

Anno XIV numero **37** 2015

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma



➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

37

Focus on La revisione della spesa ■ Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica ■ Indicazioni utili per la programmazione sanitaria nel quadro della spending review ■ Interventi dalle Regioni Campania, Toscana e Veneto **Idee e commenti** Dal superamento dell'emergenza finanziaria al risanamento **Health World** La spesa per la salute in Europa **Agenas on line** Il contributo di Agenas alla revisione della spesa sanitaria

Editoriale

Quale modello di spending review per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale?

di *Francesco Bevere*

pagina 3

Focus on | La revisione della spesa

Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica

di *Giuseppe Zuccatelli*

pagina 6

Indicazioni utili per la programmazione sanitaria nel quadro della revisione della spesa

Intervista a *Renato Botti*

pagina 11

Regione Campania: dal disavanzo sanitario all'equilibrio di bilancio

di *Stefano Caldoro*

pagina 15

Qualità, quantità delle prestazioni al tempo della spending review: il caso Toscana

di *Luigi Marroni*

pagina 19

Responsabilità nel contenimento dei costi e l'esperienza del Veneto

di *Domenico Mantoan et al.*

pagina 24

Idee e commenti

Dal superamento dell'emergenza finanziaria al risanamento

di *Federico Spandonaro*

pagina 40

Health World

La spesa per la salute in Europa

di *Elio Borgonovi*

pagina 50

Agenas on line

Il contributo di Agenas alla revisione della spesa sanitaria

di *Tommaso Antonucci, Mario Braga, Salvatore Gioia, Valentina Lista, Giulio Siccardi*

pagina 60



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Anno XIV Numero 37 • 2015

Proprietario ed Editore

Agenas - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore editoriale

Francesco Bevere

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Redazione

Via Puglie, 23 - 00187 Roma
tel. 06 42749 341/343
email monitor@agenas.it
www.agenas.it

Editing e grafica

Pierrestampa
Viale di Villa Grazioli, 5
00198 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione

presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare

nel mese di gennaio 2015



Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

Codice ISSN 2282-5975

agenas  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | **Presidente** Giuseppe Zuccatelli

Direttore generale Francesco Bevere

Consiglio di amministrazione Alessandro Cosimi, Domenico Mantoan

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini, Andrea Urbani

Le attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria e dei Lea

• Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo, Hta • Supporto alle Regioni in Piano di rientro e riqualificazione • Educazione continua in medicina

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



Quale modello di spending review per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale?

di **Francesco Bevere**

Direttore Generale Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

3



La persistente congiuntura economica, piuttosto sfavorevole anche in ambito europeo, spinge a discutere di salute e di welfare, con riferimento esclusivo, o quasi, ai tagli di risorse e alla possibile riduzione dei finanziamenti in sanità. Non riusciamo ancora ad affrontare compiutamente tale questione mettendo in campo, parallelamente alle attività di revisione della spesa, i temi dell'invecchiamento, della prevenzione, dell'innovazione, dell'ottimizzazione delle risorse, delle disuguaglianze, degli sprechi, dell'appropriatezza, dell'Hta, della revisione dei modelli di cura, della riorganizzazione ospedaliera e territoriale e della crescita professionale e culturale dei principali attori del sistema. Per comprendere le ragioni di questa dicotomia, provo a fare un breve resoconto di come sono state concepite le attività di spending review finora avviate nel settore della sanità.

Con il governo Monti la spending review conosce un deciso ritorno di fiamma, rispetto alle prime attestazioni sui media, che risalgono al 2004. L'idea era quella di realizzare una revisione della spesa pubblica e delle modalità con cui venivano impiegati i soldi pubblici. Il dottor Bondi, nominato Commissario ad acta per tali attività, preferì intervenire in sanità con "tagli lineari", senza provocare alcuna svolta strutturale del sistema. Di questi tagli lineari ci sarà traccia anche nei prossimi anni. I governi successivi, consapevoli dell'inefficacia dei tagli lineari in sanità, hanno cambiato filosofia di intervento e sono passati, con il Commissario Cottarelli, a individuare i tagli in sanità attraverso un'attività di monitoraggio e di valutazione delle diverse componenti la spesa sanitaria, con lo scopo di esaminarne nel dettaglio le

tipologie, le priorità di intervento e le caratteristiche di efficienza; il tutto con una particolare attenzione alle ragioni degli sprechi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Con questi presupposti, nel dicembre del 2013 fu istituito un tavolo tecnico presso il Ministero della salute, che avviò un progetto di spending review basato sull'analisi dettagliata delle principali aree del contesto di riferimento. Tale attività ha richiesto un impegno di 39 esperti (provenienti da amministrazioni pubbliche, dal mondo accademico, da società scientifiche, da aziende sanitarie) che hanno operato a titolo gratuito per oltre 200 giorni. Nel mese di ottobre 2014 è stato presentato al Ministro Lorenzin un primo report delle attività svolte, contenente anche alcune valutazioni sulle possibili aree di intervento. Il Commissario Cottarelli, in esito ai lavori del "gruppo sanità", ebbe a dichiarare in una relazione al Parlamento che la proposta di risparmi sulla sanità sarebbe stata espressa compiutamente nel Patto per la salute 2014-2016 e nel Regolamento sugli standard ospedalieri, poiché entrambi orientati a intervenire energicamente e strutturalmente sull'appropriatezza degli interventi sanitari, sui controlli e sugli sprechi. Cottarelli, dopo avere ottenuto l'impegno del Ministro Lorenzin circa l'effettiva volontà di portare a compimento il Patto e il Regolamento, con questa dichiarazione confermò, di fatto, l'apprezzamento sulla metodologia adottata dal gruppo di lavoro del Ministero della salute, che aveva consentito di mettere in luce ancora meglio la specificità del mondo della sanità e l'esigenza, più che di tagli indiscriminati, di promuovere negli operatori del settore, gradualmente e a tutti i livelli, la cultura dell'analisi, della misurazione e della valutazione delle performance, con lo scopo di utilizzare le migliori evidenze scientifiche per guidare le decisioni professionali, manageriali e politiche. Governo e Regioni hanno sottoscritto il nuovo Patto per la salute 2014-2016 e appro-

vato il Regolamento sugli standard ospedalieri, dando un segnale forte anche rispetto all'apertura ricevuta da Cottarelli. L'approvazione di tali documenti ha garantito l'avvio di un cambiamento strutturale e culturale del servizio sanitario, dei comportamenti professionali, della governance del sistema e della sua organizzazione; insomma una svolta concreta, soprattutto in tema di appropriatezza, di monitoraggio e controllo, per la prima volta accolta con favore da tutti.

Proprio in questi giorni si discute dei finanziamenti alla sanità e dell'eventualità di ulteriori tagli diretti o indiretti, al Fondo sanitario nazionale. A tal proposito, ribadisco che in assenza dell'attuazione dei contenuti del Patto per la salute e del Regolamento sugli standard ospedalieri, interventi che partono e si fermano alla sola riduzione del finanziamento del Fondo sanitario nazionale, indipendentemente da chi li propone, comportano soltanto una riduzione temporanea della spesa sanitaria, ma non introducono alcun cambiamento strutturale, di cui invece necessita il nostro Servizio sanitario nazionale.

Se desideriamo veramente realizzare una spending review in sanità, concreta e ragionata, piuttosto che ritornare alle proposte di tagli del fondo, attuiamo le indicazioni contenute nei due strumenti già disponibili: Patto per la salute e Regolamento sugli standard ospedalieri, utilizzando la stessa metodologia e la stessa collaborazione che ne ha contraddistinto la progettazione e l'adozione.

Agenas, per proprio conto, ha già avviato più di una riflessione, specialmente rispetto ai compiti che le sono stati assegnati proprio dal Patto.

Questa è la strada da percorrere.

Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno, omogeneamente, su tutto il territorio nazionale, di un modello in grado di analizzare, valutare e controllare i costi sostenuti dai sistemi sanitari regionali, per gli interventi sanitari e gestionali di cui sia possibile misurare i benefici, escludendo dal si-

stema tutti gli altri, quelli classificati come inutili o non appropriati e, quindi, non finanziabili. Prima riusciremo a farlo e prima elimineremo una fonte di sprechi che vale qualche miliardo di euro.

Per mantenere sostenibile il nostro Servizio sanitario nazionale, dobbiamo realizzare una spending review che lo renda misurabile, non soltanto attraverso metodologie di misurazione locali, talvolta autoreferenziali, ma utilizzando un sistema di indicatori omogenei e condivisi con tutte le Regioni e con i principali attori del sistema; un processo in grado di monitorare, orientare e correggere preventivamente le performance di ogni realtà sanitaria del Paese, con la specifica finalità di migliorarle nel corso del tempo. Il presupposto per avviare queste attività è la realizzazione di un'infrastruttura informatica meno frammentata. Oggi disponiamo di numerose banche dati, il cui utilizzo, tuttavia, risulta per diverse ragioni limitato e non integrato. Dobbiamo, per risolvere il problema, arrivare in tempi brevi all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, in grado di produrre ed elaborare modelli di misurazione e di monitoraggio integrato con tutti gli attori del sistema e in tutte le fasi del percorso sanitario.

Misurare e accettare di essere misurati preparerà il Servizio sanitario nazionale ad affrontare anche quelle criticità che inevitabilmente ne mineranno la sostenibilità, come ad esempio: le variabili economiche, le variabili socio-demografiche, l'introduzione di nuovi farmaci, le nuove malattie, la crescita esponenziale delle tecnologie, le aspettative degli utenti e la competitività tra i sistemi sanitari europei.

Questo percorso, dovendo fare i conti con un cambiamento anche culturale di tutti i diversi attori del sistema, non porterà risultati immediati, ma certamente aprirà la strada verso il superamento e la derubricazione della logica dei tagli lineari, per iniziare finalmente la discussione tanto attesa sulla effettiva congruità e adeguatezza delle

risorse assegnate al Servizio sanitario nazionale e sulla successiva modalità di ripartizione di tali risorse ai singoli contesti regionali.

Il filo conduttore dovrà comunque essere quello di assicurare ai cittadini interventi sanitari di cui sia possibile misurare i benefici, associandoli ai costi sostenuti. Per uscire dallo stallo dobbiamo affrontare un ripensamento complessivo del modello disegnato dalle leggi istitutive del Servizio sanitario nazionale e di ciò che il nostro Paese sarà in grado di garantire ai cittadini nei prossimi dieci anni, attraverso una previsione a lungo termine degli interventi e degli indirizzi di programmazione sanitaria.

Per concludere, non vedo, al momento, migliore avvio di spending review in sanità di quello che vi ho appena raccontato. Piuttosto che i tagli al fondo, è questo il segnale di partenza che merita il nostro Servizio sanitario nazionale.

Sappiamo bene come i diritti dei cittadini, compreso quello alla salute, siano economicamente condizionati. Il compito di ogni istituzione preposta alla tutela di questo diritto è intervenire per evitare che tale condizionamento raggiunga i cittadini e le famiglie in modo differenziato e a seconda del luogo di residenza, creando un'ulteriore alterazione di equilibrio tra persone che possiedono di più e chi invece possiede di meno. Quando si parla di bisogni di salute questo non ce lo possiamo proprio permettere. Rendere diverse le famiglie povere da quelle ricche, in termini di bisogni non garantiti, comporterebbe riflessi fortemente negativi sulla tenuta sociale del nostro Paese e, ancora peggio, sulla dignità delle persone. Questi sono i principi cui si deve ispirare la revisione della spesa in sanità, così da rafforzare e rendere sostenibile il nostro Servizio sanitario nazionale.

Agenas già lavora in tal senso e si batterà fino in fondo per contribuire a rendere realizzabile questo obiettivo.



Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica

di **Giuseppe Zuccatelli**
Presidente Agenas

Come è noto, in Europa sussistono grandi differenze tra i servizi sanitari, sia per quel che riguarda il rapporto fra il Pil e la spesa sanitaria, sia in termini di organizzazione dei servizi e di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Indubbiamente la crisi ha ampliato ulteriormente le differenze tra i welfare nazionali assestando colpi un po' a tutti, proprio in un momento di grande fragilità, quando le fasce più deboli necessiterebbero, invece, di una maggiore tutela.

Tutta l'Europa è stata sottoposta a una politica di contenimento della spesa, compresa quella sanitaria, senza però tenere nella giusta considerazione l'impatto che tale politica di rigore avrebbe avuto sulla tenuta del sistema sociale.

Valga per tutti l'esempio tristemente noto della Grecia, dove lo Stato ha stabilito tagli del 40% alla sanità pubblica, creando notevoli difficoltà agli ospedali che hanno dovuto far fronte a un incremento del 25% di persone che si rivolgono alle strutture pubbliche, aumento causato dall'impoverimento della popolazione. La rivista *Lancet*, che ha condotto uno studio sullo stato della salute pubblica greca, ha così sintetizzato le sue conclusioni: «L'esperienza della Grecia ci avverte dei rischi di tagli alla sanità in tempi di recessione. E chi sta pagando il prezzo più alto della crisi, non solo in termini di occupazione, reddito, sicurezza, ma anche in salute, è la «ordinary people», la gente comune. Per questo è necessaria la massima attenzione alla salute e all'accesso alla sanità, per assicurare che la crisi non metta a repentaglio la primaria fonte di ricchezza della Grecia: la sua gente».

Siamo ormai arrivati al sesto anno di crisi economica e in Italia possiamo dire che il sistema sanitario ha tenuto, nonostante la presenza di alcune criticità, come l'allungamento delle liste di attesa e l'incremento del ricorso alla compartecipazione della spesa da parte dei cittadini.

Tuttavia da diverso tempo si sostiene, un po' in tutti gli ambienti – sanitari e non – che la sanità nazionale sia l'ambito dove più di ogni altro settore si annidano gli sprechi, che la spesa sanitaria è fuori controllo, che occorre intervenire con decisi tagli, senza contare le cifre che vengono prodotte (non si sa bene in base a quali dati) per dimostrare che sommando sprechi, inefficienze, corruzione si potrebbe, senza tagliare i servizi, risparmiare svariati miliardi l'anno.

Viceversa, gli ultimi dati dell'Ocse dimostrano che la spesa sanitaria italiana negli ultimi anni è diminuita, attestandosi al 9,2% del Pil. Ovvero, spendiamo meno di Francia (11,6%), Germania (11,3%) e Paesi Bassi (11,8%).

Inoltre, gli indicatori di salute dell'Ocse ci dicono che abbiamo un'aspettativa di vita molto alta (82,3 anni), una bassa mortalità per malattie cardiovascolari e altrettanto bassa mortalità per cancro, e collocano il nostro Paese ai vertici della graduatoria, indicando, così, una buona capacità di governance sanitaria.

Anche dal punto di vista dell'efficienza del sistema, la recente classifica Bloomberg ci colloca

al terzo posto, dopo Singapore e Hong Kong, tra i 51 Paesi più sviluppati economicamente; anche in questo caso il sistema ha retto: in un solo anno infatti siamo saliti dal sesto al terzo posto, nonostante il calo della spesa sanitaria.

Stando ai dati di Bloomberg sembrerebbe, quindi, un'ottima performance dell'Italia relativamente all'efficienza nell'uso delle risorse in campo sanitario; il nostro tanto bistrattato sistema sanitario pubblico risulta, infatti, al primo posto tra i Paesi europei in base agli indicatori utilizzati dal gruppo di economisti di Bloomberg che sono, ricordiamo, oltre all'aspettativa di vita media, soprattutto indicatori di carattere economico, come la percentuale di spesa sanitaria sul totale del Pil e la spesa totale pro capite per la sanità.

Ciononostante, dobbiamo pensare a come e dove tagliare ancora, anche se l'efficienza del sistema e il suo basso costo (rapportato a quello degli altri Paesi occidentali) ci indicano che i margini di manovra non possono essere ampi e che, contemporaneamente, si pone il problema di come sostenere gli oneri dell'innovazione tecnologica.

Sicuramente si può intervenire ancora per eliminare sprechi e inefficienze: basti pensare che si può incidere sulla partita dei beni e servizi non sanitari, nonché sulla spesa farmaceutica che segna, tuttora, una differenza tra alcune Regioni del 20-30%.

Infatti, mentre ormai è assodato che la differenza del sempre citato prezzo della siringa è la dimostrazione lampante dell'inefficienza, della perdita di credibilità della sanità, sappiamo bene che i costi standard (che, ricordiamo, devono servire a ottimizzare il Fondo sanitario nazionale e non a determinarlo), rappresentano la strada da seguire per evitare sprechi e differenze tra i Sistemi sanitari regionali.

L'esempio che possiamo citare, anche sulla base di studi recenti condotti da Agenas, è quello del mercato degli stent medicati, dove sono state rilevate differenze per l'acquisto dello stesso prodotto (e della medesima marca) che arrivano a più che raddoppiare il prezzo se acquistati attraverso una gara di appalto aziendale invece che tramite una centrale unica di acquisto regionale.

La questione di fondo è – e resta – come conciliare il rigore con la qualità dell'erogazione dei Lea. Se si va a incidere sui bilanci regionali, inevitabilmente si tocca la sanità che assorbe oltre il 70% delle risorse regionali.

Questi ultimi anni di esperienza di controllo della spesa nelle Regioni in Piano di rientro hanno portato, senza dubbio, a un risultato positivo nel conseguire il pareggio di bilancio, ma ci si è concentrati, soprattutto, sui fattori economici. In altre parole, molto sul "riequilibrio dei conti" e poco sulla "riqualificazione". La conseguenza è stata un ulteriore divario nell'erogazione dei Lea tra le Regioni virtuose e quelle in Piano di rientro, con un rischio di deterioramento della qualità delle cure erogate, anche nelle Regioni virtuose.

Proprio dall'esperienza delle Regioni che negli ultimi anni hanno affrontato i Piani di rientro possiamo trarre qualche indicazione utile per una razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento all'area dei beni e servizi, dei dispositivi medici, alla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, a eccezione, naturalmente, dei farmaci innovativi e salvavita.

Ma, vorrei aggiungere, in questo momento storico in cui la crisi economica, a livello europeo e nazionale, impone una revisione critica del nostro operato per quanto riguarda le politiche sanitarie fin qui applicate, sia a livello nazionale sia regionale, abbiamo maturato la consapevolezza che, se vogliamo raggiungere ulteriori obiettivi di risparmio, sono indispensabili strumenti di cui ancora non disponiamo.

Vi sono problemi in sanità che tutti conoscono, ma che nessuno osa non solo affrontare, ma addirittura *nominare*. Solo per fare un esempio: la frattura, non solamente organizzativa, ma culturale e professionale, tra medicina ospedaliera e medicina del territorio. Ancora: l'impossibilità di coinvolgere i medici di medicina generale in un processo negoziato di obiettivi e cambiamenti, com'è, invece, ormai consuetudine negli ospedali. Infine, dobbiamo considerare le logiche diverse della medicina universitaria rispetto a quella ospedaliera pura. Questi tabù oggi si possono aggredire perché i vincoli economici in cui opera il nostro Servizio sanitario nazionale impongono di affrontare in modo laico ciò che prima non si osava nemmeno nominare.

Un primo suggerimento: a mio parere, occorre rivolgere un'attenzione nuova alle abitudini iperprescrittive di molti medici, una pratica che tutti ben conosciamo, individuando gli strumenti opportuni di controllo, basati sulle evidenze scientifiche, non certo con intenzioni vessatorie, ma con l'obiettivo di intervenire per razionalizzare la spesa. Chi, come il sottoscritto, naviga da molti anni nelle acque tumultuose dell'organizzazione dei Servizi sanitari, ricorda bene che, prima del 1978, l'ente mutualistico convenzionava medici e ospedali, rimborsava i farmaci e vigilava sul corretto comportamento di tutti i soggetti erogatori di prestazioni, arrivando, in caso di eccesso di prescrizioni, a sospendere la convenzione con il medico che dimostrava di prescrivere oltre il dovuto.

Una seconda riflessione si impone, se vogliamo affrontare con rigore la revisione della spesa in sanità. Una delle maggiori criticità del sistema sanitario è costituita dalla sua frammentazione, ovvero da un sistema di risposte separate sul percorso di prevenzione/cura/riabilitazione, non in grado di interagire e fare sinergie, divenendo ognuna di esse insufficiente, se letta come sistema. Ci troviamo in presenza di almeno cinque figure professionali di medici che operano, spesso ognuno per proprio conto, nella complessa organizzazione della sanità: il medico di medicina generale; il medico di continuità assistenziale, meglio conosciuto come guardia medica; il medico specialista convenzionato; il medico ospedaliero; il medico universitario.

Si tratta di distinzioni che per lo più sfuggono all'opinione pubblica, al cittadino in cerca di risposte al proprio bisogno di salute. E poiché il medico è la risorsa professionale che costituisce la spina dorsale del sistema salute, occorrerebbe una vera rivoluzione copernicana per unificare definitivamente l'impianto e l'utilizzo di tale risorsa. Si deve andare alla costituzione di un rapporto unico dei medici e dirigenti sanitari con il Servizio sanitario nazionale, accorpando tutti gli attuali distinti rapporti della dipendenza e della convenzionata. Pertanto, sarebbe auspicabile un'unica modalità di accesso, un'unica modalità di carriera, un unico contratto, un'articolazione interna e interscambiabile delle funzioni tra ospedale, cure primarie, assistenza domiciliare e assistenza specialistica territoriale. Il recente Decreto Balduzzi (D.L. 158/2012) ha previsto l'unificazione delle prime tre figure professionali che abbiamo elencato, ma ha lasciato fuori dalla riforma le due ultime, una lacuna che andrebbe colmata. Infine, una terza via per liberare ulteriori risorse dovrebbe essere quella di mettere mano a una riforma che trasferisca le 30 Facoltà universitarie di medicina presenti nel nostro Paese, dalla

competenza del Miur a quella del Ministero della salute.

Infatti, la peculiarità del percorso formativo dei medici e di altre professioni sanitarie – sia per quanto attiene ai corsi di laurea sia ai corsi di specializzazione – è costituita dall'esigenza assoluta che la formazione avvenga in ambiente ospedaliero e, più in generale, sanitario. L'assetto organizzativo della formazione medica presuppone la totale disponibilità di una rete ospedaliera dedicata in via esclusiva, che, anche per ragioni di costo, diviene incompatibile, da un lato con le risorse e le caratteristiche della formazione universitaria classica, e dall'altro con le risorse che il sistema sanitario deve porre a disposizione della formazione medica, con oneri tanto ingenti quanto aggiuntivi e quindi ormai non più ammissibili.

Viceversa, con l'allocazione delle facoltà mediche nel Ssn e la dipendenza non più dal Miur, ma dal Ministero della salute, sarebbero gli ospedali e le strutture territoriali del Servizio sanitario la sede unica della formazione, sia per la laurea sia per la specialistica, e cesserebbe la necessità di duplicare le risorse messe a disposizione, poiché sarebbero le risorse del Fondo sanitario nazionale le stesse utilizzate per la formazione. Resterebbero, ovviamente, invariate le norme di reclutamento e i trattamenti del personale docente che però opererebbero nelle Aziende sanitarie e sotto il controllo del Ministero della salute.

Quelli che abbiamo individuato sono punti che necessitano, come è ovvio, di ulteriori approfondimenti e che non vogliono essere altro che uno stimolo alla discussione nelle sedi opportune, ma, a nostro giudizio, sono diventati argomenti non più prorogabili, dato il contesto di difficoltà che la crisi, a livello internazionale e nazionale, ha creato per l'intero sistema sanitario e di welfare. Sì al rigore, quindi, ma massima attenzione all'innovazione, tagliando sprechi e inefficienze e conciliando, al tempo stesso, rigore e sostenibilità.

Sì a un maggiore sforzo, anche economico attraverso le risorse risparmiate, nella ricerca e nella valutazione delle nuove tecnologie. Occorre far crescere una cultura del cambiamento che richiede, anche, il superamento della tradizionale resistenza del Servizio sanitario nazionale a recepire e ad adattarsi alle innovazioni.

Questo difficile scenario offre comunque grandi opportunità. La questione della sostenibilità ha fatto nascere movimenti importanti quali quello di Choosing Wisely (scegliere con saggezza) confluito in Italia di fatto nel movimento di Slow Medicine che ha come slogan “*Fare di più non significa fare meglio*”. L’attenzione quotidiana alle scelte cliniche consente ancora importanti margini di recupero e permette inoltre ai professionisti della sanità di sentirsi attori importanti delle politiche orientate alla sostenibilità.

Quello che ancora non è nato, ma dovrebbe esserlo, è un movimento in cui scegliere con saggezza non riguarda solo i processi clinici, ma anche gli atti programmatori. Qui una luce si vede anche grazie al Regolamento sugli standard ospedalieri che sta introducendo il principio dei volumi minimi come possibile strumento per la razionalizzazione dell’offerta e per il disinvestimento mirato sui punti di erogazione a minore efficienza.

Dobbiamo rivedere le nostre posizioni, la nostra mentalità, per trovare la capacità di fronteggiare la crisi economica, non solo rinnovare macchinari e tecnologie, perché nel prossimo futuro cambierà il modo di curare le persone e dobbiamo adeguarci. Occorre più prevenzione, più territorio e meno ospedale, ormai ne siamo tutti consapevoli.

Indicazioni utili per la programmazione sanitaria nel quadro della revisione della spesa

Intervista a **Renato Botti***

di **Chiara Micali Baratelli**

* Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute

R

enato Botti, da pochi mesi a capo della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, vanta un curriculum di tutto rispetto. Laurea in economia a Roma, master in direzione aziendale alla Bocconi a Milano, una lunga esperienza in sanità con incarichi di vertice a livello regionale, affronta con pragmatismo la difficile sfida della revisione della spesa in sanità. Gli abbiamo chiesto di fare il punto sulle politiche che il Ministero, insieme alle Regioni, intende attuare per fare "quadrare i conti".

Il Patto per la salute 2014-2016 prevede alcuni provvedimenti che intendono produrre risparmi virtuosi per un Servizio sanitario nazionale che vuole essere efficiente, efficace e improntato ad appropriatezza ed equità. Quali azioni occorre intraprendere, a suo avviso, per avviare il reinvestimento delle risorse che l'attuazione di tali provvedimenti dovrebbe rendere disponibili?

Per quanto riguarda il Patto per la salute siamo di fronte a un quadro normativo organico che raccoglie obiettivi e strategie precisi, condivisi fra Governo e Regioni, per la riorganizzazione del sistema che consentiranno di garantire maggiore uniformità e omogeneità nell'erogazione dei servizi. Purtroppo, come spesso accade nel nostro Paese, pur di fronte a un chiaro intendimento regolatorio, i tempi di attuazione sono spesso dilatati, anche e soprattutto per la complessità e la numerosità degli impegni assunti. Devo anche aggiungere che, in alcuni casi, le scadenze previste erano indicate in tempi davvero molto stringenti. Tuttavia, rispetto a interventi tutti molto significativi, ci siamo dati, insieme alle Regioni, alcune priorità, individuando tematiche che necessitano di attuazione immediata e abbiamo già portato a compimento il lavoro di tipo tecnico necessario a presentare i risultati in sede di Conferenza Stato-Regioni, con poche settimane di ritardo rispetto alla tabella di marcia. Penso, ad esempio, all'aggiornamento dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, che mancava dal 2001, una revisione che, a distanza di quattordici anni, non è più procrastinabile.

Il taglio di 4 miliardi imposto dalla legge di stabilità alle Regioni, a parere di molti Governatori, inciderà necessariamente sulla politica sanitaria locale, con una ricaduta sull'erogazione dei Lea. Si rischia realmente un deterioramento nella qualità dell'assistenza sanitaria o sussistono ancora sacche di sprechi aggredibili nell'ambito sanitario, ma anche in altri settori?

Naturalmente il lavoro compiuto sulla revisione dei livelli essenziali di assistenza vede ora una necessaria verifica di compatibilità finanziaria dei nuovi Lea rispetto al finanziamento stabilito nel Patto e che dovrà ora essere discussa alla luce della legge di stabilità. A questo proposito, è opportuno sottolineare come, in base ai dati di proiezione 2014, il Servizio sanitario nazionale, con i 110 miliardi previsti, si sia sostanzialmente avvicinato a un punto di equilibrio, naturalmente tenendo conto delle Regioni che sono in equilibrio di bilancio e di quelle che sono ancora in disavanzo, sia pure minore che in passato. In questo contesto, il Patto aveva previsto 2 miliardi e 100 milioni aggiuntivi che avrebbero consentito un confronto più sereno sull'aggiornamento Lea. La legge di stabilità impone un surplus di valutazione, ma occorre completare il lavoro di revisione e colmare il ritardo di 14 anni. Una volta raggiunto l'equilibrio finanziario, è importante, però, non restare indietro e, per questo motivo, stiamo proponendo un organismo permanente di revisione e aggiornamento dei Lea, insieme con le Regioni, con la comunità scientifica e i professionisti, che metta in atto un lavoro costante sull'appropriatezza, sulle linee guida, sui protocolli e quindi sulle condizioni di erogabilità. Detto ciò, sussistono, è vero, sacche di inappropriatezza da aggredire sul versante della riorganizzazione dei servizi, sanitari e non sanitari.

Le politiche degli ultimi anni hanno previsto, per lo più, tagli lineari che hanno avuto effetti impor-

tanti sul riequilibrio finanziario, ma hanno lasciato ancora grandi spazi di miglioramento in termini di riqualificazione e riorganizzazione del sistema, sia privato che pubblico. È arrivato il momento di proporre interventi profondi di riorganizzazione e di cominciare a lavorare molto, anche e soprattutto per l'ospitalità pubblica, in termini di produttività.

Riorganizzazione in termini di produttività: una nuova sfida per la sanità pubblica?

Proprio in riferimento all'assistenza ospedaliera e parlando di produttività credo sia arrivato il momento, anche nel nostro Paese, di mettere in atto quelle procedure di bilancio che sono rivolte ad analizzare i costi in proporzione alla produzione effettuata, ovvero, nel nostro caso, ai servizi offerti ai cittadini. Si pensi ai dati, ripresi e pubblicati anche dai media, che ci raccontano quanto spende un'azienda al metro quadro, a posto letto, etc.; sono cifre suddivise per capitoli di bilancio relative al servizio alberghiero, alla mensa, alla pulizia, ma sono dati che hanno poco significato se non li rapportiamo ai servizi prodotti da quella struttura.

Per vedere davvero quanto produce una struttura ospedaliera, i costi devono essere rapportati in proporzione ai servizi offerti alla collettività. In altre parole, andando oltre l'ottica del sempre citato costo della siringa, bisogna vedere quanto incide l'acquisto del singolo *device*, del singolo fattore produttivo rispetto ai volumi di attività erogata. Le aziende pubbliche devono cominciare a lavorare molto sull'analisi dei ricavi, e quindi sui processi organizzativi che li generano. Aggiungo che, a mio parere, l'analisi costi/ricavi deve essere resa pubblica, in modo tale che i cittadini possano comprendere meglio le scelte di *governance* che impongono la riqualificazione di Asl, AO, Aou e di presidi di Asl che, talora, costano molto di più di quanto producono.

Soltanto quando riusciremo ad avere – e ci stiamo lavorando – un’analisi dettagliata della produttività per ogni singolo ospedale, saremo in grado di avviare un benchmark anche su questi elementi, un’analisi che favorirà la circolazione di buone pratiche e la promozione di percorsi virtuosi.

La riduzione nella spesa per beni e servizi, sanitari e non, resta comunque una priorità? Perché finora non si sono ottenuti i risparmi attesi?

La partita della riduzione della spesa per i beni e servizi è ancora in corso ed è tutta da giocare. Si è cominciato a lavorare sul momento dell’acquisto ma, a mio parere, occorre concentrarsi anche sul controllo dei consumi, su come riuscire effettivamente a governare i contratti. E qui la responsabilità del management, della conduzione aziendale, ha un ruolo determinante, considerando che si può comprare anche al prezzo migliore, ma se non c’è una appropriata gestione nell’utilizzo dei beni, se si spreca la merce acquistata, se non si governano i magazzini, il risultato viene vanificato. Finora i bilanci delle aziende, a livello delle norme contabili, sono stati articolati soprattutto in base alla natura dei costi: spesa per il personale, per beni e servizi, etc., mentre si è fatta poca attenzione all’articolazione dei costi per stabilimenti produttivi. Basti dire che, a livello centrale, non abbiamo ancora un quadro chiaro di quanto il singolo presidio ospedaliero, la singola Asl, costi alla comunità e quanto produce.

Ribadisco che occorre inaugurare una stagione in cui si recuperano risorse colpendo le inefficienze in termini di produttività, piuttosto che continuare a ragionare in termini di tagli lineari, supportando in questo processo di riqualificazione le Regioni e le singole strutture ospedaliere.

Si dibatte molto sulla recente gara bandita da Consip per l’acquisto di servizi di pulizia e di sanificazione degli ospedali e di tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale che dovrebbe comportare una riduzione nella spesa dei servizi non sanitari e una maggiore uniformità dei prezzi. Qual è il suo giudizio?

La centrale unica di acquisto è senza dubbio un momento fondante del processo di revisione della spesa, ma, come dicevo prima, si tratta di un momento, sia pure determinante, di un intero percorso che va posto in essere. Un ruolo determinante, a questo proposito, deve averlo la comunicazione e l’informazione; nel nostro Paese è necessario dare la massima trasparenza a come vengono utilizzate le risorse, perché la collettività possa sapere come vengono usati i fondi pubblici. Resta la validità dei meccanismi delle gare per determinare i prezzi di riferimento, finalizzati a indicare un *range* all’interno del quale è possibile lasciare a livello locale il giusto spazio per articolare l’offerta. Ma non solo: abbiamo l’esigenza di monitorare i prezzi, ma anche la necessità di uniformare le metodologie adottate per impostare le gare e gli appalti. Non di rado ci troviamo di fronte a capitolati che sono mal formulati o lacunosi, perché non sempre il personale delle aziende è tecnicamente formato per gestire appalti che sono, per loro natura, estremamente complessi. Quindi, ben vengano le centrali uniche di acquisto o la Consip, che sono comunque centri di competenza.

Altre indicazioni per il management sanitario utili a rivedere la spesa senza incidere sui servizi?

Dobbiamo considerare che sussistono, comunque, altri aspetti da aggredire all’interno della spending: si pensi alla gestione del patrimonio

immobiliare pubblico, è tempo che si sappia quanto costano gli affitti, le manutenzioni, se gli spazi vengono utilizzati in modo appropriato, se l'efficienza energetica può essere migliorata. In questo campo abbiamo fatto troppo poco e si deve fare molto di più per migliorare l'uso del patrimonio. Si può, inoltre, rivedere la logistica del farmaco, semplificando la gestione dei magazzini, avvalendoci delle esperienze positive che abbiamo a disposizione, a livello nazionale e internazionale, in ambiti diversi; si pensi alle centrali uniche di sterilizzazione dei ferri chirurgici già adottate da alcune Regioni o alla possibilità di prevedere la gestione unica dei laboratori a livello aziendale. Sono tutte operazioni che investono la revisione dei processi or-

ganizzativi, un settore della riorganizzazione complessiva della sanità che è in atto, una "buona pratica" forse non immediatamente percepibile dagli utenti, che nulla toglie ai cittadini, ma, anzi, migliora la qualità del servizio. E ancora, la revisione dei sistemi informativi: sempre nel Patto, è previsto un Patto della sanità digitale sul quale abbiamo aperto un tavolo con l'AgiD, l'Agenzia della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, con l'obiettivo di definire, insieme alle Regioni, come utilizzare al meglio il nostro patrimonio informativo che racchiude enormi potenzialità, anche ai fini della ottimizzazione della spesa, rendendo il sistema interrogabile e, soprattutto, riproducibile.

Regione Campania: dal disavanzo sanitario all'equilibrio di bilancio

di **Stefano Caldoro**

Presidente della Regione Campania

15

monitor

Non vi è alcun dubbio che nell'ambito delle misure di contenimento della spesa pubblica, misure che hanno inesorabilmente caratterizzato negli ultimi anni la politica economica del nostro Paese, quelle sperimentate nel settore sanitario abbiano prodotto i migliori risultati.

Ad affermarlo non sono soltanto i Presidenti delle Regioni, istituzionalmente coinvolti in prima linea nel gravoso compito di organizzare i propri Servizi sanitari regionali e di garantire l'erogazione delle relative prestazioni, nel rispetto dei Lea, ma innanzitutto la Corte dei Conti che, già in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2013, aveva usato sul tema parole inequivocabili, che qui vale la pena di richiamare: *“È indubitabile che quella sperimentata in questi anni dal settore sanitario rappresenti l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa. Seppur non senza contraddizioni e criticità [...], i progressi compiuti nella definizione di standard nei budget e una sempre più accurata informazione sulla gestione e sulle prestazioni rese dalle strutture di assistenza sono alla base degli interventi operati sugli assetti organizzativi regionali, che hanno consentito miglioramenti nei risultati economici e nella governance. Certamente è possibile, quindi, accelerare il percorso di contenimento dei costi e di adeguamento delle strutture e in questa direzione stanno già muovendo le amministrazioni territoriali e centrali impegnate nel monitoraggio del settore sanitario. Ulteriori interventi non devono, tuttavia, indebolire un sistema di governance che si sta costruendo e che si è rivelato l'elemento, a un tempo, più strategico e più fragile nel percorso di riequilibrio del settore”* (Corte dei Conti, Relazione sull'attività svolta nell'anno 2012, pagg. 5-6).

Il nostro sistema sanitario, in virtù del “salto di paradigma” intervenuto a partire dall'anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato, si è contraddistinto per aver conseguito un deciso rallentamento della spesa sanitaria corrente nel periodo 2010-2013, nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%). A confermarlo è il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, ne *Il Monitoraggio della*

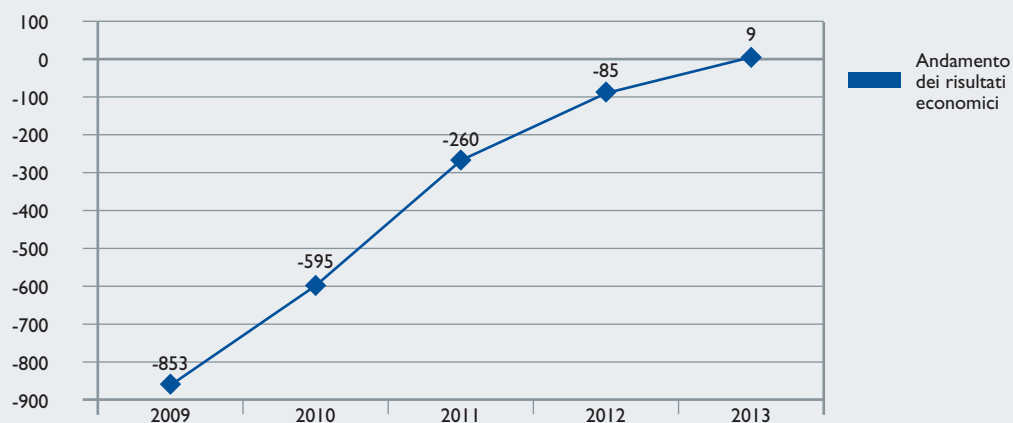
spesa sanitaria - Rapporto n. 1, pubblicato nel mese di giugno 2014. Nel medesimo documento viene, poi, evidenziato il contributo che le Regioni in Piano di rientro hanno assicurato nel processo di contenimento della spesa sanitaria corrente: nel citato periodo 2010-2013, a fronte di un tasso di variazione medio annuo negativo dello 0,4%, fatto registrare dall'intero sistema sanitario nazionale, le Regioni in Piano di rientro hanno contribuito con un tasso di variazione medio annuo pari a -1% e, tra queste, la Regione Campania è quella che ha conseguito la riduzione maggiore, pari a -1,5% (solo per completezza, nel medesimo periodo, le Regioni non sotto Piano di rientro hanno registrato un tasso di variazione medio annuo pari a +0,1%, mentre le Regioni autonome +0,7%).

Dalla lettura del citato documento emerge dunque chiaramente il percorso virtuoso intrapreso negli ultimi anni, in particolare, dal sistema sanitario della Regione Campania. Probabilmente, gli sforzi compiuti e la complessiva capacità di governo del sistema si apprezzano ancora meglio attraverso l'analisi dei risultati economici consolidati degli ultimi anni, a partire dal 2009, anno nel quale, sotto la precedente amministrazione, intervenne il commissariamento del Ssr.

In quattro anni si è passati da una perdita di 853 milioni a un utile di 9 milioni di euro, al netto – è bene precisarlo – delle risorse aggiuntive per copertura Lea derivanti dalle addizionali di imposta (ai fini Irpef e Irap) previste dalla normativa vigente in caso di disavanzi sanitari (Figura 1).

Figura 1 Andamento dei risultati economici del Ssr della Regione Campania. Anni 2009-2013

Esercizio	Risultato economico*	Δ Esercizio precedente - Esercizio in corso	Δ % Esercizio precedente - Esercizio in corso
Consuntivo 2009	-853	n.d.	n.d.
Consuntivo 2010	-595	258	-30,25%
Consuntivo 2011	-260	335	-56,30%
Consuntivo 2012**	-85	175	-67,31%
Consuntivo 2013**	9	94	-110,59%



Valori in milioni di euro

* Risultato economico al lordo di costi capitalizzati e ammortamenti

** I risultati economici consuntivi 2012 e 2013 sono esposti al netto delle risorse aggiuntive per copertura Lea pari rispettivamente a:

– circa 233 milioni di euro per il 2012 (gettito fiscale dell'anno d'imposta 2013 a copertura del disavanzo 2012);

– circa 54 milioni di euro per il 2013 (gettito fiscale dell'anno d'imposta 2014 a copertura del disavanzo 2013).

Prima ancora che sul contenimento dei costi dei principali fattori della produzione, e sul conseguente recupero di efficienza nel loro impiego, l'azione di risanamento si è innanzitutto orientata per rimuovere i cosiddetti "oneri impropri" che affliggevano il sistema: nel 2009 contribuivano al risultato economico negativo circa 65 milioni di euro di oneri finanziari, circa 75 milioni di euro di oneri diversi di gestione e ben 211 milioni di euro di oneri straordinari. La parte predominante di tali "oneri impropri" era riconducibile agli effetti del ritardato pagamento dei creditori delle Aziende sanitarie, in termini di interessi moratori e oneri accessori relativi alle conseguenti azioni giudiziarie di recupero del credito. Basti pensare che nel 2009 i tempi medi di pagamento dei fornitori del Ssr erano 427 giorni e che ingentissime risorse finanziarie risultavano vincolate presso i tesoreri aziendali a seguito di procedure esecutive.

Si è messa, pertanto, in campo una politica attiva volta ad affrontare l'annoso problema dei ritardi nei pagamenti dei debiti commerciali da parte delle Aziende sanitarie, mediante l'adozione di una serie di provvedimenti grazie ai quali il Ssr ha conseguito l'obiettivo di snellire e rendere più fluide le procedure di liquidazione e pagamento delle posizioni debitorie pregresse delle singole Aziende sanitarie, in modo da ottenere anche sensibili economie di spesa (a seguito della rinuncia, integrale o parziale, a interessi e spese legali da parte dei creditori), riconducendo i tempi di pagamento dei diversi creditori a livelli fisiologici. A seguito di quanto sopra rappresentato, nel 2013 gli oneri finanziari si sono ridotti di circa il 75%, rispetto all'ammontare del 2009, gli oneri diversi di gestione si sono sostanzialmente dimezzati, mentre i componenti della gestione straordinaria sono rientrati in limiti fisiologici.

Per quanto riguarda, invece, il governo dei principali fattori della produzione, va detto che le misure relative al blocco del turn over, in uno con una più attenta e monitorata gestione dei fondi del trattamento accessorio, hanno consentito di rilevare nel 2013 un costo per il personale inferiore del 13,3% rispetto a quello registrato nel 2009, laddove nel medesimo intervallo di tempo la riduzione su base nazionale è stata pari al 2,8% e nelle sole Regioni in Piano di rientro al 7,7%¹. Allo stesso modo, la politica di centralizzazione degli acquisti, attuata per il tramite della centrale di acquisto (ora committenza) So.Re.Sa. Spa, ha consentito tra l'altro di contenere l'incremento dei costi dei prodotti farmaceutici: nel 2013 si è rilevato, infatti, un costo di acquisto di tali beni del 17,6% superiore rispetto a quello registrato nel 2009, laddove nel medesimo intervallo di tempo l'incremento su base nazionale è stato pari al 21,5% e nelle sole Regioni in Piano di rientro al 25,4%¹.

Ancora, sul fronte degli acquisti di altri beni e servizi, nel 2013 si è rilevato un costo inferiore del 5,3% rispetto a quello registrato nel 2009, laddove nel medesimo intervallo di tempo su base nazionale vi è stato un incremento di costo pari al 4,6% e nelle sole Regioni in Piano di rientro allo 0,9%¹.

Infine, rispetto alla farmaceutica convenzionata, nel 2013 si è rilevato un andamento in riduzione conforme a quello verificatosi su base nazionale anche grazie agli interventi statali e dell'Aifa.

Tutto questo dimostra che le misure e gli interventi che, negli ultimi anni, hanno fortificato il sistema di governance della sanità, con particolare riferimento all'implementazione degli strumenti di controllo e di razionalizzazione dei principali fattori di spesa, hanno sortito i loro effetti, specie

1. Dati tratti dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze

nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, le quali hanno dovuto compiere i maggiori sforzi nella direzione del contenimento della spesa sanitaria, senza però rinunciare al miglioramento nell'erogazione dei Lea.

Nel contempo, è sempre bene rimarcarlo, la performance del sistema sanitario del nostro Paese, come certificato dall'Organizzazione mondiale della sanità, si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Con un tasso di incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sul Pil che si è attestato ormai negli ultimi anni stabilmente intorno al 7%, percentuale sensibilmente inferiore rispetto a quanto rilevato in quasi tutti gli altri Paesi europei (9% in Francia, 8,6% in Germania, 7,8% in Regno Unito, solo per citarne alcuni). Eppure, il mantenimento degli standard qualitativi fin qui raggiunti impone una seria e attenta riflessione sul tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico, in presenza di livelli di finanziamento sempre più condizionati da vincoli macroeconomici e da politiche di bilancio innanzitutto orientate al rispetto degli impegni assunti dal nostro Paese in sede comunitaria. Ciò, però, non può avvenire mortificando il percorso virtuoso compiuto negli ultimi anni da talune Regioni, soprattutto quelle in Piano di rientro e, tra queste, in primis la Campania che, sia consentito affermarlo con fermezza e orgoglio, nel ciclo politico e amministrativo della legislatura che sta per concludersi, ha fatto registrare senza dubbio la migliore performance in termini di rientro dal disavanzo. Dopo anni di drastiche misure di contenimento della spesa, infatti, e dopo aver ormai raggiunto l'equilibrio economico, peraltro in anticipo rispetto a quanto previsto dai programmi operativi, è necessario che si trovino spazi adeguati per garantire finalmente al Servizio sanitario regionale una

prospettiva di sviluppo e di nuovi investimenti per elevare ulteriormente la qualità dell'assistenza.

Peraltro, va anche detto che negli anni nei quali il sistema sanitario della Regione Campania ha dovuto risalire la china di un disavanzo che, nel 2009, ammontava – come si è detto – a ben 853 milioni di euro, il riparto tra le varie Regioni e Province Autonome del Fondo sanitario nazionale è avvenuto sulla base dei soli criteri della popolazione residente e della diversa struttura per età, nonostante sia stato già ribadito più volte e da più parti, nel corso degli anni, che l'utilizzo del sistema di pesatura per età non può ritenersi il solo appropriato allo scopo, dal momento che – come confermato dal documento Agenas *Riflessioni sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario*, Cislacchi C. (a cura di) 2010 – vi sono vari altri fattori che hanno incidenza sui determinanti delle condizioni di salute e, tra questi, quelli economici, sociali, ambientali e demografici.

Sta di fatto che, nel periodo 2010-2013, il sistema sanitario della Regione Campania ha ottenuto una quota parte del Fondo sanitario nazionale che, rapportata alla popolazione residente, è risultata mediamente inferiore di circa 62 euro rispetto alla quota pro capite nazionale equivalente a oltre 300 milioni annui.

In prospettiva, va pertanto vista con estremo favore la previsione contenuta nel Patto per la salute 2014-2016, poi recepita nel comma 601 dell'art. 1 della Legge di stabilità 2015 (legge 190/2014), di rivedere e riqualificare gli attuali criteri di riparto, attraverso nuove modalità di pesatura secondo i criteri già indicati dall'art. 1, comma 34, della legge 662/1996 e nello specifico *“popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni e indicatori epidemiologici territoriali”*.

Qualità, quantità delle prestazioni al tempo della spending review: il caso Toscana

di **Luigi Marroni**

Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana

N

el corso degli ultimi anni il legislatore è tornato più volte a “correggere” la naturale crescita del Fondo sanitario alla luce del peggioramento del quadro economico complessivo.

Nella Tabella 1 proponiamo le principali azioni effettuate nel corso degli ultimi anni. A queste misure di contenimento della spesa si aggiungono ulteriori tagli che rendono una sfida continua il futuro dei sistemi sanitari regionali. Nello specifico, a titolo di esempio, la Tabella 2, riportata nel bilancio di previsione regionale, ben rappresenta le ricadute economiche delle manovre nazionali su questa Regione. Per la Toscana, che ha un livello complessivo di finanziamento del Ssr di circa 6,5 miliardi di euro, si tratta di prevedere per il prossimo triennio una riduzione di quasi mezzo miliardo l'anno. Un taglio ai finanziamenti di tale dimensione richiede non solo di trovare spazi di maggiore efficienza ed efficacia, rafforzando al tempo stesso il sistema di monitoraggio e controllo, ma anche, e soprattutto, impone una profonda revisione dei processi organizzativi del sistema sanitario al fine di scongiurare le ricadute negative in termini di quantità e qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

Proprio alla luce dell'attuale situazione e dei previsti scenari futuri, la Regione Toscana ha progettato, e sta realizzando, un'importante serie di interventi e nuovi strumenti di governance e di controllo della spesa che qui presenteremo e che sono stati pensati per rendere l'intero sistema sanitario regionale ancora più pronto e reattivo di fronte alle importanti sfide economiche e sanitarie che ci aspettano già a partire da quest'anno.

La Toscana possiede un sistema sanitario avanzato e il confronto con altre realtà regionali pone la nostra Regione tra le migliori per gli indicatori di salute della popolazione. I risultati del Programma nazionale esiti (Pne) mostrano come le performance della sanità toscana abbiano raggiunto nella misura degli *outcome* – in particolare riguardo agli esiti dei percorsi ospedalieri – risultati di grande rilievo sia nel confronto nazionale sia in quello internazionale.

Tabella 1  **Le azioni principali per il contenimento della spesa 2010-2013**

Oggetto e norme	2010	2011	2012	2013
Risparmi sulla spesa del personale (parte dei 1.719 milioni) - L. 191/2009, art. 2, comma 67	-466	-466	-466	-466
Minori risorse rispetto a quelle previste inizialmente dal Patto per la salute 2010-2012	-300	-487		
Reintroduzione ticket (L. 111/2011)			-834	-834
Manovra 2010 - D.L. 78/2010 (L. 122/2010), art. 9, comma 16		-418	-1.132	-1.132
Manovra 2010 - D.L. 78/2010 (L. 122/2010), art. 11, comma 12		-600	-600	-600
Misure di contenimento della spesa - Manovra Tremonti 2011 - L. 111/2011, art. 17, comma 1				-2.500
Illegittimità costituzionale dell'art. 17, comma 1, lett. d), del D.L. 98/2011; vedi Relazione al bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2014 (pag. 20)				
Riduzione del finanziamento per accertamenti medico-legali - Manovra Tremonti 2011 D.L. 98/2011, art. 17, comma 5 (L. 111/2011)				-70
Spending review - Manovra Monti Bondi 2012 D.L. 95/2012, art. 15, comma 22			-900	-1.800
Legge di stabilità 2013 L. 228/2012, art. 1, comma 132				-600
Legge di stabilità 2014 L. 147/2013, art. 1, comma 481				
Totale	-766	-1.971	-3.932	-8.002
Stima dei tagli per la Regione Toscana (assumendo un indice di accesso del 6,5%)	-50	-128	-256	-520

L'analisi delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) prodotta dal Ministero della salute mette in evidenza l'elevato indice di efficienza della rete ospedaliera toscana con un alto *case mix* e minori tempi di degenza, valorizzati da indici di attrazione e soddisfazione di assoluto valore. L'ottimo livello raggiunto attraverso la valutazione nazionale dei Livelli essenziali di assistenza, conferma poi come il Ssr toscano sia in grado di dare risposte ai bisogni della popolazione nelle diverse aree dell'assistenza in maniera omogenea, diffusa ed equa. Tuttavia, proprio per la riduzione dei finanziamenti assegnati, anche il nostro sistema richiede modelli innovativi di organizzazione e gestione

che siano in grado di continuare a garantire equità e qualità nell'assistenza sanitaria con le risorse disponibili, a partire dalla tutela delle fasce deboli della popolazione, rispondendo alla sfida di coniugare una corretta gestione economica con un sistema di valori specifico del sistema toscano. Con la delibera di Giunta regionale 1235/2012 è stato avviato un profondo cambiamento organizzativo, promuovendo azioni coerenti con gli obiettivi di rafforzamento e razionalizzazione che sono ad oggi in fase di realizzazione. Si tratta di interventi mirati che si collocano in un orizzonte di medio periodo e che sono inclusi in un contesto strategico più ampio che vede allo stu-

Tabella 2  **Ricadute delle Manovre sulla Regione Toscana**

Manovre statali		2015			2016			2017		
		Totale Regioni	Toscana	%	Totale Regioni	Toscana	%	Totale Regioni	Toscana	%
Manovra legislazione vigente	D.L. 95/2012	1.050,00	78,75	7,50	1.050,00	78,75	7,50	1.050,00	78,75	7,50
	D.L. 66/2014	750,00	56,25	7,50	750,00	56,25	7,50	750,00	56,25	7,50
Ddl Manovra di stabilità	Ddl stabilità per il 2015	3.452,00	258,90	7,50	3.452,00	258,90	7,50	3.452,00	258,90	7,50
	Riduzione Irap lavoro	50,00			50,00			50,00		
Totale complessivo degli effetti sul bilancio		443,90			443,90			443,90		

dio anche importanti azioni di riorganizzazione delle Aziende sanitarie.

Gli assi portanti di quest'organico progetto di riforma sono rappresentati da:

- una visione che traguarda verso azioni e logiche di sistema; non si limita ai soli ambiti funzionali e organizzativi aziendali, ma sposta parte delle azioni su ambiti di Area Vasta e regionali;
- la ricerca dell'appropriata erogazione delle prestazioni e un'incentivazione a produrre quelle a più alto valore per la salute dei cittadini;
- una stretta interconnessione delle cure, nei vari contesti in cui vengono erogate, secondo una logica di valorizzazione e promozione della continuità assistenziale tra gli ospedali, il territorio e le strutture residenziali;
- il cambiamento strutturale di alcune filiere di supporto ad alto valore assistenziale tra cui le centrali 118, i laboratori, le Officine del trasfusione, etc.);
- la riorganizzazione delle attività di prevenzione collettiva;

- un sistema di gestione tecnologica dell'informazione e della comunicazione unico, unitario e condiviso.

Per perseguire gli obiettivi sopra delineati si punta a valorizzare le competenze, le intelligenze e le volontà dei professionisti sanitari, che hanno la responsabilità di saper sviluppare pensieri, prassi e ambiti d'intervento incisivi e originali a fianco delle figure gestionali aziendali e regionali.

La specifica riorganizzazione della rete ospedaliera ha nel contempo avviato un percorso per migliorare l'efficienza di funzionamento dei nostri ospedali.

Nel ridisegno complessivo, l'area medica ospedaliera tende a coprire con continuità e sicurezza lo spazio fisico e culturale tra urgenza medica e complessità del paziente fragile, mentre quella chirurgica tende a superare la sua attuale connotazione eccessivamente generalista, in base alla quale la casistica relativa alle varie tipologie di intervento si disperde, in alcuni casi, numericamente tra le chirurgie di tutti i Presidi.

In tal senso, i 41 ospedali toscani cominciano a lavorare secondo una vera e propria rete definita attraverso specifiche *mission* non gerarchiche. In questa direzione va letta, a titolo di esempio, la recente deliberazione che fissa casistica e modalità di implementazione del percorso senologico e della cura della patologia prostatica che garantirà maggiore appropriatezza e sicurezza per le cure, e su questa impostazione saranno prodotti ulteriori atti in particolare in merito all'area sensibile dell'oncologia.

Dal combinato disposto di efficienza e appropriatezza, i dati ci consegnano una riduzione di posti letto (1.271 p.l. ridotti nel biennio 2012-2013) che aggiunge qualità alle prestazioni erogate e che si pone in linea con la letteratura internazionale.

Di concerto con la razionalizzazione e l'incremento di efficienza della rete ospedaliera viene rafforzato il livello dell'organizzazione del territorio secondo un complesso percorso che porterà a definire il Piano regolatore territoriale per ogni Azienda sanitaria e che già oggi, tendenzialmente, si basa sul ruolo centrale della medicina generale, sui percorsi della sanità di iniziativa, sull'attivazione delle Case della salute (41 Case della salute realizzate al 31 dicembre 2014), sull'implementazione delle cure intermedie (1.597 posti letto di cure intermedie attivati al 31 dicembre 2014) e dei servizi residenziali e sullo sviluppo dell'assistenza domiciliare (la quota percentuale di Adi si attesta per il 2013 al 6,8/100 assistiti) come servizio di prossimità più vicino all'ambiente protetto del cittadino ammalato. Dopo una lunga, approfondita e importante discussione/confronto con tutti gli attori del sistema emergenza-urgenza territoriale, si è raggiunto un punto di sintesi sul nuovo modello di centrali del 118. Il numero delle centrali passerà da 12 a 6 con un incremento esponenziale di efficienza e qualità, anche attraverso l'investimento nelle tecnologie di

supporto, nelle professionalità impiegate e nel miglioramento degli standard di riferimento. Ciò si associa a un percorso di riorganizzazione delle postazioni di emergenza-urgenza, unito alla garanzia di una certezza professionale per gli operatori di questa delicata area dell'assistenza. Al termine di questo processo avremo un sistema di emergenza-urgenza più efficiente e più omogeneo su scala regionale.

Azioni specifiche di implementazione riguarderanno anche tutta l'area dei laboratori. Con tempi diversi, e con uno straordinario sforzo di sviluppo del sistema informativo di supporto, gruppi di lavoro, su mandato di particolari atti, stanno definendo un sistema differenziato in relazione al livello di azione e alla funzione dei laboratori, disegnando uno scenario che vede prevalere una logica organizzativo-territoriale di Area Vasta, quindi non più limitata al solo territorio della singola Azienda sanitaria. Nel mese di febbraio sarà inaugurata la prima Officina trasfusionale di Area Vasta localizzata presso l'Azienda ospedaliera universitaria pisana.

Infine si evidenzia il percorso di riorganizzazione dei Dipartimenti della prevenzione che, in coerenza con la normativa regionale, hanno visto realizzarsi un nuovo modello che vede una riduzione significativa delle Unità funzionali – oggi su base aziendale – accompagnata alla valorizzazione di specifici *setting* professionali (le strutture complesse sono passate da 137 a 48).

Anche in termini di macro-organizzazione la Giunta della Regione Toscana ha approvato, il 22 dicembre scorso, una proposta di legge regionale che avvia il processo di riordino dell'intero sistema sanitario. La proposta normativa è finalizzata, innanzitutto, a migliorare ulteriormente la qualità delle prestazioni erogate attraverso, fra l'altro, la costituzione, in via sperimentale, di alcuni dipartimenti interaziendali, la definizione di modelli di programmazione di Area Vasta più efficaci

e cogenti e la valorizzazione – anche attraverso l'integrazione di modelli operativi convenzionali tra l'Azienda unità sanitaria locale e l'Azienda ospedaliero-universitaria – della formazione, della didattica e della ricerca.

Altra finalità primaria del testo di legge è quella di ottimizzare ed efficientare le risorse anche attraverso un'importante riduzione del numero delle attuali aziende Usl (da 12 a 3) nell'ottica di pervenire, appena ci saranno le necessarie positive condizioni normativo-politiche, alla costituzione di tre grandi Aziende sanitarie derivanti dalla fusione dell'Azienda Usl e dell'Azienda ospedaliera universitaria che insistono in ciascuna delle tre Aree Vaste in cui è suddiviso il territorio regionale. La complessiva revisione del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è demandata a una ulteriore proposta di legge che sarà adottata entro il 30 settembre 2015.

La Regione Toscana infine sta lavorando su diverse aree non sanitarie *no core*, alla ricerca delle modalità operative applicate più efficienti. Attraverso la tecnica della *best practice* si cerca infatti di promuovere tra le Aziende i comportamenti virtuosi, le soluzioni amministrative, operative e organizzative migliori. Tra le principali aree di intervento si ricordano i processi di stampa, la gestione del parco automezzi, la telefonia, la gestione del calore, la *lean organization*.

Anche dal punto di vista del monitoraggio della spesa la Regione Toscana si è dotata di nuovi strumenti di controllo, affinché l'Assessorato competente abbia a disposizione dati aggiornati, previsioni attendibili e analisi gestionali approfondite. Tutto ciò per far sì che si riesca quanto prima a intercettare eventuali divergenze rispetto a quanto concordato, comprenderne la natura e procedere, dove possibile, a porre in atto tutti i più opportuni ed efficaci rimedi. Inoltre, nel campo del controllo di gestione, la Regione Toscana si è dotata di un sistema di *cloud* per lo scambio di informazioni amministrativo-gestionali con le Aziende sanitarie, una strutturata reportistica trimestrale che evidenzia e analizza gli andamenti sia complessivi che per singola Azienda, in termini economici e finanziari. Sono stati inoltre realizzati sistemi automatici che evidenziano eventuali dati economici divergenti dagli andamenti concordati, fin dal loro inserimento nel sistema regionale.

Proprio perché tutti i sistemi di controllo attivati si basano sulla bontà dei dati contabili delle Aziende, la Regione Toscana ha ormai da molti anni avviato un generale processo di certificazione dei bilanci di tutte le Aziende sanitarie, in modo da avere Aziende che, grazie ad adeguate procedure aziendali e sistemi contabili ben strutturati, producano informazioni economiche, patrimoniali e finanziarie tempestive e attendibili.

Responsabilità nel contenimento dei costi e l'esperienza del Veneto

di **Domenico Mantoan***

**Mauro Bonin, Matteo Cella, Antonio Maritati,
Gabriele Nube, Alessio Righele, Valentina Sambo****

* Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione Veneto

** Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

24

modar

Il Patto per la salute, recentemente siglato, ha messo in evidenza la maturità delle Regioni quanto a tensione e responsabilità sul contenimento dei costi dei Servizi sanitari, senza per questo compromettere i livelli di qualità raggiunti, ma anzi proseguendo in tale direzione omogenizzando gli standard sul territorio nazionale. È impegno particolare delle Regioni agire in profondità su tutti i processi di acquisizione di beni e servizi per ottimizzare al meglio i processi di supporto e di governance del settore, nella consapevolezza, tuttavia, che i risultati attesi possono essere conseguiti solo attraverso il miglioramento qualitativo e il potenziamento di tutti gli strumenti di governo della spesa, ivi compreso quelli del livello centrale, rimuovendo le cause di ridotta operatività degli stessi in accordo con le necessità sempre più stringenti di contenimento della spesa sanitaria.

La principale leva di intervento proposta riguarda il rafforzamento della governance del sistema degli acquisti in ambito sanitario, che miri al potenziamento del processo di pianificazione e aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi, orientato a un potenziamento della concorrenza e a un più efficace ricorso al mercato. L'esercizio della governance del sistema degli acquisti in ambito sanitario dovrebbe essere demandata al tavolo tecnico permanente per gli acquisti di beni e servizi previsto nel Programma di lavoro del Commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica, il quale prevede già tra i principali ambiti di responsabilità, la programmazione integrata degli interventi di spesa a livello nazionale e locale e che andrebbe integrato con competenze sanitarie specifiche da reperire nelle professionalità delle centrali di committenza dei Servizi sanitari regionali.

Il tavolo permanente potrebbe quindi sovrintendere all'attuazione di alcune misure che mirano a rafforzare e rendere pienamente operativi i processi di accentrimento degli acquisti sanitari a livello regionale, già intrapresi in molte Regioni italiane, quali:

- la costituzione di centrali di acquisto in tutte le Regioni a cui affidare non tanto l'espletamento di gare aggregate (la semplice aggregazione come somma di più

fabbisogni non costituisce infatti un fattore di efficienza), ma la responsabilità dei piani di razionalizzazione della spesa regionale, da conseguire attraverso il governo e la standardizzazione della domanda delle Aziende sanitarie;

- l'obbligatorietà di affrontare determinate categorie merceologiche a livello aggregato, sia tramite le centrali di acquisto che attraverso aggregazioni stabili di enti (ad esempio le Aree Vaste). Tale obbligatorietà potrebbe essere introdotta all'inizio per particolari categorie merceologiche (prodotti farmaceutici e affini, categorie di dispositivi medici ad alta standardizzazione, servizi di pulizia, lavanderia, ristorazione, vigilanza) per poi essere estesa a tutte le categorie merceologiche standardizzabili centralmente;
- la semplificazione delle procedure e le modifiche normative conseguenti, con estensione programmate delle gare e il riuso dei risultati conseguiti con i processi di selezione dei prodotti;
- l'introduzione, per categorie merceologiche di difficile standardizzazione, di prezzi di riferimento a valenza regionale, sovraregionale o nazionale, anche attraverso l'integrazione della norma di cui all'art. 17 della legge 11/2011;
- l'istituzione di processi strutturati di programmazione degli acquisti, che eviti la frammentazione degli acquisti e l'eccessivo ricorso a proroghe, acquisti in privativa o a procedure negoziate;
- la piena operatività del sistema a rete delle centrali di acquisto, per consentire scambi di esperienze fra i diversi soggetti nonché sinergie che possano prevedere, fra l'altro, l'espletamento di procedure di gara di livello sovraregionale;
- il pieno sviluppo dei processi di crescita qualitativa degli operatori e di pieno utilizzo delle professionalità prodotte dal sistema;

- la dematerializzazione dei processi di acquisto sia nella fase di gara che in quella di esecuzione dei contratti per consentire da un lato di realizzare importanti risparmi di processo e di riduzione di costi indiretti e dall'altro di attivare efficaci sistemi di controllo e monitoraggio della spesa;
- la salvaguardia nei processi di affidamento dei servizi delle piccole aziende locali di produzione;
- l'incentivazione, anche attraverso processi normativi, delle logiche di fornitura, innovazione e di sviluppo dei sistemi appaltati.

Il complesso di tali misure consentirebbe di accrescere in maniera significativa le capacità di programmazione e di governo della spesa per beni e servizi del sistema sanitario nazionale e di integrare la governance sulla spesa nazionale che il Tavolo permanente ha già come proprio ambito di intervento, fornendo quindi alle competenti autorità che lo compongono strumenti di controllo diretto e preventivo della spesa a tutti i livelli.

Di seguito, si sintetizzano alcune proposte di razionalizzazione della spesa per beni e servizi del Ssn, condivise dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano del 26 marzo 2014.

Spesa farmaceutica

In generale la spesa farmaceutica (farmaci, emoderivati, vaccini, mezzi di contrasto) è la categoria di spesa ad altissimo impatto (economico e gestionale) per la quale dovrebbe essere prioritario il ricorso a gare centralizzate di livello regionale. Alcune azioni possibili per la riduzione della spesa farmaceutica sono:

- utilizzo dei Sistemi dinamici di acquisizione e snellimento delle fasi di negoziazione;
- immediato recepimento della genericazione di principi attivi in privativa, attraverso specifiche

clausole da inserire nei contratti (come peraltro raccomandato dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato);

- il ricorso a gare che prevedano la possibilità di mettere in concorrenza principi attivi differenti con sovrapposibilità terapeutiche. Tale modalità di gara, già sperimentata con successo in alcune Regioni, è attualmente fortemente limitata dalle modifiche al cosiddetto “decreto Balduzzi”, che hanno introdotto il parere preventivo Aifa nei casi in cui le Regioni vogliano introdurre in gara sovrapposibilità terapeutiche;
- sviluppo dell'utilizzo di farmaci biosimilari, con il contributo tecnico-scientifico di Aifa prevedendo gare in equivalenza terapeutica, alla stregua di quanto fatto da alcune Regioni e come disposto da pronunce di varie autorità amministrative;
- revisione del modello distributivo dei farmaci e concentrazione sovraaziendale delle attività di stoccaggio.

Dispositivi medici

La spesa per dispositivi medici è caratterizzata da una grande frammentazione degli acquisti e dei prodotti presenti nel mercato che spesso si differenziano per caratteristiche o elementi poco rilevanti dal punto di vista assistenziale. La strategia di razionalizzazione potrebbe prevedere:

- l'espletamento di gare regionali per le categorie di dispositivi di utilizzo trasversale di limitato costo unitario. In tali gare occorre perseguire una vera standardizzazione dei fabbisogni, cercando di ridurre il numero dei lotti posti a gara;
- la definizione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici a uso specialistico di difficile standardizzazione da parte dell'Anac (dove è confluita l'Autorità di vigilanza dei contratti pubblici) ovvero delle stesse centrali di acquisto regionali.

Materiali protesici

In tale settore si assiste spesso ad acquisti in privata ovvero a gare a ridotta concorrenzialità; pur tenendo in considerazione le diverse esigenze cliniche e la necessità di garantire un certo livello di personalizzazione, si ritiene siano praticabili, anche in tale settore, modalità di gara che consentano un'effettiva concorrenza con il conseguimento di consistenti risparmi di spesa.

È possibile affrontare con gare centralizzate i dispositivi più standardizzabili (protesi, endoprotesi coronariche, pace-maker, defibrillatori impiantabili, lenti intraoculari), nelle quali occorre ridurre al minimo i lotti anche mettendo in concorrenza prodotti basati su tecnologie diverse ma che hanno il medesimo impiego clinico.

Anche in questo settore, inoltre, appare opportuno l'utilizzo di prezzi di riferimento nazionali o regionali secondo quanto sopra delineato.

Assistenza integrativa e protesica

La gestione di tale spesa è molto differenziata e va dalla distribuzione diretta attraverso le farmacie o le strutture delle Asl, alla gestione attraverso rimborsi a prezzi fissi a farmacie o sanitarie. Per tale categoria di spesa si propone di prevedere l'espletamento di gare di appalto centralizzate per tutti gli ausili degli Allegati 2 e 3 del DM 332/99, eliminando di fatto, per tali ausili, la possibilità di ricorso ai rimborsi diretti.

Manutenzione immobili e impianti

La spesa per manutenzione di impianti e immobili rappresenta una spesa totalmente aggredibile a livello centralizzato, sia nazionale (sono infatti già presenti convenzioni Consip) sia regionale. Le gare in tale settore dovrebbero:

- referire l'introduzione di contratti “a risultato”, che prevedono la fornitura integrata di manutenzioni e vettori energetici, in cui il pagamento del canone avviene al raggiungimento e

al mantenimento dei livelli di performance pre-stabiliti;

- introdurre elementi che stimolino l'efficienza energetica dei sistemi edificio-impianti, per ricercare strutturalmente economie sui consumi energetici degli immobili pubblici.

UN MODELLO DI SPENDING REVIEW PER LA GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI: IL CASO DEL VENETO

La questione finanziaria

Nell'arco di circa un decennio, compreso tra 2000 e 2011, la situazione finanziaria del sistema sanitario regionale del Veneto è stata caratterizzata da un progressiva tensione finanziaria, documentata da un costante aumento dei debiti verso fornitori e da un correlato aumento dei tempi medi di pagamento degli stessi (Figure 1 e 2).

Figura 1 Andamento dei debiti verso i fornitori Ssr del Veneto

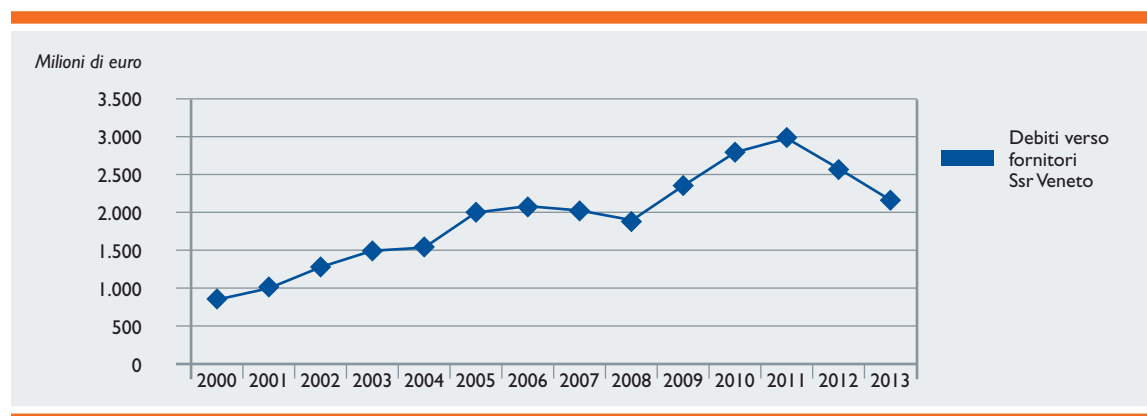
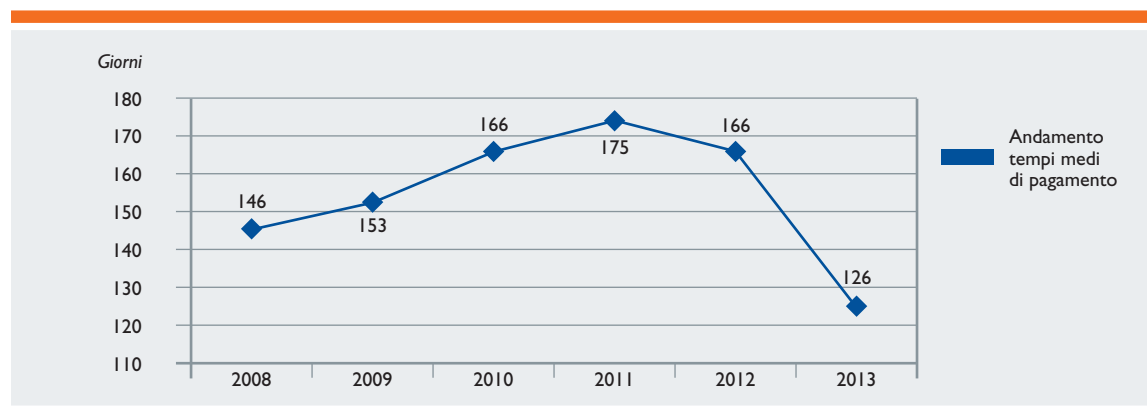


Figura 2 Andamento dei tempi medi di pagamento del Ssr del Veneto



Tale situazione è stata in massima parte imputabile alle seguenti cause:

- la progressiva riduzione delle fonti di finanziamento degli investimenti del Ssr tra il 2001 e il 2011, investimenti che le Aziende del Ssr hanno continuato a effettuare – pur in carenza di liquidità – al fine di mantenere il livello tecnologico e impiantistico delle proprie strutture di offerta;
- le regole contabili (Sec 95) per il calcolo dei ripiani perdite da garantire annualmente al Ssr, le quali prevedevano che le perdite civilistiche registrate dalle Aziende potessero essere ripianate escludendo alcune voci di costo tra cui gli ammortamenti al netto dei costi capitalizzati (le cosiddette “sterilizzazioni”).

Da un lato, quindi, il Ssr Veneto ha visto un incremento dell'autofinanziamento degli investimenti con risorse correnti e dei relativi costi per ammortamenti (non sterilizzati) e dall'altro i ripiani perdite annualmente stanziati non consideravano i costi di ammortamento relativi agli investimenti autofinanziati.

Queste due concause hanno provocato nel periodo considerato un fabbisogno finanziario non coperto pari a circa 1,5 miliardi di euro, in massima parte assorbito dai fornitori del Ssr che hanno subito la progressiva dilazione dei loro Dso (*Days of sales outstanding*).

Le numerose novità in tema di contabilizzazione introdotte a partire dal D.lgs. 118/2011 hanno avuto anche l'effetto di sanare entrambe le situazioni prevedendo sia la sterilizzazione degli investimenti “autofinanziati”, sia il calcolo dei ripiani delle perdite sulla base delle effettive perdite civilistiche singolarmente registrate nei conti economici delle Aziende. Le nuove regole contabili del D.lgs. 118/2011 sono, più in generale, la prova di una maggiore consapevolezza (ministeriale, ma anche regionale) della necessità di monitorare strettamente anche la gestione patrimoniale e finanziaria e non solamente quella economica.

Il controllo degli investimenti

Per tale motivo, la Regione Veneto, prima ancora di decidere il ricorso alle anticipazioni finanziarie del D.L. 35/2013 (L. 64/2013) per ricapitalizzare il proprio Ssr, con Dgr n. 2353 del 2011, ha avviato un percorso volto a monitorare e a razionalizzare le politiche di investimento regionali in tema di sanità, potenziando l'attività di valutazione e di autorizzazione della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (Crite).

Nello specifico con Delibera della Giunta regionale n. 1455 del 6 giugno 2008 è stata istituita la Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (Crite), alla quale è stata assegnata la responsabilità di esprimere il parere tecnico sulle richieste di investimento in apparecchiature presentate dalle Aziende sanitarie. L'applicazione delle competenze e l'attribuzione di ulteriori funzioni è stata modificata con la Delibera della Giunta regionale n. 2353 del 29 dicembre 2011 che determina:

- di affidare alla Crite il compito di supportare la Giunta regionale nel processo di approvazione dei Piani degli investimenti triennali;
- di disporre che la Crite analizzerà ciascun Piano degli investimenti secondo criteri quali, ad esempio, il tasso di obsolescenza e altri individuati dalla Segreteria regionale per la Sanità, esaminando la compatibilità degli investimenti alla luce del quadro complessivo delle risorse disponibili da parte del sistema socio-sanitario o eventualmente con finanziamenti specificamente dedicati. A livello di singolo investimento richiesto, le successive attività della Crite – che avverranno sulla base del Piano degli investimenti approvato – consisteranno in analisi relative alla congruità con la programmazione socio-sanitaria regionale, alla conformità sugli aspetti tecnico-sanitari, alla convenienza economica e alla fattibilità/sostenibilità finanziaria;

- di definire, quale ambito di applicazione delle competenze della Crite, i progetti di investimento articolati in:
 - edilizia sanitaria e socio-sanitaria;
 - grandi macchinari;
 - impianti;
 - attrezzature;
 - informatica e macchine d'ufficio;
 - altri ambiti, quali mobili, arredi, automezzi, immobilizzazioni immateriali e altro;
- di fare obbligo alle Aziende di ricondurre all'analisi della Crite gli investimenti in ambito ospedaliero, territoriale e di prevenzione, ribadendo che, nell'ambito della definizione di "progetto di investimento" sono inclusi gli investimenti per service sanitari e quelli che comportano il noleggio e/o il leasing di apparecchiature/strumentazioni. Sono altresì compresi in tale definizione gli investimenti previsti nell'ambito di contratti di finanza di progetto, concessioni, etc., inclusi quelli che si rendessero necessari in aggiunta a quanto inizialmente definito nei contratti stessi. L'ambito delle attività da sottoporre all'analisi della Crite comprende anche le richieste di autorizzazione alla contrazione di mutui;
- di prescrivere che i progetti di investimento in edilizia sanitaria verranno esaminati dalla Crite contestualmente all'analisi dei Piani di investimenti triennali: in tale sede si valuterà quali progetti dovranno essere oggetto di successivo approfondimento;
- di stabilire che le Aziende devono sottoporre all'analisi della Crite, oltre ai Piani degli investimenti triennali, anche le singole richieste di investimento relative a progetti di investimento in attrezzature, grandi apparecchiature, informatica, etc. (a esclusione dei progetti di edilizia), di entità economica superiore alla soglia comunitaria, attualmente pari a 200.000,00 euro oltre Iva.

La Crite è presieduta dal Direttore generale Area sanità e sociale (o suo delegato) e si compone dei Direttori regionali delle strutture interessate (edilizia, programmazione sanitaria, finanza, etc.).

Per quanto concerne le tecnologie sanitarie, la Crite si avvale delle valutazioni di Health technology assessment (Hta) prodotte dalla struttura regionale a ciò incaricata, applicate alle singole richieste di investimento con l'obiettivo di fornire alla Crite una base informativa scientificamente robusta con particolare riferimento:

- al rispetto dei parametri di efficienza allocativa delle tecnologie;
- alle evidenze cliniche;
- ai livelli di produttività attesi;
- all'impatto sulle liste di attesa e sui flussi di assistiti (attrazione e fuga);
- all'impatto sull'organizzazione esistente;
- ai prezzi di riferimento per le medesime tecnologie, o analoghe.

L'Hta si trova quindi a dover coniugare l'evidenza scientifica con contesti di natura sanitaria e sociale quali l'epidemiologia, l'analisi dell'efficacia, gli aspetti sociologici, organizzativi, economici, etici e politico/legali.

L'approccio dell'Health technology assessment si dimostra utile per informare le decisioni inerenti l'adozione delle tecnologie biomediche. In particolare, se per i farmaci esiste un processo di regolazione istituzionale in grado di sostenere manager e clinici in queste delicate decisioni, lo stesso non può essere detto per *medical devices* e grandi attrezzature biomediche.

Sul piano sostanziale l'attività di valutazione e autorizzazione degli investimenti effettuata dalla Crite, a testimonianza del ruolo sempre più strategico da questa esercitato, ha registrato un notevole incremento dal 2011 al 2013.

I dati analizzati e di seguito proposti sono relativi al triennio 2011-2013 e sono strutturati in quattro macrotipologie di autorizzazioni:

- materiale di consumo (che non genera costi di ammortamento);
- service;
- investimenti in attrezzature sanitarie (compresi impianti e grandi macchinari);
- investimenti in edilizia.

Si può notare come l'attività della Crite abbia subito un incremento costante nell'arco temporale oggetto di analisi, con un'attività di controllo sempre più capillare. L'elemento oggetto di analisi è il numero dei singoli progetti autorizzati. I tassi di crescita su base annua mostrano che tra il 2011 e il 2012 l'attività è triplicata (+325%), mentre tra il 2012 e il 2013 è raddoppiata (+211%) (Figura 3).

La Figura 4 mostra un'esplosione del precedente grafico (Figura 3) secondo le quattro principali macrotipologie sopracitate, dalla quale si evince la distribuzione del trend di crescita dell'attività. A guidare la crescita è l'autorizzazione delle procedure di acquisizione del materiale di consumo che tra 2012 e 2013 quadruplica, mentre il tasso più basso di crescita è registrato (+10% circa) dagli investimenti in attrezzature sanitarie (Figura 4).

Spostando poi il focus sugli investimenti in senso stretto (attrezzature sanitarie, edilizia), da un punto di vista economico, si passa complessivamente da poco più di 34 milioni autorizzati al 31 dicembre 2011 ai circa 320 milioni del 2013 (Figura 5).

Figura 3 Rappresentazione aggregata dell'andamento dei singoli progetti di investimento/acquisizione autorizzati dalla Crite dal 2011 al 31 dicembre 2013



Figura 4 Rappresentazione suddivisa per macrotipologie dell'andamento dei singoli progetti di investimento/acquisizione autorizzati dalla Crite dal 2011 al 31 dicembre 2013

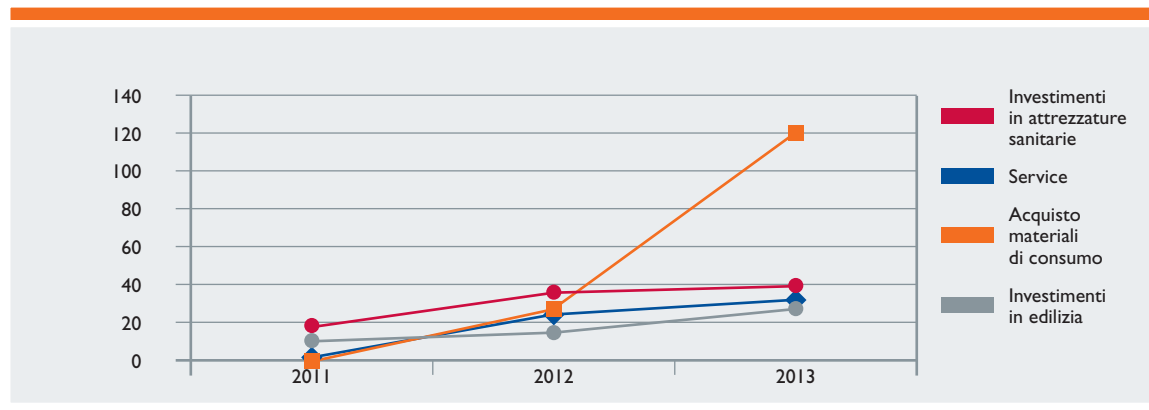
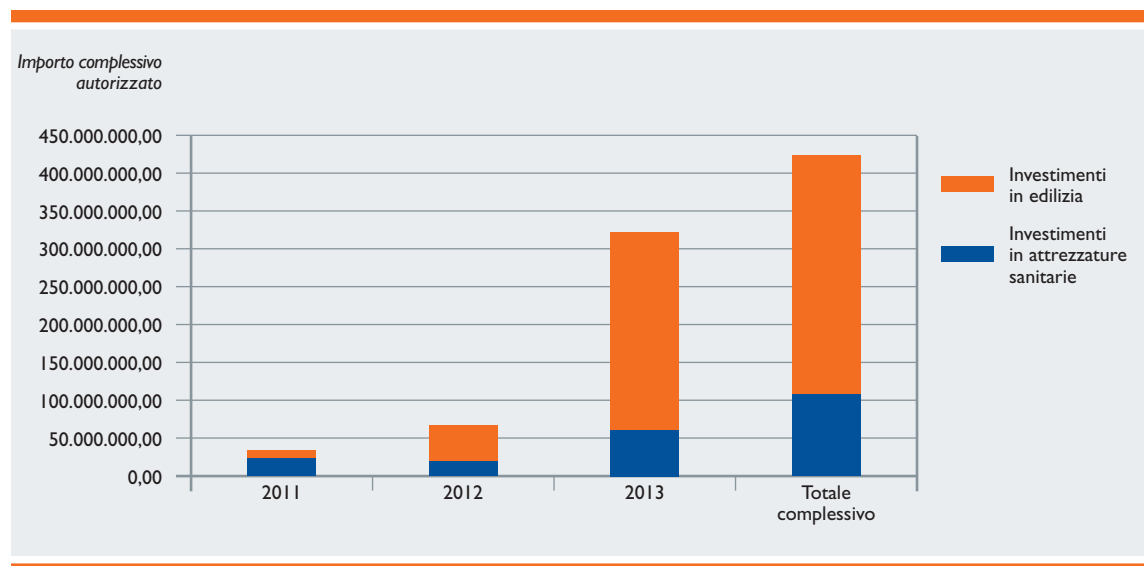


Figura 5  **Rappresentazione dell'andamento del volume di investimenti autorizzati dalla Crite dal 1 gennaio 2011 al 31 dicembre 2013, suddivisi in investimenti in attrezzature sanitarie ed edilizia**

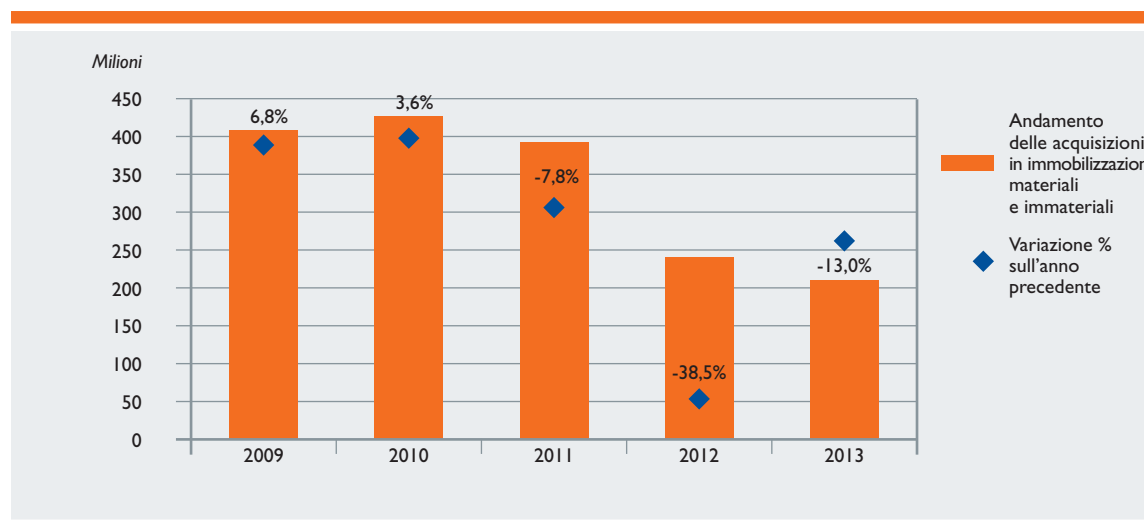


I risultati raggiunti

La decisione di potenziare le attività di valutazione e di autorizzazione della Crite ha sicuramente ottenuto risultati importanti tra il 2012 e il 2013, garantendo un miglior sostegno alle fi-

nalità comuni di controllo e contenimento della spesa. I dati di bilancio testimoniano, infatti, una contrazione degli investimenti del 50% nel biennio considerato con un corrispondente risparmio di risorse finanziarie pari a circa 340 milioni di euro (Figura 6).

Figura 6  **Andamento degli investimenti del Ssr del Veneto**



Ovviamente il compito della Commissione è stato quello di garantire, per quanto possibile, che la pur necessaria “frenata” sugli investimenti si mantenesse all’interno di una logica di razionalizzazione e non di semplice taglio lineare.

La decisione di sottoporre al vaglio della Commissione i singoli piani di investimento delle Aziende, in questo senso, rispecchia la necessità di un riparto ragionato delle risorse del Fsr annualmente destinate alle politiche di investimento in un apposito fondo. Le logiche di riparto del fondo investimenti, infatti, affiancano, oltre ai classici indicatori di obsolescenza e di produttività, anche una valutazione di merito delle singole decisioni di investimento a più alto impatto economico.

Focus sugli investimenti in apparecchiature elettromedicali: il caso delle tecnologie di imaging clinico

La necessità di definire precise linee programmatiche per l’acquisizione di tecnologie biomediche, incluse le apparecchiature di diagnostica per immagini, nasce non solo da esigenze di controllo della spesa e dal perseguimento di obiettivi di efficienza aziendale, ma anche dall’esigenza di attivare piani di acquisizione delle tecnologie che consentano di ridurre il rischio di inappropriata e di promuovere l’efficienza della gestione dell’offerta di servizi.

Questa esigenza si pone non solo relativamente agli acquisti di tecnologie di recente introduzione, per cui sono disponibili prove di efficacia clinica insufficienti o limitate, ma è rilevante anche per le acquisizioni di attrezzature che configurino l’offerta di nuovi servizi/prestazioni, come anche il potenziamento o il mantenimento di quelli esistenti.

Nello specifico gli investimenti sulle tecnologie di imaging clinico, per il rilevante impegno economico, si connotano come scelte di medio/lungo periodo, con un rilevante impatto sull’infrastruttura e sull’organizzazione dei servizi. Inoltre, il loro valore dipende in modo sostanziale dalle condizioni di utilizzo e dalle componenti professionali. La garanzia di condizioni organizzative e modalità di erogazione che assicurino il mantenimento di livelli adeguati della qualità delle prestazioni costituisce quindi un requisito necessario per il raggiungimento dei benefici attesi dall’impiego della tecnologia.

La valutazione deve quindi tenere conto non solo della compatibilità economica, o dei requisiti tecnico-impianstici, ma anche dell’impatto organizzativo, della coerenza con gli obiettivi aziendali e regionali, dell’appropriatezza ed efficienza di uso. L’attivazione di procedure di valutazione di questo tipo, preliminari rispetto a una valutazione tecnico-impianstica, risponde anche all’esigenza di garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità e omogeneità delle prestazioni.

Il sistema informativo regionale, opportunamente integrato con le informazioni necessarie, permette una serie di analisi con lo scopo ultimo di esprimere alcune considerazioni sulle liste d’attesa delle Aziende sanitarie della Regione Veneto seguendo approssimativamente il seguente iter:

1. analisi delle risorse:
 - analisi delle risorse tecnologiche (utilizzo, rendimento, produttività);
 - analisi delle risorse umane (disponibilità, rendimento);
2. analisi della domanda e dell’offerta di prestazioni sanitarie correlate alle grandi apparecchiature;
3. liste d’attesa per prestazioni sanitarie correlate all’uso di grandi apparecchiature.

La contemporanea valutazione della composizione qualitativa e quantitativa delle apparecchiature esistenti e delle prestazioni erogate consente, infatti, di programmare le risorse, di calcolare i bacini di utenza, di attuare delle veri-

fiche e apportare i necessari cambiamenti e a poter valutare l'appropriatezza dell'ubicazione di una determinata apparecchiatura in un dato ospedale. Gli elementi principali del modello di riferimento sono rappresentati nella Figura 7.

Figura 7  **Elementi principali del modello di riferimento**

Analisi della domanda	Confronto della domanda di prestazioni su 1.000 abitanti con la media regionale/provinciale. Analisi del numero totale di prestazioni richieste dalla popolazione residente nella Ulss considerata. Analisi della distribuzione della domanda tra i diversi erogatori: strutture Ulss, fuga nel privato del territorio, fuga nel pubblico, fuga intraregionale nel privato e fuga extraregionale. Valorizzazione della fuga di prestazioni nelle varie strutture.
Analisi della produzione	Analisi dell'utilizzo delle apparecchiature per soddisfare la domanda: • numero di prestazioni per interni, numero di prestazioni per posti letto e numero di prestazioni per esterni; • numero di prestazioni per assistiti Ulss, numero di prestazioni per ricoverati, numero di prestazioni attrazione intraprovinciale, numero di prestazioni attrazione extraprovinciale, numero di prestazioni attrazione extraregionale.
Analisi del parco macchine e della produttività	Analisi del numero e dell'età delle apparecchiature presenti in una determinata struttura. Analisi della produttività delle apparecchiature. Analisi sulla dotazione organica. Analisi sugli orari di disponibilità dei servizi.

Sono stati sviluppati sistemi informatici per l'organizzazione e la sistematizzazione delle informazioni e per ciascuna tipologia di apparecchiatura è possibile analizzare le dimensioni elencate in precedenza:

- verificare la domanda di prestazioni sanitarie correlate alle grandi apparecchiature al fine di valutare quantitativamente la numerosità di prestazioni richieste da ciascun ambito territoriale (aziendale o sovraaziendale) anche al fine di monitorare l'appropriatezza prescrittiva;
- verificare la produzione di prestazioni sanitarie al fine di osservare il grado di "autosufficienza" delle strutture pubbliche per ciascun ambito territoriale, il grado di "dipendenza" dalle strutture private accreditate, l'utilizzo delle grandi apparecchiature a seconda della tipologia di accesso del paziente (pronto soccorso, pazienti ricoverati ed esterni) e infine l'estensione dei bacini d'utenza per le stesse apparecchiature (quante prestazioni per assistiti del territorio e quante in attrazione);
- per ciascuna tipologia di apparecchiatura è possibile analizzare la produttività per struttura

ospedaliera al fine di discriminare quali apparecchiature (anche in funzione del personale disponibile) lavorano sotto o sopra la media regionale, piuttosto che in riferimento agli standard di produttività attesi, anche in ragione dei tempi di apertura e funzionamento programmati per le singole apparecchiature.

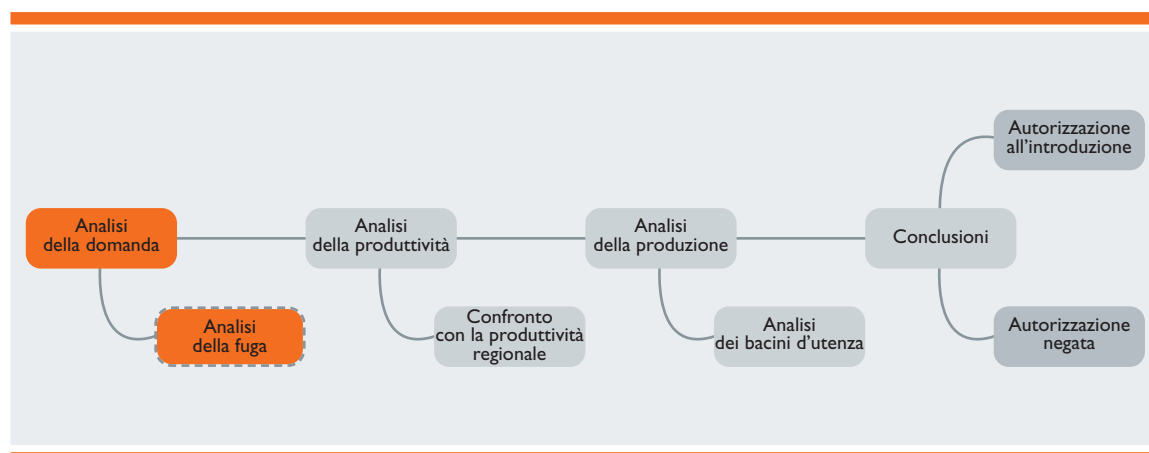
Tramite correlazione tra domanda, produzione e produttività è possibile valutare se l'introduzione di attrezzature che configurino l'offerta di nuovi servizi/prestazioni come il potenziamento o il mantenimento di quelli esistenti sia appropriata o meno e di valutare eventuali ulteriori azioni nel sistema (ad esempio, revisione di budget alle strutture accreditate).

Si fornisce nelle Figure seguenti un esempio di *workflow logico* mediante il quale la Crite perviene a esprimere una valutazione in merito alla richiesta di autorizzazione all'installazione della RM 0,4 Tesla, presso una struttura complessa di Radiologia del Presidio ospedaliero di rete dell'Ulss XXX.

1. Analisi della domanda

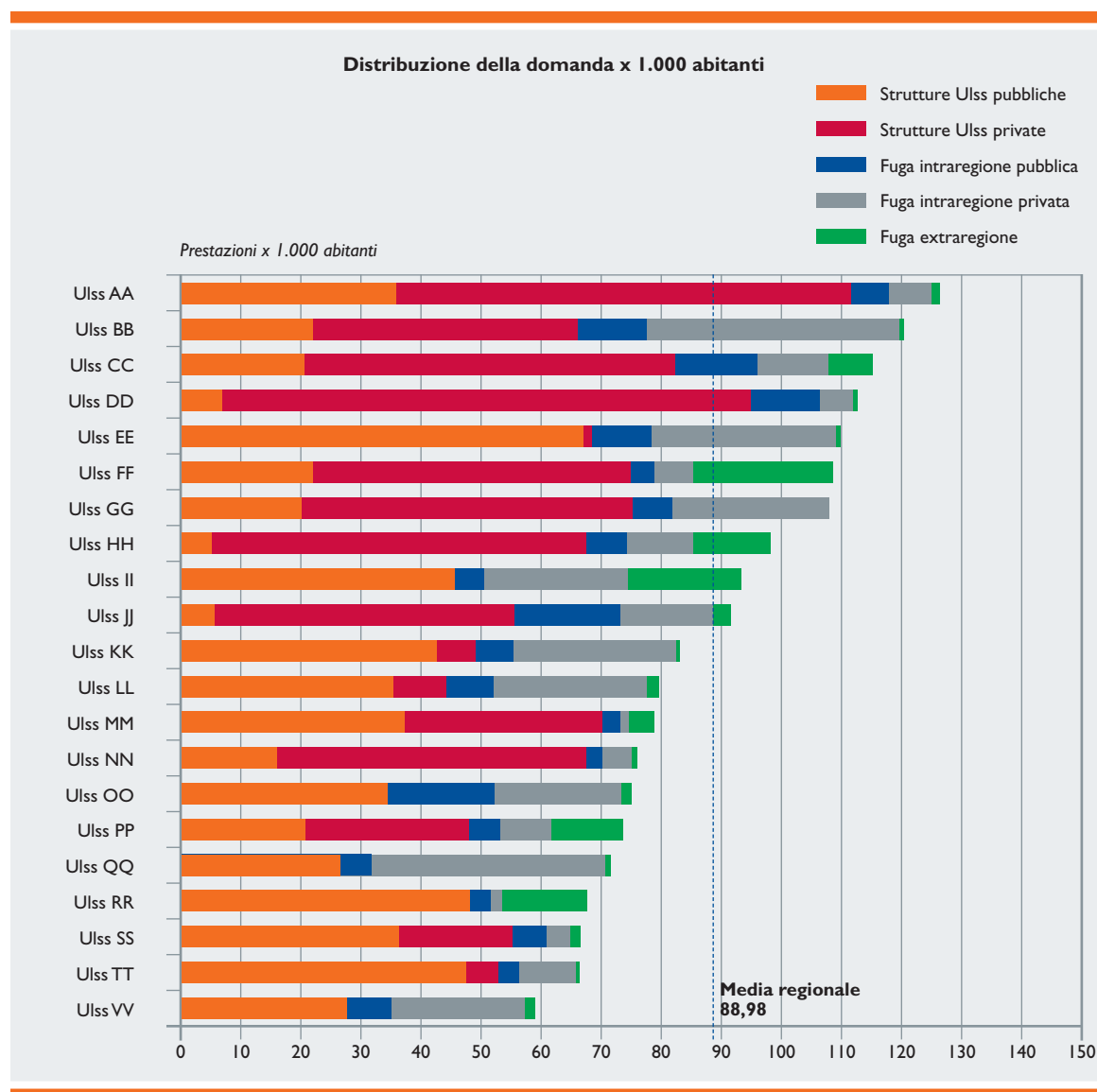
Nella Figura 8 si mette in evidenza il primo passo.

Figura 8  **Passo I. Analisi della domanda**



Confronto della domanda per 1.000 abitanti di Ulss XXX con le altre Aziende Ulss del Veneto (Figura 9).

Figura 9 Rappresentazione grafica della domanda di prestazioni di risonanza magnetica per 1.000 abitanti con indicazione della media regionale



La domanda di prestazioni di risonanza magnetica per la Ulss XXX è la più bassa nel Veneto: 59 prestazioni su 1.000 abitanti contro una media regionale di 89 prestazioni su 1.000 abitanti.

Nel dettaglio la domanda è pari a 10.726 prestazioni/anno (riferimento 2012) da cui emerge l'elevata fuga intraregionale nel privato (37,59%) (Tabella 1).

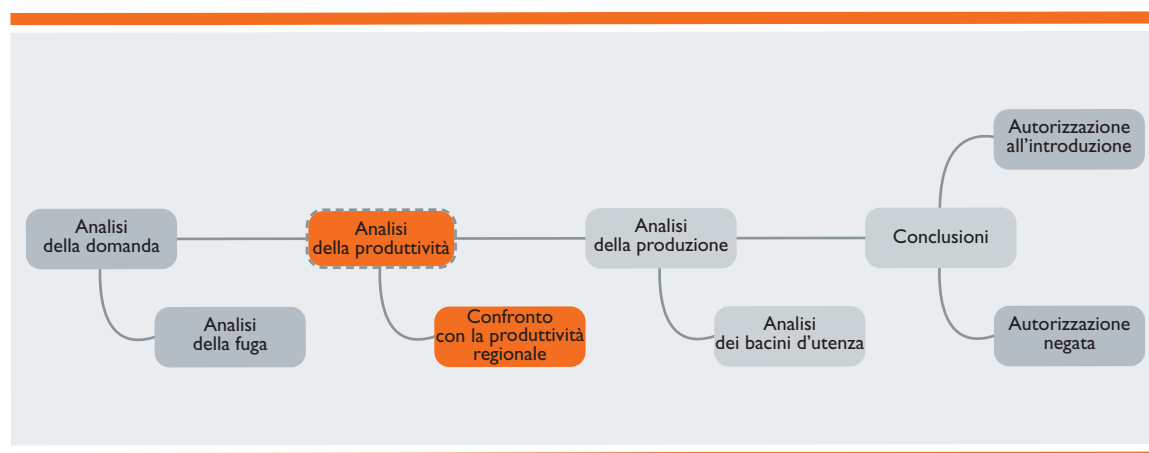
Tabella 1 Rappresentazione in forma tabellare della domanda di prestazioni di risonanze magnetiche

Azienda res.	Domanda	Numero di prestazioni	%
Azienda Ulss XXX	Strutture Ulss Pubblico	5.044	47,03%
	Fuga intraregionale pubblico	1.375	12,82%
	Fuga intraregionale privato	4.032	37,59%
	Fuga extraregione	275	2,56%
Totale		10.726	100%

2. Produttività

Nella Figura 10 si sottolinea il secondo passo.

Figura 10 Passo II. Analisi della produttività



Nell'Azienda Ulss XXX risulta essere installata una sola risonanza magnetica da 1,5 Tesla presso il presidio ospedaliero, con una media di prestazioni annue pari a 6.890 contro la media regionale di circa 4.031 prestazioni/anno (Tabella 2).

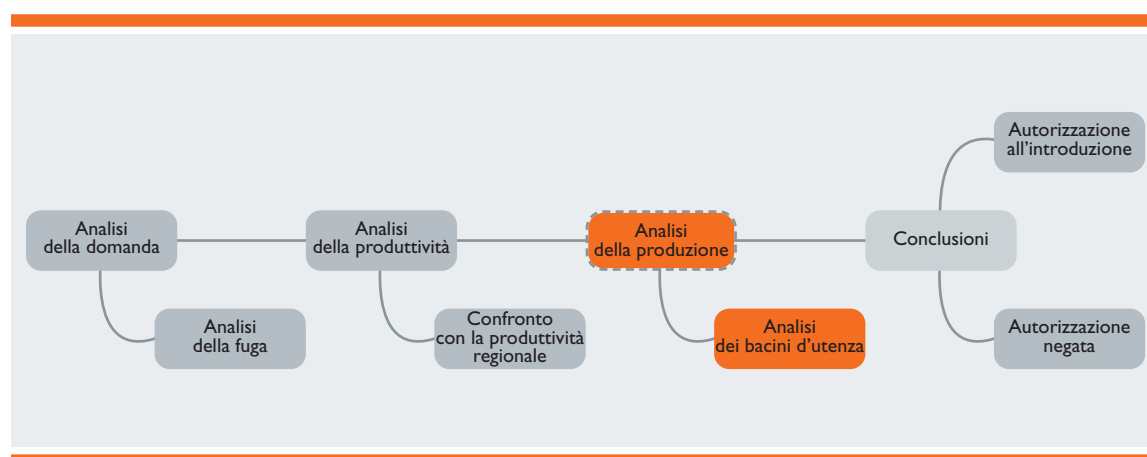
Tabella 2  **Rappresentazione in forma tabellare della numerosità di risonanze magnetiche con indicazione della produzione annuale di prestazioni sanitarie e della media di prestazioni erogate per apparecchio**

Apparecchio	Provincia	Azienda	Numero apparecchi in uso	Numero prestazioni	Media prestazioni
Tomografia	AA		13	40.051	3.080
Magne/te/Speciali/Settoriali	BB		11	34.035	2.991
	CC		9	38.539	4.281
	DD		8	51.555	6.324
	EE	Ulss YYY	2	11.453	4.988
		Ulss ZZZ	2	5.904	2.950
		Ulss WW	2	10.200	5.099
		Ulss XXX	1	6.891	6.890
		<i>Totale</i>	7	<i>34.448</i>	<i>4.709</i>
	FF		3	11.015	3.670
	GG		3	11.682	3.894
Totale			54	221.325	4.032

3. Produzione

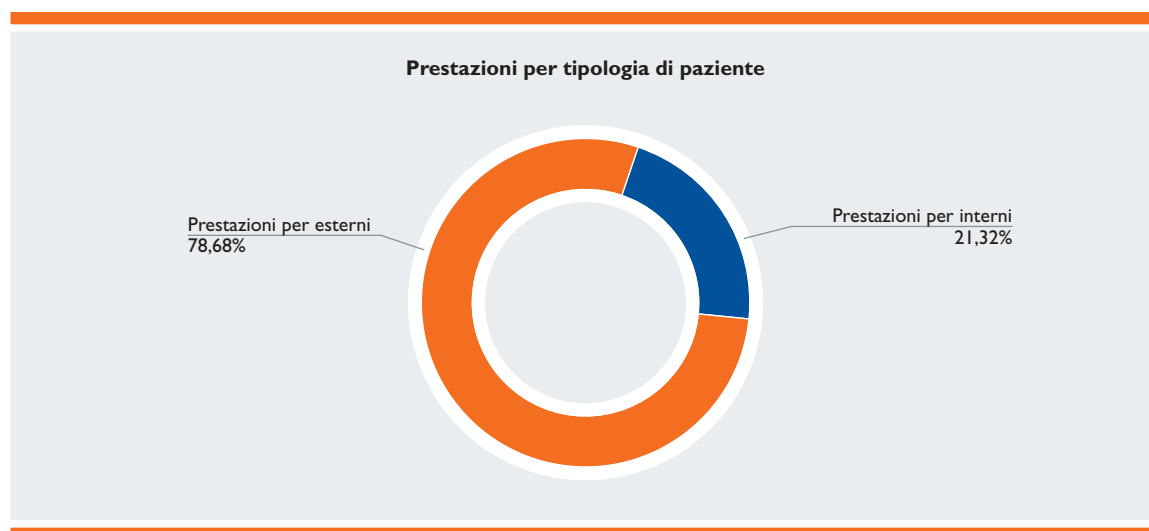
Nella Figura 11 si illustra il terzo passo.

Figura 11  **Passo III. Analisi della produzione**



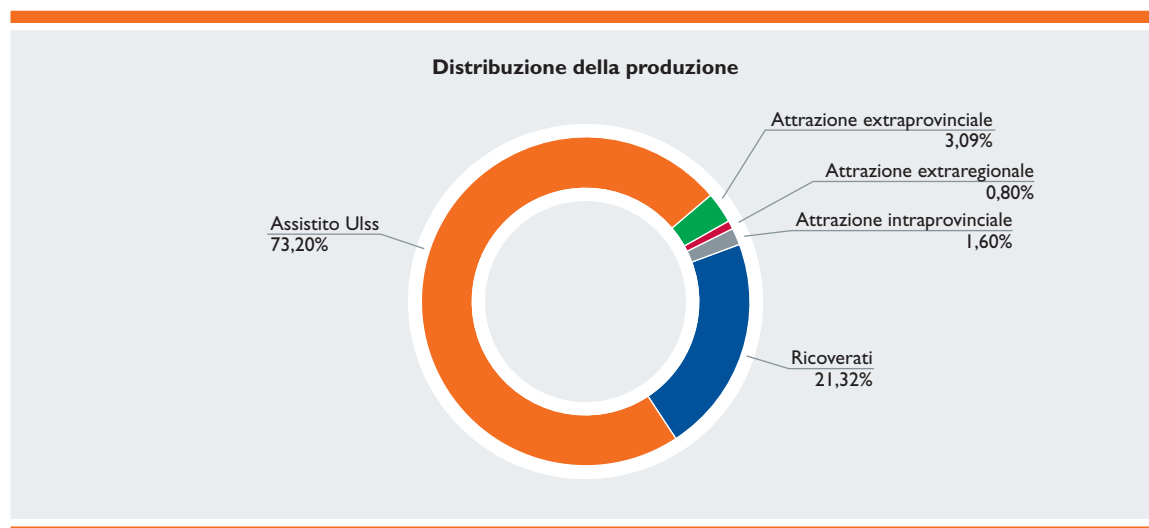
La risonanza magnetica viene utilizzata al 79% per esterni (21% pazienti ricoverati) (Figura 12).

Figura 12 Distribuzione della produzione di prestazioni di risonanza magnetica nel pubblico con distinzione per tipologia di accesso alle strutture sanitarie



Viene utilizzata principalmente su assistiti Ulss e bacini territoriali pari al 5% (Figura 13). ricoverati, minima l'attrazione di pazienti da altri

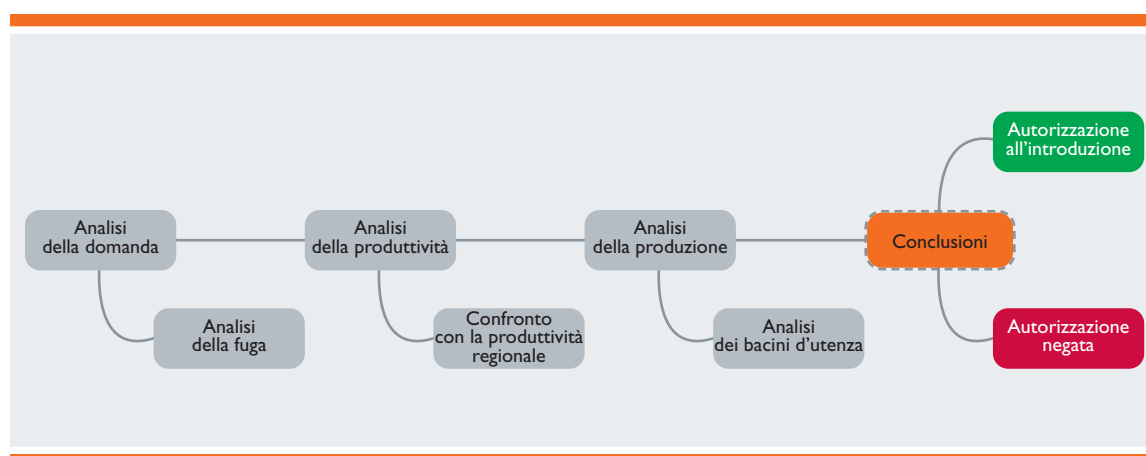
Figura 13 Distribuzione della produzione di prestazioni di risonanza magnetica nel pubblico con distinzione per provenienza dell'utente



4. Conclusioni

Nella Figura 14 è rappresentato l'ultimo passo.

Figura 14  **Passo IV. Conclusioni**



Vista la domanda pari a 10.726 prestazioni e la produzione della risonanza magnetica già presente di 6.081 prestazioni, considerato che la fuga complessiva nel privato ammonta a 4.032 prestazioni, l'installazione di una nuova risonanza magnetica permetterebbe di trattenere nella Ulss XXX le prestazioni in fuga e di soddisfare la domanda di circa 10.000 prestazioni annue.

Il parere in merito all'autorizzazione all'introduzione di una nuova risonanza magnetica è *favorevole* con la prescrizione di abbassare il budget per i privati verso i quali si rivolge l'attuale domanda conseguentemente all'installazione della nuova apparecchiatura.

IL CASO DEL VENETO: CONCLUSIONI

La tensione elevata sulle procedure di approvvigionamento, sia nelle fasi decisionali sia nelle tecniche amministrative, costituisce senz'altro un'azione di governo della spesa sanitaria che ha saputo già dare alcuni risultati di rilievo, ma che presenta ancora ulteriori potenzialità di aggredire costi che non generano valore aggiunto.

L'esperienza veneta vuole testimoniare come un ruolo più incisivo delle Regioni, all'interno di un processo particolarmente strategico sia sotto il profilo gestionale sia finanziario, come gli investimenti in edilizia e tecnologia, può consentire di recuperare importanti margini di efficientamento. Non si tratta di razionare o replicare nel territorio regionale logiche di taglio lineare alle quali, purtroppo, siamo stati spettatori in più occasioni. Al contrario, rafforzando il sistema regionale di competenze, metodi e tecniche di valutazione, è possibile migliorare i processi di scelta secondo logiche di razionalità sanitaria ed economica, a tutto vantaggio anche della qualità del sistema.



Dal superamento dell'emergenza finanziaria al risanamento

di **Federico Spandonaro**

Presidente Crea Sanità - Università Tor Vergata

Il tema del risanamento della spesa sanitaria non è certamente nuovo: anzi si potrebbe dire che il Ssn sia “nato” con un disavanzo “strutturale” che, in misura a volte maggiore e altre minore, si è trascinato sino ai nostri giorni. Le ragioni sono numerose e, almeno in origine, probabilmente riconducibili alle modalità stesse di costituzione del Ssn: nato subito dopo la chiusura delle mutue, da esse ha ereditato strutture e assetti, ma anche una situazione finanziaria compromessa.

Il contrasto alla formazione dei disavanzi è, di conseguenza, sempre stata una delle priorità della politica sanitaria nazionale: ma, a ben vedere, sono però cambiate nel tempo le modalità con cui è stato perseguito.

Negli anni '80 l'equilibrio di bilancio è stato perseguito tanto con norme di programmazione tese a raggiungere standard di efficienza (si ricordi per tutte la L. 595 del 1985), quanto facendo leva sulle compartecipazioni alla spesa. Gli anni '90 hanno, invece, visto una maggiore concentrazione degli sforzi sulla razionalizzazione della spesa: vanno in questo senso sia il D.lgs. 502 del 1992 (che introdusse il pagamento delle strutture ospedaliere a Drg, ma anche alla cosiddetta aziendalizzazione delle Usl), sia il successivo D.lgs. 229 del 1999.

Il vero cambiamento di quella fase storica risiede nel passaggio dalla logica della programmazione tipica degli anni '80, a quella degli incentivi degli anni '90; l'idea è rinvenibile in molte scelte del legislatore, peraltro condivisibili e comuni a tutte le riforme intervenute a livello internazionale nell'ultimo scorcio del XX

secolo: i sistemi complessi non possono essere efficacemente governati con atti di mera programmazione (dell'offerta), richiedendo piuttosto una regolazione che incentivi comportamenti virtuosi da parte di tutti gli attori coinvolti.

Per inciso, da questo punto di vista il D.lgs. 229 del 1999 poco aggiunse alla prima riforma, se non un crescente afflato sul tema della responsabilità finanziaria regionale.

Il tema della responsabilità assurge definitivamente a questione centrale della politica (economica) sanitaria quando si rende evidente il fallimento dell'esperimento voluto con il D.lgs. 502 del 1992: infatti, dopo una prima fase in cui i tassi di crescita della spesa sanitaria si contrassero significativamente, gli stessi ripresero a crescere, e con essi il disavanzo.

Discernere se si sia trattato di un fallimento del modello o piuttosto di una sua carente gestione è molto complesso: va però notato, a supporto della seconda tesi, che molte delle previsioni del D.lgs. 502 del 1992 sono, di fatto, rimaste inattuato o lo sono state in modo snaturato: un esempio è l'istituto dell'accreditamento, che non è mai stato applicato davvero alle strutture pubbliche (e male a quelle private), un altro l'aziendalizzazione che è rimasta incompiuta.

In ogni caso, il tema dei cosiddetti *soft constraint*, ovvero dei "vincoli istituzionali deboli" al ri-

spetto dell'equilibrio di bilancio, ha pesato significativamente nel dibattito che ha portato all'inaugurazione della "stagione" del federalismo istituzionale e fiscale, così che la responsabilizzazione, insieme alla autonomia, ha finito per rappresentarne un elemento fondante ed essenziale.

Sebbene non sia strettamente dimostrabile, è presumibile che proprio grazie al nuovo assetto federalista si sia potuti arrivare alla pratica dei Piani di rientro e ai commissariamenti, e con essi a una vera e propria svolta nella responsabilizzazione finanziaria delle Regioni.

Svolta sancita anche dalla Corte dei Conti, che in più riprese ha ribadito come gran parte del rientro del disavanzo, ridottosi di circa l'80% (anche se si è contemporaneamente concentrato sempre più in poche Regioni), sia attribuibile proprio alle Regioni in Piano di rientro (Figure 1 e 2).

Ovviamente non si è operato solo con i Piani di rientro: parallelamente varie altre indicazioni normative hanno operato nel senso della razionalizzazione, prima fra tutte la spending review, ma anche il reiterato blocco del turn over.

Si noti, però, che l'entrata in Piano di rientro è risultata essere una sanzione molto temuta, e quindi efficace: da questo punto di vista la possiamo considerare una politica sanitaria pienamente nel solco delle logiche di incentivazione di comportamenti politici e manageriali virtuosi.

Di contro, la spending review o il blocco del turn over, sono interventi più vicini alle logiche programmatiche degli anni '80. La spending review, in particolare, si pone l'obiettivo di fornire indicazioni sulle voci di spesa in cui si annidano sprechi, orientando il sistema verso l'ottenimento di una razionalizzazione dei costi: la novità è che, agli standard di offerta degli anni '80, si tenta di sostituire standard di costo.

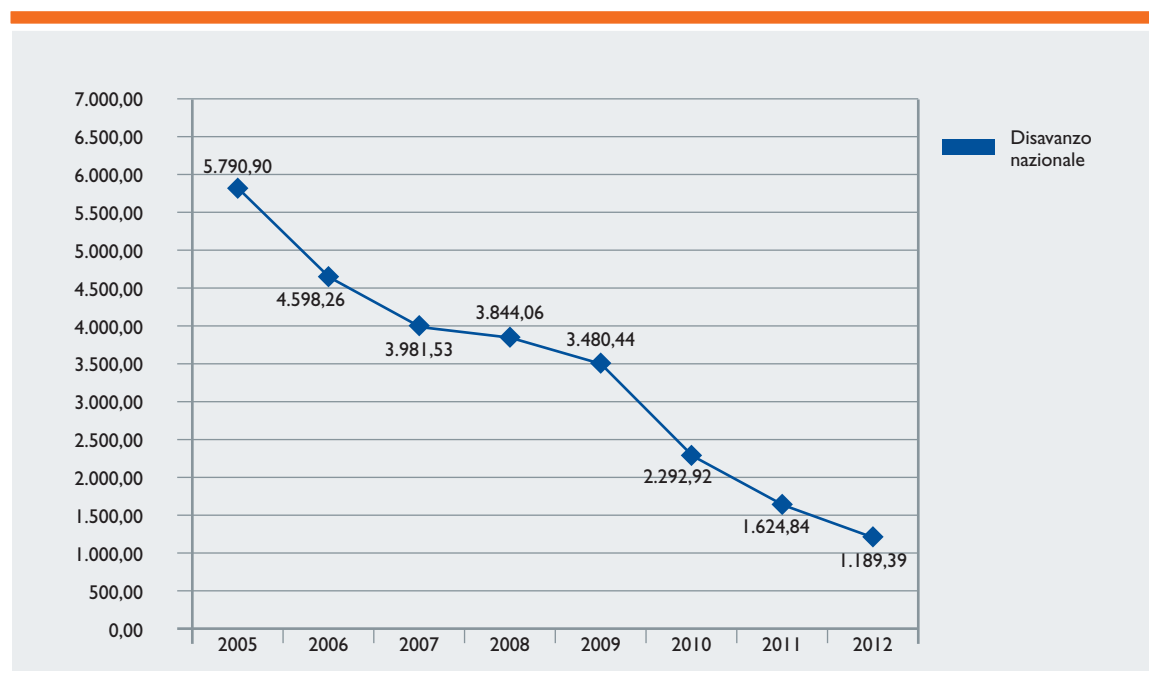
Il dibattito sui costi standard, partito all'inizio degli anni 2000 con l'aspettativa di poter elaborare il "costo efficiente" dell'erogazione dei Lea, si è rivelato molto complesso e, dopo quasi un decennio, ha trovato un primo punto "di atterraggio" nel D.lgs. 68/2011, che mira a definire un target prospettico di spesa efficiente, rinunciando però a gran parte delle originarie aspettative.

Si è resa, infatti, evidente l'insormontabile difficoltà di costruzione *bottom-up* di un costo standard oggettivo dell'assistenza sanitaria

(pubblica), a partire da quello della ormai iconica siringa, la cui variabilità di costo, non facendo più differenza che sia reale o forse leggendaria, rappresenta nei dibattiti la metafora degli sprechi in essere. Come detto, la soluzione trovata è nei fatti ben lontana dalle ambiziose aspettative originarie, essendo il frutto di una mediazione politica che, di fatto, ribalta l'approccio, da *bottom-up* a *top-down*, proponendo come soluzione un benchmarking sulla spesa pubblica totale pro capite pesata a livello regionale. Per inciso, si noti che si perde anche la possibilità di definire esplicitamente quale livello di spesa complessiva sia necessario per garantire i Lea, in quanto il fabbisogno finanziario, secondo il D.lgs. 68 del 2011, è comunque quello definito a priori nelle leggi di programmazione economica.

Entrando nel merito, l'elemento chiave di giudizio è rinvenibile nell'osservazione che l'approccio *top-down*, pur certamente condivisibile e

Figura 1  **Disavanzo nazionale negli anni 2005-2012 (milioni di euro)**



realistico, in quanto riduce il problema quantitativo della numerosità degli “oggetti” di indagine, si scontra con la complessità tipica della sanità: in primo luogo con la variabilità dei bisogni, la quale rende per lo più inconfontabili le spese relative a popolazioni o strutture erogatrici diverse.

L'elemento di maggiore criticità dei costi standard, quindi, è il criterio di pesatura della spesa, frutto più di accordi politici che non di una scientifica (e statistica) valutazione dei differenziali di bisogno.

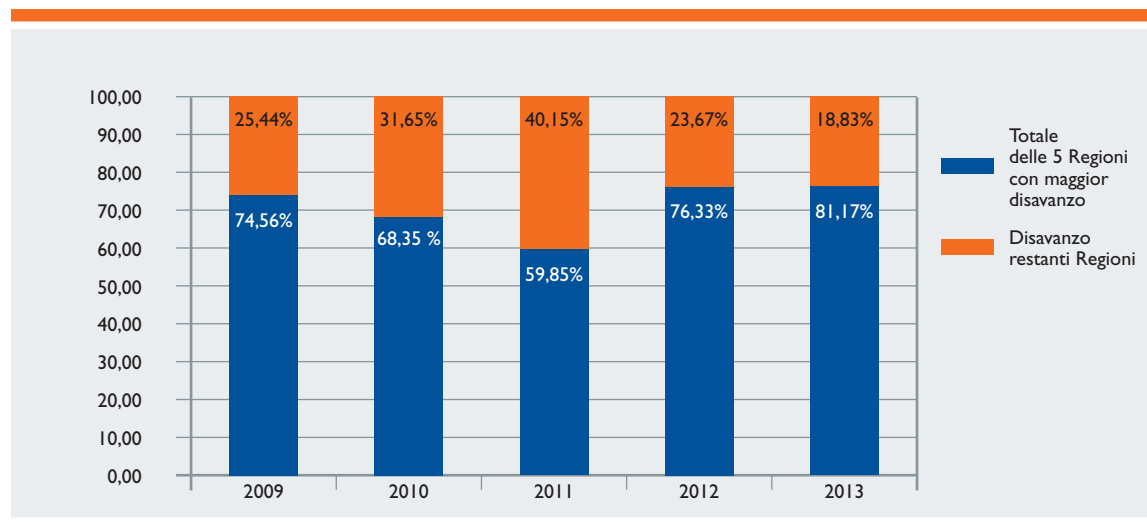
Della stessa problematicità è afflitta la spending review che, per rappresentare un fattore di reale incentivo all'efficienza, avrebbe dovuto operare in modo “chirurgico” su sacche di spreco ben individuate. Ma la carenza di confrontabilità produce indicazioni di revisione della spesa generali, e in qualche modo generiche, tanto da essere spesso tacciate di rappresentare “tagli lineari”.

È sufficiente un semplice esercizio operabile sulla spesa per beni e servizi desumibile dai CE (conti economici delle Asl e AO) per confer-

mare la delicatezza e l'importanza della standardizzazione della spesa rispetto ai bisogni: ad esempio, ipotizzando la semplice convergenza di tutte le strutture meno “efficienti” verso un livello di spesa pro capite ritenuto ottimale (ad esempio, quello corrispondente a un certo percentile della distribuzione) effettivamente si ottengono ipotesi di risparmio significative, ma non appena si provi a standardizzare preventivamente la spesa per le caratteristiche della popolazione e/o delle attività svolta, ovvero si ipotizzi che non solo le strutture con costi maggiori li debbano ridurre, ma anche che quelle sotto la soglia prescelta li debbano aumentare, si può osservare come i suddetti risparmi si ridimensionino radicalmente.

In altri termini, mentre non c'è dubbio che la spending review dovrebbe rientrare nel Dna delle Aziende sanitarie e del relativo management, e quindi essere applicata in modo continuo e sistematico a livello locale, la sua applicazione centralistica appare fortemente discutibile, e sul suo successo è lecito porsi qualche dubbio.

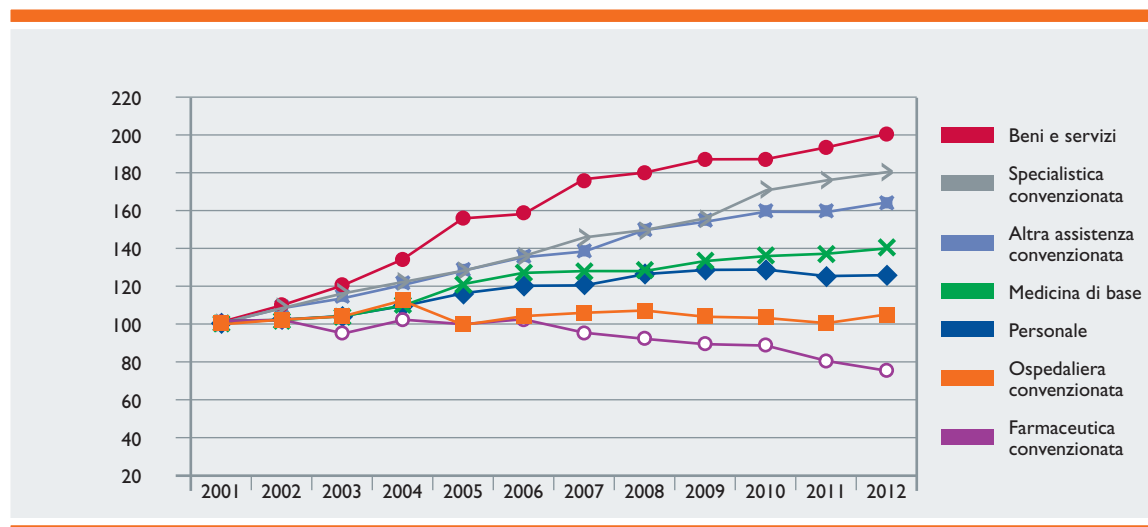
Figura 2  **Concentrazione del disavanzo - Quota delle 5 Regioni con maggior disavanzo. Percentuale anni 2009-2013**



Se non altro perché l'unica voce di spesa che si è davvero ridotta negli ultimi anni è quella farmaceutica, governata con tagli amministrativi dei prezzi, payback, etc.; segue, in termini di minor tasso di crescita, l'assistenza ospedaliera convenzionata, anch'essa frutto di interventi sulle strutture private (per onestà volute esplicitamente dalla spending review). Già decisamente meno efficace è stato l'intervento sull'assistenza specialistica convenzionata, dove peraltro, a fronte di ampi margini di inappropriately in campo diagnostico, va scontato un mancato aggiornamento

del nomenclatore. Sufficientemente virtuosa risulta invece la spesa per il personale, che è stata prima frenata e poi ridotta dal blocco del turn over. Infine, la voce di spesa che ha registrato il maggiore tasso di crescita è proprio quella dei beni e servizi, tanto che stimare quanto abbia potuto davvero incidere la revisione della spesa è davvero improbo, se non altro perché non si conosce quale sarebbe stato il trend in assenza degli interventi della spending review: di certo rimane la voce che, *prima facie*, è finanziariamente meno sotto controllo (Figura 3).

Figura 3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001 = 100), anni 2001-2012



Per completezza va aggiunto che una parte della crescita dei beni e servizi può derivare da “travasi” da altre voci di costo: sia perché il blocco del turn over può essere in parte aggirato con contratti libero professionali, spostando oneri dalla voce personale a quella dei servizi, sia perché eventuali riduzioni di attività degli erogatori privati potrebbero, almeno in parte, incrementare le attività a gestione diretta delle Asl e quindi i relativi costi.

Per quanto sopra argomentato, la riproposizione, peraltro nei modi già sperimentati, del metodo di revisione della spesa sembra sostanzialmente giustificata da un assunto politico, ovvero con la convinzione che il processo di responsabilizzazione regionale si sia interrotto o almeno non si sia completato, richiedendo interventi centrali.

Su questa tesi vanno, però, fatte alcune considerazioni di ordine sia macro che micro economico.

Figura 4 Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e Pil pro capite - Gap Italia vs. EU14. Percentuale anni 2002 e 2012

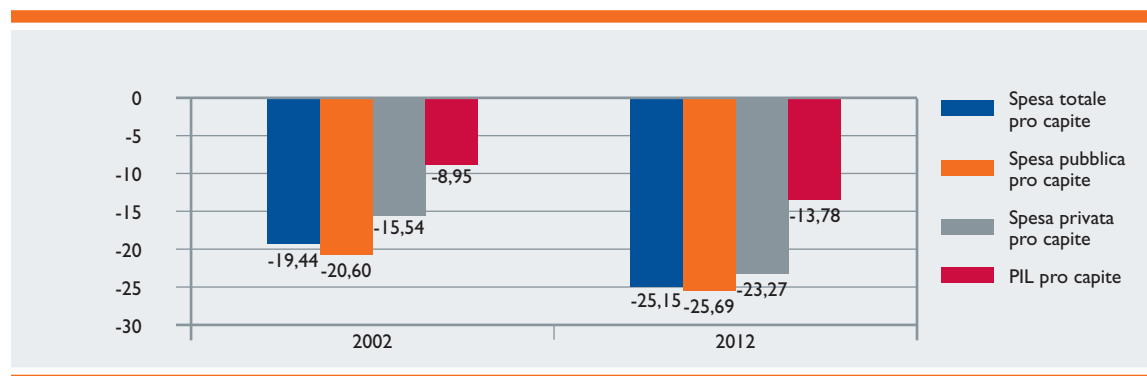


Tabella 1 Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e Pil pro capite - Gap ripartizioni geografiche vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012

Paesi	2002				2012			
	Spesa totale pro capite	Spesa pubblica pro capite	Spesa privata pro capite	PIL pro capite	Spesa totale pro capite	Spesa pubblica pro capite	Spesa privata pro capite	PIL pro capite
Gap Nord vs. EU14	-17,30	-21,44	-3,45	8,46	-20,11	-21,74	-14,37	4,06
Gap Centro vs. EU14	-18,42	-19,69	-14,17	-0,42	-22,31	-19,76	-31,28	-4,81
Gap Sud vs. EU14	-28,14	-24,28	-41,07	-40,56	-33,29	-27,14	-54,92	-42,14

Fonte: Elaborazione Crea Sanità su dati del Ministero della salute, Ocse 2014 e Istat

Dal primo punto di vista è ormai acclarato che la spesa sanitaria pro capite italiana, sia totale che pubblica, sia largamente inferiore alla media dei Paesi europei di paragonabile livello di sviluppo economico (Figura 4 e Tabella 1).

Questo farebbe (o dovrebbe far) propendere per una possibile incomprimibilità ulteriore della spesa, ponendo dubbi sulla utilità di ulteriori spending review governate centralmente (sebbene nelle Regioni con minore capacità di governo, l'imposizione dall'alto di tetti di spesa è spesso implicitamente gradita perché aiuta a superare le resistenze interne).

Contrariamente continua a prevalere, a livello politico e spesso anche accademico, l'idea della persistenza di ampie sacche di inefficienza generatrici di potenziali risparmi.

Una possibile mediazione delle diverse prospettive potrebbe basarsi sull'idea che la fortissima variabilità infra ed extra regionale sia effettivamente indizio di sprechi, compensati però da razionamenti, così che sia possibile aumentare l'efficienza del sistema, ma non comprimere ulteriormente la spesa senza razionare ulteriormente.

Adottando questa prospettiva, la spending review potrebbe aspirare a divenire una metodica utile a

guidare la riallocazione delle risorse, aumentando l'efficienza complessiva del sistema e migliorandone gli esiti (meno evidente è che possa portare a risparmi).

Dal punto di vista micro-economico, questa lettura implica anche il rischio che il risanamento finanziario, indubitabilmente realizzatosi in alcune Regioni, e in particolare in quelle in Piano di rientro, sconti solo parzialmente una maggiore efficienza, nella misura in cui realizzata anche con incrementi dei suddetti razionamenti.

Il passaggio alla "fase 2" della revisione della spesa implica, allora, che si aggiunga alla misura del risanamento finanziario anche quella della valutazione dei livelli, quali-quantitativi, assistenziali erogati.

Questa è la mission del cosiddetto "monitoraggio Lea", sul quale, negli ultimi tempi, l'attenzione è fortemente aumentata, tanto che il relativo esito è diventato anche vincolante ai fini della determinazione dei costi standard.

Ci si allontana ulteriormente, quindi, dal disegno originario dei costi standard, e sebbene sia condivisibile che il rispetto dei Lea debba essere ritenuto condizione necessaria affinché la relativa spesa sia considerevole efficiente (ovvero la Regione possa entrare nel panel di quelle benchmark), questa integrazione dell'approccio fa saltare ogni residua possibilità di derivare dai costi standard anche il fabbisogno "ottimale".

In termini positivi e prospettici, le domande a cui dare una risposta riguardano quindi quali condizioni debbano realizzarsi affinché la spending review possa produrre benchmark utili a valutare l'efficienza delle strutture erogatrici e di committenza, utilizzabili per interventi mirati, abbandonando la logica dei cosiddetti tagli lineari. Occorre, inoltre, determinare come integrare le analisi finanziarie con l'individuazione e l'eliminazione delle possibilità di razionamento.

Sul primo punto è ragionevole pensare che si debba recuperare l'importanza strategica dei risultati contabili: ma è propedeutico che siano incrementati gli sforzi per garantirne omogeneità e credibilità. L'attuale flusso informativo dei CE non appare sufficiente e anche quello dei Livelli assistenziali, fondato su una logica di contabilità analitica, sembra scontare esagerate complessità, tanto da essere ancora ben lungi dall'essere considerato affidabile: probabilmente il flusso non potrà essere a regime in tempi brevi. Inoltre, la logica dei LA è quella della funzioni assistenziali, mentre ai fini di una revisione di spesa sarebbe necessario disporre di costi unitari per funzione economica (in altri termini il dato di maggiore interesse per una revisione di spesa dovrebbe essere quello relativo al costo medio di un pasto o delle pulizie, etc., piuttosto che quello complessivo dell'assistenza ospedaliera).

Da un punto di vista metodologico, la questione fondamentale ci pare sia se i dati utili per una revisione di spesa siano effettivamente desumibili (o almeno lo siano con uno "sforzo" ragionevole) dall'impianto contabile esistente. Un esempio può aiutare a chiarire il dubbio: se volessimo comparare i costi di lavanderia in una Azienda che gestisce in proprio il servizio e in una che lo affida all'esterno, nel primo caso dovremmo essere in grado di riassumere i costi del personale dedicato, quello dei beni e servizi acquistati, l'ammortamento e la manutenzione delle attrezzature e il costo, almeno figurativo, dei locali, tutte voci di costo probabilmente contenute nel corrispettivo dell'appalto del servizio (senza poi considerare le situazioni "miste" e il fatto che per molte voci di interesse non esiste neppure la possibilità di sommare i beni e i servizi specifici); ad oggi dai dati contabili non si riesce a enucleare gran parte delle voci sopra indicate. Quando poi lo fossero, rimane la que-

stione della standardizzazione, che richiede dati extracontabili: magari il semplice costo per giornata di degenza può essere ragionevole, ma in alcuni casi altre variabili andrebbero prese in considerazione.

Il banale esempio sopra riportato mostra in tutta la sua complessità la questione delle comparazioni e delle necessarie integrazioni fra dati contabili e extracontabili.

Per molti versi appare più praticabile la strada di valutare l'efficienza delle spesa *top-down* (quindi coerentemente con la scelta fatta per i cosiddetti costi standard), utilizzando i costi complessivi o comunque aggregati, sempre che si disponga di un set di parametri (condivisi) capaci di rendere omogenei i confronti: parametri tipicamente di bisogno nel caso delle Asl o di volume (quali-quantitativo) di attività per le AO.

Non mancano le tecniche statistiche per analisi di questo genere ed è anche disponibile larga parte dei dati necessari; il vero problema è culturale, sia perché implica abbandonare una logica sostanzialmente ragionieristica per adottarne una statistica, sia perché implicitamente si tornerebbe alle logiche di autonomia e responsabilità che erano alla base dell'idea di aziendalizzazione, che nel tempo sono retrocesse in favore di logiche molto più centraliste (sebbene dopo il 2000 a livello regionale).

Altrettanto interessante è la questione del monitoraggio dei razionamenti.

Su questo aspetto va immediatamente detto che a livello centrale è molto difficile poter monitorare i casi di non esigibilità dei diritti, che probabilmente rimangono affidati al contenzioso o alle semplici segnalazioni dei cittadini e delle loro associazioni di advocacy; l'attuale griglia Lea può analizzare alcuni elementi aggregati che, per quanto strategici, analizzano in media i comportamenti regionali. Sarebbe molto più interessante poter realizzare un monitoraggio a livello di Asl,

un po' come il Programma nazionale esiti fa a livello di aziende ospedaliere.

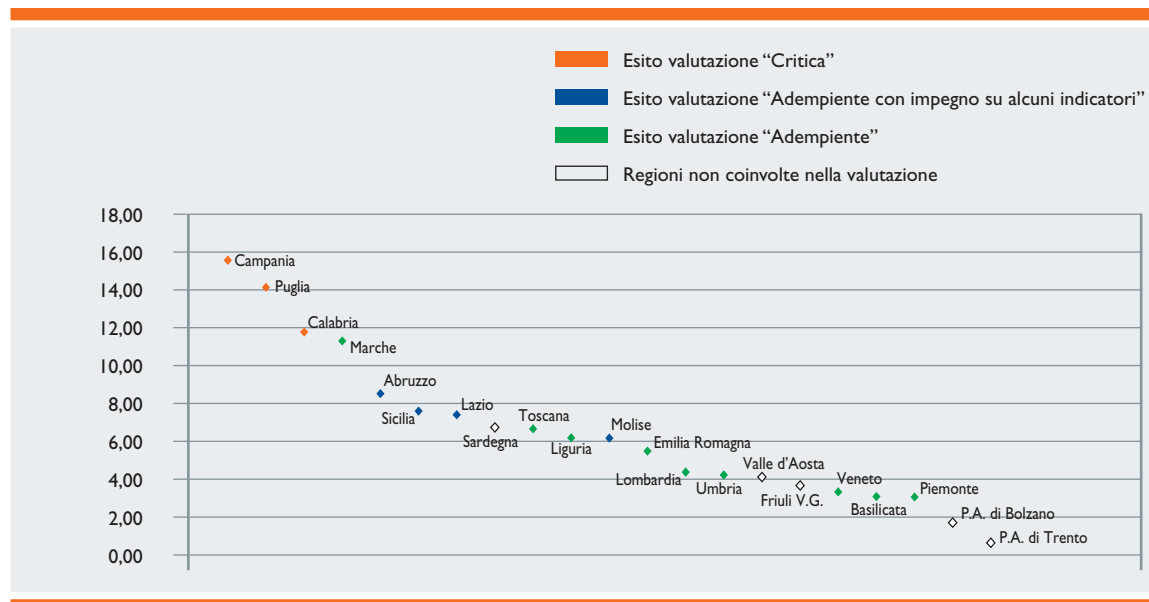
Inoltre, ai fini qui analizzati, la griglia Lea potrebbe evitare commistioni fra monitoraggio dei livelli di erogazione dei servizi ed efficienza degli stessi, essendo il secondo aspetto probabilmente meglio monitorato separatamente e in altre sedi. Ad esempio, da questo punto di vista inserire nel monitoraggio elementi che riguardano il livello di disavanzo appare ridondante e per certi versi fuorviante: è facile mostrare che una Regione potrebbe essere in pareggio, e quindi adempiente da questo punto di vista, grazie a un eccessivo trasferimento di oneri sui cittadini, che in qualche modo contraddice (si veda ad esempio la relazione fra punteggio Lea e quota di rinunce per ragioni economiche o livelli di impoverimento per spese sanitarie) l'assunto di partenza (Figure 5 e 6).

Probabilmente, con le dovute cautele, nella griglia Lea sarebbe piuttosto auspicabile un maggiore utilizzo di dati sull'impatto economico della sanità sulle famiglie, oltre che delle informazioni desumibili da processi di audit civico.

In conclusione, la questione della revisione della spesa, che pure accompagna il nostro sistema sanitario sin dalle sue origini, rimane densa di problematicità irrisolte: allo stesso tempo, la calante disponibilità di risorse rende sempre più urgente che sia affrontata e risolta.

Le problematiche connesse contengono certamente elementi di complessità tecnica, ma la soluzione è globalmente una questione eminentemente di cambiamento culturale: nel governo del sistema sanitario, pure da tutti riconosciuto come paradigma di complessità, si stenta ancora ad abbandonare una logica ragionieristica, che pur avendo il merito di avere comportato un significativo contenimento della spesa, non è in grado di dare risposte attendibili sulla reale efficienza del sistema.

Figura 5 Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici verso esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione Lea”, 2011

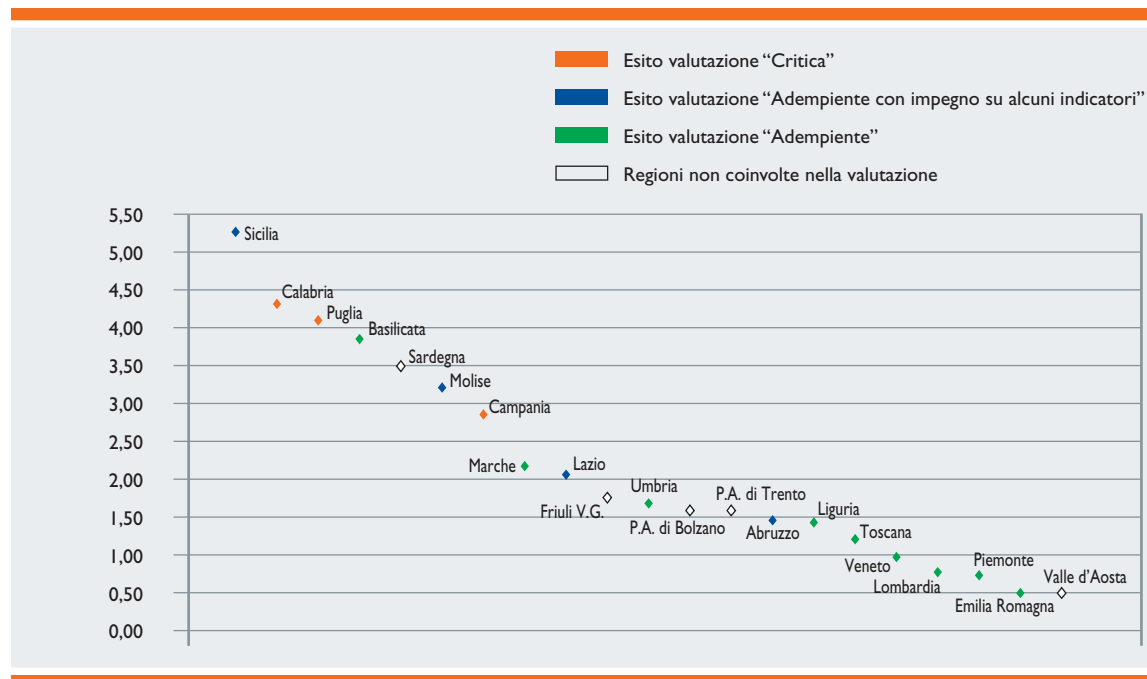


Specialmente ora che, dopo anni di sforzi, si è raggiunto un livello accettabile di rispetto dei vincoli di bilancio (con circoscritte eccezioni) e, quindi, si è ottenuto un (sostanziale) risanamento finanziario, sarebbe davvero urgente passare alla “fase 2”, ovvero quella del risanamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza erogati.

Tenere insieme efficienza dei servizi e la loro efficacia richiede, da una parte, una maggiore integrazione fra dati contabili, tipici della revisione

della spesa e dati extra-contabili tipici dei monitoraggio Lea, e, dall'altra, un passaggio a logiche statistiche capaci di rendere omogenei e quindi confrontabili i dati. Richiede, infine, un ripensamento dei ruoli dei diversi livelli di governo: non c'è dubbio, anche da un punto di vista dell'assetto istituzionale, che il livello centrale debba essere garante di parametri di confronto e standardizzazione condivisi, mentre può essere davvero necessario riportare al livello locale, che gli è proprio, le logiche di revisione della spesa.

Figura 6  **Quota di popolazione che si impoverisce a causa delle spese socio-sanitarie verso esito valutazione ministeriale adempimento "mantenimento erogazione Lea", 2011**



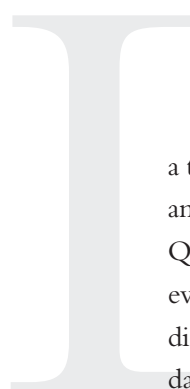


La spesa per la salute in Europa

Commento ai dati Ocse 2014

di **Elio Borgonovi**

Presidente Cergas Bocconi, Milano



a tutela della salute è uno dei capitoli più significativi del welfare State e, da alcuni anni, di quello che sempre più spesso viene definito *welfare mix* o *welfare society*. Questa evoluzione non è solo di tipo semantico, ma ha lo scopo di mettere in evidenza il passaggio da una prevalenza dello Stato, inteso nella sua articolazione di Stato nazionale, Regioni (*Länder, Counties, Departementes*), enti locali, enti ospedalieri, Aziende sanitarie locali in Italia ed equivalenti erogatori pubblici in altri Paesi europei, a una concezione nella quale la tutela della salute mantiene la caratteristica di diritto della persona che viene garantito da una molteplicità di soggetti.

Nonostante questa evoluzione concettuale, in Europa resta prevalente il ruolo del finanziamento pubblico tramite il modello di Servizio sanitario nazionale o il modello di mutualità obbligatoria estesa alla totalità (o quasi totalità) della popolazione. Perciò, da sempre, l'analisi della spesa rappresenta un capitolo fondamentale di tutte le comparazioni tra sistemi. Si può dire che dal secondo dopoguerra, con l'introduzione del *National health system* in Inghilterra (modello *beveridgiano* di copertura universale) e la sua estensione ad altri Paesi, tra cui l'Italia nel 1978, vi è stato un continuo trend di espansione fino alla soglia del nuovo secolo. Un trend che in una parte significativa dei cinquant'anni di questo periodo è stato in molti Paesi superiore al tasso di incremento del Pil. A partire dall'inizio del nuovo millennio, è diventato sempre più critico il tema della sostenibilità nel lungo periodo di questo trend in Europa, continente che oggi ha il 7% della popolazione mondiale, produce

il 25% della ricchezza mondiale, ma rappresenta il 50% della spesa mondiale per welfare. Tale situazione non è evidentemente sostenibile e quindi è necessario che in Europa siano attivate politiche per la razionalizzazione del sistema di welfare e, all'interno di questo, del sistema di tutela della salute. Ciò se si vuole garantire un accettabile/soddisfacente livello di tutela della salute mantenendo la sostenibilità sul piano economico e sociale.

Il rapporto *Ocse Health at a Glance*

Diventa pertanto molto interessante analizzare il recente rapporto *Ocse Health at a Glance*, che, non a caso, analizza la spesa per i sistemi di tutela della salute nei principali Paesi europei dal 2000. Da esso emergono due periodi ben distinti: quello fino al 2009-2010 (che può essere considerato il trend influenzato dall'introduzione dell'euro, ma pre-crisi sistemica scoppiata alla fine del 2007 e nel 2008) e quello successivo, fino al 2012 (dati più recenti). Prima di analizzare e interpretare i due periodi è utile un'analisi comparativa relativa all'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati. Da essa emerge una situazione che può essere così sintetizzata nei suoi elementi generali. Per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul Pil si nota che l'Italia, con 9,2, si colloca leggermente sopra alla media dei Paesi europei. Tuttavia, vanno evidenziati due principali limiti di questa rilevazione.

Innanzitutto, si tratta di una spesa che comprende quella in conto corrente e quella in conto capitale, quindi sono dati che non considerano la "qualità" della spesa. È infatti evidente che la spesa corrente rappresenta in termini di aggregato economico i consumi, quindi l'utilizzo di parte della ricchezza per esigenze assistenziali attuali, mentre gli investimenti rappresentano un aumento della capacità del sistema di rinnovarsi e di mantenersi adeguato per l'assistenza futura. Ad esempio, è noto che in Italia, a seguito dei provvedimenti di contenimento della spesa, vi è stata negli ultimi anni una drastica riduzione di quella in conto capitale, per la quale i tagli sono più facili da attuare sul piano operativo e sul piano dei prezzi politici da pagare. Con riguardo agli aspetti contabili non si intende criticare la scelta dell'Ocse, poiché anche dal punto di vista tecnico risulta impossibile, se non addirittura distorto, la suddivisione nelle due componenti di spesa, dati i differenti sistemi contabili adottati dai diversi Paesi. Forse in futuro la progressiva convergenza verso un sistema di classificazione europeo (Cofog) e l'uso di metodologie armonizzate potrebbero attenuare questo limite, anche se chi è esperto di contabilità (sia pubblica sia di impresa) conosce bene i tranelli (a volte dovuti a questioni puramente tecniche, ma molte altre volte dovuti all'esigenza chiamata dagli esperti di *window-dressing*) delle rilevazioni di contabilità nazionale e delle statistiche. Molte volte la rappresentazione contabile

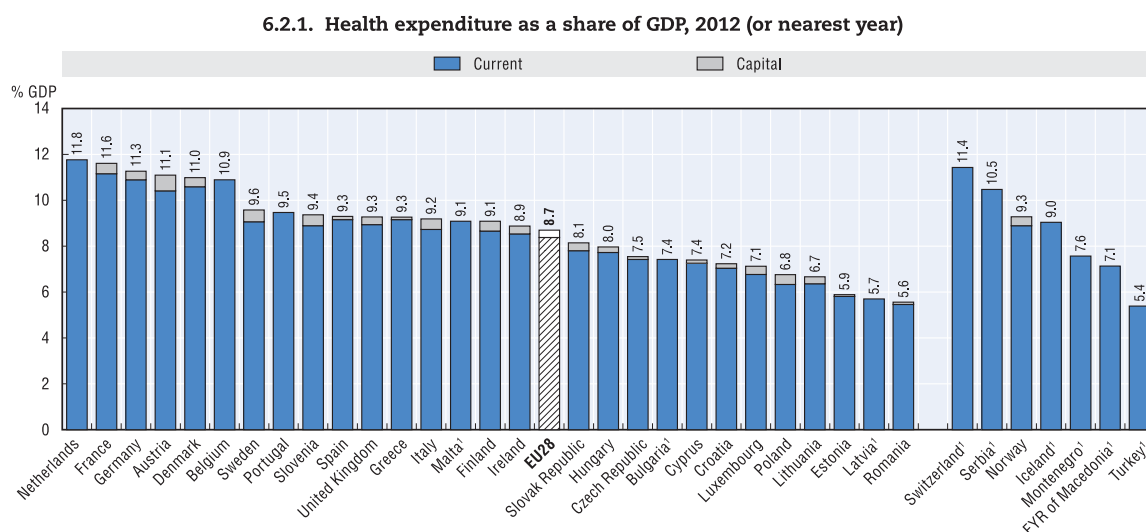
di singole imprese riesce a ingannare anche revisori esperti; non è realistico pensare che su dati “di sistema” non vi siano significativi e rilevanti possibilità di manipolazione dei dati, ancor più accentuate per il nostro Paese, nel quale viene adottato il sistema di competenza finanziaria dal quale è poi necessario ricostruire i dati relativi a flussi di cassa. Ad esempio, la scelta adottata dall'Italia di chiedere alle Aziende sanitarie e Aziende ospedaliere pubbliche l'inserimento della spesa complessiva in conto capitale nello stesso esercizio in cui essa è adottata per l'importo totale, ha fortemente ridotto negli ultimi anni la possibilità di effettuare questi investimenti, dovendo rispettare anche il vincolo complessivo di spesa.

La spesa sanitaria italiana nel panorama europeo

Un secondo limite è legato al confronto con la media europea, che risulta essere inferiore di 0,5 punti percentuali rispetto alla spesa italiana. Infatti (vedi Figura 1) nel rapporto si dice esplicita-

mente che si tratta di una media non ponderata, il che evidentemente crea distorsioni derivanti dal numero di abitanti assai diverso. Se la spesa italiana viene confrontata con i Paesi europei più popolosi, si rileva che essa è notevolmente inferiore a quella di Germania (11,3) e Francia (11,6) e comunque inferiore, seppur di poco, a Gran Bretagna e Spagna (9,3). Se poi si passa ad altri Paesi con una popolazione analoga a quella delle Regioni italiane più popolate, tra i circa 4 milioni della Toscana e i poco più di 10 milioni della Lombardia si rileva che l'incidenza della spesa per la salute è notevolmente superiore a quella italiana nei Paesi del Nord Europa – Olanda (11,8), Austria (11,1), Danimarca (11,0), Svezia (9,6) – ma comunque superiore anche in Paesi quali Serbia (10,5), Portogallo (9,5), Norvegia (9,3), Slovenia (9,4). Valori simili a quelli italiani si rilevano in Finlandia (9,1), Malta (9,1), Irlanda (8,9). Tra i grandi Paesi europei solo la Polonia (38 milioni di abitanti) ha un livello di spesa significativamente inferiore a quella italiana (6,8), valore che

Figura 1 Spesa sanitaria % sul Pil, Paesi Ocse - anno 2012



1. Total expenditure only (no breakdown between current and capital spending available).

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

deve essere interpretato tenendo conto del fatto che si tratta di una nazione in rapido sviluppo che partiva da dimensioni della spesa molto basse. Per quanto riguarda il dato della Grecia, oltre alle considerazioni già fatte sulla significatività dei dati a livello aggregato, va tenuto presente che nel 2012 non si erano ancora prodotti gli effetti dei drastici tagli imposti dalla Trojka (Bce, Ue, Fmi), con le drammatiche conseguenze sul piano dei livelli di assistenza rilevati in altre sedi. I livelli più bassi di spesa per la salute si registrano nei Paesi dell'ex blocco sovietico (Romania, Lettonia, Lituania, Estonia) oltre che Turchia (5,4).

La spesa pro capite

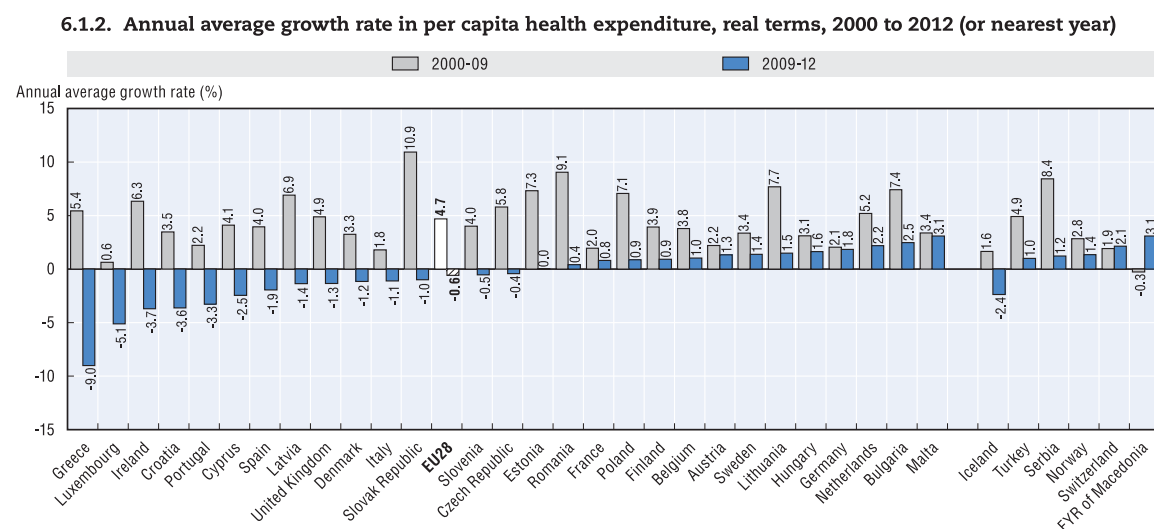
L'analisi della spesa pro capite consente di superare il limite della media di incidenza sul Pil non ponderata, in precedenza ricordato, anche se non elimina il limite di tipo contabile. La spesa italiana, pari a 2.409 euro, di poco inferiore a quella del Regno Unito (2.470) è circa due terzi della spesa pro capite di Olanda (3.829), Austria (3.676),

Germania (3.613), Danimarca (3.528), Lussemburgo (3.437) e si colloca tra il 70 e l'80% della spesa pro capite di Belgio (3.318), Francia (3.220), Svezia (3.083). Essa inoltre si colloca di poco superiore a quella di Spagna (2.243), Slovenia, Malta, mentre è scarsamente significativo il confronto con Romania, Turchia, Macedonia, dato il differente livello di sviluppo di questi Paesi. Ovviamente con riguardo alla spesa pro capite e all'incidenza sul Pil occorre considerare il divario esistente tra le diverse Regioni italiane, che comunque negli ultimi dieci anni si è ridotto.

Il trend della spesa

L'analisi del trend della spesa per la salute dall'inizio del nuovo secolo è suddivisa in due periodi: quello prima della crisi del 2007-2008, i cui effetti si sono manifestati nel 2009, e quello successivo al 2009. Nonostante la retorica dominante in Italia sull'elevata spesa per la tutela della salute, va sottolineato che anche nel primo periodo l'aumento medio annuale è stato tra i più

Figura 2 Tasso di crescita medio annuo pro capite della spesa sanitaria, 2000-2012



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

bassi in Europa (1,8 rispetto a una media di 4,7), superiore solo a quello di Macedonia (-0,3 ma con una crescita tra il 2009 e il 2012 di 3 punti), Lussemburgo (0,6) e Islanda (1,6). In questo periodo i Paesi caratterizzati dai più alti tassi di incremento (tra il 7 e il 9%, con una punta di 10,9 della Repubblica Slovacca) sono stati quelli dell'ex blocco sovietico che partivano da livelli molto bassi. I principali Paesi europei mostrano un trend di incremento annuo superiore a quello dell'Italia (Francia 2,0, Germania 2,1, Portogallo 2,2 e Spagna, Gran Bretagna e Paesi nordici tutti superiori al 3). Peraltro, in questi Paesi il tasso di aumento annuo è ancor più significativo poiché sono Paesi caratterizzati da un aumento significativo del Pil, quindi del denominatore, mentre l'Italia è stata caratterizzata da un denominatore che non è aumentato e che nel 2009 ha avuto una brusca caduta. Sicuramente sul dato del nostro Paese si riflette la rapida decelerazione dell'aumento di spesa nelle Regioni che dal 2006 sono state sottoposte a Piano di rientro, ma si può dire che in generale non è vero che la spesa per la salute è stata una delle più rilevanti cause di difficoltà della finanza pubblica. Nel primi 4 anni successivi allo scoppio della crisi si ha avuto un generale e drastico rallentamento, poiché la media dei Paesi della Ue è passata da 4,7 a -0,6 con le punte della Grecia (-9,0) e Lussemburgo (-5,1), quest'ultimo poco significativo dato il limitatissimo numero di abitanti e la peculiare caratteristica di composizione della ricchezza di quel Paese.

Con una riduzione annua di 1,1, l'Italia si colloca tra i Paesi che hanno maggiormente sofferto delle misure di austerità (Portogallo, Irlanda, Spagna, oltre alla Grecia). In Germania e Francia vi è stato un trend di incremento, rispettivamente di 1,8 e 0,8, che comunque segue un decennio di aumento più accentuato. Tra gli altri principali Paesi europei, il trend in aumento è proseguito

anche dopo la crisi seppure a tassi più ridotti del decennio precedente. La Germania da 2,1 a 1,8, la Francia da 2,0 a 1,8, la Svezia da 3,4 a 1,4, la Norvegia da 2,8 a 1,4, la Finlandia da 3,9 a 0,9 confermano che il tasso di aumento della spesa per la salute resta positivo nei Paesi che hanno mostrato anche una maggiore tenuta del prodotto interno lordo. Una interpretazione che vale anche per il Regno Unito e la Danimarca caratterizzati dalla diminuzione nel quadriennio 2009-2012, rispettivamente di -1,3 e -1,2, dati che possono in un certo senso considerarsi come un "rimbalzo" rispetto agli elevati tassi di incremento del decennio precedente, rispettivamente di 4,9 e 3,3 (vedi Figura 2).

Il capitale sociale

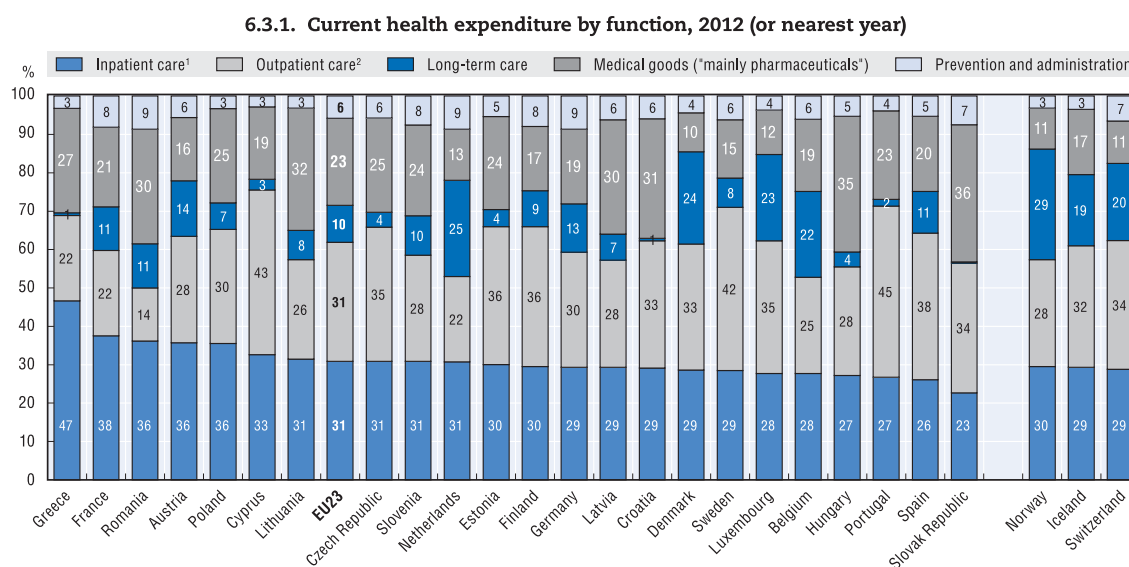
L'analisi congiunta di questi primi tre elementi componenti della spesa (incidenza sul Pil, spesa pro capite e tasso annuo di aumento nei due periodi) consente un'interessante considerazione. Secondo l'interpretazione classica e tradizionale, si può ritenere che il rallentamento e per alcuni Paesi la caduta del Pil si rifletta sulla situazione della finanza pubblica e si ripercuota quindi sulla riduzione della quota destinabile alla tutela della salute. Si può però avanzare un'interpretazione meno ortodossa rispetto agli schemi classici dell'economia, ma non per questo meno fondata. Una interpretazione che fa riferimento al ruolo del "capitale umano", e più in generale del "capitale sociale" nella dinamica dell'economia (teorie macroeconomiche) e delle imprese (teoria manageriale). È difficilmente contestabile il fatto che la buona salute costituisca un elemento del capitale umano (insieme all'istruzione di vario livello) e del capitale sociale (in quanto la buona salute favorisce anche le relazioni tra le persone) e di conseguenza potrebbe essersi manifestata, almeno in parte, la relazione inversa. Ossia, i Paesi che nel decennio 2000-2009 hanno investito mag-

giormente nel settore della salute e che, nel periodo successivo, hanno continuato a investire in esso, seppure a tassi più contenuti, sono anche quelli che hanno avuto performance economiche maggiormente positive o, se si vuole, meno negative. Sarà interessante utilizzare questa chiave di lettura per interpretare i dati degli anni 2013-2014 (nei quali vi è stato un progressivo rallentamento delle economie europee, in particolare di quelle dell'eurozona) e di quelli successivi al superamento definitivo della crisi (semmai si avrà per l'Europa) quando saranno disponibili. L'analisi longitudinale suddivisa in diversi periodi è una metodologia utile per evidenziare la fondatezza o la componente "ideologica" e di "conformismo" (non solo di tipo politico, ma anche della cultura economica). Il confronto tra un periodo decennale (prima della crisi) e per ora solo quadriennale (periodo dopo la crisi) deve quindi essere sottoposto alla verifica di un periodo più lungo.

La spesa per funzioni

Viene poi analizzata la spesa per le diverse funzioni individuate, come ricoveri ospedalieri, prestazioni sanitarie senza ricovero, assistenza per lungo degenti, consumi di beni sanitari (prevalentemente farmaci), prevenzione e spese di amministrazione. **Va sottolineato che in questa parte del rapporto non è presente l'Italia**, assenza che va segnalata agli organi competenti, in quanto non è dato sapere se essa sia dovuta al fatto che nel nostro Paese sono usate diverse classificazioni. Comunque, le grandi differenze nell'incidenza di queste componenti evidenziano le difficoltà di classificazione. È molto probabile, per non dire certo, che si tratti di dati con limitata omogeneità, considerate le grandi differenze tra i valori minimi e i valori massimi. Ad esempio, per l'assistenza con ricovero (vedi Figura 3) si passa da un minimo della Repubblica Slovacca (23%) e poco superiore della Spagna (26%) a un valore

Figura 3  **Spesa sanitaria corrente per funzione - 2012**



Note: Countries are ranked by inpatient care as a share of current health expenditure.

1. Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings.

2. Includes home-care and ancillary services.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database for non-OECD countries.

massimo della Grecia (47%). Anche considerando il fatto che il valore della Grecia nel 2012 è sicuramente influenzato dai drastici tagli nelle altre componenti di spesa, conseguenti alle misure di austerità, la differenza tra Spagna (26%), Lussemburgo e Belgio (28%), Germania, Croazia, Danimarca e Svezia (29%) e Slovenia e Serbia (31%) da un lato, e Romania, Austria, Polonia (36%) e la Francia (38%) dall'altro, è espressiva di diversi modelli di erogazione dei servizi, usando un termine consolidato meno o più "ospedalocentrico". Tra l'altro queste differenze non sono riconducibili alle caratteristiche dei Paesi, in quanto in entrambi i gruppi sono presenti Stati dell'Europa occidentale, dell'ex Unione Sovietica e dell'ex Jugoslavia.

Ancor più accentuato appare il range nell'incidenza delle spese per cure senza ricovero, tendenzialmente ambulatoriali e specialistica senza ricovero, per le quali si va da un valore minimo della Romania (14%) e relativamente basso per Grecia, Francia e Olanda (22%) e Belgio (25%), Lituania (26%), Austria, Slovenia, Lettonia, Ungheria e Norvegia (28%) a valori molto più alti per Spagna (38%), Svezia (42%), Cipro (43%) e Portogallo (45%). Anche in questo caso si trovano nei due gruppi Paesi con caratteristiche economiche e sociali molto diverse e con modelli assistenziali tra loro eterogenei, Paesi del Sud e del Nord Europa, dell'Europa occidentale e dell'ex Unione Sovietica ed ex Jugoslavia. Per quanto riguarda queste due funzioni, che fanno riferimento ad attività di diagnosi, cura e riabilitazione, si nota nel periodo successivo alla crisi un generale trend di riduzione molto più accentuato per l'attività di ricovero, poiché si ha un immediato crollo dal 6,4% di aumento tra il 2007-2008, al 2,2 nel 2008-2009, a valori negativi negli anni 2009-2010 (-1,3%) e 2010-2011 (-0,4%), con una successiva leggera ripresa nel 2011-2012 (1,5%) dovuta, da un lato, ai Paesi che hanno su-

perato meglio di altri la prima fase della crisi (2007-2011) e, dall'altro, al fatto che nel 2011 il denominatore del Pil dei Paesi ha in generale toccato i valori minimi. Per quanto riguarda l'attività senza ricovero, si rileva un crollo immediatamente successivo alla crisi, con il passaggio da 8,6% del 2007-2008 al 3,2% del 2008-2009, a una sostanziale stabilità del 2009-2010 (0,7), del 2010-2011 (1,0) e 2011-2012 (-0,3%).

Il dato relativo alla prevenzione (trattato insieme alle spese amministrative) è ancor più influenzato dal metodo di classificazioni delle spese e comunque mette in evidenza tre grandi blocchi: Paesi con basso livello di spesa, attorno al 3-4% (Grecia, Polonia, Cipro, Lituania, Danimarca, Lussemburgo, Portogallo, Norvegia, Islanda), con medio livello di spesa, 5-6% del totale (Austria, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Croazia, Svezia, Belgio, Ungheria, Spagna) e con elevato livello di spesa, tra il 7 e il 9% (Francia, Slovenia, Finlandia, Germania, Romania, Olanda, Germania, Svizzera, Repubblica Slovacca). Anche in questo caso, è evidente che non esiste alcuna correlazione tra modello assistenziale e livello della spesa per prevenzione, che invece è influenzata in misura molto maggiore dalle politiche, oltre che dal già ricordato problema di classificazione. L'andamento più accentuato dei tassi di aumento nei diversi anni dal 2007 al 2012 (in questo caso più significativi poiché riferiti alla sola prevenzione) può essere spiegato nei seguenti termini. Il forte aumento, da 5,7 dell'anno precedente a 8,2 del 2008-2009, è quasi sicuramente dovuto a un effetto contabile correlato a una minore elasticità di questa spesa rispetto alla crisi: i tagli più immediati ed efficaci, come prima reazione alla crisi, sono stati effettuati sulle componenti più elevate (assistenza ospedaliera, ambulatoriale e specialistica senza ricovero) e di conseguenza è aumentata la percentuale della voce più piccola, rappresentata dalla prevenzione.

Negli anni più critici per la crisi europea, 2009-2010 e 2010-2011, anche la spesa per prevenzione subisce la logica di contenimento della spesa, evidenziato dal -3,8 del 2009-2010 e il piccolo rimbalzo del 2010-2011 +0,5. Il dato relativo all'incremento tra 2011-2012 (+1,8) va interpretato alla luce del superamento del punto più basso della crisi per una serie di Paesi, esclusi Grecia, Spagna, Portogallo e Irlanda (a cui si deve aggiungere l'Italia, per la quale l'Ocse non ha elaborato i dati).

L'analisi della spesa relativa alla voce *medical goods* (*mainly pharmaceuticals*) merita due ordini di considerazioni. La prima riguarda il contenuto, poiché la dizione *medical goods* è alquanto generica e fa presumere che in essa siano comprese non solo i beni intermedi strumentali per l'attività, ma probabilmente anche beni o servizi ottenuti da soggetti esterni conseguenti a politiche di *outsourcing*. Il secondo problema di contenuti riguarda il concetto di *mainly pharmaceuticals*: merita particolare attenzione il fatto che si passi da valori estremamente ridotti (10% della Danimarca, 12% del Lussemburgo, 13% dell'Olanda) a valori elevatissimi (come devono essere considerati 32% della Lituania, 35% dell'Ungheria, 36% della Repubblica Slovacca). Che vi sia una eterogeneità nel contenuto di questa voce è evidenziato dai successivi dati relativi alla sola spesa pro capite. Infatti, il rapporto tra incidenza di questa voce sul totale tra spesa della Danimarca e spesa di Lituania, Ungheria e Repubblica Slovacca è di 1 a 3 e superiore mentre il rapporto per la spesa farmaceutica pro capite è solo di 1 a 2 o inferiore. Va poi sottolineato che in questo caso, riferendoci al commento del Rapporto Ocse che attribuisce a questa voce circa un quarto del totale (23%), si ha l'influenza della doppia distorsione statistica, da un lato dell'*effetto Trilussa* (risulta che tutti mangiano mezzo pollo quando metà del campione ne mangia 1 e l'al-

tro 0) e dall'altro della media non ponderata (23% tra il minimo del 10 e il massimo del 36). La seconda distorsione, quella della media non ponderata, può essere attenuata se si considera che nei Paesi più popolosi (Germania, Francia, Spagna, Portogallo), esclusi Italia e Regno Unito, che comunque non sono inclusi nel campione considerato, la percentuale di questa voce si colloca tra il 19 e il 21, ossia 1/5 della spesa totale. Il successivo focus sulla spesa farmaceutica, che è per sua natura più omogeneo, evidenzia una grande differenziazione di approcci prescrittivi. Infatti, si passa da un valore minimo della spesa pro capite di 195 della Danimarca a un valore massimo di ben 550 del Belgio e molto alto anche per Germania (501) e Irlanda (500). Questa voce di spesa è rilevante sia in termini assoluti (200 miliardi di euro nell'Unione Europea), che individua quello dei farmaci come uno dei settori con maggiore impatto sull'economia, sia in termini di incidenza sul Prodotto interno lordo (1,5% in media, con la maggior parte dei Paesi compresi tra l'1% e l'1,8%, esclusi Danimarca e Lussemburgo, inferiori all'1%, e Grecia, Ungheria e Repubblica Slovacca, superiori al 2%). Peraltro, va sottolineato che i dati relativi alla spesa farmaceutica sono influenzati in misura significativa dai prezzi relativi, oltre che dai consumi pro capite e, all'interno di questi ultimi, dalle categorie di farmaci (più o meno costosi per terapia). A sua volta la percentuale di spesa sul Pil è fortemente condizionata dalla dinamica di quest'ultimo. Ad esempio, il dato relativo al 2012 per la Grecia (2,3%) è sicuramente attribuibile al fatto che il Paese ha avuto una diminuzione del Prodotto interno lordo del 20% (arrivato nel 2014 al 25%). In altre parole, vi è stata una contrazione della spesa per farmaci (il numeratore) inferiore alla riduzione del Pil (denominatore). Sarebbe interessante approfondire le dinamiche parallele della spesa assoluta e pro capite dei farmaci e del Prodotto in-

terno lordo dei Paesi europei. Il dato dell'Italia relativo a questa voce di spesa è perfettamente in linea con la media europea (1,5%) e appena superiore per la spesa pro capite, 386 contro 350.

Il finanziamento privato

I dati relativi alle modalità di finanziamento mettono in evidenza che in Europa è limitato il peso delle assicurazioni private, fatta eccezione per Slovenia (15%), Francia (14%), Irlanda (13%) e Germania (10%), mentre tutti gli altri sono al di sotto dell'8%, con una media del 4%. Se invece si considera il più ampio aggregato del finanziamento privato, direttamente da parte degli individui alle famiglie (*out of pocket*) o intermedio (assicurazioni private), si nota un'accentuata divaricazione: da Cipro, dove il finanziamento da circuito privato supera quello pubblico (47% *out of pocket* e 5% di assicurazioni) a Gran Bretagna (9% *out of pocket* e 3% assicurazioni) e Olanda (6% *out of pocket* e 5% assicurazioni). In mezzo, Paesi nei quali il circuito privato finanzia oltre o poco meno di un terzo della spesa, come Serbia e Montenegro (37%), Bulgaria (43%), Macedonia (36%), per tutte solamente *out of pocket*, Irlanda (30% del totale, 17% *out of pocket*, 13% assicurazioni), Spagna (22% *out of pocket* e 6% assicurazioni), Slovenia (28%, 13% *out of pocket* e 15% assicurazioni), e gli altri inferiori al quarto. Al riguardo, è opportuno sottolineare che nei Paesi nei quali prevale il finanziamento *out of pocket*, in gran parte ma non solo nel blocco dell'ex Unione Sovietica ed ex Jugoslavia, le famiglie sono maggiormente esposte al rischio di impoverimento causato da gravi e costose malattie.

La mobilità dei pazienti

I dati relativi alla percentuale della spesa di pazienti in entrata o in uscita dai diversi Paesi consente di fare alcune considerazioni sugli scenari che si potrebbero aprire con l'entrata in vigore e

la progressiva affermazione della direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza transfrontaliera. La mobilità di pazienti è in generale inferiore all'1% in entrata, con le uniche eccezioni di Lussemburgo (5,03%) e Cipro (3,52%), che però sono scarsamente significative dato il basso numero di abitanti e il basso livello complessivo della spesa. Per quanto riguarda i pazienti in uscita, emerge con chiarezza che il flusso è soprattutto nella direzione ex Paesi del blocco sovietico ed ex Jugoslavia o verso Paesi limitrofi o verso Paesi dell'Europa occidentale con sistemi sanitari più avanzati e generalmente considerati di qualità più elevata: Croazia (5,29%), Repubblica Ceca (4,36%) e Ungheria (4,25%). Il dato della mobilità esterna del Lussemburgo (2,03%) è poco significativo, come quello dei pazienti in entrata e spiega l'osmosi di un Paese molto piccolo che non solo è al centro dell'Europa ma è anche sede del Parlamento europeo. Altrettanto dicasi della Slovenia (1,58%), che ha una popolazione molto bassa, con forte mobilità verso l'Austria e gli altri Paesi confinanti. I dati sulla spesa e sul finanziamento vanno interpretati anche con i dati riguardanti la copertura della popolazione che in Europa è in generale totale o molto vicina al 100%, con tre grandi eccezioni: Bulgaria (77%), Grecia (79%) e Cipro (83%). Per la Bulgaria e la Grecia, il dato è una diretta conseguenza della crisi scoppiata nel 2007. Nel primo Paese, infatti, la copertura pubblica dal 2010 non è più garantita a coloro che non pagano tasse. In Grecia e Cipro la copertura pubblica si è ridotta a seguito di situazioni di disoccupazione e all'impoverimento della popolazione. Per la Germania (88,9%) l'interpretazione è diversa, in quanto le persone che non hanno copertura pubblica sono quelle che hanno preferito mantenere una copertura integrale o parziale tramite il canale privato o assicurativo. Si può dire che nei primi tre casi si tratta dell'effetto impoverimento, mentre per la Germania dell'effetto arricchimento.

Austerity e spending review

Il dibattito di carattere economico relativo ai sistemi di tutela della salute (dinamica della spesa e del finanziamento) è stato dominato, dal momento in cui è esplosa la crisi, da due temi principali: il contributo che questa componente di welfare poteva e può dare alle politiche di riequilibrio dei conti pubblici (austerity) e modalità per attuare le politiche di contenimento (spending review). Il rapporto Ocse non si esprime su nessuno dei due, ma consente di fare le seguenti considerazioni. La retorica dell'austerity è stata di fatto subita da tutti i Paesi, e non poteva essere altrimenti, visto che essa ha dominato il dibattito sulla politica economica europea. Il trend della spesa sanitaria totale ha seguito la dinamica della ricchezza dei vari Paesi, con tuttavia una generalizzata attenuazione dei tassi di aumento registrati nel decennio precedente (da fine anni '90 del secolo scorso al 2008). Di spending review nel rapporto non si ha traccia, e non poteva essere altrimenti, poiché i dati aggregati sui sistemi non consentono di distinguere i Paesi nei quali la razionalizzazione, la lotta agli sprechi e le inefficienze, all'inappropriatezza, alla medicina difensiva, alla corruzione sono oggetto di documenti, di dichiarazioni pubbliche, di contrasti, ma non si traducono in concreti cambiamenti delle modalità di allocazione delle risorse, di gestione delle strutture e di controllo dei risultati, dai Paesi nei quali si parla un po' meno di questi temi, ma si ha un livello di attuazione più elevato. In futuro sarebbe utile integrare le analisi sui sistemi con quelle sulle buone o migliori pratiche di spending review e di riorganizzazione dei sistemi di offerta. Infine, si ritiene necessario fare qualche breve riferimento a un tema che in tutte le analisi sui sistemi di welfare e di tutela della salute è completamente assente. Quello del contributo che la "filiera della salute" può dare alla ripresa del pro-

cesso di sviluppo economico e sociale. Per superare la crisi con un modello di economia completamente diverso da quello che ha portato alla crisi occorre ricercare e trovare soluzioni diverse da quella della "decrescita felice", teorizzata da Serge Latouche ma poco praticabile.

Infatti, la filiera della salute ha le seguenti caratteristiche: forte contenuto di conoscenze, intensità di lavoro (qualificato) superiore a quasi tutti gli altri settori dell'economia, elevata esigenza di interdisciplinarietà e di interconnettività tra diverse conoscenze e soggetti coinvolti. Perciò, orientare la filiera della salute verso il soddisfacimento di bisogni "reali" e non generati da un approccio di "consumismo sanitario" può diventare un positivo volano per l'economia. La ricerca e il processo scientifico nelle cosiddette *life-science* consentono di mantenere in buona salute una popolazione che può quindi rimanere più attiva (sul piano produttivo) e godere di una migliore qualità di vita (sul piano dell'impiego della ricchezza, che è condizione per sostenere la produzione economica). Investimenti nello sviluppo di farmaci, dispositivi medici, altri materiali utilizzati nella prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, in informatica collegata all'assistenza, in sistemi gestionali idonei a razionalizzare il sistema di offerta consentono di eliminare gli sprechi e al tempo stesso di creare opportunità per sostenere le esportazioni in settori strategici. Investire in ricerca di base, in ricerca e sviluppo e in *startup* innovative consente di rendere dinamica l'economia.

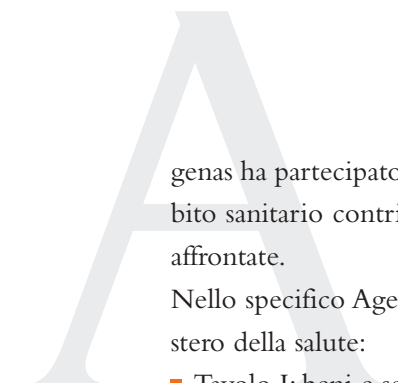
In futuro, le analisi sulla spesa sanitaria dovrebbero essere integrate anche da analisi sul ruolo che questo settore può avere come motore di un'economia sostenibile. La maggior parte degli studiosi, infatti, concorda sul fatto che il futuro dell'economia sarà in parte significativa collegato ai settori del *biotech*, delle *green technology*, delle nano-tecnologie e di quelle per l'esplorazione del cosmo.

Il contributo di Agenas alla revisione della spesa sanitaria

di **Tommaso Antonucci***, **Mario Braga***, **Salvatore Gioia****, **Valentina Lista***,
Giulio Siccardi*

* Agenas

** Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como

 Agenas ha partecipato al gruppo di lavoro preposto alla revisione della spesa in ambito sanitario contribuendo, attraverso i propri esperti, all'analisi delle tematiche affrontate.

Nello specifico Agenas ha preso parte ai tre Tavoli tematici coordinati dal Ministero della salute:

- Tavolo I: beni e servizi non sanitari;
- Tavolo II: farmaci, dispositivi medici e Hta;
- Tavolo III: riassetto organizzativo e strutturale della rete, appropriatezza; formulando, per tematica, proposte e pareri.

Le logiche e i razionali dell'efficientamento e del contenimento della spesa pubblica che hanno guidato la revisione della spesa sono diventati parte integrante di un processo permanente ed estensivo all'interno della pubblica amministrazione che caratterizza la programmazione della stessa spesa e l'indirizzo delle attività conseguenti. In tal senso i lavori per la revisione della spesa sanitaria si sono integrati sinergicamente con la stesura del nuovo Patto per la salute 2014-2016, siglato il 10 luglio, e con il Regolamento sugli standard ospedalieri, la cui Intesa è stata sancita il 5 agosto 2014.

Tale percorso viene di seguito rappresentato nella Figura 1.

Figura 1  **Percorso sinergico delle attività**

Revisione della spesa	Patto per la salute	Standard ospedalieri
• No a tagli lineari • Specificità sanità • Tre Tavoli: – Beni e servizi non sanitari – Farmaci e dispositivi – Rete Assistenza • Appropriatelyzza • Benchmarking	• Definizione risorse (2014-2016) • Risparmi reinvestiti in sanità • Equità, appropriatezza e innovazione per l'offerta e i Lea • Riqualificazione servizi sanitari regionali • Riorganizzazione medicina del territorio • Sanità digitale e rilancio edilizia sanitaria	• 3,7 posti letto/1.000, inclusi 0,7/1.000 per riabilitazione e lungodegenza • Tre livelli di complessità per classificazione ospedali • Std omogenei per disciplina • Parametri di riferimento tra volumi, esiti e numero strutture • Std di qualità secondo modello clinical governance • Rete dell'emergenza • Rete ospedaliera (hub and spoke) e integrazione con rete territoriale

Fonte: Ministero della Salute

In tale contesto Agenas ha portato un contributo in materia di analisi, valutazione e revisione della spesa sanitaria proponendo *benchmark* di riferimento¹.

Con riferimento ai Tavoli tematici della revisione della spesa in questo articolo si riproducono alcuni contributi esplicativi dell'utilità di passare dalla logica dei tagli lineari a quella dell'analisi, monitoraggio e valutazione delle performance sanitarie aziendali e regionali per il miglior governo della spesa sanitaria.

Tale cambiamento di prospettiva necessita di una profonda rivisitazione della metodologia fin qui utilizzata nella determinazione e applicazione

delle misure di contenimento della spesa, nonché nell'implementazione di strumenti informativi e informatizzati a supporto di attività decisionali più consapevoli.

A tal fine si ripercorrono in maniera sintetica alcune delle tappe di lavoro più significative del gruppo sulla revisione della spesa, nel periodo dicembre 2013 - ottobre 2014, con particolare riferimento all'analisi di:

- spesa per beni e servizi non sanitari;
- gestione dei sinistri e delle polizze assicurative (autoassicurazione e premi RC);
- appropriatezza della spesa delle prestazioni ambulatoriali (focus su diagnostica per immagini).

1. La rete ospedaliera in Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro, Monitor n. 27, 2011

SPESA PER BENI E SERVIZI NON SANITARI

Nella spesa per beni e servizi non sanitari sono state analizzate in maniera approfondita le voci relative a: lavanderia e materiali di guardaroba, pulizia, mensa e prodotti alimentari (sia quella per i pazienti sia quella per i dipendenti), smaltimento rifiuti, utenze telefoniche (includendo anche i collegamenti a internet e la rete dati), utenze elettriche e riscaldamento.

Nel recente passato sono state introdotte diverse misure di contenimento della spesa per beni e servizi non sanitari, principalmente fondate su tagli lineari (la legge 135/2012 prevedeva un taglio lineare della spesa complessiva di tali voci del 5% a partire dalla data di entrata in vigore del D.lgs. 95/2012 e del 10% a partire dal 1° gennaio 2013), correlate ai prezzi di riferimento Anac (sempre la legge 135/2012 obbligava la revisione dei contratti con prezzi superiori al 20% rispetto a quelli di riferimento).

La Tabella 1 riporta l'andamento delle voci di spesa per beni e servizi non sanitari analizzate durante i lavori del gruppo per la revisione della spesa per gli anni 2011, 2012 e 2013, nonché i differenziali percentuali annui. Tali valori non raggiungono le soglie di riduzione attese dall'articolo 15, comma 13, lettera a, della succitata legge 135/2012, se non per la sola voce legata alla spesa per utenze telefoniche.

Dalla Tabella 1 emerge con chiarezza che i tagli lineari previsti per legge non hanno raggiunto i risultati sperati: la spesa delle voci sopra rappresentate cresce, contrariamente a quanto previsto dalla legge, complessivamente di oltre 140 milioni di euro nel 2013 rispetto al 2011. Ciò è dovuto in parte alla natura stessa dei tagli lineari che

vanno a incidere in maniera indifferenziata sia sui “buoni amministratori” sia sui “dissipatori” e, in parte, alla limitata rappresentatività dei prezzi di riferimento² applicati. Nell'ambito dei beni e servizi non sanitari, tali prezzi, inoltre, sono stati calcolati, in prima applicazione, solo per alcune voci specifiche (mensa, lavanderia, pulizia), attraverso una rilevazione campionaria che ha coinvolto quindi solo parte delle strutture sanitarie. Per essere realmente incisivi sull'andamento della spesa occorre porre attenzione non solo al prezzo/costo unitario, ma anche alla dinamica del consumo nonché all'efficacia e appropriatezza della spesa. Si immagini, a titolo esemplificativo, un'Azienda ospedaliera che abbia ridotto al minimo il prezzo del pasto e che abbia una durata delle degenze superiore alla media; così facendo l'Azienda erogherebbe pasti “inutili” a pazienti che potrebbero essere già dimessi. Bisogna, dunque, tenere conto dell'intero processo della spesa, compresi i suoi effetti richiedendo una valutazione accurata del fenomeno in esame, considerando ogni fase dello stesso. Alla luce di quanto sopra detto, il gruppo di lavoro per la revisione della spesa sanitaria ha condiviso la necessità di introdurre un diverso e innovativo approccio basato sulla definizione di indicatori di performance per ogni singola voce di spesa oggetto di analisi e l'opportunità di integrare i questionari, già somministrati dall'Anac, con gli aspetti qualitativi che influenzano la spesa. In questo senso l'Anac ha recepito le proposte di integrazione “tecniche” ai questionari formulate da Agenas e ha somministrato una nuova rilevazione che meglio potesse determinare i prezzi di riferimento anche grazie al carattere censuario della rilevazione.

2. Vedi legge 111/2011, art. 17: “Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa sanitaria”.

Tabella I  **Spesa per beni e servizi non sanitari**

Beni e servizi non sanitari	2011*	2012*	2013*	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012
Lavanderia e materiali guardaroba	646.310	636.572	613.799	-1,5%	-3,6%
Pulizia	1.248.067	1.266.833	1.233.026	1,5%	-2,7%
Mensa e prodotti alimentari	876.103	870.010	843.694	-0,7%	-3,0%
Smaltimento rifiuti	214.776	218.243	207.441	1,6%	-4,9%
Utenze telefoniche (telefonia e trasmissioni dati)	234.870	213.903	188.443	-8,9%	-11,9%
Utenze elettriche	659.545	764.716	802.128	15,9%	4,9%
Riscaldamento	532.371	598.790	667.433	12,5%	11,5%
Totale spesa per servizi non sanitari	4.412.042	4.569.067	4.555.963	3,6%	-0,3%

* Valori espressi in migliaia di euro. Estrazione effettuata in data 1° ottobre 2014
Fonte: Elaborazione Agenas su dati Nsis - Ministero della salute

Per adottare l'approccio basato su tagli *mirati e non lineari* che agiscono indifferentemente su tutte le realtà, occorrono dati puntuali e di dettaglio non sempre disponibili in maniera omogenea sul territorio nazionale. Nonostante le difficoltà tecniche, è stato possibile individuare dei "capitoli di spesa" in cui il patrimonio informativo disponibile era sufficiente a calcolare indicatori di performance.

L'approccio metodologico fondato su indicatori di performance per ogni singola voce di spesa relativa alla categoria "beni e servizi non sanitari" ha evidenziato la capacità di misurare correttamente il fenomeno di interesse (considerando sia i prezzi unitari che l'appropriatezza organizzativa nei consumi). Inoltre, tali indicatori sono calcolabili per più annualità a partire dal 2010 (non solo su una rilevazione campionaria) e sono di valido supporto all'individuazione di ambiti di inefficienza nel governo della spesa e/o di erogazione di servizi di "peggiore qualità".

Gli indicatori di performance consentono, per categorie di spesa e tipologie di erogatori omogenei, il confronto (*benchmarking*) delle prestazioni conseguite da un'azienda con quelle riportate dalle altre e attraverso la definizione di "valori so-

glia" permettono la valorizzazione di ambiti di "efficientamento" della spesa.

Le banche dati che hanno consentito il calcolo degli indicatori per i beni e servizi non sanitari suddetti, sono relative a flussi di rilevazione effettuati dal Ministero della salute (flussi Nsis) per il tramite delle Regioni e tra queste, le principali sono quella delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) e quella relativa al modello di rilevazione economica: "Conto economico" (CE).

Il processo di definizione degli indicatori potrà essere oggetto di affinamenti successivi, ad esempio quando saranno disponibili i dati relativi alla predetta rilevazione censuaria che sta effettuando l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac).

Come valore soglia, per ogni indicatore, è stato possibile utilizzare sia un riferimento normativo/regolatorio sia uno proveniente dalla Comunità scientifica nonché un quantile della distribuzione empirica, non influenzato da valori estremi.

Le voci di spesa in esame hanno comportato una spesa annua (anno 2012) nazionale complessiva di circa 4,6 miliardi di euro, su un totale spesa per beni e servizi non sanitari pari a circa 8,7 miliardi di euro (circa il 53% del totale).

Tabella 2  **Indicatori per le Aziende ospedaliere**

Mensa e prodotti alimentari	Spesa annua/[(numero di giornate di degenza pesate) + (numero di dipendenti * (1.500 ore)/(8 ore) * 0,3)]
Lavanderia e materiali di guardaroba	Spesa annua/[(numero di giornate di degenza pesate) + (numero di dipendenti sanitari * (1.500 ore) / (8 ore))]
Utenze telefoniche	Spesa annua/numero totale di dipendenti

Fonte: Ministero della Salute

64



Per le voci sopra menzionate sono stati individuati indicatori di performance per le Aziende ospedaliere e per essi sono stati calcolati i valori relativi alle annualità 2011 e 2012 secondo le formule descritte nella Tabella 2.

Il gruppo di lavoro ha inteso confrontare la metodologia di calcolo degli indicatori individuati con quanto già sviluppato in altri Paesi europei quali la Germania, la Scozia e l'Inghilterra, evidenziando analogie nell'approccio metodologico utilizzato.

GESTIONE DEI SINISTRI E DELLE POLIZZE ASSICURATIVE (AUTOASSICURAZIONE E PREMI RC)

Nell'ambito della revisione della spesa sanitaria, grazie anche all'esperienza maturata da Agenas nell'ambito delle sue funzioni di Osservatorio nazionale per la denuncia dei sinistri e le polizze assicurative, sono stati formulati alcuni indicatori per rappresentare la capacità delle Aziende e delle Regioni di gestire il rischio clinico e gli eventuali sinistri.

La metodologia utilizzata, nell'identificazione degli indicatori, prescinde dalle "scelte" organizzative effettuate dalle singole Regioni in materia assicurativa, a causa della loro eterogeneità di scelta, siano esse basate su modelli autoassicurativi ("Sir" - *Self insurance retention*) o sul pagamento di premi assicurativi o su altre forme miste.

Si significa, prima della descrizione puntuale degli indicatori, che la spesa per copertura sinistri nel 2012 è stata pari a circa 1,1 miliardi di euro, in crescita nel 2013.

Stante la suddetta eterogeneità dei comportamenti in ambito assicurativo, sono stati individuati degli obiettivi prioritari, in base ai quali sono stati calcolati indicatori di performance di seguito riportati.

1. Obiettivo: misurare la "severità" (frequenza e rilevanza) dei sinistri rispetto all'attività prodotta:

- indicatore per la frequenza: Σ numero dei sinistri liquidati/attività totale (numero dei dimessi);
- indicatore per la rilevanza: Σ importi dei sinistri liquidati/remunerazione teorica delle prestazioni totali di ricovero.

2. Obiettivo: misurare l'"efficienza allocativa" per le risorse a copertura dei sinistri:

- indicatore di efficienza allocativa: costo sostenuto per risarcire i sinistri/costo sostenuto per gestire il rischio clinico.

I suddetti indicatori sono stati calcolati su un arco temporale di tre anni, nello specifico dal 2011 al 2013 e per un campione di Regioni (quattro) i cui dati risultavano attendibili: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Liguria. Queste Regioni hanno conferito i dati con regolarità per il triennio 2011-2013 e hanno permesso un primo confronto tra le diverse modalità organizzative utilizzate nel tempo dalle Regioni e dalle

Aziende. Inoltre, attraverso, lo specifico flusso Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Simes, di cui alla Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008, è stato concretamente possibile realizzare il calcolo degli indicatori sopra descritti.

In particolare il dato relativo ai sinistri e agli importi liquidati è utilizzabile e disponibile per le quattro Regioni suddette dal 2011 e solo a partire dal 2013 tutti i campi di cui al flusso Simes sono diventati obbligatori.

Dall'analisi emerge l'ineludibilità di disporre di dati specifici di settore alla luce di sistemi regionali assicurativi fortemente differenziati tra di loro, con prevalenza di modelli autoassicurativi nelle Regioni Toscana e Liguria rispetto a realtà "miste" quali in Lombardia ed Emilia-Romagna, ma con presenza di ampi margini di efficientamento e di recupero di risorse economiche in tutte le Regioni considerate pur dovendo applicare diversi interventi sulla base delle specificità regionali.

APPROPRIATEZZA DELLA SPESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E FOCUS SU DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Nell'ambito dei lavori di revisione della spesa sanitaria è stato costituito, inoltre, un gruppo di lavoro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, cui hanno partecipato diversi esperti del mondo clinico, istituzionale e accademico tra cui alcuni rappresentanti della Sirm (Società italiana radiologia medica). Nel 2012 sono state erogate complessivamente circa 776 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale per un importo di 10,8 miliardi di euro, di cui il 36% è costituito da prestazioni di diagnostica.

Nell'ambito delle prestazioni di diagnostica per immagini l'analisi si è focalizzata sulle prestazioni di RM, TC e PET poiché queste rappresentavano il 52% della spesa totale per diagnostica per immagini nell'anno 2012 come rappresentato nella Figura 2.

Figura 2 Composizione percentuale della spesa di diagnostica per immagini

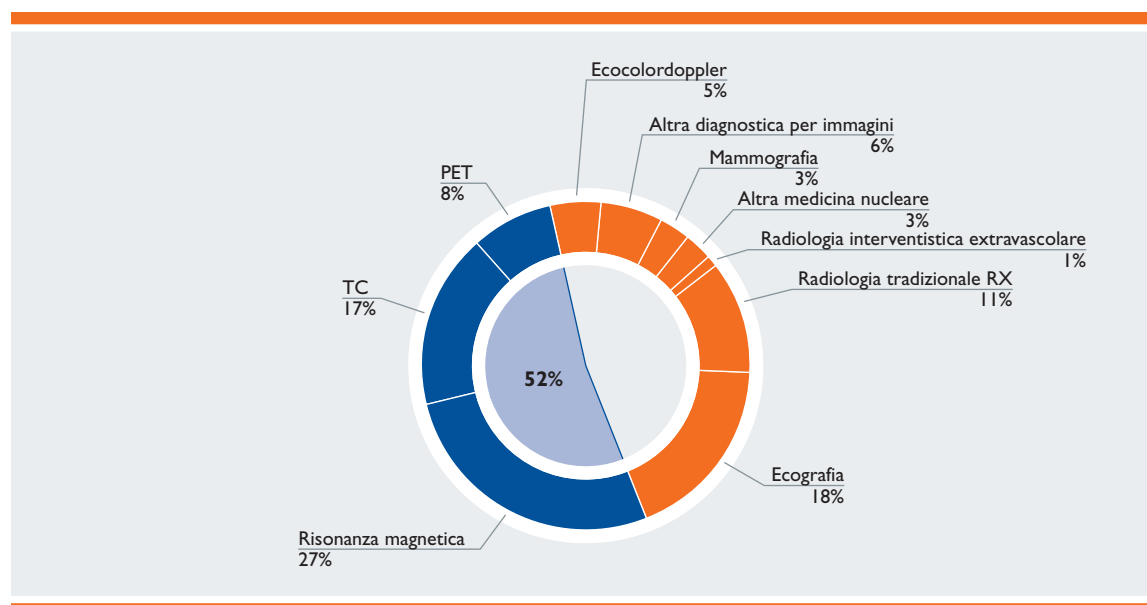


Tabella 3  **Diagnostica per immagini - Valore prestazioni in esame 2012-2013**

Codice	Descrizione	Valore in migliaia di euro
88.91.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico Incluso: relativo distretto vascolare	148.601,18
88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto Incluso: relativo distretto vascolare	210.273,19
88.93	Risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna Cervicale, toracica, lombosacrale	416.707,72
88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna, senza e con contrasto Cervicale, toracica, lombosacrale	68.530,74
88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	506.293,15
88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica, senza e con contrasto RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	21.540,15
88.38.1	Tomografia computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione a un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	46.228,63
88.38.2	Tomografia computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione a un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	3.625,30
92.11.6	Tomoscintigrafia cerebrale (PET) Studio qualitativo	21.864,78
92.18.6	Tomoscintigrafia globale corporea (PET)	464.538,28
Totale		1.908.203,02

Fonte: Elaborazione Ministero della salute, anni 2012-2013

Tabella 4  **Numero delle prestazioni inappropriate - Regione Val d'Aosta**

Codice ministeriale	Identificativo prestazione	Condizione di inappropriatezza	Prestazioni erogate ad alto rischio di inappropriatezza				Valore prestazioni erogate ad alto rischio di inappropriatezza (€)			
			2012		2013		2012		2013	
			Numero	% su tot	Numero	% su tot				
88.93 - 88.93.1	RM colonna L-S	Nuova prescrizione entro 24 mesi	195	12,0%	155	11,6%	25.363		20.346	
88.38.1 - 88.38.2	TC colonna L-S		76	12,2%	96	17,8%	6.017		7.550	
88.94.1 - 88.94.2	RM ginocchio	Soggetti over 65 anni	270	12,1%	220	9,8%	49.314 (min)	75.536 (max)	44.516 (min)	68.186 (max)
	RM bacino, anca, art. sacroiliache, ginocchio, piede	NO Esame radiologico propedeutico (12 mesi)	100	4,5%	114	5,1%				
Totale			641	14,3%	585	14,2%	80.693	106.915	72.411	96.082

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati Regione Valle d'Aosta

Con il contributo degli esperti della Sirm sono state individuate prestazioni di diagnostica per immagini caratterizzate da condizioni di alto rischio di inappropriatezza che presentano un fatturato annuo di circa 1 miliardo di euro (stabile nel 2012 e nel 2013).

Per le voci della Tabella 3 non si è riusciti a valutare la numerosità e gli importi economici corrispondenti alle prestazioni con condizioni di alto rischio di inappropriatezza, accedendo alle sole informazioni presenti sulla banca dati nazionale “tessera sanitaria” alimentata dal flusso nazionale di specialistica ambulatoriale, disciplinato dall’art. 50 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni dalla legge 326/2003. Alla luce di tali difficoltà e stante la necessità di disporre di dati di dettaglio è emersa la necessità di

realizzare una stretta collaborazione con le Regioni, accedendo al loro patrimonio informativo. Prima di procedere come sopra menzionato, si è ritenuto opportuno verificare la metodologia di analisi in un contesto circoscritto che consentisse facilità e rapidità di elaborazione. In tal senso si è effettuato un *case study* con la Regione Val d'Aosta, di cui sono state quantificate, in Tabella 4, le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza³ e sono stati valorizzati, in Tabella 5, gli importi corrispondenti. Dall’analisi emerge che le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono in numero e valore circa il 14% delle prestazioni erogate, e soprattutto occorre sottolineare che il fenomeno è in diminuzione grazie all’azione della struttura pubblica.

3. È stato possibile calcolare quattro delle undici prestazioni identificate ad alto rischio di inappropriatezza dal gruppo di lavoro.

Tabella 5  **Valore delle prestazioni inappropriate - Regione Val d'Aosta**

Codice ministeriale	Identificativo prestazione	Condizione di inappropriatezza	Valore prestazioni erogate ad alto rischio di inappropriatezza (€)				Spesa complessiva strutture pubbliche			
			2012		2013		2012		2013	
			Euro		% su tot		Euro		% su tot	
88.93 - 88.93.1	RM colonna L-S	Nuova prescrizione entro 24 mesi	25.363		20.346		203.178	12,48%	166.930	12,19%
88.38.1 - 88.38.2	TC colonna L-S		6.017		7.550		48.506	12,40%	42.066	17,95%
88.94.1 - 88.94.2	RM ginocchio	Soggetti over 65 anni								
	RM bacino, anca, art. sacroiliache, ginocchio, piede	NO Esame radiologico propedeutico (12 mesi)	49.314 (min)	75.536 (max)	44.516 (min)	68.186 (max)	301.742	16,34%	314.670	14,15%
Totale			80.693	106.915	72.411	96.082	553.426	14,58%	523.665	13,83%

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati Regione Valle d'Aosta

CONCLUSIONI

La necessità di rivedere l'entità, la composizione e le modalità di utilizzo della spesa pubblica costituisce elemento dominante nel dibattito politico degli ultimi anni, divenendo prioritaria nell'azione dei recenti Governi.

Dopo una prima fase, caratterizzata dall'urgenza di ottenere risultati concreti in tempi estremamente ridotti attraverso l'uso dei tagli lineari, sono emersi i limiti di tale impostazione e la conseguente esigenza di procedere in maniera più mirata.

Ciò ha significato focalizzare concretamente l'attenzione sulle determinanti della spesa sanitaria, agendo quindi in maniera selettiva sulle realtà caratterizzate non tanto da volumi di spesa eccessivi quanto da "cattive" performance. Per seguire questo diverso approccio alla razionalizzazione della spesa, si rende necessario individuare indicatori di performance in grado di rappresentare i comportamenti dei diversi soggetti nelle di-

mensioni dell'efficienza, efficacia, qualità, quantità, appropriatezza, sicurezza ed equità, confrontando i risultati sia in maniera relativa sia attraverso specifici *benchmark* e di identificare le possibili azioni per governare i meccanismi che generano la spesa. Lo spostamento di focus dai tagli lineari ai tagli mirati richiede tuttavia un bagaglio informativo consistente attraverso maggiori informazioni, di dettaglio, omogenee e robuste su tutto il territorio nazionale, nonché l'analisi e la selezione delle aree su cui intervenire e delle relative modalità. Alla luce di quanto detto risulta ancora più urgente proseguire nelle attività di ricerca e sviluppo, rafforzare il patrimonio informativo esistente e costituire un sistema nazionale di monitoraggio, analisi e controllo delle performance regionali e aziendali, al pari degli altri Paesi europei dove è radicata la cultura della valutazione delle prestazioni sanitarie.

L'esperienza di revisione della spesa fatta da Agenas a supporto del Ministero della salute è stata caratterizzata dall'impegno a definire strumenti

metodologici innovativi, utili e utilizzabili per formulare proposte selettive di revisione della spesa pubblica in ambito sanitario, dalle proposte di indicatori per il monitoraggio della spesa, nonché dalla definizione di un modello metodologico per l'identificazione di comportamenti "anomali" da parte di soggetti generatori di spesa, attraverso l'individuazione e l'uso di valori di riferimento condivisi.

Agenas ha partecipato e collaborato con gli enti preposti istituzionalmente a questo processo di revisione della spesa, in particolare lavorando assieme al Ministero della salute e alle Regioni e Provincie Autonome, la cui collaborazione è, alla luce di quanto sopra, indispensabile per poter realizzare una migliore e più efficace azione contro l'uso distorto dei fondi sanitari.

L'esperienza maturata durante questo percorso e brevemente descritta in questo lavoro ha eviden-

ziato come sia possibile individuare alcune voci di spesa, dove adottare tagli "mirati" anziché lineari, superando il confronto autoreferenziale con i propri valori di spesa storica.

Tuttavia, per favorire questo processo occorre da un lato promuovere la cultura dell'analisi, della valutazione e del confronto con i "migliori" e dall'altro occorre favorire lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di analisi e monitoraggio.

In questo senso Agenas è chiamata a collaborare con le Regioni, le Provincie Autonome e il Ministero della salute per realizzare un sistema in grado di monitorare l'entità, la composizione e le modalità di formazione della spesa sanitaria con lo scopo finale di utilizzare al meglio le risorse finanziarie disponibili, di cui alle recenti indicazioni contenute nel Patto per la salute 2014-2016, art. 12 comma 7, nonché art. 28 comma 2.

