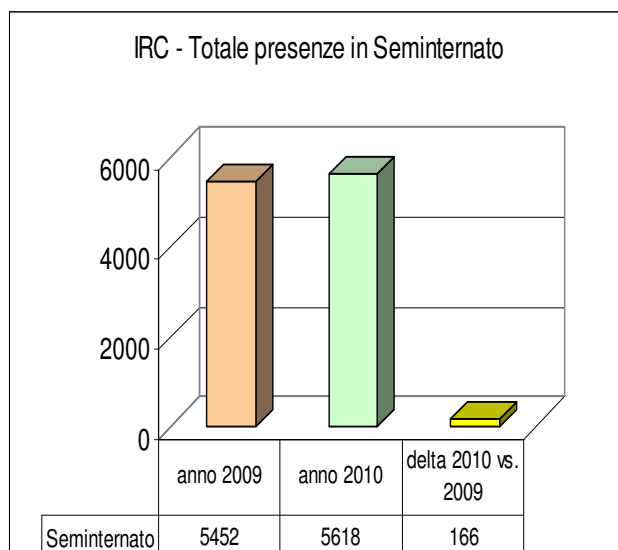
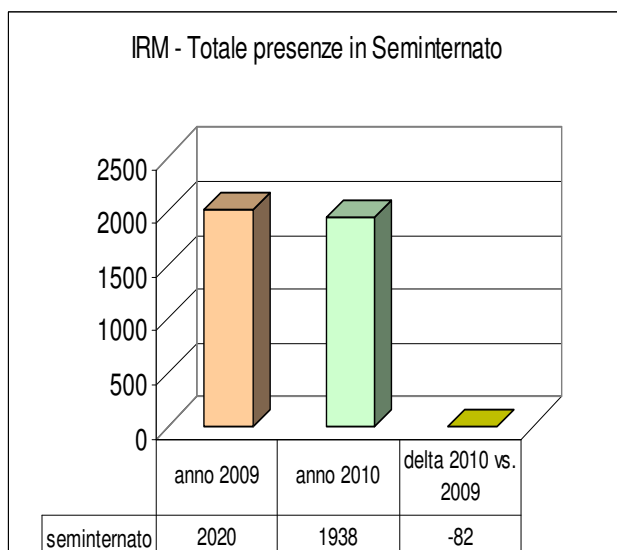
Il calcolo effettuato, con l'integrazione "vuoto per pieno", secondo quanto stabilito dalle rispettive convenzioni evidenzia:

IRM: 5090 giornate di degenza per l'anno 2009 e 5110 per l'anno 2010.

Casa Verde: 2203 giornate nel 2009, contro le 2144 giornate nel 2010.



Di seguito mostriamo degli stessi tre Istituti, l'attività di seminternato:



Come dato positivo degno di rilievo, è opportuno segnalare l'apporto notevole che le tre strutture danno all'attività assistenziale di tutto l'IRCCS Stella Maris,

I numeri di attività in questo caso se comparati tra gli ultimi due anni appaiono sostanzialmente stabili, però una corretta valutazione degli andamenti osservati non può prescindere dalla considerazione che l'accesso dei pazienti non è incondizionato, ma soggetto al rispetto dei vincoli stabiliti nelle convenzioni e questo costituisce un limite oggettivo alle potenzialità delle strutture.

C) RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI (RSD Montalto e San Miniato)

RIPARTIZIONE POSTI LETTO (POSTI AUTORIZZATI):

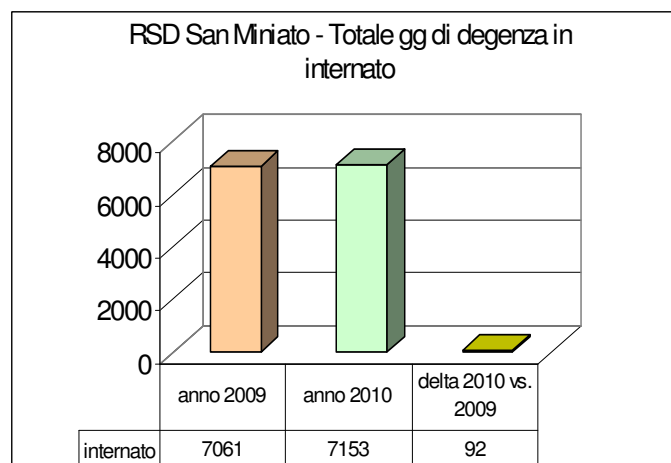
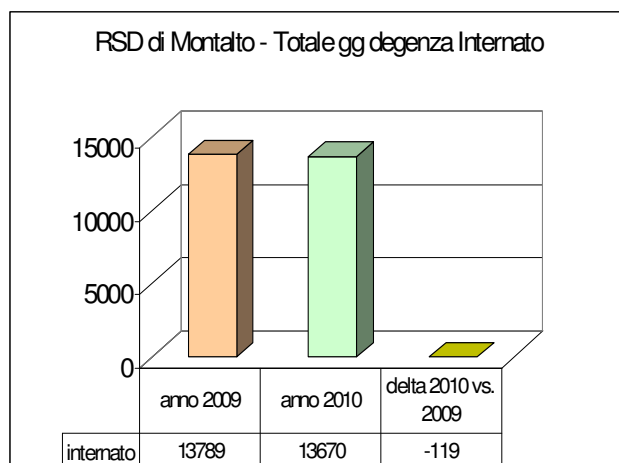
	Residenziale
Montalto	40
San Miniato	20
Totale	60

RSD di Montalto e di San Miniato

Con l'integrazione "vuoto per pieno", risulta:

Montalto: 14997 giornate di degenza per l'anno 2009, contro le 15009 per l'anno 2010

San Miniato: 7790 giornate di degenza per l'anno 2009, contro le 7612 del 2010

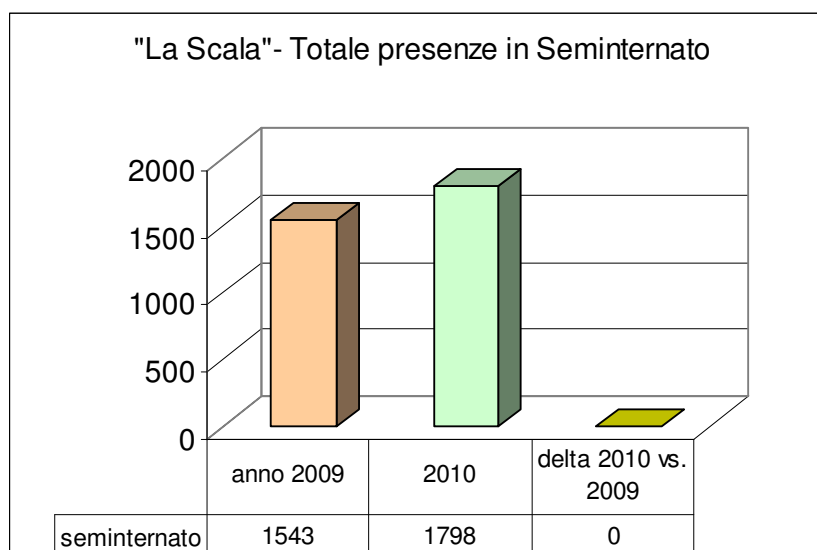


D) Centro Diurno di riabilitazione psichiatrica per preadolescenti e adolescenti “LA SCALA” – San Miniato

SEMINTERNATI ATTIVATI:

	Semiresidenziale
La Scala	20
Totale	20

Presenze effettive



I Dati relativi alle due strutture di San Miniato Casa Verde e Centro Diurno Psichiatrico “La Scala”, sono di seguito dettagliati e commentati, il testo è tratto dalla relazione annuale redatta dal direttore delle due strutture.

E) CASA VERDE (relazione annuale)

Prestazioni

Nel 2010 gli ospiti sono stati 38, di cui 14 maschi e 24 femmine.

I dimessi sono stati 3, i nuovi inserimenti 5.

Le prestazioni di riabilitazione intensiva in regime di internato, effettuato presso la Casa Verde, riferito all'anno 2010, sono state 6. I giorni complessivi di presenza effettivi sono stati 1898, il vuoto per pieno 2144 (con 46 giorni di assenza).

Per l'RSD le presenze sono state 23, di cui 3 in art. 4. Le giornate di presenza effettive sono state 6765, il vuoto per pieno 7224 (76 giorni di assenza) e 388 in art. 4, complessivamente dunque 7612. Quest'anno il turn-over è da considerarsi adeguato, rispetto agli anni precedenti.

Per quel che riguarda gli ospiti del seminternato sono stati complessivamente 9. C'è stato un nuovo ingresso. Complessivamente le giornate di presenza sono state 1412 di cui in intensivo 659. Questo dato comunque è ancora negativo, essendo previsti per convenzione 8 posti con un tetto di prestazioni nell'anno di 1840 giornate. L'obiettivo è quello di incrementare questa attività).

Provenienza

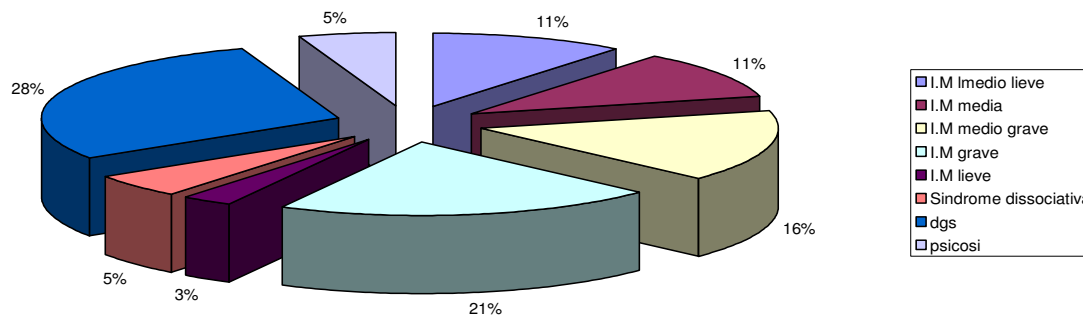
La provenienza dei nostri utenti nell'anno 2010, è per lo più regionale, solo 1 paziente è del Lazio. Quest'anno è stata presente per alcuni mesi anche un'ospite della Lombardia. La zona di Empoli, come ASL capofila, è quella più rappresentata con 16 casi (43%) tra internato e seminternato, mentre la zona pisana è presente con 10 pazienti (28%), Firenze 4, Livorno 3, Massa 2, Pistoia 1.

Patologia

Per quel che riguarda la patologia, nella tabella riassuntiva relativa al 2010 dove viene riportata la diagnosi primaria, l'insufficienza mentale è rappresentata dal 59% dell'intera popolazione, mentre il disturbo generalizzato dello sviluppo è nel 28% dei casi, le psicosi il 13%. L'insufficienza mentale è grave nel 60% del totale. Dei 38 casi considerati, ben 32 sono in situazione di comorbidità, di questi 12 soffrono o hanno sofferto di epilessia.

Nella tabella successiva viene riportata la distribuzione della patologia in percentuale.

DIAGNOSI OSPITI CASA VERDE 2010



Considerazioni finali.

Le presenze nell'anno 2010 sono arrivate al tetto per quel che riguarda la parte residenziale, sia la riabilitazione intensiva che l'RSD.

La presenza in regime di art. 4 (extrabudget) è stata soddisfacente.

Mentre la parte del semiresidenziale ha evidenziato un calo di presenze, dovuto alle dimissioni e alla assenza di richieste da parte del territorio (su questo dato può influenzare il negativo impatto ambientale suscitato dai lavori in corso sulla struttura).

F) CENTRO DIURNO PSICHIATRICO “LA SCALA” (Relazione annuale)

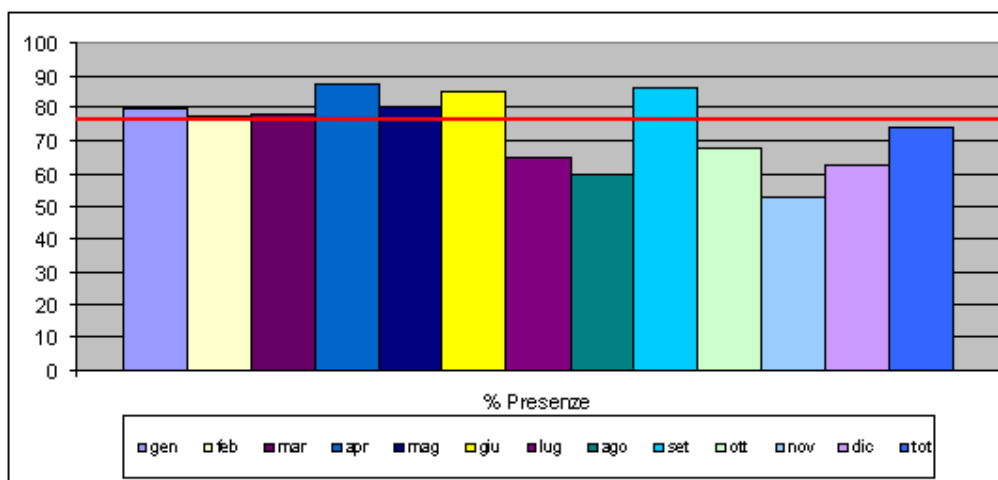
A) Prestazioni

Nell'anno 2010 il centro diurno è stato aperto 232 giorni per un totale di 2419 presenze previste secondo i progetti individuali degli utenti. Le giornate di presenza effettiva sono state 1798 che corrispondono al 74.33% delle previste totali. Si riscontra un aumento delle presenze previste rispetto all'anno precedente (erano state 2216) con il raggiungimento del tetto fissato in convenzione (2360) che è stato superato di 59 presenze. Anche la percentuale di presenza effettiva rispetta la soglia fissata in convenzione (74%) e si colloca circa 1.5 punti percentuali sotto la media degli anni precedenti (nel 2009 il divario in negativo era di 6.5 punti percentuali).

Una attenzione particolare è stata posta alle assenze e soprattutto alle motivazioni delle assenze (621 giorni totali):

- sono 4 i giorni complessivi di ricovero per motivi psichiatrici, contro i 19 del 2009 (si ricorda l'azione preventiva svolta dal centro nei riguardi dei ricoveri ospedalieri, con un risparmio economico non quantizzabile);
- sono 59 i giorni di assenza per malattie, visite mediche o disguidi nei trasporti
- sono 236 i giorni di assenza per motivi di carattere sociale (rientri scolastici, corsi di formazione, tirocini, uscite con gli amici, frequenza in associazioni, ecc).
- sono 322 le assenze “ingiustificate” (rappresentano il 52% delle totali, nel 2009 il dato si attestava al 46%), dato già commentato come segno di disinvestimento.

Il grafico successivo riporta la percentuale mensile delle presenze degli utenti:



La colonna blu (l'ultima a DX) rende graficamente la percentuale totale registrata nell'anno: 74.33%, quest'ultima risulta in linea con l'obiettivo programmato (74%).

La linea rossa, invece, rappresenta la percentuale media delle frequenze degli anni precedenti ed evidenzia un divario che in termini numerici è di circa 1.6 punti percentuali (notevolmente ridotto il divario risultante nell'anno 2009 che era di 6.5 punti percentuali).

Un'altra considerazione importante, leggendo il grafico, va fatta sull'andamento generale della frequenza: a fronte di un notevole coinvolgimento dei ragazzi nel progetto al centro, evidente nella prima metà dell'anno, si assiste ad un graduale disinvestimento causato dall'emergere sempre più imponente di dinamiche tra i ragazzi e dallo strutturarsi di condotte di evitamento a scopo difensivo. A tali considerazioni va aggiunto che anche da parte delle famiglie si nota una difficoltà nell'aderire agli estremi del progetto, cosa che ha necessitato diversi incontri di sostegno e chiarificazione.

Per ciò che concerne l'analisi delle motivazioni delle assenze è da segnalare che il dato delle assenze "ingiustificate" (superiore al 50% di quelle totali) evidenzia un disinvestimento sia dei pazienti che delle famiglie.

Inoltre un dato che esprime uno scostamento significativo (in positivo) nei confronti del 2009 è quello relativo ai ricoveri (4 giorni nel 2010 contro 19 del 2009).

Considerazioni finali.

Al raggiungimento del risultato nelle presenze hanno contribuito sicuramente alcuni fattori: 1) la presa in carico delle famiglie più strutturata da parte dell'équipe del centro, sia come sostegno, sia come coinvolgimento nel progetto di ogni ospite; 2) una maggiore attenzione nella programmazione sia delle dimissioni che degli inserimenti; 3) un aumento delle richieste di inserimento.

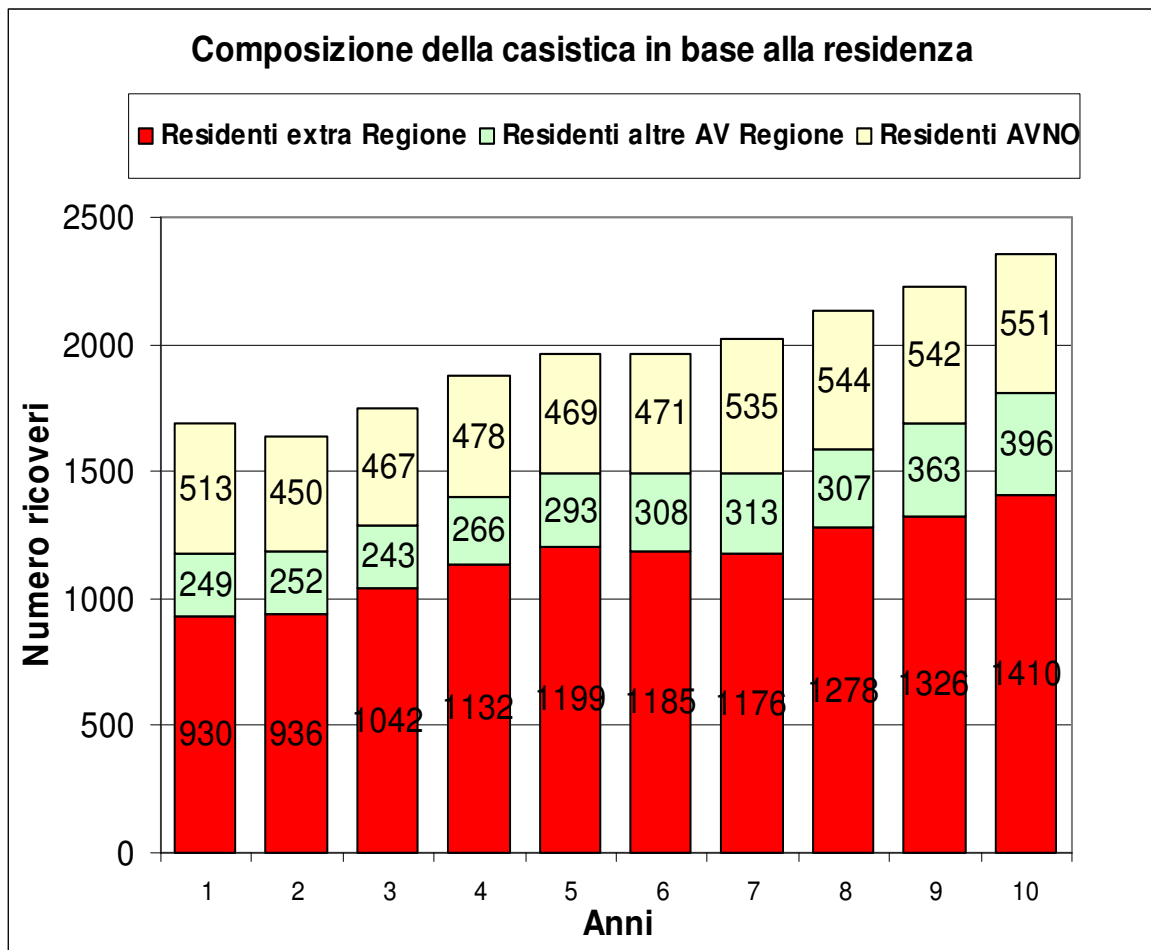
Tali misure (che erano state individuate come obiettivi nel 2009 per l'anno 2010) sono comunque da considerarsi non sufficienti per motivare ospiti e familiari ad aderire al progetto riabilitativo previsto al Centro Diurno. In effetti, nonostante sia stata raggiunta la soglia percentuale di presenze concordata in convenzione (74%), emergono elementi che possono essere interpretabili come segni di disinvestimento: l'alto numero di assenze "ingiustificate", lunghi periodi continuativi di assenza alternati ad altri più brevi di presenza assidua, i continui "attacchi" al programma riabilitativo.

Su questo punto critico, occorre individuare (insieme ai servizi territoriali) azioni correttive al fine di ridurre questo processo.

2) BACINO D'UTENZA

Provenienza dei pazienti degenti presso l'IRCCS Stella Maris bacino d'utenza ospedaliero

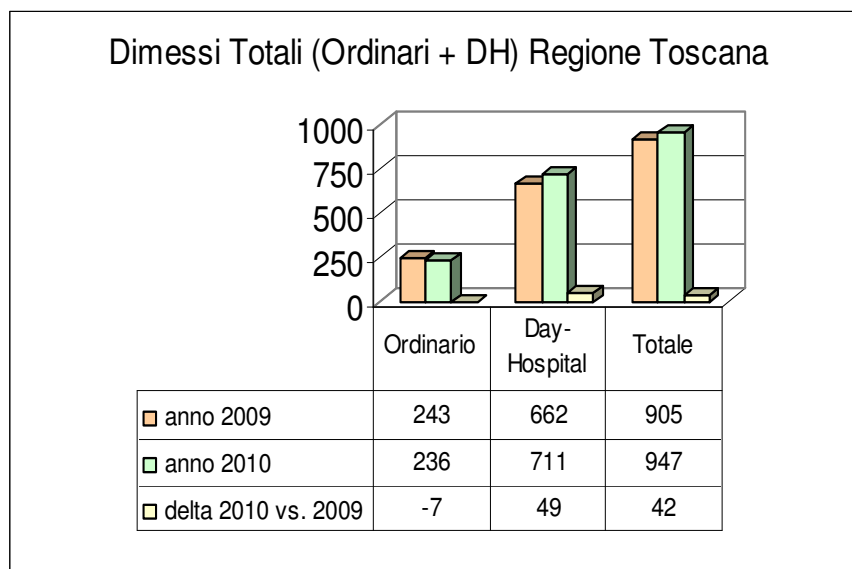
In questo grafico rappresentiamo l'andamento nell'ultimo decennio delle provenienze complessive di tutta l'utenza ospedaliera, secondo una ripartizione effettuata in base alla residenza: se extra Toscana, o Toscana ed in quest'ultimo caso se proveniente dalla Area Vasta Nord Occidentale (AVNO) della quale la Stella Maris è capofila per la Neuropsichiatria Infantile, oppure proveniente da altre Aree Vaste della stessa regione Toscana.



Si può facilmente notare che l'incremento maggiore sia a vantaggio dei pazienti extra regionali, infatti come già evidenziato anche nella discussione a proposito delle attività extra ospedaliera, la regione Toscana ha imposto alle strutture private accreditate (come l'IRCCS Stella Maris) tetti di

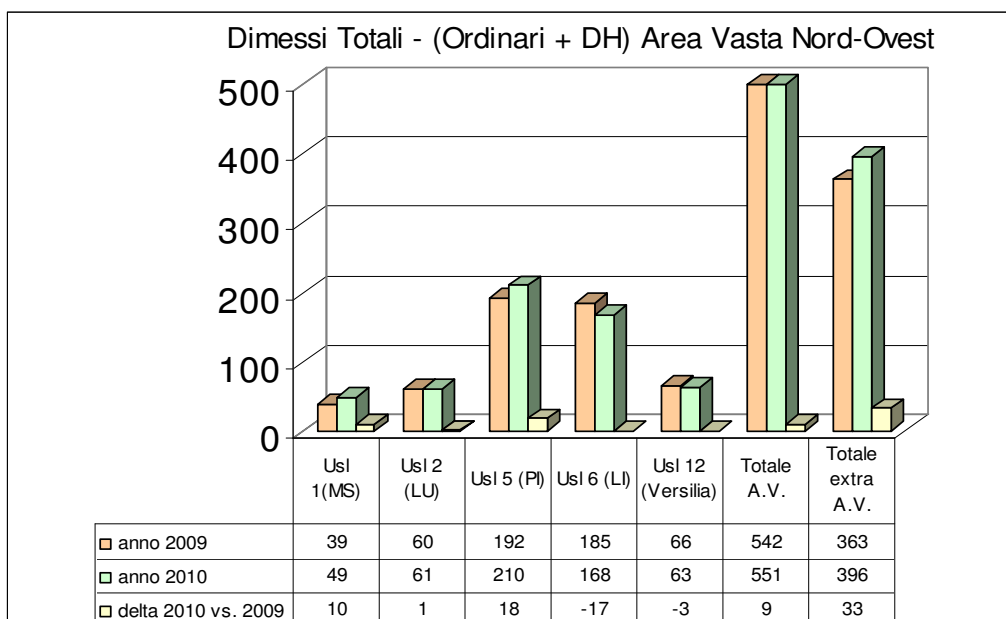
attività per tenere sotto controllo la spesa sanitaria regionale, non è compito di questa reportistica entrare nel merito di tali scelte anche perché non è competenza analizzare in questa sede il flusso delle “fughe” extra regione per queste patologie.

Nel grafico successivo si valuta per *gli utenti toscani* la loro distribuzione tra le due formule di degenza (Day Hospital e Ricovero Ordinario) e come era lecito prevedere, le degenze in RO sono circa 1/3 di quelle in DH.



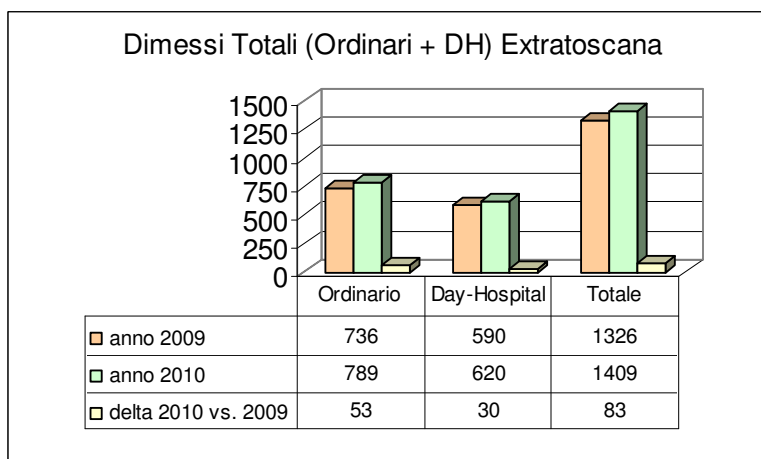
Le difficoltà logistiche e di distanza della residenza dalla sede ospedaliera, assumono valore di incentivo al ricovero, tanto più se consideriamo che una larga fetta della popolazione di utenti associa ai problemi neuropsichici dei bambini, importanti difficoltà di natura psicosociale dell'intero nucleo familiare, che rendono talvolta impossibile la permanenza nella struttura in DH.

Di seguito troviamo la ripartizione dei degenti totali (RO + DH) tra Aziende USL dell'Area Vasta di Nord-Ovest confrontati con la provenienza da fuori Area Vasta Nord-Occidentale



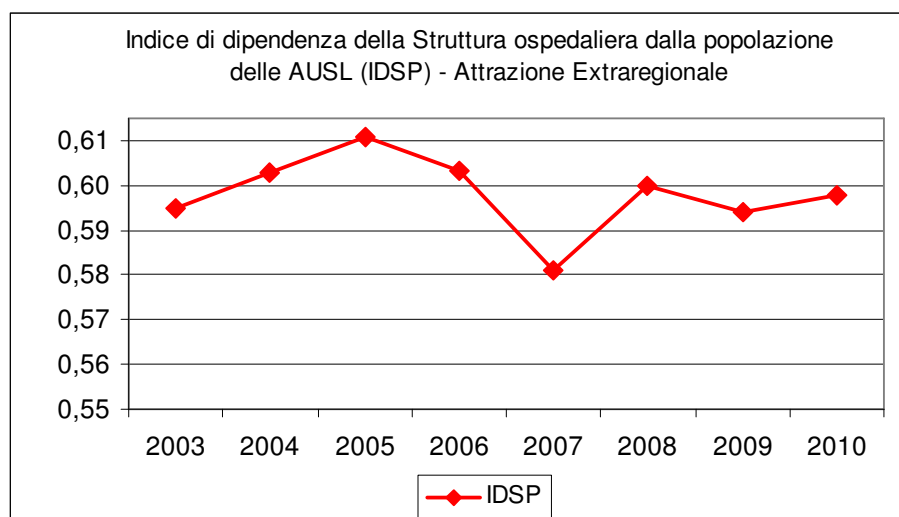
Rispetto allo 2010 le afferenze dall'Area Vasta Nord-Occidentale sono in leggero aumento. Valutando le singole ASL si può osservare come il maggior incremento nelle degenze si registri dalla USL n. 5 di Pisa mentre da Livorno si evidenzia la maggior flessione.

Nel grafico successivo si valuta per gli utenti provenienti da fuori regione Toscana la loro distribuzione tra le due formule di degenza (Day Hospital e Ricovero Ordinario), in questo caso le degenze in RO superano nettamente quelle in DH, la motivazione riferita alla sede della residenza è evidentemente opposta a quanto discusso per i residenti in Toscana.



Di seguito riportiamo l'indice di dipendenza della Struttura Ospedaliera dalla popolazione delle AUSL.

Dai precedenti dati possiamo ricavare l'IDSP per valutare la capacità di attrazione della nostra Struttura sui residenti fuori regione Toscana. Questo indice a differenza del valore evidenziato dal grafico precedente, esprime una correlazione tra le afferenze extra regionali ed il numero complessivo di tutte le degenze, valorizzando l'attività nel suo complesso.

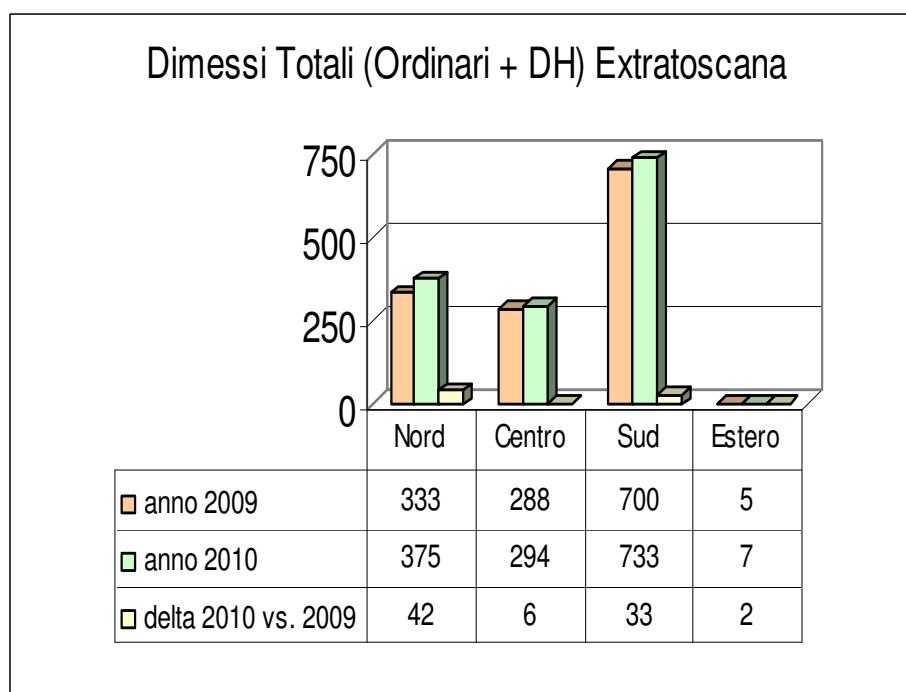


IDSP = numero dimessi di una area/numero totale dei dimessi

Infine riportiamo le aree geografiche di provenienza dei pazienti residenti fuori regione.

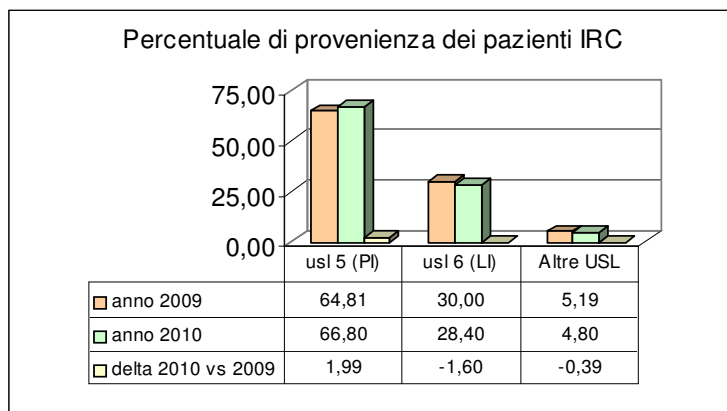
La ripartizione dei ricoveri è stata effettuata in base alla regione di provenienza considerando tre aree geografiche nazionali: Nord, Centro (che comprende la Sardegna ma esclude la Toscana) e Sud (che comprende la Sicilia).

Nell'anno 2010 c'è stato 1 ricovero con STP (Straniero Temporaneamente Presente) che nei grafici precedenti è stato registrato come proveniente da ASL nazionale (quella che appunto ha emesso l'STP).

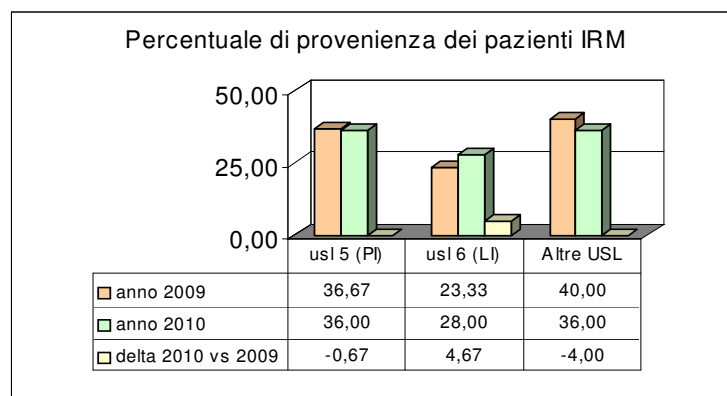


Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera

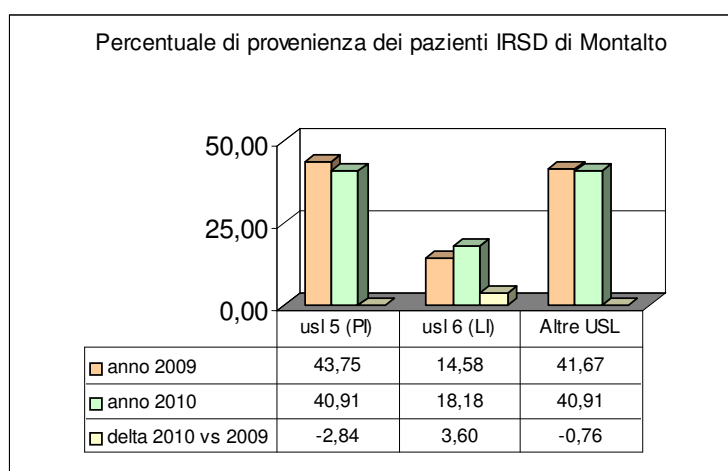
IRC (Seminternato + Attività Ambulatoriale): Provenienza percentuale (%) da Aziende USL 5-6



IRM (Internato + Seminternato): Provenienza (%) da Aziende USL 5-6



RSD di Montalto (Internato): Provenienza (%) da Azienda USL 5 e da Azienda USL 6



Strutture del presidio di San Miniato

Per quanto riguarda la provenienza degli ospiti delle strutture riabilitative di San Miniato, si rimanda a quanto descritto nel capitolo 1 nel paragrafo relativo alla relazione annuale.

3) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Attività ambulatoriali in ambito ospedaliero

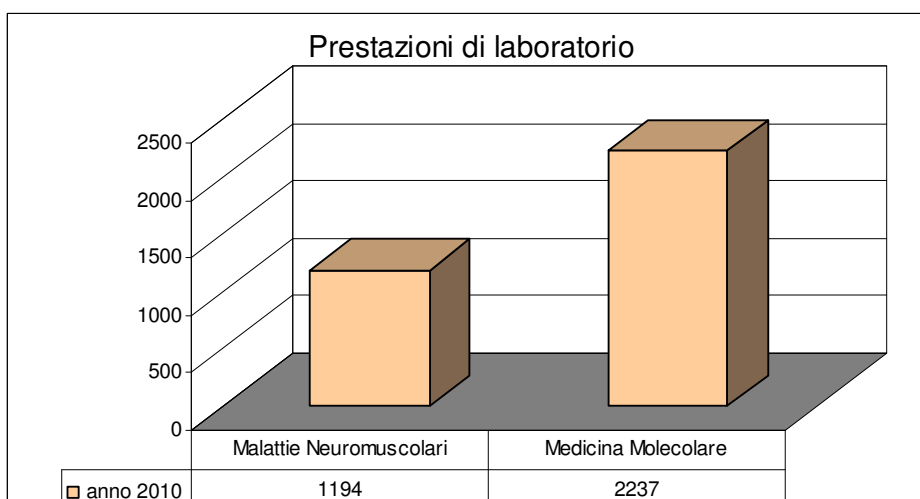
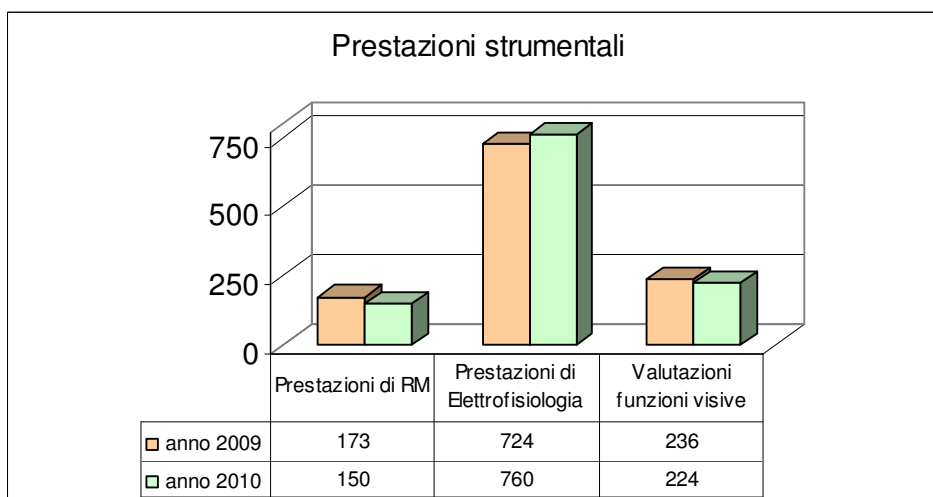
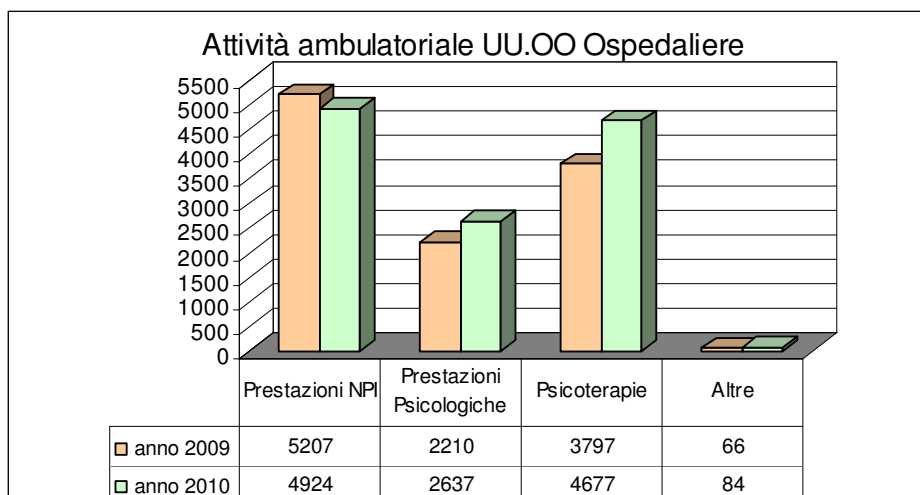
In questo paragrafo presentiamo dati di attività ambulatoriale suddividendo le prestazioni in raggruppamenti omogenei in base alla patologia prevalente che ha indotto la consultazione ed in base alle caratteristiche della prestazione erogata, abbiamo così: *Area dei disturbi neurologici*, *Area dei disturbi psichiatrici*, *Al di là delle nuvole*, *Cerco Asilo*, (in questi ultimi due servizi vengono erogate specifiche prestazioni a valenza terapeutiche e psicoterapeutica per particolari tipologie di pazienti), abbiamo poi considerato a parte gli ambulatori erogati da nostri professionisti presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (*ambulatori in AOUP*). Nella parte inferiore della tabella sono riportate tutte le *prestazioni ambulatoriali e strumentali* (ad esempio esami di risonanza magnetica, elettroencefalogramma, valutazione delle funzioni visive, ed infine tutte le prestazioni laboratoristiche effettuate nell'ambito della medicina molecolare e delle malattie neuromuscolari per pazienti esterni).

Prestazioni ambulatoriali suddivise per servizio di erogazione		
	Anno 2010	Anno 2009
Area disturbi Neurologici	2724	Non Rilevato (NR)
Area disturbi Psichiatrici	705	(NR)
Al di là delle nuvole	6352	(NR)
Cerco Asilo	1953	(NR)
Amb. in AOUP	596	(NR)
Totali prestazioni cliniche	12330	11280
		(NR)
Prestazioni strumentali		(NR)
Funzioni visive	224	236
Risonanza Magnetica	150	173
Elettrofisiopatologia	760	724
Totali prestazioni strumentali	1134	1133
Malattie Neuromuscolari (MNM)	1194	Non attivo
Medicina Molecolare (MM)	2237	Non attivo
Totali prestazioni laboratorio	3431	
Totale prestazioni complessive	16895	12413

Il confronto tra l'attività ambulatoriale complessiva del 2010 verso il 2009 evidenzia un'importante implementazione, il confronto però deve essere limitato al dato complessivo, perché per il 2009 non disponiamo dei dati differenziati dettagliati per alcuni servizi, a causa dell'attivazione nel corso di quell'anno di un nuovo gestionale deputato alla registrazione dell'attività ambulatoriale.

Poniamo inoltre l'attenzione sull'attività dei laboratori di medicina molecolare e delle malattie neuromuscolari, per la mole di esami effettuati che non trova alcun riscontro nell'anno precedente anche a causa della loro istituzione, a partire dal febbraio 2010.

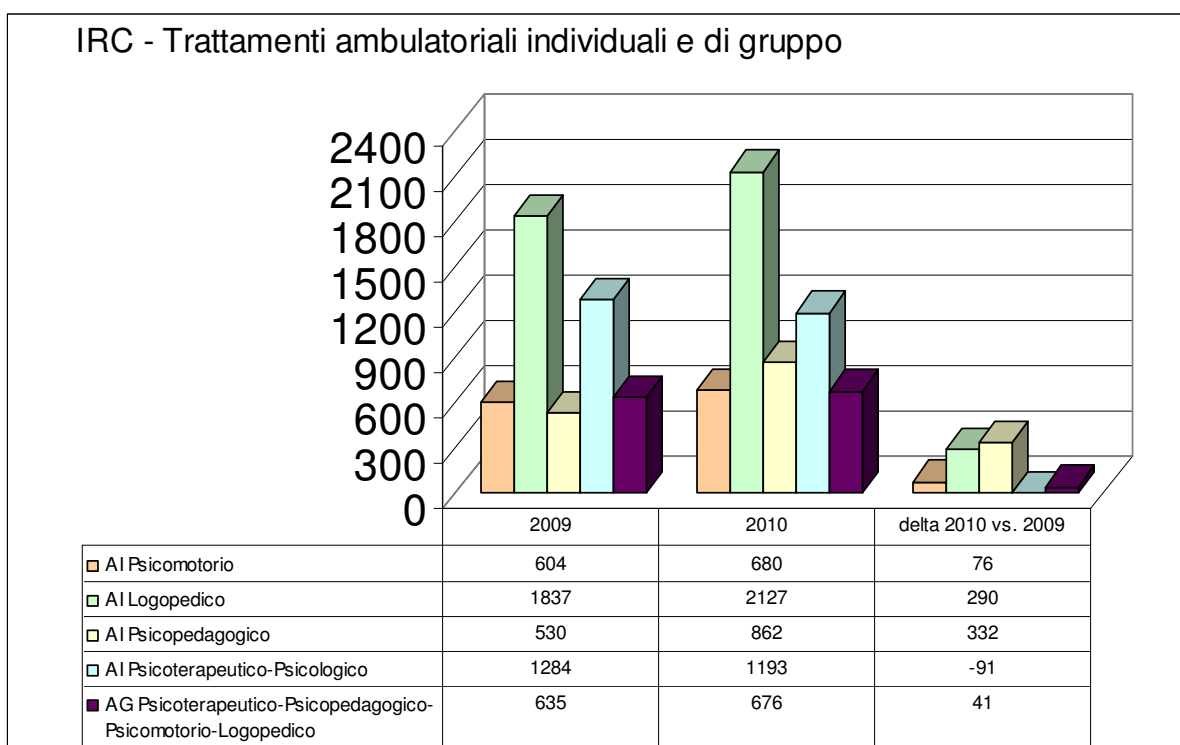
Nei grafici successivi riportiamo la scomposizione delle attività ambulatoriali per tipologia di prestazione erogata, indipendentemente dal servizio che la eroga, fornendo anche in questo caso il confronto con il precedente anno di attività.



Attività ambulatoriale di riabilitazione Extra Ospedaliera

In questa seconda sezione riportiamo i dati ambulatoriali relativi alla UO che effettua attività riabilitativa extra ospedaliera. L'attività ambulatoriale viene svolta esclusivamente presso la sede di Calambrone ed è quindi esclusivamente all'IRC che ci rivolgeremo nell'analisi dei successivi grafici.

Numero Totale di Ambulatori suddivisi per Tipologia di Intervento presso l'IRC



LEGENDA: AI = trattamento individuale; AG trattamento di gruppo

In questa struttura i dati di attività sono quasi tutti aumentati se paragonati rispetto al precedente anno, ma anche per le attività ambulatoriali, vale quanto detto in precedenza per la degenza relativamente ai limiti di incremento delle prestazioni stabiliti dalla ASL di riferimento nella apposita convenzione.

4) DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)

I DRG come noto, sono raggruppamenti di categorie diagnostiche, che per la loro valutazione ospedaliera richiedono volumi di risorse omogenee. Il sistema DRG (Diagnosis Related Groups) fu sperimentato per la prima volta dal gruppo di R. Fetter presso l'università di Yale alla fine degli anni '60 ed introdotto dai primi anni '80 per il pagamento delle prestazioni sanitarie negli Stati Uniti da parte degli Istituti di Assicurazione. In Italia è attivo dal 1° gennaio 1995.

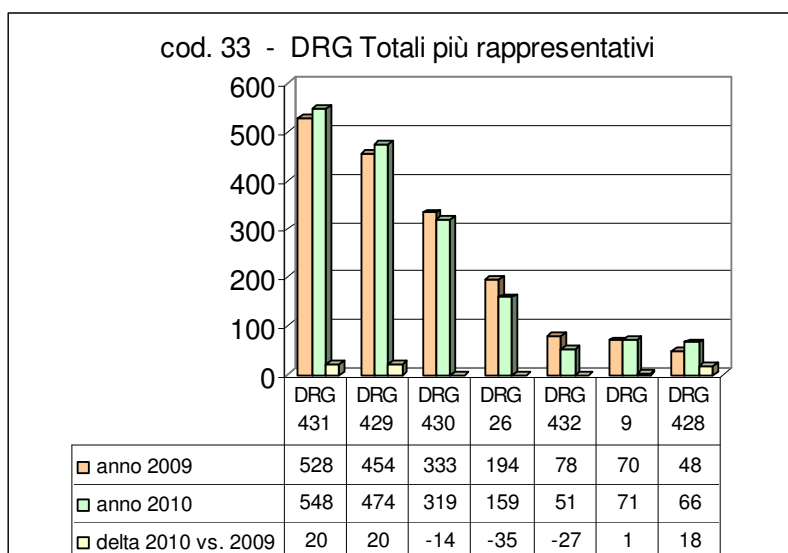
In ogni DRG possono confluire varie diagnosi cliniche, ma è vero anche che la stessa diagnosi di dimissione in presenza di condizioni differenti, può confluire in DRG diversi.

Questa suddivisione non è utile per studi statistici dell'attività clinica, ma soprattutto riguarda gli aspetti della gestione risorse.

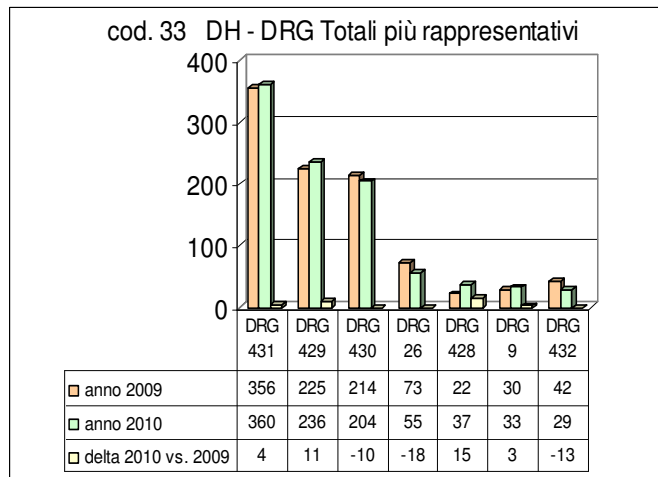
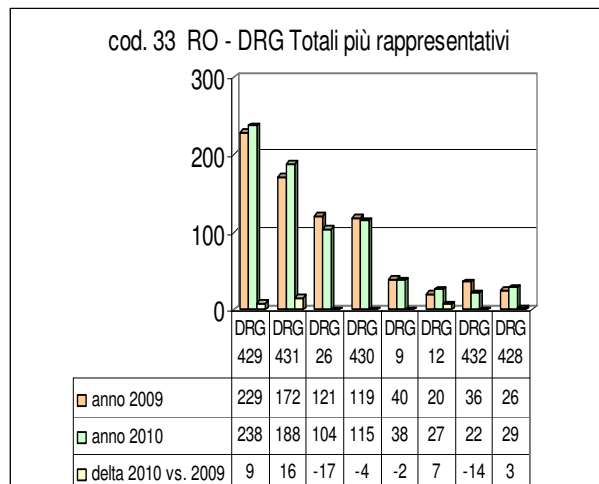
La lettura dei grafici contenuti in questo capitolo potrà essere facilitata dalla seguente sintetica legenda sulla denominazione dei principali DRG di interesse per l'area della Neuropsichiatria Infantile:

DRG	Descrizione
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale
12	Malattie degenerative del sistema nervoso
26	Convulsione e cefalea età <18
34	Altre malattie del sistema nervoso, con cc
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale
426	Nevrosi depressive
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
429	Disturbi organici e ritardo mentale
430	Psicosi
431	Disturbi mentali dell'infanzia
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali

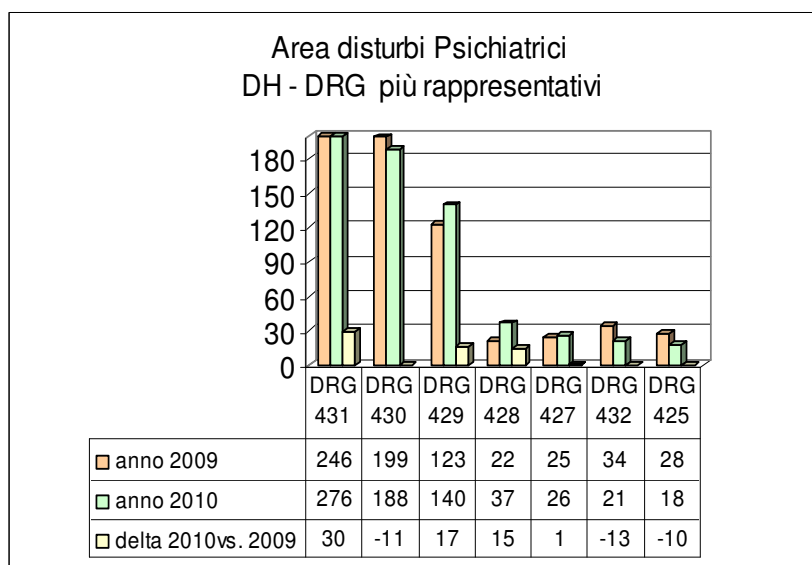
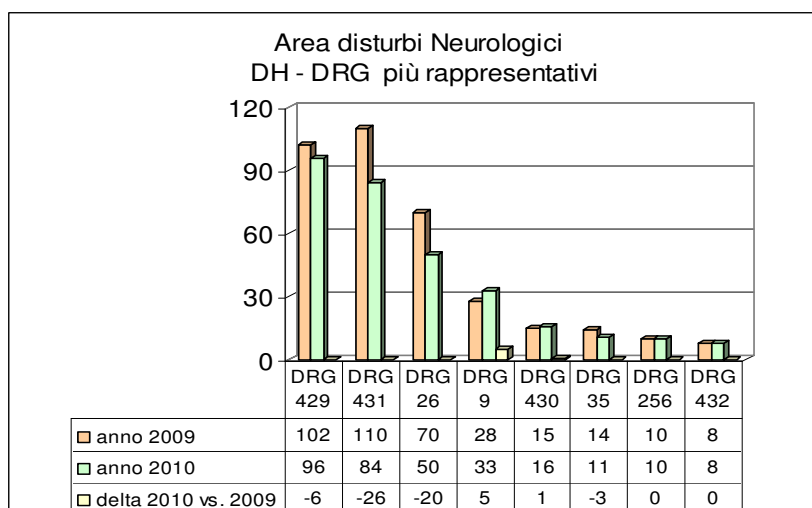
DRG Totali più rappresentati nel corso del 2010

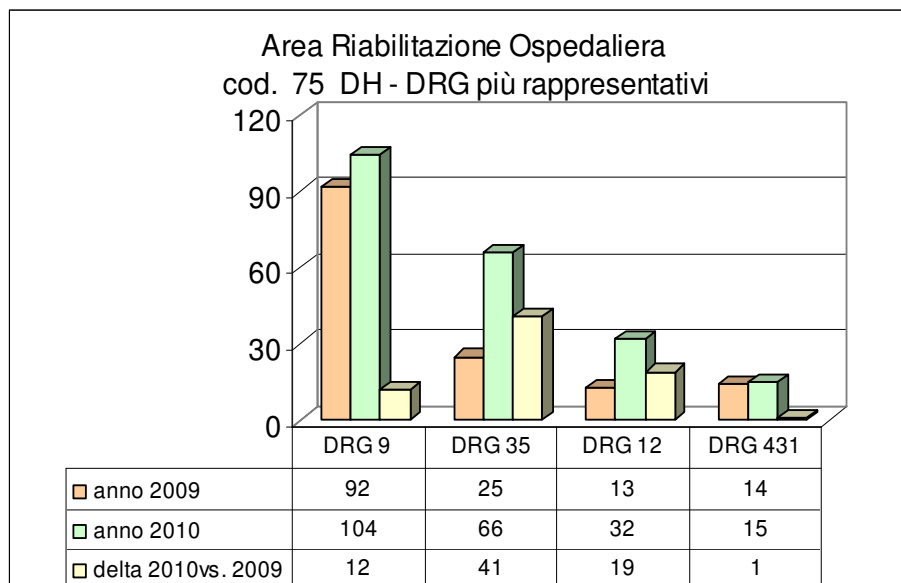


DRG totali più rappresentati suddivisi per RO e DH

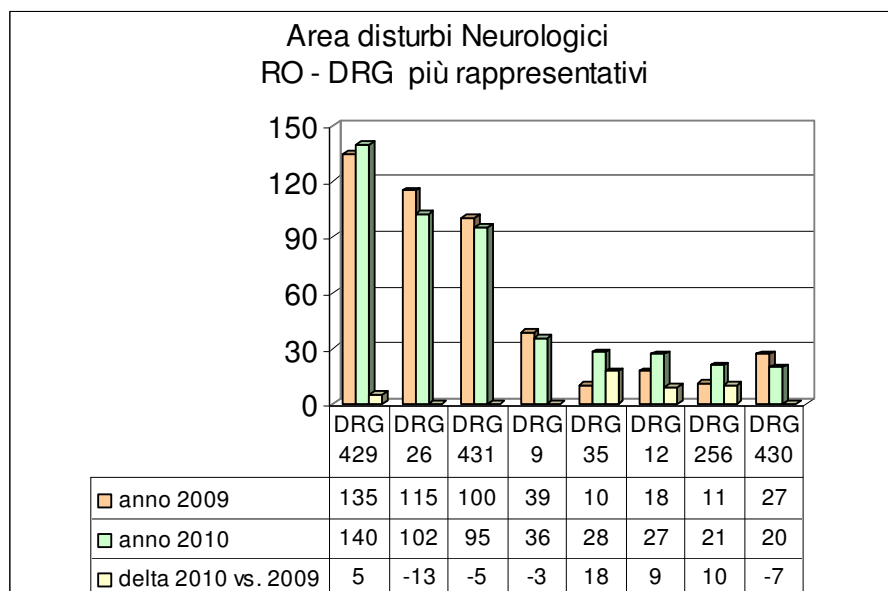


DRG più rappresentati per pazienti degenti in DH suddivisi per area di patologia prevalente

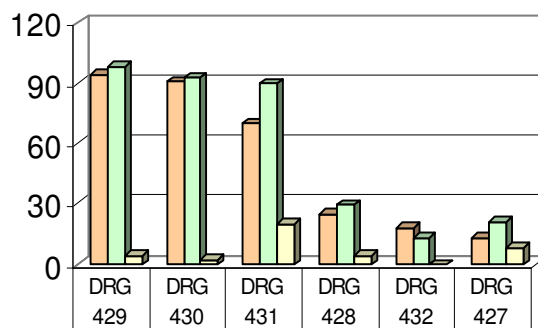




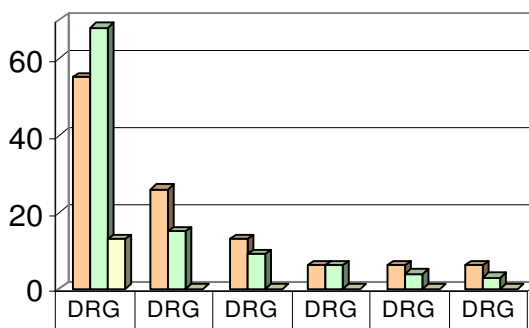
DRG più rappresentati per pazienti degenti in RO suddivisi per area di patologia prevalente



Area disturbi Psichiatrici RO - DRG più rappresentativi



Area riabilitazione ospedaliera- cod. 75 RO - DRG più rappresentativi

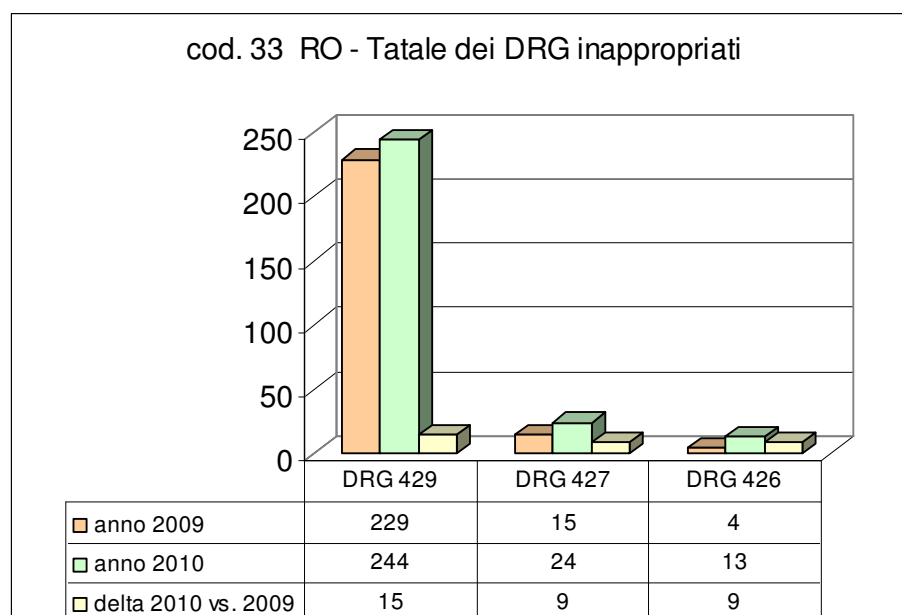


DRG a rischio di appropriatezza

In questa tabella riportiamo i 3 DRG, che interessano la nostra Struttura, sui 43 considerati nel DPCM del 29.11.2001 come a rischio di inappropriatazza se riferiti ai Ricoveri Ordinari.

DRG	Descrizione	2009	%	2010	%	delta 2010 vs. 2009
426	Nevrosi depressive	4	0,47	13	1,27	9
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	15	1,75	24	2,34	9
429	Disturbi organici e ritardo mentale	229	26,75	244	23,80	15
	totale	248	28,97	281	27,41	33

Andamento dei DRG a rischio di appropriatezza presso l'IRCCS Stella Maris



Si può rilevare che anche nel corso del 2010 il DRG 429 è stato molto, rappresentato tra i RO del Dipartimento. Il calcolo della soglia di ammissibilità, utilizzando il metodo APPRO* (che tiene in considerazione il rapporto tra presenze in RO e presenze in DH per lo stesso DRG), evidenzia i risultati riassunti nella successiva tabella.

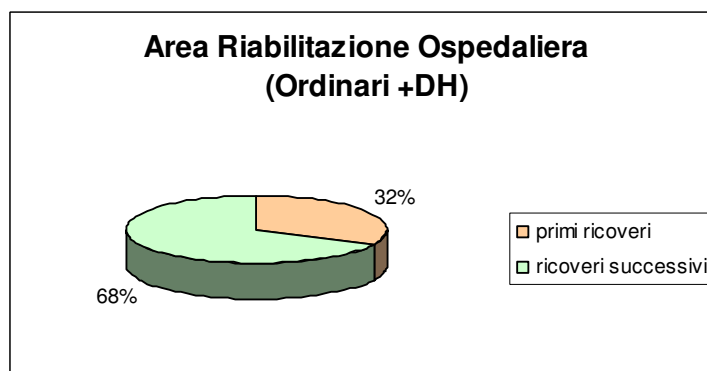
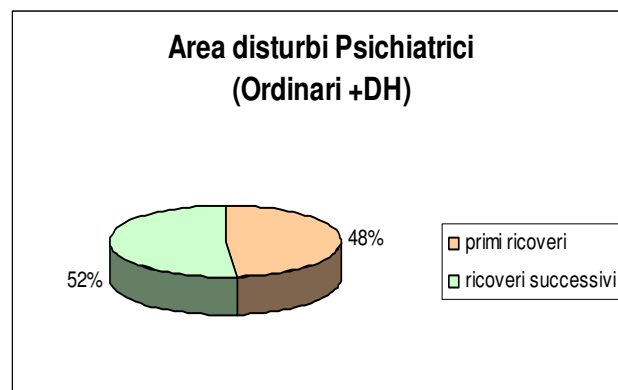
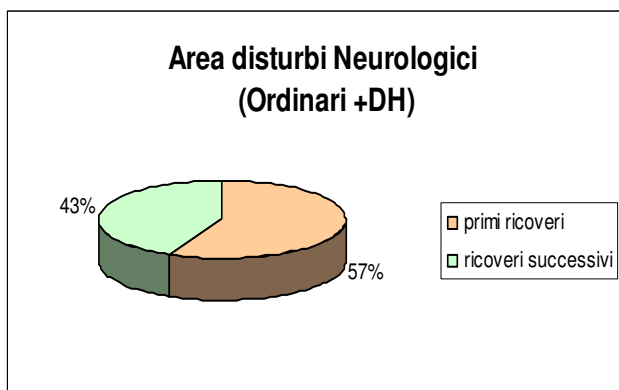
DRG considerato	Soglia calcolata per l'IRCCS Stella Maris (anno 2010)	Valore Soglia di ammissibilità Nazionale*
429	0,46	0,64
427	0,48	0,67
426	0,57	0,76

* tratto da A. Fortino -La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO; calcolo delle soglie minime di ammissibilità per i 43 DRG del DPCM "Livelli Essenziali di Assistenza" e stima delle quote di ricoveri inappropriati. -Nota del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; Roma - Giugno 2002.

Se confrontiamo i nostri dati con quelli nazionali, (colonna 3) ci accorgiamo che i valori rilevati per il nostro IRCCS rientrano ampiamente nella soglia di tollerabilità per tutti e tre i DRG.

Il DRG 429 che rimane il più rappresentato tra quelli a rischio di appropriatezza, come noto, raccoglie anche le diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo (DPS). Questa patologia in alcuni casi di pazienti piccoli, pazienti affetti da complicanze comportamentali (ad esempio importanti crisi auto ed etero aggressive), o pazienti in cui è necessario tenere sotto stretto controllo l'introduzione di una terapia farmacologica, richiede obbligatoriamente un ricovero in ambito ospedaliero. Questi dati clinici ci lasciano molto perplessi sull'inserimento di questi ricoveri tra quelli a rischio di appropriatezza in RO, lasciando intravedere un meccanismo valutativo che tiene in scarsa considerazione l'età evolutiva.

Rapporto tra Degenze pervenute alla Struttura in primo accesso e ricoveri successivi al primo



Sono stati classificati come “ricoveri successivi al primo” tutti i casi definiti come “controllo”, ma anche le degenze causate da patologie differenti dalle prime diagnosi o pazienti pervenuti alla struttura alla distanza di molti anni dalla prima degenza.

Presso la nostra struttura i ricoveri diagnostici a cod 33, successivi al primo, sono circa la metà del totale degli accessi. In particolare la percentuale più elevata presso la UO1 cod. 75 e la UO3. Il motivo principale è sicuramente ascrivibile al tipo di patologie assistite. Ci troviamo di fronte a patologie per lo più croniche, quasi tutte si protraggono per tutta l'età evolutiva ed oltre. Inoltre questi malati, a causa della complessità clinica e assistenziale spesso creano grandi difficoltà per accedere a modelli assistenziali diversi dalla degenza. Un altro motivo per cui i controlli in degenza sono privilegiati potrebbe essere riconducibile al fatto che in Toscana ancor oggi (nel 2011) non è possibile usufruire di modelli assistenziali intermedi tra il DH e l'ambulatorio (ad es. Day Service come invece accade in altre Regioni).

5) DIAGNOSI FORMULATE SECONDO I DIVERSI SISTEMI CLASSIFICATIVI IN USO NELLA STRUTTURA

A) Patologie più frequenti per tipologia diagnostica

Nelle successive tabelle sono raggruppate tutte le diagnosi formulate nel corso dell'anno 2010. I dati si riferiscono alla diagnosi principale così come riportato nel sistema informatizzato che registra le accettazioni le dimissioni e le diagnosi.

Per semplificare la lettura, in tabella 1 sono riportate le diagnosi con maggiore predominanza di problemi neurologici, mentre in tabella 2 i casi che richiedono un intervento principalmente a valenza psichiatrica.

Anno 2010 -TABELLA 1		
	totale 2009	totale 2010
RITARDO MENTALE	295	309
DISTURBI DEL LINGUAGGIO	218	171
PARALISI CEREBRALI	250	288
PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE E NEUROMUSCOLARI	119	173
SINDROMI MALFORMATIVE CONGENITE	67	65
DISTURBI DELL' APPRENDIMENTO	64	25
EPILESSIE	192	161
ALTRI DISTURBI DEL MOVIMENTO	5	5
DISTURBI PRIMARI DEL SONNO	2	2
totale	1212	1199
Anno 2010 -TABELLA 2		
	totale 2009	totale 2010
DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	343	369
DISTURBI DELL'UMORE	104	90
DISTURBI D'ANSIA	78	77
DISTURBI DA DEFICIT DI ATTENZIONE E DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE	114	165
DISTURBO DELLA CONDOTTA	125	72
DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE	72	72
DISTURBO DI PERSONALITÀ	17	23
DISTURBI PSICOTICI	26	31
DISTURBI DA TIC	5	9
DISTURBI DELLA REGOLAZIONE E MULTISISTEMICI DI SVILUPPO	9	9
DISTURBI NON CLASSIFICATI ALTROVE (MCDD)	9	9
ALTRI DISTURBI DELL'INFANZIA, DELLA FANCIULLEZZA O DELL'ADOLESCENZA	1	1
DISTURBI DELLA EVACUAZIONE	2	3
DISTURBI SOMATOFORMI	3	7
totale	908	937
Anno 2010 -TABELLA 3		
	totale 2009	totale 2010
ALTRA DIAGNOSI NON PREVISTA NEL DATABASE	110	220
PAZIENTE SANO	1	
totale	111	220

6) CONFRONTO TRA ATTIVITA' EFFETTUATA E OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 2010

B) Tabella 1							
C) UO 1 - UO2, UO3 cod. 33 Risultati 2010							
F) Ricovero ordinario				Day Hospital			
	N° ricoveri effettivi	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale		n° giornate di presenza	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale
UO 1	400			UO 1	2119		
UO2	136			UO2	422		
UO 1+2	536	540	- 4	UO 1+2	2541	2800	-259
UO 3	377	372	+ 5	UO 3	6345	6165*	+ 185

(*) obiettivo complessivo (scheda budget iniziale (5680 gg) + risorse aggiuntive ADHD (480 gg))

Rispetto a quanto preventivato, si sono realizzate meno giornate di degenza in DH per la UO1+2 che sono state ampiamente compensate dall'eccedenza registrata nel servizio di Riabilitazione Ospedaliera (cod. 75). La UO3 ha raggiunto e superato l'obiettivo che si era prefissata, si fa notare che per la prima volta negli ultimi anni il numero dei ricoveri ordinari ha superato anche se di poche unità quanto preventivato.

In Tabella 1 sono stati riportati i dati parziali del cod. 33 suddivisi per UOOO.

In Tabella 2 sono riportati i dati relativi al codice 75.

D) Tabella 2		
E) RIABILITAZIONE OSPEDALIERA cod. 75 Risultati 2010		
Ricovero ordinario		
n° giornate di degenza	Obiettivo annuale 2010	Delta
2215	1825**	390
Day Hospital		
n° giornate di presenza	Obiettivo annuale 2010	Delta
2128	1900	228

(**) obiettivo complessivo (scheda budget iniziale (1750 gg) + 75 gg per l'attivazione del 7° posto da settembre 2010).

Per il cod 75 gli indicatori sono tutti nettamente positivi e costituiscono un effettivo e reale incremento di budget.

La successiva Tabella 3 mostra complessivamente per tutto il Dipartimento il delta tra quanto era stato preventivato negli obiettivi e quanto effettivamente è stato prodotto.

Tabella 3		
Items	Confronto con obiettivi 2009	Confronto con obiettivi 2010
RO cod 33	- 36 DRG	+ 1 DRG
Giornate DH cod 33	+ 1335 giornate	- 74 giornate
Giornate RO Cod 75	+ 48 giornate	+ 390 giornate
Giornate DH Cod 75	+ 228 giornate	+ 228 giornate

Lo scostamento è nettamente positivo rispetto al preventivo di budget.

F) RIABILITAZIONE EXTRA - OSPEDALIERA UO4**G) Prestazioni in Seminternato****Trattamenti ambulatoriali**

H) IRC	N° prestazioni diurno (IRC)	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale		n° giornate di presenza	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale
N° prestazioni totali Az USL 5	3989	3500	489	N° prestazioni individuali totali Az USL 5	3798	4000	- 202
N° prestazioni totali altre UU.SS.LL.	1629	1500	129	N° prestazioni individuali totali altre UU.SS.LL.	1769	1200	569
				N° prestazioni di gruppo totali	676	640	36

Consulenze scolastiche IRC	215	200	15
----------------------------	-----	-----	----

D) Prestazioni in internato intensivo**Prestazioni in seminternato**

J)	N° prestazioni intensive	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale		N° giornate di presenza	Obiettivo annuale 2010	Delta rispetto all'obiettivo da budget annuale
IRM K)	5110	5070	40	IRM L)	1938	1840	98

RINGRAZIAMENTI

Come anticipato nell'introduzione la realizzazione di questa edizione è stata più complessa dei precedenti anni per i problemi di natura tecnico-informativa che hanno notevolmente rallentato l'estrazione dei dati.

Comunque come negli anni precedenti la principale artefice dell'opera è stata la sig.ra Cristina Toccafondo, che anche grazie alla collaborazione di Francesco Foschi è riuscita con pazienza ed abilità a superare le difficoltà tecniche che si sono presentate nel corso dell'elaborazione dei dati.

Con profonda gratitudine ringrazio loro ed estendo il ringraziamento anche a Paolo Magni per la realizzazione tipografica, come sempre scrupolosa ed attenta ai dettagli.