

## **Il flusso dei dati dall'interno di un Ospedale: modalita' e problemi**

G. Quintaliani, G. Ascione, R. Prospero, O. Truffrelli, L. Esposito,  
Staff di Direzione Generale e Direzione Sanitaria - Azienda Ospedale di Perugia

L'ospedale e' una realta' organizzativa estremamente complessa che necessita della conoscenza ed acquisizione di una quantita' di dati notevole che possono essere impiegati per diverse esigenze :

- dati per la assistenza medica
- dati per il Management e per la qualita'
- dati per il Sistema Informativo del SSN
- dati per i lavori scientifici e/o epidemiologici

Ognuno di questi dati riconosce come fonte principale il singolo paziente che accede alla struttura o per un ricovero (DH o Ordinario) o per una prestazione ambulatoriale ed e' soggetto a regole di acquisizione e di utilizzo ben definite:

- le regole sulla privacy
- regole sulla trasmissione da un settore od ufficio o struttura ad un'altra
- regole di uniformita' di contenuto (es. formattazione dei campi e traccia record) nel caso di dati trattati da programmi per computer e archiviati su supporti magnetici.

Durante il ricovero i dati del singolo paziente saranno piu' volte ripetuti all'interno del percorso informativo mentre nel caso di un paziente ambulatoriale questi dati saranno relativamente piu' modesti e localizzati.

Un accenno deve essere fatto anche ai dati che appartengono agli operatori di una singola azienda che, pur avendo un trattamento diverso, devono anch'essi sottostare a regole ben definite (es. privacy) e devono comunque essere tenuti presenti nel momento della elaborazione finale in quanto entrano a far parte a tutti gli effetti del sistema informativo e contribuiscono alla creazione di indici valutazionali. (es: quanti infermieri per posto letto, o quanti impiegati per punto DRG prodotto etc).

Il flusso dei dati istituzionali concernenti i pazienti riguarda i dati che una azienda sanitaria acquisisce al momento in cui entra in contatto con un cliente/paziente e che entrano poi a far parte del Sistema informativo del Ministero della Sanita' e della Regione. <sup>(1)</sup>.

I dati ottenuti servono inoltre a "produrre fatturato in quanto l'unica via di finanziamento e quindi di reddito delle Aziende Ospedale e' in relazione alla attivita' svolta.

La legge n. 675 del 1996 sulla privacy definisce una serie di dati personali come dati sensibili, questi sono: Nome, Sesso, Razza, Confessione religiosa, stato di Salute, abitudini Sessuali etc. Come si vede quasi tutti i dati che una azienda sanitaria raccoglie possono essere definiti sensibili, da cio' deriva il fatto che non solo i dati devono essere raccolti in maniera accurata per rispondere alle necessita' informative, patrimoniali e gestionali ma devono anche sottostare alle regole dettate dalla legge sulla privacy e dalle successive circolari esplicative (almeno 12) che si sono susseguite nel tempo (l'ultima e' sulla autorizzazione al trattamento dei dati sanitari (n. 2/98 del settembre 1998),. A cio' va aggiunto il fatto che spesso le queste norme cozzano con la legge n. 241 del 1990 che garantisce l'accesso ai documenti della pubblica amministrazione (Così, per esempio, mentre per il garante la cartella clinica puo' essere rilasciata solo all'interessato o a persona da lui delegata per iscritto, secondo recente giurisprudenza (TAR Abruzzo, 681/1997), è possibile e legittimo che un terzo venga comunque a conoscenza dell'altrui cartella clinica se deve difendere un proprio interesse giuridico)

Tutti i dati di un paziente sono raccolti, come e' ovvio, nella cartella clinica, ma le Aziende Sanitarie, su precisa disposizione legislativa del ministero della Sanita', raccolgono per i fini suddetti alcuni dati essenziali che risiedono nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (o SDO) che e' uguale in tutta Italia e in tutti gli ospedali<sup>(2)</sup>. Cio' consente una grossa uniformata' tra varie realta' e consente la elaborazione statistica di alcuni indici che sono alla base del sistema informativo regionale .

Il percorso quindi che i dati sensibili di un paziente effettuano e' il seguente:

- Accettazione Sanitaria al momento dell'ingresso in Ospedale (P.S. Reparto clinico, Sezione amministrativa) con dati anagrafici, modalita' di ammissione, etc.
- Compilazione cartella clinica al momento della dimissione con indicazione delle diagnosi (una principale e 3 accessorie) e delle procedure diagnostiche maggiori (esempio laserterapia) e/o diagnostiche (esempio intervento chirurgico) sulla base dei codici contenuti nella tabella

dei codici internazionali delle diagnosi e malattie edizione 9 (arrivata attualmente alla X<sup>a</sup> edizione in versione test) conosciuta con la sigla ICD9-CM

- Chiusura della cartella clinica da parte del reparto a firma del medico curante in ospedale e/o del primario della UO di dimissione ed invio alla D.S. per gli ulteriori passaggi
- trascrizione di tutto il materiale cartaceo su supporto magnetico (file elettronico)
- Trattamento dei dati con programma Grouper (3M<sup>®</sup>) per attribuzione del DRG (Diagnosis Related Group o Patologie omogenee per diagnosi)
- Passaggio al servizio informatico od equivalente per la valorizzazione economica e la attribuzione del peso al DRG
- Passaggio di tutto il file elettronico al Controllo di Gestione che provvede alla elaborazione dei dati con la valorizzazione di indici ed indicatori e della attribuzione dei "ricavi" al singolo centro di responsabilit  (Reparto)
- Aggregazione di tutti i dati disponibili per periodo ed invio al servizio informativo regionale e al ministero della Sanita'
- nonche' passaggio della valorizzazione economica dei singoli ricoveri alle singole ASL di appartenenza del paziente (nel caso di una azienda Ospedale) per la fatturazione delle prestazioni, o per la mobilita' extraregionale.
- Inoltro agli uffici economici e all'Ufficio del budget per valutazione bilancio, previsioni ed analisi degli scostamenti.
- Costruzione di griglie di dati, indici ed indicatori da distribuire ai reparti e alla Alta Direzione per le decisioni da prendere sul proseguo della attivita'.

Gli indici che vengono elaborati possono essere veramente nell'ordine delle decine o centinaia, i piu' usati sono alcuni indici di attivita' che servono sia alla Alta Direzione, all'Ufficio del Budget, al N.I.V. e ai singoli reparti e/o Dipartimenti a valutare il buon andamento della attivita' e il raggiungimento degli obiettivi o concordati o comunque prefigurati, sia a valutare, in termini puramente economici, l'impegno di risorse umane e materiali. E' ovvio che entreranno a far parte dei reports periodici non solo i dati di attivita' ma anche i dati economici con la valutazione dell'impegno finanziario per singolo centro di costo di tutte le spese sostenute a partire dall'apparecchio sanitario estremamente costoso fino alla singola riparazione di una spina elettrica. Esistono delle precise indicazioni su quelli che possono essere considerati indici<sup>(3, 4, 5)</sup> di efficienza per la valutazione di un singolo reparto od ospedale; la costruzione e l'uso di questi indicatori entrano quindi a far parte di un patrimonio comune di conoscenza e valutazione che fornira' la base anche ai futuri processi di accreditamento e che "in nuce" fornisce anche al singolo cittadino indicazioni sulla validita' della scelta sul dove andare a farsi curare (alcuni dati sono attualmente disponibili su Internet<sup>(6)</sup>)

Problemi:

In tutto questo flusso di dati, che peraltro e' solo una minima parte di quello che una azienda Ospedale deve tenere sotto controllo (pensiamo solo ai problemi che la nuova gestione finanziaria per centri di costo comporta con il tenere traccia dei vari magazzini e dei vari costi), non dobbiamo dimenticare alcuni problemi che possono inficiare un lavoro complesso anche se ripetitivo.

- Ritardi nella chiusura dei ricoveri da parte del reparto che comporta:
  - ritardata attribuzione della attivita'
  - ritardata attribuzione di ricavi al reparto e alla azienda
  - errori nel sistema previsionale budgetario
- Problemi di accuratezza dei dati e precisione nel passaggio da materiale cartaceo a supporto informatico, e' questo un passaggio delicato che necessita di programmi computerizzati in grado di ridurre al minimo gli errori e le incongruenze e che prevedono la rigida osservanza dei tracciati record stabiliti a livello regionale e/o nazionale.
- Rapidita' della acquisizione dei dati per valutazione in tempo reale della situazione attuale. E' questo uno dei problemi principali: se gli indicatori devono servire da cruscotto elettronico devono essere in grado di cogliere immediatamente una situazione che si evolve senza aspettare che se ne verifichino le conseguenze (se l'indicatore di un'auto segnala la mancanza di benzina quando si e' gia' a secco ne risulta assolutamente nulla l'utilita')
- Problema della privacy
  - Tutti i dati sensibili del paziente sono soggetti a privacy e se e' vero che anche gli impiegati amministrativi sono soggetti al segreto professionale il garante ha dovuto

emanare una apposita delega perche' alcuni dati che "servono alla attivita' aziendale" possano essere esonerati dalle rigide procedure legate a questa legge. Rimane il fatto che l'oscuramento dei nomi (o di quant'altro ne possa rendere possibile l'identificazione) nei tabulati recanti i dati dei pazienti ricoverati e che vengono trasmessi alle ASL per il rimborso priva quest'ultime di un sistema di controllo sulla congruita' di alcuni indici. (attualmente l'oscuramento e' obbligatorio per i pazienti con diagnosi di HIV e per le interruzioni volontarie di gravidanza) mentre e' solo consigliato per gli altri dati. Rimane il fatto che il garante ha prodotto una quantita' enorme di circolari e di interpretazioni diverse tanto da far risultare difficile una applicazione uniforme i queste norme.

- Tutto il sistema se vuole essere utile al sistema budgetario, al SIS, o a qualunque sottoprodotto che necessiti di una accuratezza di dati ragionevole comporta investimenti in Hardware e software non indifferenti. Basta pensare che senza un buon sistema d anagrafe sanitaria non e' possibile avere dei dati attendibili sul nome dei pazienti e che quindi alcuni indici potrebbero risultare inattendibili (ricoveri ripetuti), ma anche essere fonte di contestazione da parte delle ASL che potrebbero rifiutarsi di pagare per pazienti inesistenti; inoltre la applicazione di una informatica distribuita a tutti i reparti di un ospedale e' ancora un sogno che non tutti possono accarezzare non solo per carenze di tipo organizzativo e/o finanziario ma soprattutto per mentalita' e la difficolta' di far arrivare tutto il personale e contemporaneamente ad un livello accettabile di conoscenza dello strumento informatico che, come e' noto, esplica appieno le sue potenzialita' solo quando tutti i dati sono immagazzinati in esso in maniera continuativa e senza errori.

Sara' necessario quindi che, come nella Sanita' non basta avere un chirurgo per ottenere un buon intervento, il sistema sia frutto di una analisi corretta, di investimenti oculati e di una centralizzazione del potere decisionale in fatto di flusso ed utilizzazione dei dati.

---

<sup>1</sup>) Sito Internet Ministero Sanita': <http://www.sanita.interbusiness.it/sistan/>

<sup>2</sup>) <http://www.sanita.interbusiness.it/sistan/sdo.htm>, <http://www.sanita.interbusiness.it/sanita/sdo/>

<sup>3</sup>) Ministero della Sanita' Servizio centrale programmazione Sanitaria: I contenuti e le modalita' di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualita' del servizio sanitario nazionale

<sup>4</sup>) Indicatori per il controllo dell'economicita' della spesa nel S.S.N. Sperimentazione Indicatori ospedalieri (1994-1996) Mediobanca

<sup>5</sup>) A user manual Hospital Wide medical Indicators ACHS (Australian Council for Hospital Standardization 1997

<sup>6</sup>) <http://www.sanita.interbusiness.it/sdo/cittadi/cittaind.htm>