

Una domanda alla quale molti hanno risposto in maniera errata è quella che chiede, in sede di pianificazione e programmazione, se il problema della scarsità delle risorse in sanità debba essere affrontato ponendosi l'obiettivo oppure il vincolo dell'equilibrio economico-finanziario.

È l'esempio del Duomo di Siena e del ragazzo che porta la compagna in paninoteca. In un caso è venuta a mancare la copertura economica ed il progetto di ingrandire il duomo è fallito (obiettivo mancante della necessaria copertura economica); nel secondo caso, fatti i conti con le disponibilità (il **vincolo** economico), l'obiettivo è stato raggiunto *giocando* sul tipo di cena e di locale (la paninoteca) che la disponibilità economica permetteva (il ragazzo ha raggiunto l'obiettivo di portare a cena la ragazza rispettando il vincolo economico che la nonna gli aveva dato).

<><><>

Il sistema di valorizzazione a DRG è un sistema prospettico di pagamento; il pagante ha la possibilità di conoscere in anticipo, in maniera prospettica, il costo che dovrà sostenere per la gestione di una specifica condizione (ovvero, l'ammontare della valorizzazione economica dovuta a fronte di ciascun DRG prodotto); non dimenticate che il sistema nasce in America, dove il pagante è frequentemente un'assicurazione alla quale interessa sapere quanto verrà a costare un certo ricovero o un certo intervento

<><><>

Se guardate la delibera tariffaria regionale, vedrete che:

- non esiste un DRG per pazienti cronici diverso da quello per pazienti acuti; il DRG è utilizzato per regolamentare le transazioni economiche correlate a ricoveri per acuti; per ricoveri in lungodegenza, in riabilitazione e in psichiatria esiste una tariffa giornaliera
- non esiste un DRG per pazienti dimessi dalla rianimazione o dalla medicina generale: il DRG non è specifico per disciplina ma è associato ad una tariffa onnicomprensiva per la quale non rileva il numero di reparti attraversati, il numero di professionisti che hanno prestato la loro opera per il paziente in esame o il numero di atti chirurgici

<><><>

Parlando di Beveridge, la domanda recitava: "le variazioni al tenore di vita cui fa riferimento Beveridge nel suo rapporto, testimoniano che:

non è possibile migliorare il tenore di vita di una popolazione senza incrementare il volume di risorse disponibili → non è sempre vero; in molti casi il vero problema non è la quantità delle risorse scarse quanto piuttosto un impiego non ottimale delle stesse. A parte la cronaca ministeriale di tutti i giorni che va in questa direzione quando parla di riduzione del turn-over del personale, di interventi a parità di costi, di ottimizzazione delle risorse, ... possiamo anche pensare ad una organizzazione che spesso è centrata su bisogni diversi da quelli del paziente o della popolazione; conosciamo tutti esempi di strutture complesse o di direttori di unità complesse senza posti letto (realtà sicuramente più rappresentata in altre regioni); banalizzando il concetto, se è vero che queste strutture *fantasma* hanno un costo e che i finanziamenti per la gestione di queste situazioni anomale vengono da un unico fondo, per definizione *finito*, possiamo pensare che un diverso impiego di risorse può avere ripercussioni positive sullo stato di salute della popolazione. I progetti di riorganizzazione dell'assistenza per intensità di cure non vanno forse in questa direzione? Lo spostamento di masse di pazienti verso altri modelli assistenziali (da 7 giorni di ricovero per una cataratta ad un intervento ambulatoriale), non vanno forse in questa direzione?

la carenza di interventi medici rappresenta l'unica variabile in grado di influenzare lo stato di salute → non è vero; Beveridge ha pubblicato il rapporto verso la fine della seconda guerra mondiale ed ha presentato dati relativi al primo trentennio del secolo scorso, comprensivo della prima guerra mondiale; ciò nonostante, gli indicatori citati (peso medio e altezza della popolazione scolastica, per esempio) hanno dimostrato un miglioramento dello stato di salute ... molto di ciò grazie a interventi di igiene pubblica

le condizioni sociali, economiche e culturali non hanno la capacità di influenzare lo stato di salute della popolazione → non è vero; ricordate l'esempio della metropolitana di Washington? Lungo un tragitto di 20 chilometri dalla periferia al centro, dai quartieri poveri al centro del potere, l'aspettativa di vita aumenta di circa 1 anno a chilometro ...

<><><>

La banca dati SDO non è lo strumento principe per **qualsiasi** rilevazione, anche se per alcune tipologie di indagini è sicuramente utile.

Chiarisco il concetto con alcuni esempi:

- nella SDO sono registrate alcune prestazioni tra tutte quelle erogate al paziente durante la degenza; se vogliamo verificare quali e quanti pazienti hanno eseguito una colonscopia prima di un intervento demolitivo al colon, per esempio, la banca dati SDO non ci potrà aiutare;
- se vogliamo sapere quanti pazienti contraggono un'infezione nosocomiale, sino al 31/12/2016 non abbiamo alcuna informazione sulla SDO che ci dica quando è insorta l'infezione, se era presente al momento del ricovero, se è una complicanza dell'intervento o altro
- nella SDO possiamo registrare solo 6 codici diagnosi e, tra queste condizioni, devono essere registrate solo quelle che hanno comportato impegno di risorse; questo fa sì che se cercassimo la popolazione diabetica ricoverata, per esempio, non avremmo mai la certezza di poter selezionare l'intera popolazione diabetica; la nostra selezione si limiterebbe ai soli pazienti che, in virtù di determinate condizioni, hanno comportato un impegno di spesa per la gestione del diabete (pazienti scompensati tanto quanto diabete all'esordio ... e non avremmo nessuna possibilità di riconoscere, attraverso i dati della SDO, a quale dei due raggruppamenti appartiene ciascun paziente)