

STRUMENTI ED IDEE DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA

- Una corretta programmazione ospedaliera pubblica dovrebbe, a mio avviso, responsabilizzare le ASL sulla capacità di soddisfare i bisogni assistenziali in ambito locale o comunque regionale. E' infatti questa la ragione di esistere dello stesso concetto di ASL e, conseguentemente, di tutti i suoi Reparti. Il fenomeno della cosiddetta MOBILITA' SANITARIA, che studio da molti anni, se da un lato può essere considerato un'opportunità, dall'altro indica problemi che la programmazione sanitaria deve risolvere. In particolare le cosiddette "fughe" non fisiologiche mostrano buchi quali-quantitativi dell'offerta di prestazioni (cioè diseguità del sistema) e sono correlate ad una cattiva reputazione delle strutture ("i pazienti votano con i piedi" diceva l'economista Tiebout). Essendo le "fughe" e le "attrazioni", dalla fine degli anni '90, legate anche a flussi finanziari, rispettivamente passivi ed attivi, su di loro è andata crescendo l'attenzione. L'obiettivo "politico" del Servizio Sanitario Pubblico (ASL o Regione) dovrebbe essere quello di contenerle entrambe, vocando le proprie risorse principalmente al soddisfacimento dei bisogni il più vicino possibile alla residenza degli assistiti. Ho messo a punto un facile strumento, utilizzabile a livello strategico-MACRO (Regione) ed a livello aziendale (Controllo di Gestione). Dalle sintetiche FIGURE allegate si nota che:

1. lo strumento in oggetto, "nomogramma di Gandy", descrive, in sintetica forma grafica, la capacità di una struttura (Regione, ASL, Reparto) di soddisfare la domanda di assistenza derivante dalla propria zona di competenza (ricoveri di residenti = R), le "fughe" generatesi verso strutture esterne (F) e le "attrazioni" di pazienti provenienti dal di fuori del naturale (programmato) bacino di utenza (A). La discesa dall'alto verso il basso del grafico evidenzia l'aumento di "fughe"; procedendo da destra verso sinistra diminuiscono le "attrazioni"; il quadrante superiore destro racchiude le situazioni nelle quali la principale vocazione delle strutture è il ricovero di residenti (R> sia di A che di F); l'emiquadrante evidenziato in rosso è quello ottimale della programmazione ospedaliera pubblica. Il quadrante superiore sinistro è l'obiettivo di una struttura privata non accreditata, non vocata al soddisfacimento dei bisogni locali, ma anzi ad una aggressività di mercato che, se estesa a troppe prestazioni, potrebbe mettere in discussione la rete assistenziale del SSN;
2. è possibile dare precisi obiettivi (scomponibili per le diverse casistiche) ai diversi Reparti (MICRO);
3. è possibile valutare in proposito le diverse conduzioni aziendali (MESO);
4. è possibile distinguere le Regioni che hanno una programmazione virtuosa rispetto a quelle che non la hanno;
5. il trend della Liguria è in declino (la figura rappresenta una zoomatura dal grafico intero).

Ho presentato questo strumento all'OCSE lo scorso anno.

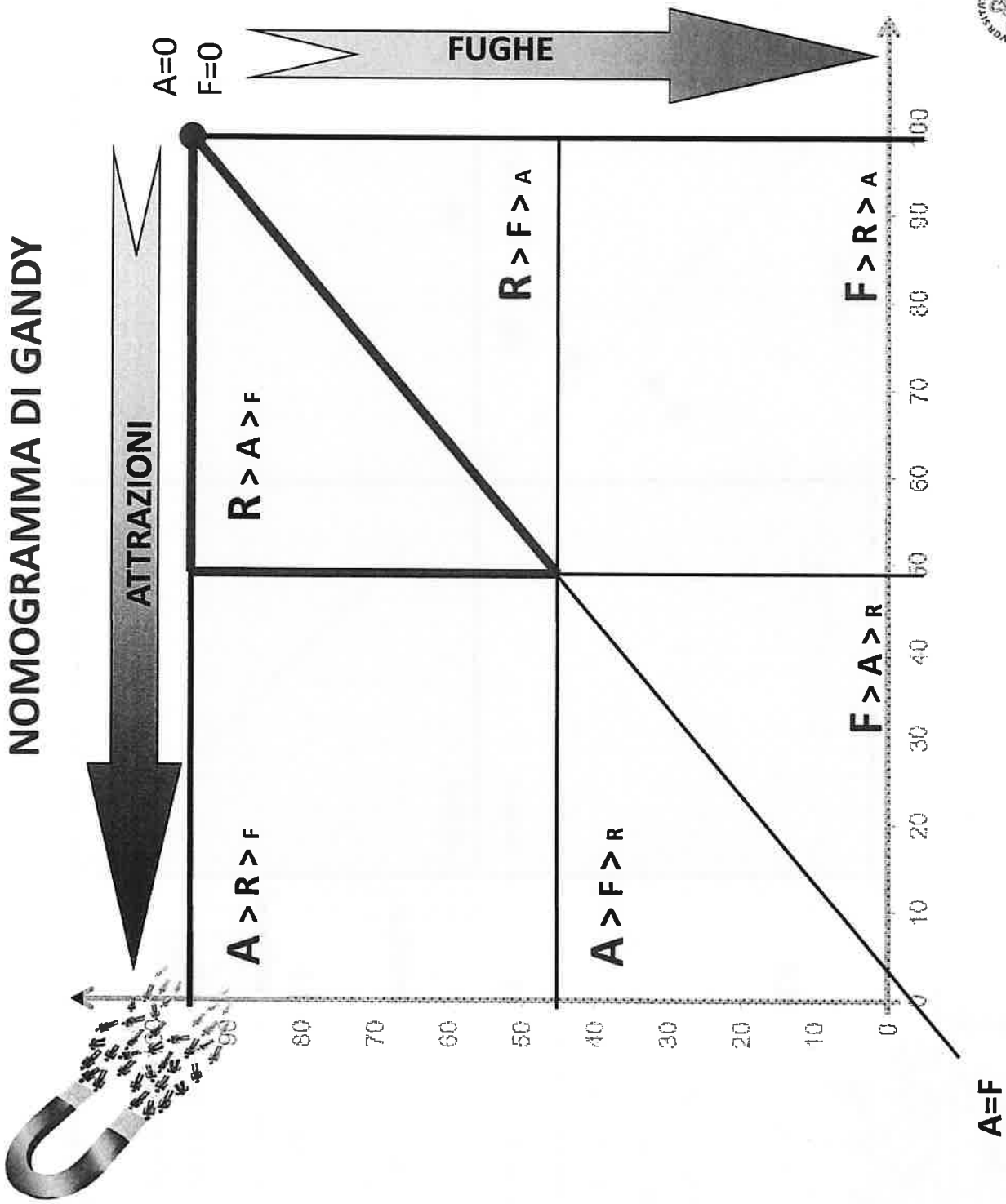
La Regione Liguria sarebbe la prima ad adottarlo;

- Un Primario (Direttore di Dipartimento o di Struttura Complessa) dovrebbe essere responsabilizzato sulla soddisfazione a livello locale (ASL) o, al massimo, regionale del bisogno di assistenza nel suo settore. Egli dovrebbe contare su tutte le potenzialità locali e regionali, anche di aziende private accreditate, per integrare, se necessario, la sua capacità produttiva, indirizzandovi i Pazienti che non è in grado di soddisfare col suo Reparto in tempi ragionevoli. La posizione del suo Reparto nel grafico (e l'eventuale miglioramento della stessa) dovrebbe essere fatta oggetto di attenzione in fase di contrattazione del budget;
- Occorre chiarire che le LISTE DI ATTESA, come peraltro i ticket, sono uno strumento e non un effetto indesiderato della pubblica programmazione. Quando la prestazione non viene direttamente pagata al momento della fruizione, essi rappresentano utili "freni alla domanda impropria". Esse sono un aiuto al Gate Keeper, obbligatoriamente pubblico, che ha la antipatica ma necessaria funzione di stabilire chi ha veramente e più bisogno della prestazione. Occorre stabilire, per categorie di Pazienti e tipologie di prestazioni i tempi di risposta accettabili, oltre ai quali si può autorizzare una prestazione fuori Regione e, eventualmente, mettere in discussione la managerialità del "Primario" (non adempimento del proprio ruolo, sviamento dei Pazienti verso il Privato non accreditato).
- Come accennato, dovrebbero essere i Reparti Pubblici, cui spetta il governo della domanda, previa valutazione della reale necessità ed urgenza dell'intervento (controllandone così l'appropriatezza), a commissionare le prestazioni ai Privati o fuori Regione. Il Paziente (ovviamente parliamo di casi "elettivi") che ritiene di esercitare la sua "libera scelta" al di fuori delle indicazioni suddette dovrebbe darne motivazione scritta attraverso il suo Medico di Base. Peraltro i Medici Generalisti non possono non condividere la responsabilità della FUGA di un loro Paziente: o il Paziente non ha richiesto/accettato

il loro consiglio (quindi censiamo un voto "di sfiducia" nei loro confronti) o sono loro ad orientare i Pazienti fuori Regione (e allora devono spiegarne il motivo: in tal modo la Regione/ASL disporrebbe di un criterio di valutazione della reputazione dei diversi reparti e/o di indicazioni sull'offerta da potenziare/migliorare);

- Un altro ambito delle mie ricerche è la misura degli outcome (risultati di salute) in rapporto alle situazioni cliniche (gravità) di partenza ed alle risorse consumate. L'argomento, da me inizialmente sviluppato in ambito ospedaliero, su piccola scala, ha ispirato il Piano Nazionale Esiti AGENAS e meriterebbe di essere sviluppato anche nell'ambito della sanità territoriale;
- Qualche considerazione in merito all'ambito riabilitativo ed alle cure intermedie. Se ha una logica la tendenza a concentrare il trattamento dell'acuzie in strutture ipertecnologiche centralizzate, alla ricerca di maggiore efficienza, meno condivisibile è il trattamento "intermedio" al di fuori del Distretto di appartenenza: esso significa spostare risorse (materia prima), quali sono i Pazienti ed il loro indotto, da un comprensorio all'altro, mantenendoli oltretutto lontani dalle famiglie. Nel recente passato, ad esempio, l'allora Sindaco di Albenga, R.GUARNIERI, si era fatta portavoce di proteste in proposito da parte di Cittadini Ingauni trattati dalla Traumatologia dell'Ospedale S.Corona di Pietra Ligure (cui è stato accorpato il reparto soppresso dell'Ospedale di Albenga) o da altri reparti (Neurochirurgie, Neurologie, Cardiologie, ecc.) inviati a strutture del Distretto Finalese o genovesi o fuori Regione, anziché, per competenza territoriale, presso la Casa di Cura "San Michele" di Albenga. Orbene, è possibile suddividere le attività riabilitative "verticalmente" (es. Riabilitazione Ortopedica, Neurologica, ecc.) od "orizzontalmente" (per competenza territoriale). E' poi possibile, sulla base della progressivamente degradante intensità del trattamento, smistare i Pazienti "in serie" (es. prima la Riabilitazione intensiva in una struttura, poi quella post-intensiva in altra struttura) o "in parallelo" (Pazienti alle strutture convenzionate dei rispettivi Distretti di residenza l'intera durata del trattamento istituzionalizzato, fino al rientro a domicilio del Paziente). Questa ultima soluzione è possibile se la struttura ricevente è organizzata per diverse intensità di cura. Oltre ai sopraccennati aspetti di capacità tecnica, a parità di risultato clinico andrebbero tenute in considerazione le soluzioni che avvicinano i Pazienti alle famiglie, riportando il relativo indotto alle zone di residenza degli stessi.

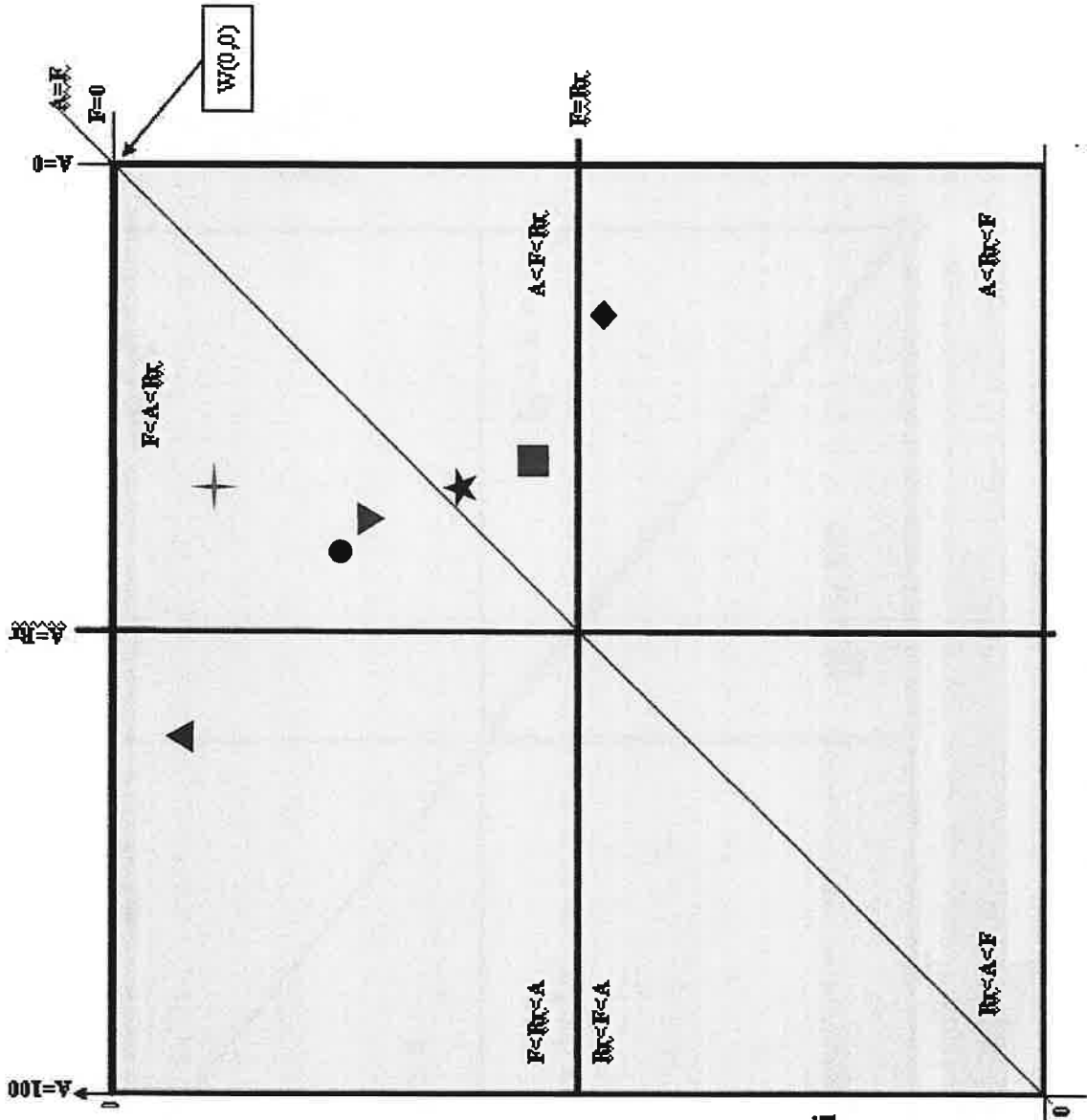
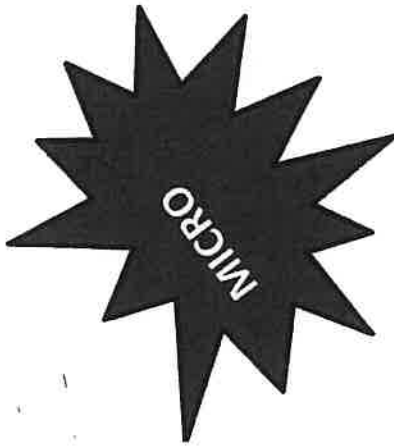
NOMOGRAMMA DI GANDY



N. Nante

2018

Nomogramma di Gandy: Policlinico Senese, Alcuni Casi oncologici Anno 1997 (Bacino di utenza = Provincia di Siena)



✦ ICD IX: 172.0-172.9
Melanoma

▲ ICD IX: V580
Radioterapia

★ ICD IX: V581
Chemioterapia

◆ ICD IX: 151.0-151.9
Stomaco

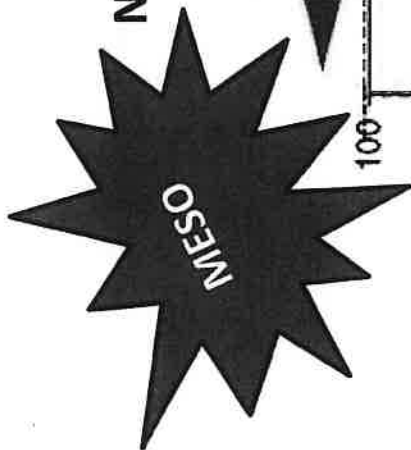
■ ICD IX: 153.0-154.9+159.0
Colon-retto

▼ ICD IX: 162.0-162.9
Trachea, bronchi, polmoni

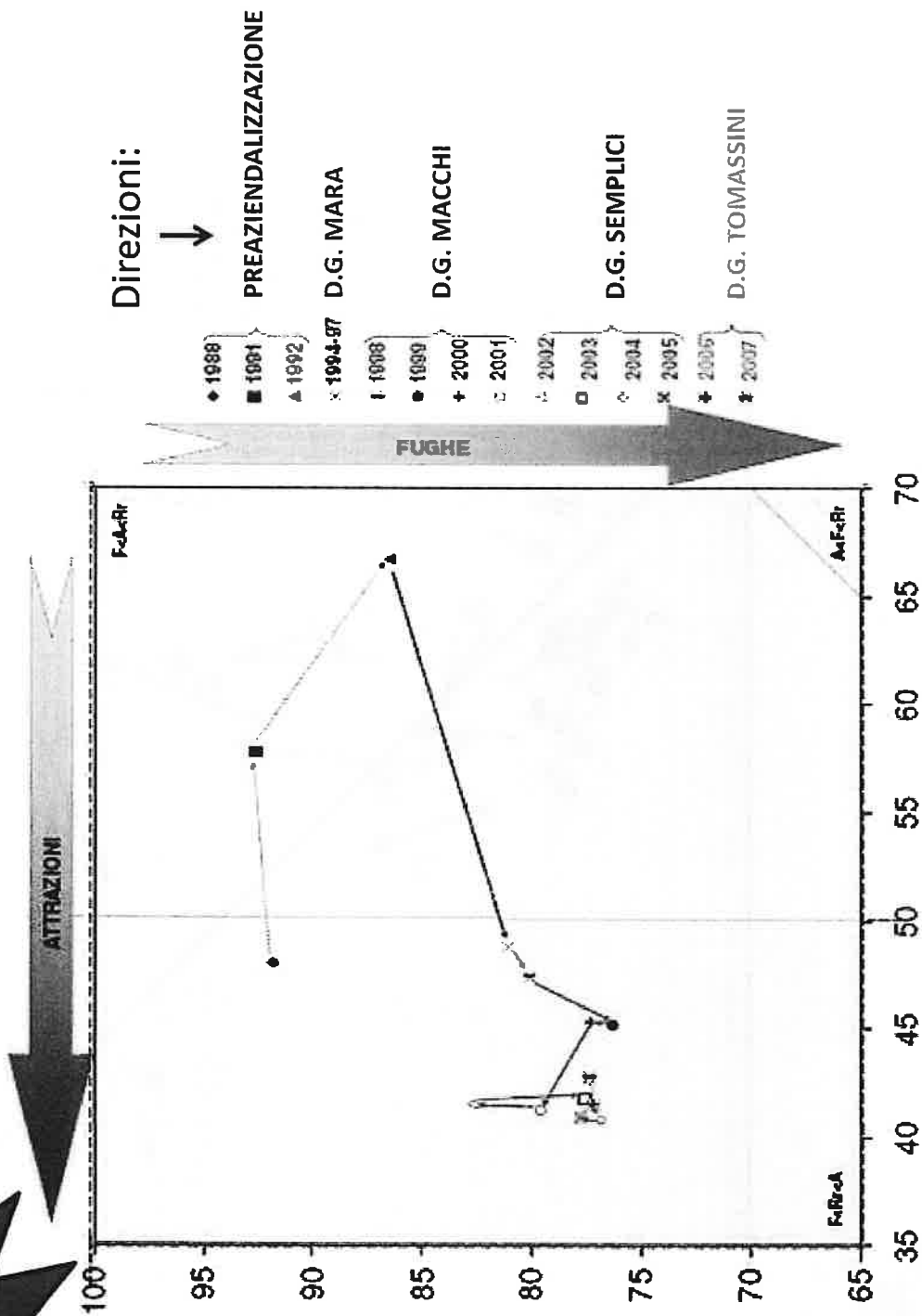
● ICD IX: 200.0-208.9
Linfo-emo



N. Nante

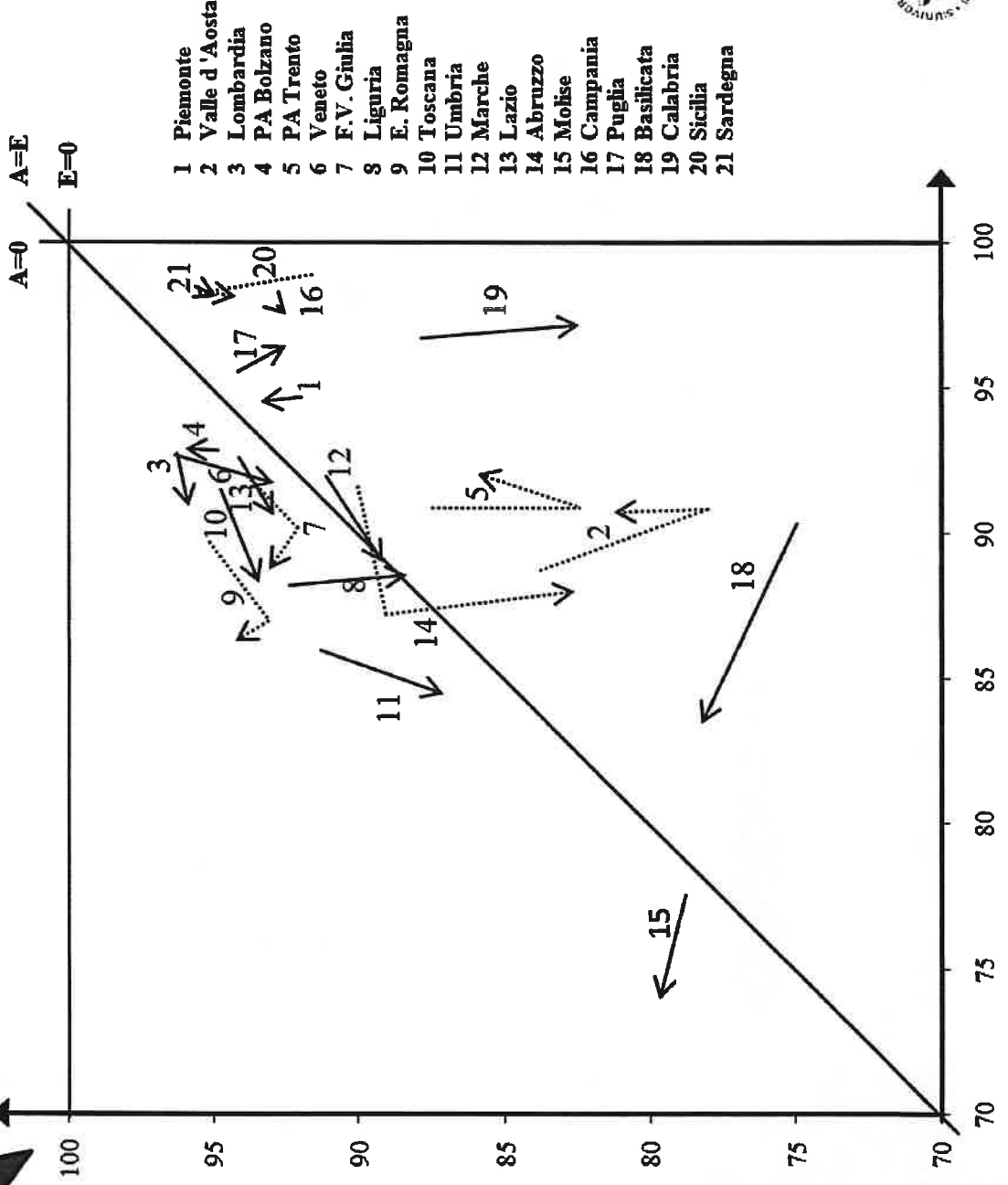
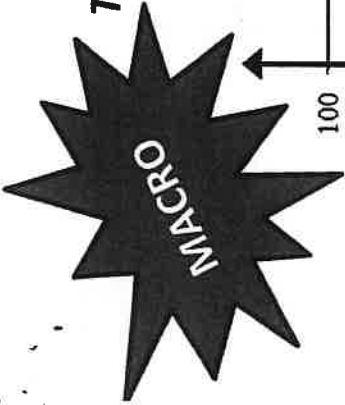


NdG - Policlinico senese, Casistica complessiva, anni 1996 - 2007



N. Nante

Trend di mobilità dei pazienti ospedalieri tra le Regioni Italiane, 1998 - 2011



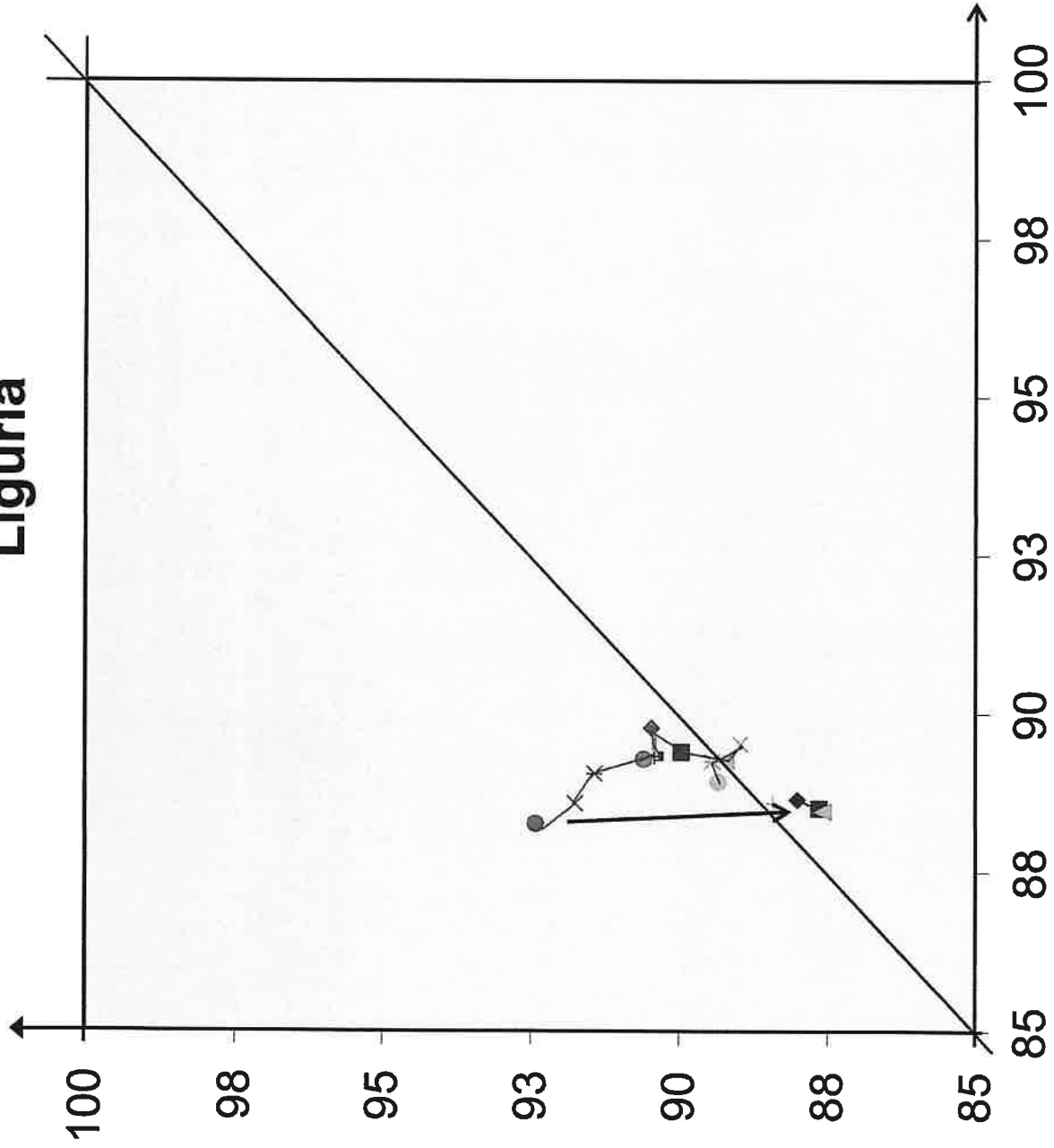
- 1 Piemonte
- 2 Valle d'Aosta
- 3 Lombardia
- 4 PA Bolzano
- 5 PA Trento
- 6 Veneto
- 7 F.V. Giulia
- 8 Liguria
- 9 E. Romagna
- 10 Toscana
- 11 Umbria
- 12 Marche
- 13 Lazio
- 14 Abruzzo
- 15 Molise
- 16 Campania
- 17 Puglia
- 18 Basilicata
- 19 Calabria
- 20 Sicilia
- 21 Sardegna



N. Nante

Nomogramma di Gandy - Quadrante superiore destro

Liguria



- 1998
- × 1999
- * 2000
- 2001
- + 2002
- 2003
- 2004
- ◆ 2005
- 2006
- ▲ 2007
- × 2008
- * 2009
- 2010
- + 2011
- ◆ 2012
- 2013
- ▲ 2014



N. Nante

15/11/14

