

## Qualità Assistenziale e Piani di Rientro

I piani di rientro (PdR) sono gli strumenti attraverso cui le Regioni in deficit sanitario stabiliscono, di concerto con Ministero della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le strategie finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario ed alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio.



### Dimensione dei disavanzi delle Regioni interessate dal Piano di Rientro

Regioni	Tot. Disavanzi Cumulati 2001-2009 (ml€)	Disavanzo anno 2009 (ml€)	Disavanzo pro-capite 2009 (€)	Contributo al disavanzo sanitario nazionale 2009 (%)
Abruzzo	1.237,00	49,00	36,71	1,50%
Calabria	1.131,00	222,00	110,52	6,81%
Campania	7.962,00	725,00	124,72	22,24%
Liguria	1.204,00	100,00	61,92	3,07%
Molise	580,00	72,00	224,44	2,21%
Lazio	12.320,00	1.372,00	243,84	42,09%
Sardegna	1.467,00	193,00	115,50	5,92%
Sicilia	4.335,00	233,00	46,25	7,15%
Disavanzo totale Regioni con PdR	30.236,00	2.966,00	126,60	90,98%
Disavanzo totale Regioni senza PdR	5.546,00	294,00	8,03	9,02%
Disavanzo SSN	35.782,00	3.260,00	54,29	100,00%

\*di cui: 891,94 milioni di euro (disavanzo a carico dello Stato coperto con appositi fondi L.296/06 art.1,c.796, lett. b e art.1, c.270); e 2.364,64 milioni di euro (disavanzo a carico delle Regioni).

Fonte: Rielaborazione su dati RGSEP 2009

Incidere su cause strutturali eliminandole o modificandole lascia spazio ad intendere come i PdR possano essere considerati non solo strumenti di contenimento/contrazione quanto anche propositivi nel senso stretto dell'agire anche attraverso la diffusione di regole di buona pratica clinica atte a correggere inappropriately, sprechi e lacune assistenziali.

Di fatto, i PdR, nel privilegiare una logica squisitamente finanziaria da concretizzare nel medio-breve termine, orientano le azioni di politica sanitaria ad una razionalizzazione caratterizzata quasi esclusivamente da ridimensionamenti e riduzione di servizi sanitari.

Giova ancora ricordare come i PdR, in quanto freddi strumenti di analisi economico-finanziaria, prescindono da singolari analisi e peculiarità dei contesti in cui vanno ad essere applicati.

La terminologia prevalentemente utilizzata nei PdR è dunque concentrata su contenimento, riduzione, abolizione, blocchi, precludendo di fatto l'ipotesi ad una dialettica costruttiva che nel prevedere investimenti porterebbe anche a risultati utili alla riduzione del deficit di bilancio: si pensi solo alla possibilità di intervenire sulla copiosa e crescente emigrazione sanitaria.

A quanto ammonta il costo della emigrazione? Quali sono le componenti che la caratterizzano? E' possibile contenerla? Con quali azioni e strumenti? Si continua a ritenere che poi sarà tutto ricomposto nei tavoli di "perequazione"?

Peccato ... perché i PdR potevano rappresentare un'occasione per ridisegnare una visione complessiva del sistema salute. Una opportunità per aggregare e motivare politici, amministratori, operatori sanitari e popolazione.

Spesa Regioni	Sell-out rimborsato Unità var % vs 2010	Spesa Lorda valori var % vs 2010	Spesa Netta valori var % vs 2010	Contributo Paziente Valori var % su 2010
SICILIA	3,5	2,2	0,3	13,9
CAMPANIA	-3,0	-0,1	-8,1	110,0
LAZIO	4,8	2,6	1,7	9,1
PUGLIA	1,5	-2,8	-7,7	79,1
CALABRIA	1,2	-8,6	-10,3	14,8
LOMBARDIA	4,4	1,2	0,1	11,3
VENETO	3,2	-1,1	-2,9	14,5
MOLISE	4,5	4,0	3,9	7,9
ABRUZZO	3,5	3,8	2,7	14,0
BOLZANO	3,7	1,8	0,9	11,5
LIGURIA	2,1	-0,4	-1,9	20,9
PIEMONTE	2,7	-6,9	-7,5	10,2
SARDEGNA	4,1	2,8	2,0	15,7
MARCHE	3,9	1,4	0,4	22,0
UMBRIA	4,2	1,3	0,2	23,1
BASILICATA	2,3	-0,4	-1,5	26,3
TOSCANA	3,0	0,1	-0,9	19,4
EMILIA ROMAGNA	4,3	1,2	0,3	22,2
FRIULI V.G.	3,5	2,0	1,1	21,7
VALLE D'AOSTA	2,7	1,3	0,3	27,1
TRENTO	5,4	3,6	2,9	24,3

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ims Health

Lo scrivente, in quanto medico, nelle condizioni dunque di osservatore privilegiato (dal lato medico, da quello della soddisfazione dell'utenza) nota solo :

- Progressivo invecchiamento della classe medica senza un pronto ricambio ben formato e motivato
- Progressivo declino della performance e quindi della qualità delle prestazioni erogate
- Mancanza di strumenti per contribuire al miglioramento assistenziale
- Mancanza di elementi motivazionali per l'intero comparto sanitario
- Crescente disagio nella popolazione per qualità e costi sostenuti

Sempre in maniera più evidente si sta realizzando quello che tanti anni fa in SIMG definimmo "deriva economicistica", figlia di una spesa "non controllata" , oggi contratta in maniera irrazionale , solo per soddisfare l'urgenza economica di pareggio di bilancio.

Come possono essere affrontate le notevoli disuguaglianze presenti fra i vari SSR ?

Come intervenire sulle carenze strutturali nelle condizioni di impossibilità di spesa che non siano quelle "correnti e corrette al ribasso" ?

Come fare benchmark senza interventi radicali soprattutto su quegli indicatori di struttura/processo che caratterizzano le profonde disuguaglianze interregionali ?

E' possibile che l'obiettivo di una sanità proiettata nel XXI secolo consideri quasi esclusivamente indicatori di bilancio ?

Antonio Gerace