

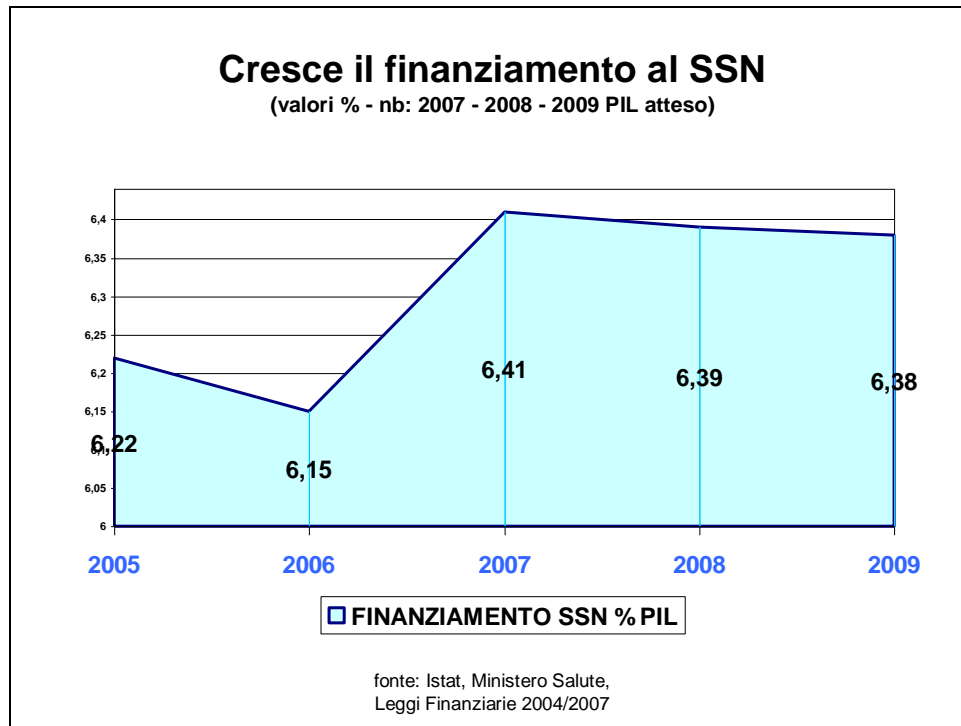
UNA SANITÀ SOSTENIBILE: QUALITÀ, EFFICIENZA, EQUITÀ

Il modo più serio per difendere la natura universale del servizio sanitario nazionale è farlo funzionare bene.

CON IL PATTO PER LA SALUTE I FINANZIAMENTI SONO CRESCIUTI

Il Patto – sottoscritto da Governo e Regioni alla fine del 2006 - ha incrementato i finanziamenti rispetto agli anni precedenti.

La figura illustra il trend del finanziamento (corrente) del Servizio Sanitario Nazionale negli anni 2005 – 2009. Si riscontra un netto aumento dell'incidenza del Finanziamento sul PIL a partire dal 2007 (effetto del Patto) per poi stabilizzarsi negli anni successivi (il PIL 2007 – 2009 è ovviamente quello atteso).



Dopo anni di sottofinanziamenti, si è riportato il finanziamento nella media UE 15, con certezza delle risorse disponibili nel triennio.

TUTTAVIA BISOGNA COLMARE IL DIVARIO

Nonostante le risorse messe a disposizione, il divario tra fabbisogno di spesa tendenziale e finanziamento del SSN, è stimato in oltre i 7 miliardi euro /'anno. Questo vuol dire che le Regioni devono "farsi carico" di questo divario. Il problema è come viene colmato il divario: se viene "caricato" sui cittadini oppure, ed è questa la strada da scegliere, se si agisce per una riorganizzazione del sistema, che, garantendo i Livelli di Assistenza, massimizzi l'efficienza e l'appropriatezza della spesa.

SERVONO MANOVRE REGIONALI PER PAREGGIARE IL BILANCIO

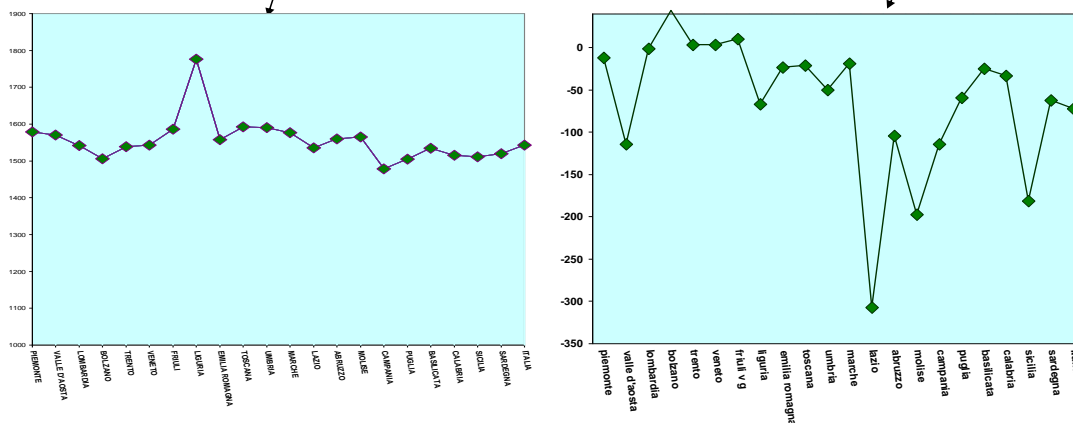
Già in questi anni, anche i bilanci delle regioni più "virtuose" (fra cui la TOSCANA) sono stati mantenuti in equilibrio con notevoli sforzi. Per raggiungere l'equilibrio le regioni hanno dovuto far ricorso a tre leve: aumentare imposte e ticket regionali, utilizzare risorse proprie, riorganizzare il sistema. Sono comunque rimaste in "rosso" sei Regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia). "In cambio" delle risorse (oltre 5 miliardi nel triennio) per ripianare i disavanzi pregressi, le sei Regioni hanno dovuto concordare piani di rientro molto rigorosi con i Ministeri della Salute e dell' Economia.

SUPERARE LE DIFFERENZE TRA LE REGIONI, RIORGANIZZARE IL SISTEMA

I risultati di bilancio segnalano un costante divario tra le diverse regioni (con uno spiccato gradiente nord sud). Ma anche sulla diffusione dei LEA, su alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza e sulla mobilità sanitaria si riproduce un'analogia situazione.

Siccome il finanziamento pro capite è molto simile, è plausibile affermare che le differenze siano riconducibili alle gestioni organizzative più che a diversità nei finanziamenti (vedi figura seguente)

D13 I finanziamenti hanno meno differenze dei risultati



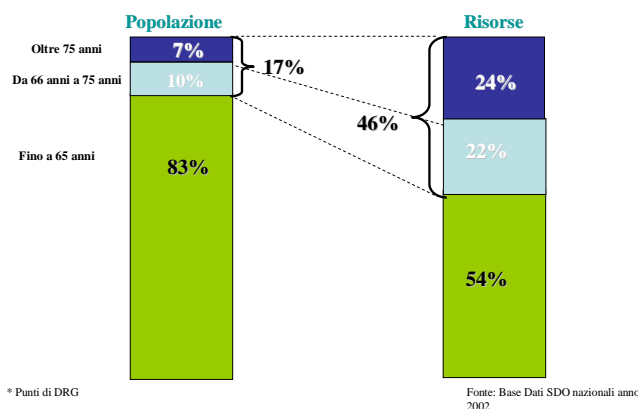
fonte: Ministero Salute Tabelle riparto/risultati 2006

Le notevoli differenze tra sistemi regionali, sia in termini di bilancio che sui LEA possono essere superate, per garantire – contemporaneamente - l’uniformità del diritto alla salute in tutto il paese, la sostenibilità e l’universalità del sistema. A condizione che si punti decisamente verso la riorganizzazione del sistema.

LA DOMANDA DI CURA PER LA CRONICITÀ (LONG TERM CARE)

La riorganizzazione del sistema, serve anche per fronteggiare (e ridurre l’impatto) i crescenti costi attesi derivanti dall’aumento della domanda di cure per la cronicità (LTC). La caratteristica che si può notare, anche in termini di spesa attesa, è la crescente necessità di integrazione fra sociale e sanitario. A conferma che il “target” privilegiato dei consumi sanitari è quello degli “over 65”, la figura successiva segnala che il 17 % della popolazione (ultra 65enni) consuma il 46 % della spesa sanitaria.

Assorbimento risorse* ricoveri ordinari - classi d’età



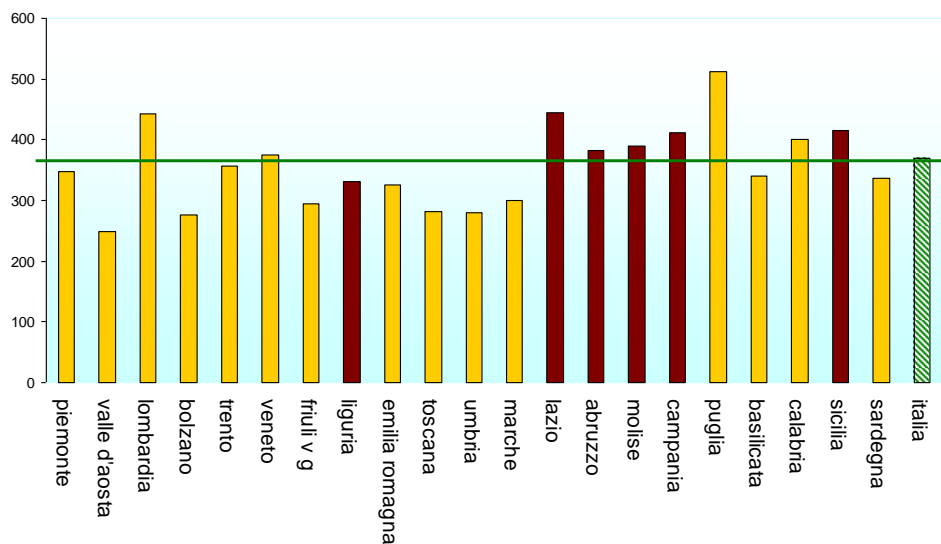
Come dimostrano le esperienze in alcune realtà, Regione TOSCANA sicuramente fra queste, è possibile recuperare risorse. In alcune regioni è stata decisiva la scelta della riconversione “dall’ospedale al territorio” e quella dell’integrazione tra ambito sanitario e sociale. Mentre la creazione del **fondo per le non autosufficienze** può convogliare risorse oggi frammentate e raccogliergne di aggiuntive.

REGOLARE BENE IL RAPPORTO PUBBLICO PRIVATO

Infine è decisivo un corretto rapporto pubblico – privato. Bisogna regolare il rapporto, per ricondurre gli erogatori accreditati (privati e aziende ospedaliere) all’interno della programmazione pubblica, anche in funzione del controllo della spesa.

Nella figura che segue si vede come ben cinque regioni su sei in disavanzo grave (istogrammi scuri) abbiano una spesa per privati accreditati sopra la media nazionale (linea orizzontale).

D16 cinque Regioni in disavanzo su sei hanno spesa x privati sopra la media



fonte: MEF 2006

VALUTARE I RISULTATI

Concludiamo segnalando un tema poco considerato, eppure decisivo, quello della valutazione dei risultati. Non solo di quelli economico finanziari, su cui c'è si è concentrata l'attenzione in questi anni.

Bisogna valutare i risultati rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza. Si tratta di verificare se sono erogati in modo equo, uniforme e appropriato in tutto il territorio nazionale e quali risultati in termini di salute producono.

Si tratta di far crescere ovunque la cultura della verifica dei risultati. Ad esempio, "obbligando" tutti gli atti di programmazione, nazionale, regionale, locale, a indicare i risultati attesi. E ancora, adottando un sistema stabile di valutazione dei risultati (come nel caso della regione Toscana, con l'esperienza iniziata dal S. Anna di Pisa).

Lo stato di salute della popolazione non dipende solo dal funzionamento del Servizio Sanitario ma anche da altri "determinanti di salute". Tuttavia il SSN (la sua diffusione e accessibilità, la sua appropriatezza) resta un fattore decisivo per garantire il diritto alla salute e rimane un punto di riferimento per i cittadini italiani.

Le diffuse esperienze di eccellenza e i processi di riorganizzazione, concretamente realizzati, dimostrano che la qualità del sistema può essere garantita in tutto il paese. Questo è l'obiettivo da raggiungere.

Stefano Cecconi