

STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE SULL'ATTIVITÀ NEFROLOGICA OSPEDALIERA: LA CASISTICA OSPEDALIERA CARATTERIZZANTE IL LAVORO DEL NEFROLOGO NEL BIENNIO 2005-2006

Alessandra Susi

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano

Present and future of nephrology in the hospital based on an analysis of the two-year period 2005-2006

The activity of nephrologists in the hospital is not limited to kidney disease, as they also have a role as advisors for all those disciplines that treat conditions involving kidney function. An analysis based on discharge reports from nephrology wards of Italian hospitals has been conducted for the last biennium available (2005-2006) in the ministerial database of hospital discharge reports that classifies the main diagnoses into diagnosis-related groups (DRGs) according to a national classification system. All discharges from nephrology wards were defined as nephrological. Taking this first sample as the starting point, further analyses were carried out on the 20 most frequent DRGs identified. The aim was to clarify the position of nephrology within the national hospital activity.

The nephrological activity proved to be concentrated on the first four DRGs (59%). The first 20 DRGs accounted for 80% of the total activity, while the remaining 400 DRGs were fragmented, each representing less than 1% of the total activity. Analyzing the same data cross-sectionally, we see that the "nephrology market" is "owned" by nephrology wards for only 18% of the total. Nephrology does not have a precise position in the hospital activities and shows considerable overlap with general medicine and general surgery (kidney transplants in particular). The Italian DRG classification has no specific nephrological diagnosis group; this could partially explain the fragmentation. An improved classification system could help in identifying a more precise outline of the nephrological activity. (G Ital Nefrol 2010; 27: 129-39)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Nephrological hospital activity, Positioning matrix, Hospital discharge reports

PAROLE CHIAVE:

Attività nefrologica ospedaliera, Matrice di posizionamento, Scheda di dimissione ospedaliera

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr.ssa Alessandra Susi
Ricercatrice CERGAS
Università Bocconi
Via Roentgen 1
20136 Milano
e-mail: alessandra.susi@unibocconi.it

PREMESSA

La riflessione in merito alle possibili prospettive organizzative e strategiche per la nefrologia in Italia è partita dall'analisi delle attività di ricovero.

A tal fine sono state estratte dal database ministeriale le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) delle UU.OO. di Nefrologia¹ nell'ultimo biennio (2005-2006)² relative sia ai ricoveri in regime ordinario che diurno. Il Ministero della Salute, infatti, censisce e monitora tutte le dimissioni ospedaliere (relative a ricoveri ordinari e *day hospital*) avvenute in Italia a partire dal 2000 con il fine primario di comprendere i volumi d'attività ospedaliera in Italia.

Dopo una attenta e condivisa selezione del campione dei DRG rappresentativi dell'attività nefrologica, è stato ricostruito il database nefrologico. A partire da questo sono state condotte prima delle analisi sulla distribuzione della casistica caratterizzante il lavoro delle Nefrologie e poi abbiamo confrontato gli stessi

¹ Le discipline nefrologiche, così come codificate a livello Nazionale, sono state individuate in Emodialisi (Disciplina 54), Nefrologia (Disciplina 29), Nefrologia abilitata al trapianto (Disciplina 48) e Nefrologia pediatrica (Disciplina 77).

² Al 1° Luglio 2009 la banca dati Ministeriale SDO validata e disponibile riguarda le dimissioni ospedaliere registrate su Territorio Nazionale fino al 31/12/2006.

dati con altre discipline ospedaliere.

Abbiamo analizzato l'attività ospedaliera nefrologica al fine di alimentare una importante linea di indagine, trasversale alla ricerca, che è stata la comprensione del ruolo del Nefrologo nel sistema sanitario Italiano. Come è stato comprovato nel corso della ricerca, l'attività ospedaliera rappresenta una parte vitale del vasto campo di applicazione della nefrologia, insieme a quella più specifica e specialistica della dialisi e alle sue attività ancillari.

LA RILEVAZIONE DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA IN ITALIA: LE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La SDO è stata istituita nel 1991 come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati, in tutto il Territorio Nazionale (1).

Ciascuna struttura di ricovero in Italia (Azienda o presidio ospedaliero pubblico, IRCCS, ospedali e istituti privati accreditati) provvede alla compilazione delle SDO a partire dalle cartelle cliniche dei pazienti dimessi.

Nel 1993 è stato definito il flusso informativo delle SDO, definendo così le modalità di trasmissione delle informazioni dalle strutture di ricovero alle Regioni di appartenenza e da queste al Ministero della Sanità (2). L'ultimo aggiornamento risale al 2000, quando sono stati ridefiniti i contenuti, le modalità di compilazione, di codifica e di trasmissione delle informazioni contenute nelle SDO: in particolare è stato introdotto il nuovo sistema di classificazione Internazionale delle diagnosi, ICD-9-CM³, e si è provveduto ad adeguare il flusso ai sensi della normativa sulla *privacy* e sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali, mediante la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie (3).

La SDO, infatti, contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettua-

to il ricovero ospedaliero. A partire dal primo Gennaio 2009, inoltre, tutte le informazioni cliniche contenute nelle SDO sono codificate utilizzando la nuova versione Italiana della ICD-9-CM aggiornata al 2007 (4).

La SDO è composta da sei codici di diagnosi. Di questi uno è definito "diagnosi principale", mentre gli altri, se presenti, prendono il nome di "diagnosi secondarie o concomitanti" che specificano ulteriori patologie presenti e contribuiscono a fornire un quadro clinico più completo; alcune diagnosi secondarie si qualificano come diagnosi complicanti, cioè specifiche patologie che, insieme alla diagnosi principale comportano un maggiore aggravio del carico assistenziale.

Similmente vengono codificati nelle SDO gli interventi effettuati sul paziente in esame. L'intervento principale è quello che comporta il maggior consumo di risorse durante il ricovero. Questi codici si riferiscono ad interventi di sala operatoria o a più semplici procedure diagnostico-terapeutiche (ad esempio ecografie, ECG, somministrazione di farmaci).

Un'altra importante informazione riportata nelle schede è l'unità operativa (identificata attraverso il codice relativo alla disciplina) di dimissione del paziente (5).

Tutto ciò per comprendere come ogni singola SDO rappresenta un ricco e complesso set di informazioni che, come si vedrà più avanti, può essere ricondotto ad un sintetico codice, il DRG⁴, che idealmente ricomprende al suo interno tutti quei ricoveri considerati sovrapponibili per specificità e complessità clinica nonché per consumo di risorse sanitarie.

La raccolta di tali informazioni, codificate secondo l'ICD-9-CM, è finalizzata non solo alla documentazione delle attività di ricovero ma anche ad accedere alle remunerazioni previste per quelle attività, specificate secondo il Sistema di classificazione per Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (dagli Inglesi *Diagnosis Related Groups*).

A ciascuna scheda di dimissione è, infatti, attribuito uno specifico DRG grazie ad un *software* di attribui-

³ L'acronimo "ICD-9-CM" sta per *International Classification of Diseases, 9th revision - Clinical Modification*, ed è un sistema Internazionale di classificazione delle diagnosi e delle procedure chirurgiche e diagnostico-terapeutiche. Viene utilizzato nel flusso SDO per codificare le corrispondenti informazioni. Dal 1° Gennaio 2001 al 1° Gennaio 2006 è stata impiegata la versione ICD-9-CM-1997; dal 1° Gennaio 2006 al 1° Gennaio 2009 è stata impiegata la versione ICD-9-CM-2002 e infine dal 1° Gennaio 2009 è entrata in vigore la classificazione ICD-9-CM-2007. Il D.M. 21/11/2005 ha istituito un aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione.

⁴ L'acronimo "DRG" sta per *Diagnosis Related Group* ed è un sistema di classificazione isorisorse dei ricoveri ospedalieri. I ricoveri ospedalieri sono così raggruppati in modo che tutti i ricoveri afferenti ad un medesimo DRG presentino approssimativamente un simile carico assistenziale e consumo medio di risorse. Questo sistema viene attualmente impiegato in Italia come strumento di finanziamento delle strutture ospedaliere nel Sistema Sanitario Nazionale: ad ogni DRG è associata una tariffa che rispecchia una stima del costo medio di ciascun ricovero, in base alla quale si remunera l'attività ospedaliera erogata. Il sistema DRG è stato mutuato dagli USA, apportando solo lievi modifiche per renderlo adatto al Sistema Sanitario Nazionale. Ogni anno l'Agenzia Governativa Statunitense *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS), predisponde una nuova versione del sistema. In Italia è stato impiegato il sistema DRG versione 10 dal 1994 al 2005; a partire dal 1° Gennaio 2006 è stata adottata la versione 19 mentre dal 1° Gennaio 2009 è stata adottata la versione 24.

TABELLA I - COMPOSIZIONE DELLA MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE

Codice DRG	Descrizione	Linee produttive	Codice MDC	Medico/Chirurgo
302	Trapianto renale	trapianto	11	C
303	Int. rene, uretere, int. magg. vescica per neopl.	tumori chir.	11	C
304	Int. rene, uretere, int. magg. vescica no neopl. con CC	urinario chir.	11	C
305	Int. rene, uretere, magg. vescica no neopl. senza CC	urinario chir.	11	C
306	Prostatectomia con CC	urinario chir.	11	C
307	Prostatectomia senza CC	urinario chir.	11	C
308	Int. minori su vescica con CC	urinario chir.	11	C
309	Int. minori su vescica senza CC	urinario chir.	11	C
310	Int. per via transuretrale con CC	urinario chir.	11	C
311	Int. per via transuretrale senza CC	urinario chir.	11	C
312	Int. su uretra, età' > 17 con CC	urinario chir.	11	C
313	Int. su uretra, età' > 17 senza CC	urinario chir.	11	C
314	Int. su uretra, età' < 18	urinario chir.	11	C
315	Altri int. su rene e vie urinarie	urinario chir.	11	C
316	Insufficienza renale	urinario med.	11	M
317	Ricovero per dialisi renale	urinario med.	11	M
318	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	tumori med.	11	M
319	Neoplasie rene e vie urinarie senza CC	tumori med.	11	M
320	Infezioni rene e vie urinarie, età' > 17 con CC	urinario med.	11	M
321	Infezioni rene e vie urinarie, età' > 17 senza CC	urinario med.	11	M
322	Infezioni rene e vie urinarie, età' < 18	urinario med.	11	M
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia (ESWL)	urinario med.	11	M
324	Calcolosi urinaria senza CC	urinario med.	11	M
325	Segni, sintomi rene e vie urinarie, età' > 17 con CC	urinario med.	11	M
326	Segni, sintomi rene e vie urinarie, età' > 17 senza CC	urinario med.	11	M
327	Segni, sintomi rene e vie urinarie, età' < 18	urinario med.	11	M
328	Stenosi uretrale, età' > 17 con CC	urinario med.	11	M
329	Stenosi uretrale, età' > 17 senza CC	urinario med.	11	M
330	Stenosi uretrale, età' < 18	urinario med.	11	M
331	Altre dia. rene e vie urinarie, età' > 17 con CC	urinario med.	11	M
332	Altre dia. rene e vie urinarie, età' > 17 senza CC	urinario med.	11	M
333	Altre dia. rene e vie urinarie, età' < 18	urinario med.	11	M

Classificazione da database ministeriale SDO (anni 2005-2006)

zione, chiamato *DRG Group*, che rielabora le informazioni contenute nelle SDO: diagnosi principale, interventi e quando richiesto, sesso, età, modalità di dimissione ed eventuali diagnosi secondarie. Generalmente, in base alla diagnosi principale, ad ogni SDO è assegnata anche una macro categoria di diagnosi detta MDC⁵ e successivamente, a seconda della pre-

senza o meno di interventi chirurgici, ad un sottogruppo medico (M) o chirurgico (C) della MDC di appartenenza.

⁵ "Major Diagnostic Category": ogni MDC di solito si riferisce ad un insieme di patologie o disturbi di uno stesso organo o apparato.

TABELLA II- ATTIVITÀ OSPEDALIERA NEFROLOGICA NEL BIENNIO 2005-2006

Dimessi (SDO 2005)	LE NEFROLOGIE (disc.29-48-54-77)°		
	n.	% *	Σ %
I 20 DRG più frequenti (rappresentano 80% dell'attività)			
316 - Insufficienza renale	57.057	40,0%	40,0%
332 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	10.353	7,3%	47,3%
315 - Altri int. Su rene e vie urinarie	8.935	6,3%	53,5%
134 - Ipertensione	7.791	5,5%	59,0%
333 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' <18	4.904	3,4%	62,4%
331 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' >17 con CC	3.961	2,8%	65,2%
317 - Ricovero per dialisi renale	2.372	1,7%	66,9%
324 - Calcolosi urinaria senza CC	2.323	1,6%	68,5%
321 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 senza CC	2.160	1,5%	70,0%
120 - Altri int. su app. circolatorio	2.054	1,4%	71,5%
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.565	1,1%	72,6%
326 - Segni,sintomi rene e vie urinarie, eta'>17 senza CC	1.356	1,0%	73,5%
144 - Altre dia. app. circolatorio con CC	1.298	0,9%	74,4%
322 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' < 18	1.279	0,9%	75,3%
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1.190	0,8%	76,1%
416 - Setticemia, eta' > 17	1.149	0,8%	77,0%
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia (ESWL)	1.106	0,8%	77,7%
395 - Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	1.053	0,7%	78,5%
327- Segni,sintomi rene e vie urinarie, eta'<18	1.016	0,7%	79,2%
302 - Trapianto renale	1.016	0,7%	79,9%
Altri (in totale sono 429)	28.674	20,1%	100,0%
TOTALE	142.612	100%	
Dimessi (SDO 2006)	LE NEFROLOGIE (disc.29-48-54-77)°		
	n.	% *	Σ %
I 20 DRG più frequenti (rappresentano 80% dell'attività)			
316 - Insufficienza renale	57.735	40,6%	40,6%
332 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' >17 senza CC	10.108	7,1%	47,8%
315 - Altri int. Su rene e vie urinarie	9.122	6,4%	54,2%
134 - Ipertensione	6.571	4,6%	58,8%
333 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' <18	5.719	4,0%	62,8%
331 - Altre dia. rene e vie urinarie, eta' >17 con CC	3.919	2,8%	65,6%
317 - Ricovero per dialisi renale	2.674	1,9%	67,5%
324 - Calcolosi urinaria senza CC	2.205	1,6%	69,0%
120 - Altri int. su app. circolatorio	2.153	1,5%	70,5%
321 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 senza CC	2.065	1,5%	72,0%
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.663	1,2%	73,2%
326 - Segni,sintomi rene e vie urinarie, eta'>17 senza CC	1.324	0,9%	74,1%
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1.303	0,9%	75,0%
144 - Altre dia. app. circolatorio con CC	1.286	0,9%	75,9%
416 - Setticemia, eta' > 17	1.205	0,8%	76,8%
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia (ESWL)	1.045	0,7%	77,5%
322 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' < 18	1.026	0,7%	78,2%
395 - Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	1.014	0,7%	78,9%
302 - Trapianto renale	984	0,7%	79,6%
478 - Altri int. vascolari con CC	918	0,6%	80,3%
Altri (in totale sono 445)	28.026	19,7%	100,0%
TOTALE	142.612	100%	

Elaborazione da database ministeriale SDA (anni 2005-2006)

Legenda: * Le percentuali indicano la quota parte di ogni DRG dell'attività totale delle Nefrologie in Italia. Nella colonna a fianco è riportata la percentuale cumulata dell'attività nefrologica.

° Discipline: 29: nefrologia, 48: nefrologia abilitata al trapianto di rene; 54: Emodialisi; 77: Nefrologia pediatrica.

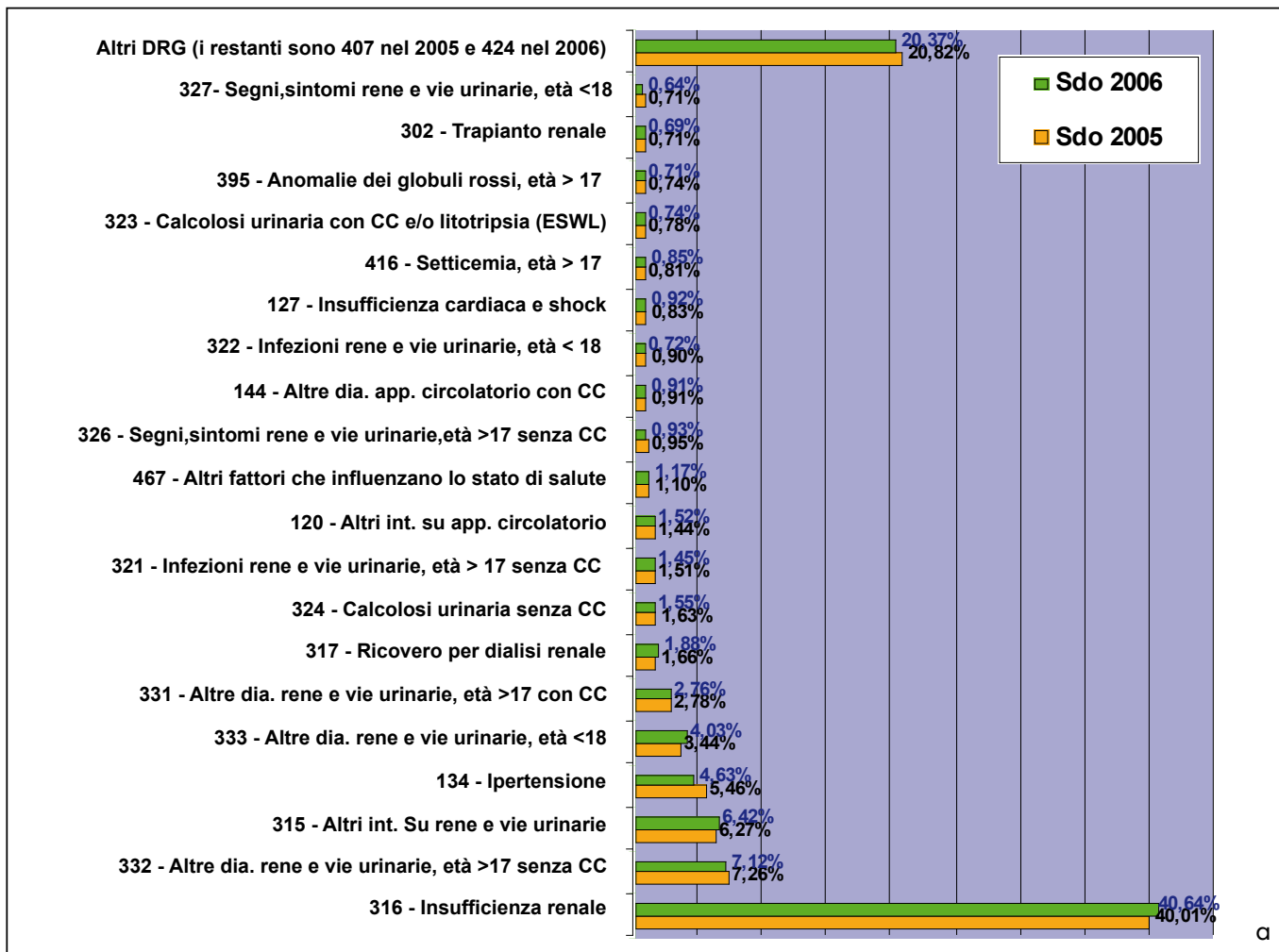


Fig. 1a - Trend nella specializzazione ospedaliera della nefrologia.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (anni 2005-2006).

Per concludere, il risultante codice DRG associato ad ogni SDO rappresenta la diagnosi quanto più aggregata e allo stesso tempo completa che ha determinato e caratterizzato il ricovero ospedaliero.

L'ATTIVITÀ NEFROLOGICA OSPEDALIERA IN ITALIA

Il nostro database nefrologico è stato quindi individuato in tutte quelle SDO che riportano come disciplina di dimissione un'unità operativa afferente alla disciplina nefrologica negli anni 2005 e 2006.

Ad una prima analisi abbiamo voluto interrogare il database su quale tipo di diagnosi riportassero i dimessi delle UU.OO. di nefrologia in Italia. Le Nefrologie dimettono annualmente circa 140000 pazienti, coprendo una gamma di quasi 450 DRG, numero molto vicino alla totalità dei DRG disponibili nella classifi-

cazione (in totale sono 523).

Abbiamo quindi selezionato tra questi i 20 DRG più frequenti arrivando a cumulare un campione di più di 80000 dimessi/anno, pari all'80% del totale dei dimessi delle Nefrologie, al fine di identificare un ambito di focalizzazione della nefrologia.

Il quadro che ne è uscito è solo in parte sovrapponibile con quello dei DRG contenuti nella macrocategoria di diagnosi per le patologie del rene (Tab. I). Infatti, se confrontiamo la macrocategoria MDC 11 (che ricomprende al suo interno tutte le diagnosi collegate al rene ed alle vie urinarie) con il nostro database, si nota come la nostra selezione veda posizionate tra i primi DRG anche ricoveri che afferiscono ad altri MDC (come ad esempio i DRG dell'Ipertensione e di Altri interventi sull'apparato circolatorio che fanno parte della MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio). Questo può essere interpretato come

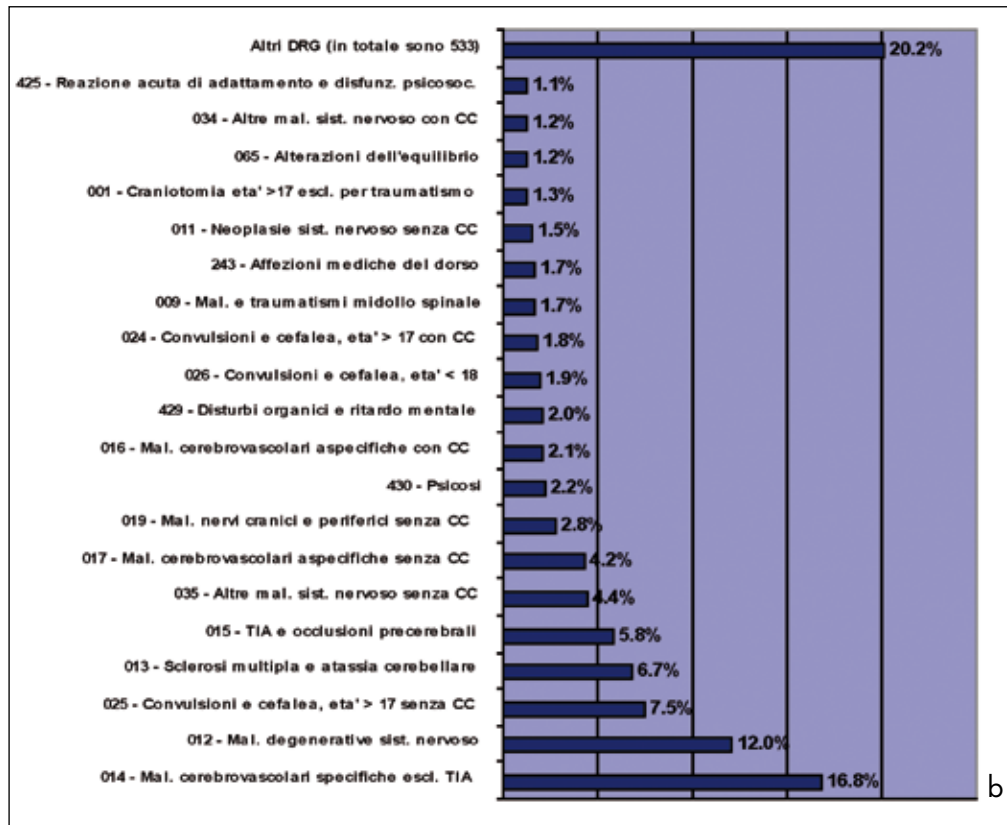


Fig. 1b - Un confronto con la specializzazione ospedaliera della neurologia.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (anno 2006).

un primo segnale su come l'attività nefrologica ospedaliera spazi in maniera anche consistente in campi non strettamente relativi alle patologie renali.

Se prendiamo invece in considerazione la distribuzione della casistica nefrologica nel biennio (Tab. II) notiamo come questa è in parte frammentata su DRG che raggiungono appena l'1% dell'attività ad eccezione di un solo DRG che da solo rappresenta il 40% delle dimissioni nefrologiche, il DRG 316 - Insufficienza renale. I primi quattro DRG sommati arrivano a cumulare il 60% dell'attività, i seguenti 16 DRG cumulati corrispondono al 20% del totale. Ciò vale per entrambi gli anni, essendo l'analisi sostanzialmente sovrapponibile (Fig. 1a).

La maggioranza delle dimissioni riguarda casistica generale (insufficienza renale, ipertensione) o generica (altre diagnosi/interventi su rene e vie urinarie) e non permette di comprendere appieno la specificità di tale mole di dimissioni. Questa difficoltà nel rilevare attività più specifiche per la disciplina, potrebbe essere spiegata da due ordini di motivi o più probabilmente dalla combinazione di entrambi. La prima spiegazione deriva dal fatto che la classificazione DRG di per sé non sembra riferirsi ad una categoria specifica e dedicata alle patologie renali (come potrebbero essere ad esempio le malattie rare). Ne risulta così un rife-

ramento vago ai soli interventi e diagnosi di rene/vie urinarie (del sottogruppo MDC 11). La seconda ragione potrebbe derivare dal fatto che quando ci si cala nelle realtà ospedaliere, quello che si osserva è che ogni organizzazione ha proprie routine di codifica delle SDO che generano DRG differenti, ad esempio, prediligendo codifiche che, nella specificità aziendale rappresentano, per complessità clinica e organizzativa, la pratica clinica.

Probabilmente la spiegazione di tale dispersione delle attività nefrologiche risiede in entrambe le ragioni. Non si può negare tuttavia che, nonostante i naturali limiti riscontrati in fase di interpretazione di tali dati, la Nefrologia si posizioni in un ambito disciplinare ampio dell'assistenza ospedaliera rispetto ad altre discipline di nicchia, riconfermando la natura multidisciplinare del lavoro del Nefrologo emersa durante tutte le fasi di indagine della ricerca.

A titolo di esempio si riporta un'analisi simile condotta per la neurologia (Fig. 1b). Anche la neurologia presenta una distribuzione di ricoveri frammentata, in particolare per le code. I primi quattro DRG cumulano il 43% dell'attività ospedaliera delle neurologie ed i seguenti 16 DRG cumulano il 20% dell'attività: il restante 40% (pari a 503 DRG) è disperso su DRG che coprono meno dell'1% dell'attività totale delle neurologie.

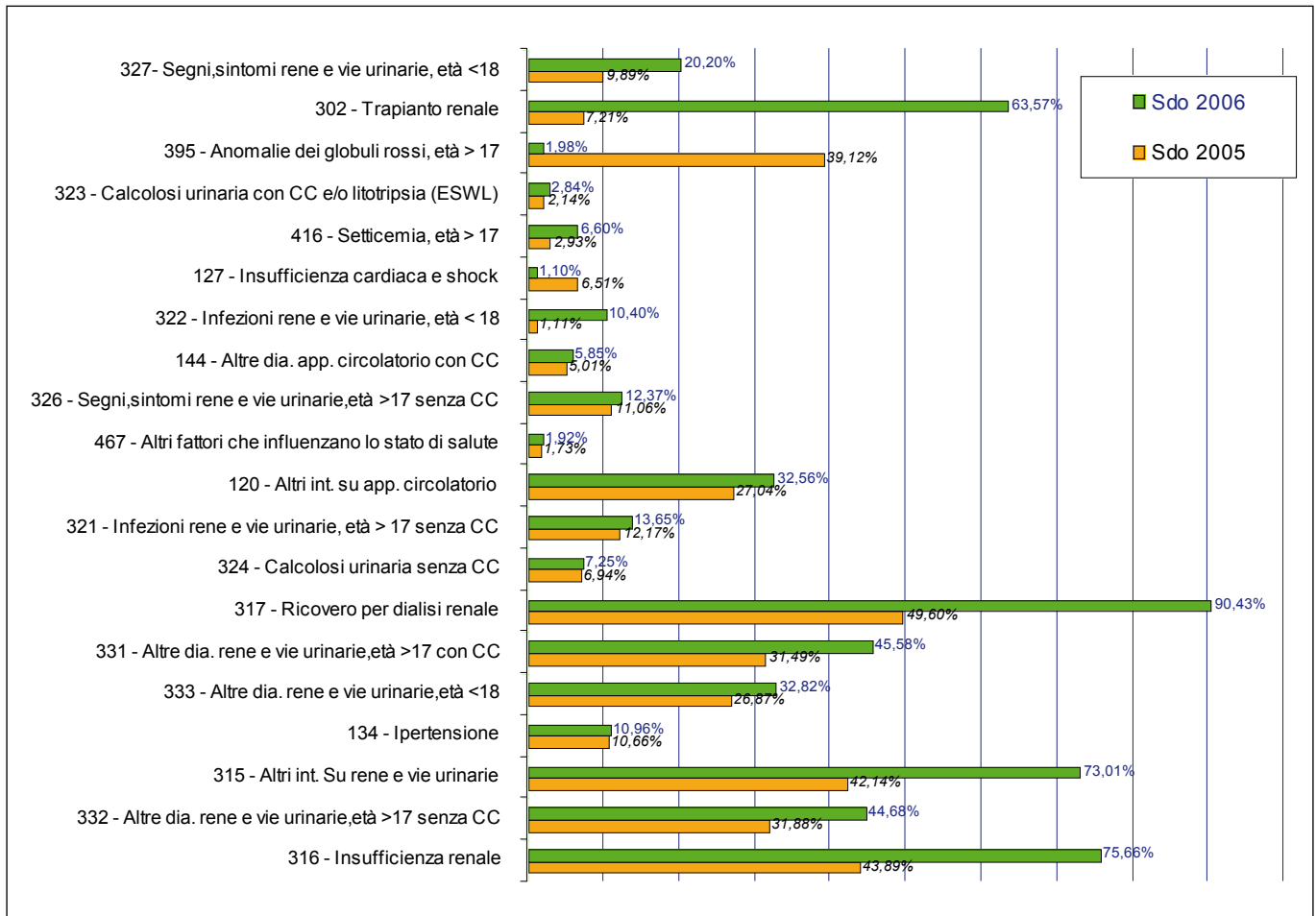


Fig. 2 - Trend nella quota di mercato detenuta dalla nefrologia negli anni 2005-2006 (strutture ospedaliere con nefrologie).

Elaborazioni da database ministeriale SDO (anni 2005-2006).

Questo per dimostrare non solo la dispersione comune con altre discipline, ma anche i limiti strutturali delle analisi dei soli ricoveri, che sono ad oggi gli unici dati disponibili e "vidimati" dal Ministero della Salute sull'attività clinica svolta dalle specialità ospedaliere.

Inoltre è da rilevarsi che molte specialità mediche stanno orientando il modello assistenziale verso l'attività ambulatoriale: ciò implica l'impossibilità di ricostruire un quadro completo dell'attività ma delle diverse discipline di comparare solo le attività erogate in regime di ricovero.

LA "QUOTA DI MERCATO" DELLE ATTIVITÀ AFFERENTI ALLE NEFROLOGIE

Un secondo livello di analisi di tali dati ha riguardato il posizionamento della nefrologia rispetto alle altre discipline ospedaliere. Estendendo la teoria del posizionamento strategico delle imprese alla realtà

delle organizzazioni sanitarie si può ipotizzare di individuare delle aree di interesse strategico per una disciplina, scegliendo come coordinate di riferimento le due dimensioni d'analisi più rilevanti ai fini dell'analisi (6). Nel nostro caso abbiamo scelto come dimensioni rilevanti da un lato il livello di focalizzazione per DRG della disciplina sul totale delle sue dimissioni, dall'altro la "quota di mercato" per DRG detenuta dalla stessa disciplina sul totale delle dimissioni ospedaliere. Per "quota di mercato", in particolare, intendiamo la quota di dimissioni che la nefrologia detiene sui primi 20 DRG della sua attività ospedaliere rispetto alle altre discipline. Considerando quindi l'80% delle dimissioni delle nefrologie e, a partire da questa selezione di DRG, abbiamo individuato quali altre discipline si sovrappongono per quantità e tipologia di casistica a quella delle nefrologie.

Partendo dalla stessa selezione della precedente analisi, selezione per noi rappresentativa delle nefrologie (20 DRG pari a circa 80000 dimessi) abbiamo

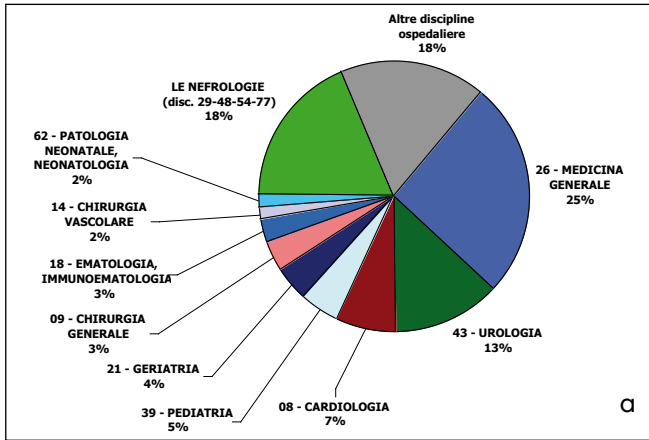


Fig. 3a - Le quote di mercato delle altre discipline ospedaliere nelle sole strutture ospedaliere ove è presente almeno una nefrologia.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

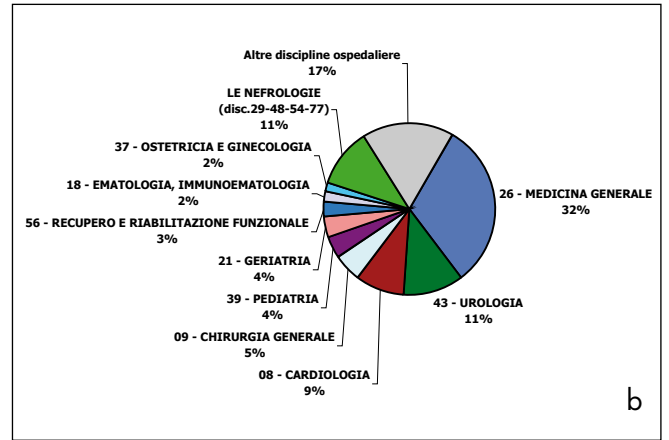


Fig. 3b - Le quote di mercato delle altre discipline ospedaliere in tutte le strutture ospedaliere.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

deciso, dopo un'attenta riflessione, di includere solo quelle strutture ospedaliere del territorio nazionale ove è presente almeno un reparto di nefrologia. I risultati di questa ulteriore analisi sono interessanti da un lato per capire la portata della copertura nefrologica su quei DRG sui quali la nefrologia è più focalizzata (Fig. 2), dall'altro per individuare quali discipline sono in competizione su quegli stessi DRG (Fig. 3a).

La "quota di mercato" della Nefrologia sui DRG selezionati è abbastanza bassa (18%): molta casistica tipicamente nefrologica viene dimessa infatti da altre strutture. I DRG sui quali le nefrologie hanno la competenza quasi assoluta, sono l'insufficienza renale (78%), il ricovero per dialisi renale (98%) ed il trapianto renale (64%).

Il resto del "mercato" è diviso per lo più tra la medicina generale, l'urologia e residualmente dalla cardiologia, pediatria, geriatria, chirurgia generale ed ematologia.

Analizzando DRG per DRG le quote della nefrologia, vediamo come i DRG più importanti, insufficienza renale e trapianto renale, siano detenuti in maniera residuale rispettivamente dalla medicina generale e dalla chirurgia generale (Fig. 4). Ciò fa riflettere su come la nefrologia trovi quasi fisiologicamente una sovrapposizione con la medicina generale, all'interno della quale è nata.

Considerando un'interpretazione più ampia del "mercato nefrologico", includendo cioè tutte le strutture di ricovero Italiane (comprese quelle che non hanno una U.O. di nefrologia) notiamo come a livello di sistema la nefrologia detenga una quota ancora minore delle attività caratterizzanti il lavoro del Nefrologo in ospedale (Fig. 3b). Guadagna spazi principalmente la medicina generale passando dal 25 al 32%, facendo così intuire che buona parte della casistica nefrologica viene dimessa (e quindi trattata) *in primis* dalle medici-

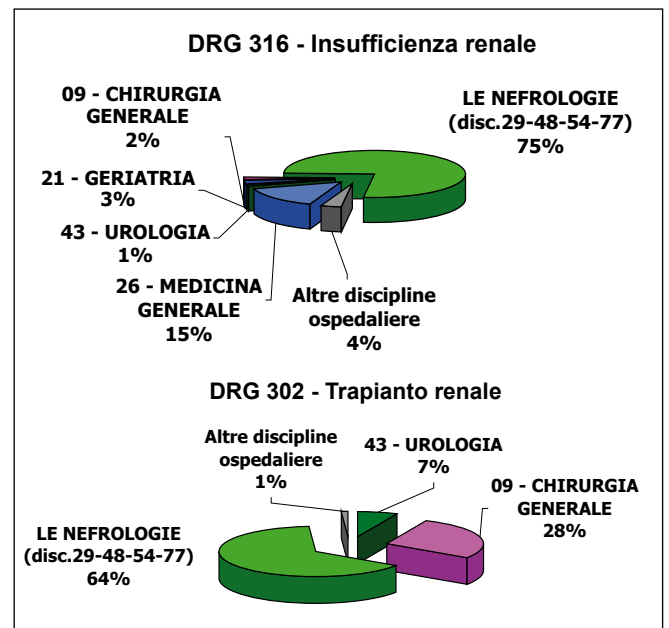


Fig. 4 - Le quote di mercato dei principali DRG nefrologici.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

ne generali laddove la struttura di ricovero non preveda al suo interno almeno una nefrologia.

STATO E POSSIBILI EVOLUZIONI

Le matrici strategiche trovano oggi diversa applicazione nel settore pubblico, con esempi sia in Sanità che nella *governance* degli enti pubblici (6). A conclusione dell'analisi dell'attività ospedaliera della disciplina abbiamo quindi costruito una matrice di posizionamento strategico incrociando le due dimen-

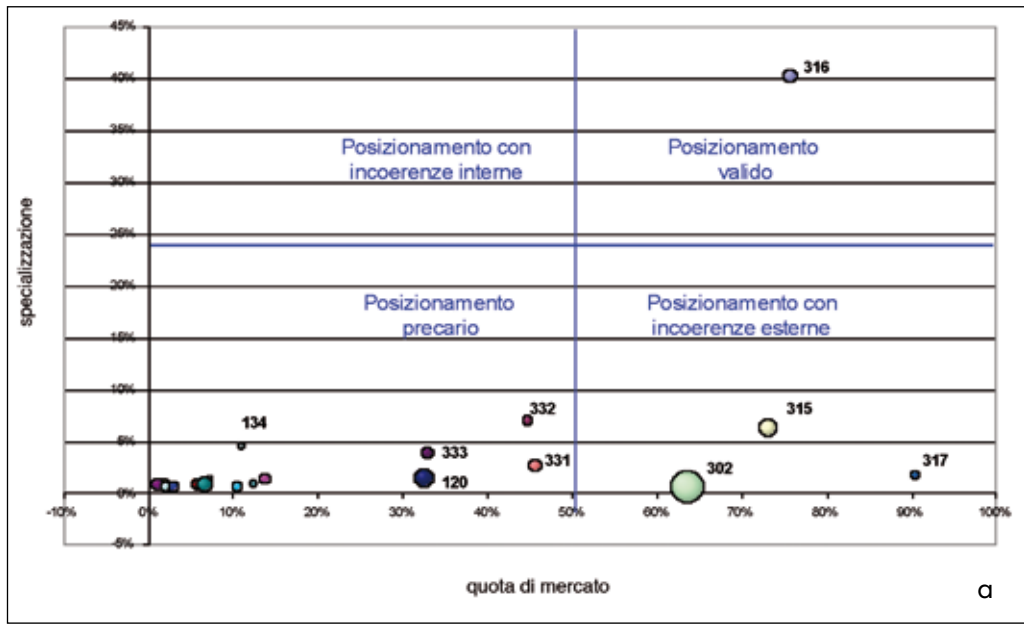
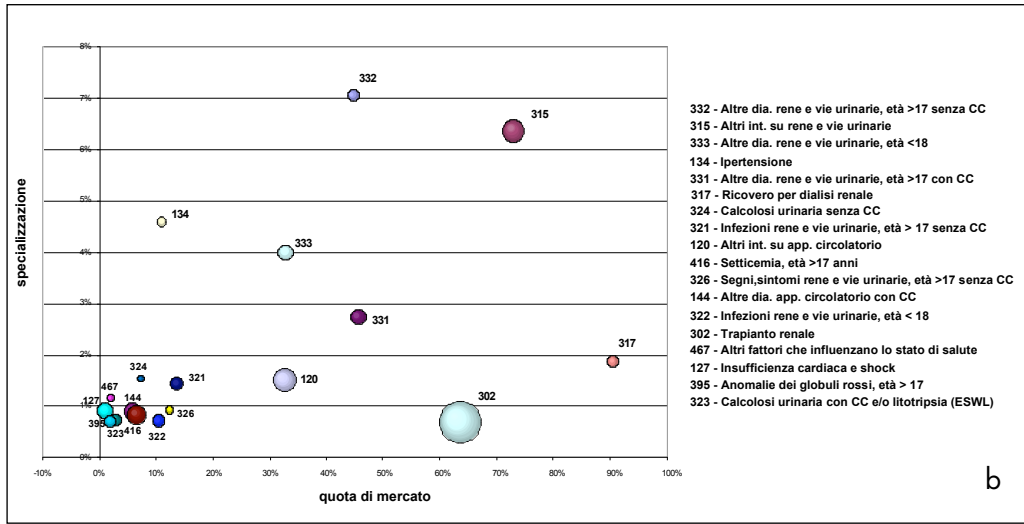


Fig. 5a e 5b - La matrice di posizionamento strategico delle nefrologie e un suo dettaglio.
Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).



sioni di focalizzazione interna e di "quota di mercato" nefrologica. Nei quattro quadranti della matrice possiamo immaginare di collocare, in base al livello di focalizzazione e di copertura di mercato, i DRG di nostro interesse e valutare se vi sono degli spazi di crescita per alcuni DRG rispetto ad altri (7).

Nella Figura 5a abbiamo incrociato quindi le due prospettive di analisi dell'attività ospedaliera delle nefrologie: da un lato la loro focalizzazione interna (Fig. 1) e dall'altro la loro "quota di mercato" rispetto alle altre discipline ospedaliere (Fig. 2). La dimensione delle bolle rappresenta il valore economico per ciascun DRG. Se si considera la sola focalizzazione interna dell'attività nefrologica si vede come questa nel primo grafico è molto spostata ver-

so il basso (asse delle ordinate del grafico) mentre le "quote di mercato" risultano essere elevate anche per DRG a bassa intensità di dimissione (asse delle ascisse).

Nel secondo grafico è stato escluso l'outlier DRG 316, per avere una visione più chiara del maggior numero di DRG caratterizzanti le nefrologie (Fig. 5b). Se si considerano i DRG sui quali la nefrologia è molto "forte" rispetto alle altre discipline (trapianto renale, interventi, diagnosi e infezioni di rene e vie urinarie) si nota come a ciò non corrisponde una equivalente focalizzazione interna della disciplina, in quanto ad esempio una rilevante attività come quella del trapianto renale occupa meno dell'1% dell'attività ospedaliera delle nefrologie.

Fig. 5c - Le quote di mercato della Nefrologia ordinate per DRG a quota crescente di mercato.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

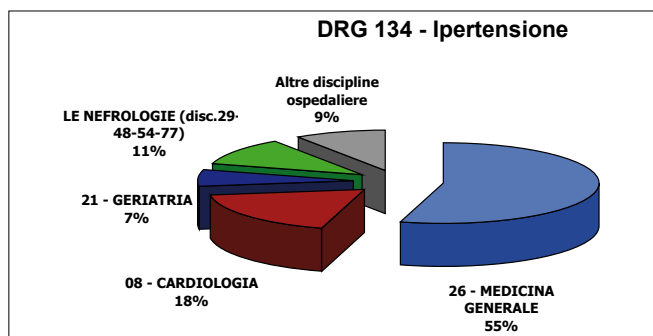
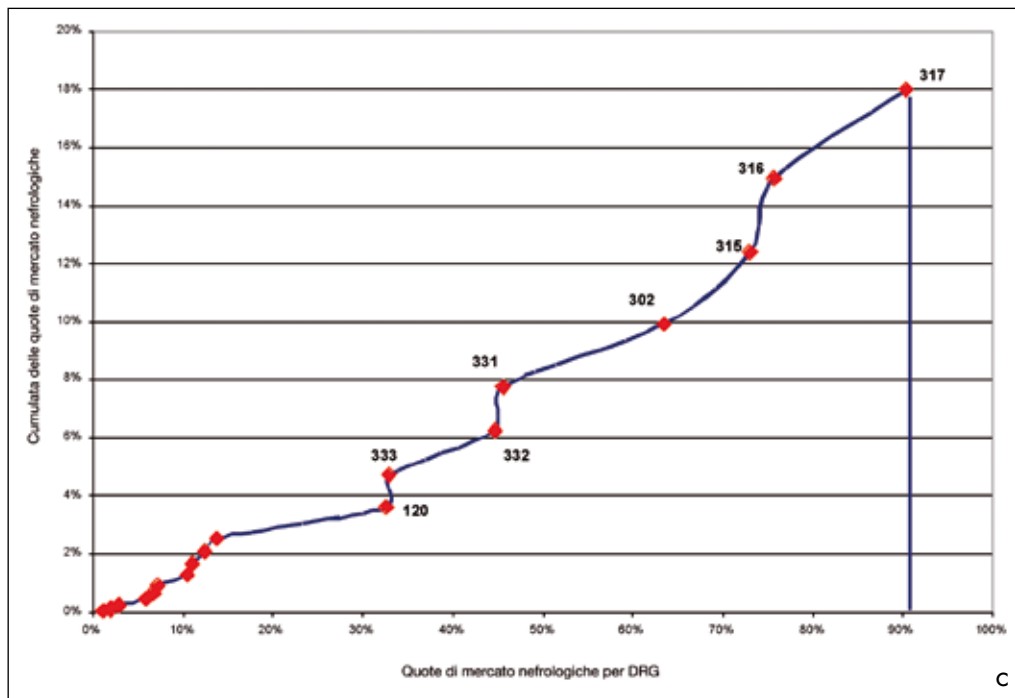


Fig. 6 - Le quote di mercato del DRG Iperensione.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

Analizzando più nel dettaglio cosa va a comporre la "quota di mercato" nefrologica (18%) vediamo nella Figura 5c come alcuni DRG tipicamente nefrologici come il ricovero per dialisi renale, gli interventi su rene e vie urinarie ed il trapianto renale, contribuiscano notevolmente al totale nonostante questi rappresentino sovente una bassa quota di specializzazione interna delle nefrologie (Tab. I). Seguendo le principali teorie del posizionamento strategico⁶, questo dato potrebbe

⁶ Il posizionamento strategico è inteso nelle teorie del marketing come la posizione che l'impresa intende perseguire all'interno del sistema competitivo di cui fa parte. Le matrici di posizionamento strategico sono state ideate dalle società di consulenza strategica al fine di fornire alle imprese uno strumento di facile interpretazione per l'analisi della loro posizione competitiva (tra le più famose la matrice BSG-Boston Consulting Group).

essere interpretato come un segnale di incoerenza interna (8), in quanto a fronte di buoni spazi di mercato su DRG "importanti" non vi è una corrispondente attenzione all'interno delle nefrologie (Fig. 5b). Questi stessi DRG tipicamente nefrologici sono inoltre alcuni dei maggiori in termini di tariffa rimborsata per dimissione, il che non corrisponde necessariamente a "guadagni" nel finanziamento delle strutture di ricovero, in quanto la complessità clinica di tale casistica potrebbe verosimilmente richiedere un maggiore assorbimento di risorse. Un'elevata tariffa di rimborso, infatti, dovrebbe essere interpretata come indicatore di una certa complessità e rilevanza clinica del DRG che giustifica da un lato la necessità di trattamento in ospedale e dall'altro l'elevato rimborso associato.

Se si considerano invece altri DRG non tipicamente nefrologici, si nota che questi occupano comunque buoni livelli di focalizzazione interna (come, ad esempio, il DRG 134 - ipertensione che occupa il quarto posto nell'attività nefrologica per dimissioni ma non sorprendentemente a ciò non equivale una buona quota di mercato nefrologica) (Fig. 6).

Questa matrice di analisi non ha alcuno scopo prescrittivo ed è stata realizzata al solo fine di mostrare come la disciplina nefrologica possa ambire ad ampi spazi di crescita nel trattamento di una casistica nefrologica più complessa. Tutto ciò va letto e interpretato in un'ottica di riposizionamento intenzionale della disciplina che non può prescindere da una riflessione interna alla famiglia professionale.

CONCLUSIONE

L'attività ospedaliera delle nefrologie mostra una certa frammentazione nella casistica nefrologica dedotta dalle SDO ministeriali. Il DRG 316 (insufficienza renale) rappresenta da solo il 40% delle dimissioni mentre il resto è composto da circa 450 DRG dei quali più di 400 rappresentano meno dell'1% dell'attività.

Questa frammentazione può essere spiegata da un lato dalla stessa classificazione italiana dei DRG non esauriente per la casistica nefrologica (e verosimilmente anche per quella di altre discipline). Questo spiegherebbe in parte tale polarizzazione sul DRG 316 e la restante frammentazione sugli altri DRG spesso non tipicamente nefrologici, come il quarto DRG per focalizzazione (134 - ipertensione) che non sembra essere un DRG nefrologico, almeno per quanto si potrebbe evincere dalla codifica delle MDC.

D'altra parte non si è registrato nel corso della ricerca un malessere sostanziale da parte dei Nefrologi nell'essere mal rappresentati da tale codifica, reclamando anzi la loro multidisciplinarietà e la paternità di alcune categorie di DRG come la stessa ipertensione che, anche se non codificata come nefrologica, è nella pratica trattata spesso anche dalle nefrologie.

Utilizzando dei modelli analitici per la comprensione del posizionamento strategico della disciplina, si è cercato di capire quali fossero gli spazi di crescita per la nefrologia nell'attività ospedaliera. L'analisi proposta, pur rimanendo un'interpretazione parziale del fenomeno, presenta una fotografia più chiara del posizionamento della nefrologia, ma rimane di incerta interpretazione. Non si può negare, infatti, l'assenza di una delimitazione o di una rappresentazione veritiera dell'attività ospedaliera delle nefrologie da parte della classificazione DRG delle SDO ministeriali, che ad oggi è forse il più importante strumento di monitoraggio dell'attività clinica delle discipline ospedaliere.

RIASSUNTO

La nefrologia svolge un'importante e consistente attività ospedaliera che non riguarda esclusivamente le nefropatie, avendo, infatti, un importante ruolo di consulenza per tutte quelle patologie che coinvolgono la funzionalità del rene. È stata condotta una analisi sulle dimissioni ospedaliere delle nefrologie nell'ultimo biennio disponibile da database ministeriale SDO (2005-2006) che codifica i ricoveri ordinari e diurni secondo la classificazione nazionale DRG. Sono state individuate come nefrologiche tutte le dimissioni effettuate dalle Nefrologie e, una volta individuati i 20 DRG più frequenti, sono state svolte analisi descrittive al fine di comprendere il posizionamento della nefrologia nell'attività ospedaliera Nazionale. L'attività nefrologica risulta concentrata sui primi quattro DRG (59%), alcuni non di natura esclusivamente nefropatica. I primi 20 DRG rappresentano l'80% dell'attività nefrologica, il resto è sostanzialmente frammentato tra circa 400 DRG che singolarmente non raggiungono l'1% dell'attività totale. Analizzando gli stessi dati di dimissione nefrologica trasversalmente alle altre discipline, risulta che il "mercato nefrologico" è detenuto dalla nefrologia per il solo 18% dell'attività. Da questa prima fotografia la nefrologia non sembra avere una collocazione ben precisa nella casistica ospedaliera, la sua attività si sovrappone spesso a quella della medicina generale, o della chirurgia generale per gli interventi chirurgici, in particolare per il trapianto renale. È da segnalarsi che la stessa classificazione DRG sembra a monte non essere molto rappresentativa della casistica nefrologica ospedaliera, il che spiegherebbe in parte tale frammentazione. È inoltre verosimile che questa problematica di scarsa rappresentatività dell'attività ospedaliera non sia confinata al solo campo della nefrologia. Tuttavia la classificazione DRG oggi è considerata forse il più importante strumento di monitoraggio delle attività di ricovero in Italia, potrebbe quindi rendersi necessario in futuro uno sforzo per promuovere una classificazione adeguata dei DRG nefrologici.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. "Istituzione della scheda di dimissione." 1991. D.M. 28/12/1991.
2. "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati." 1993. D.M. 26/07/1993.
3. "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati." 2000. D.M. n. 380/2000.
4. "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". D.M. del 18/12/2008.
5. Ministero della Salute 2009. Ufficio VI: Programmazione sanitaria, livelli essenziali di assistenza e principi etici di sistema. Disponibile su: <http://www.ministerosalute.it/>
6. Ippolito A. Le matrici di posizionamento: uno strumento innovativo per le aziende sanitarie. *Mecosan* 2003; 12(47): 113-24.
7. Del Vecchio M. Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un'introduzione. *Mecosan* 1995; 4(14): 20-32.
8. A. Tunisini. *Supply chains e strategie di posizionamento*. Roma, Carocci Editore, 2003.