



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
<ul style="list-style-type: none"> • No a tagli lineari • Specificità sanità • Tre Tavoli: <ul style="list-style-type: none"> – Beni e servizi non sanitari – Farmaci e dispositivi – Rete Assistenza • Appropriatelyzza • Benchmarking 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

mobar

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.

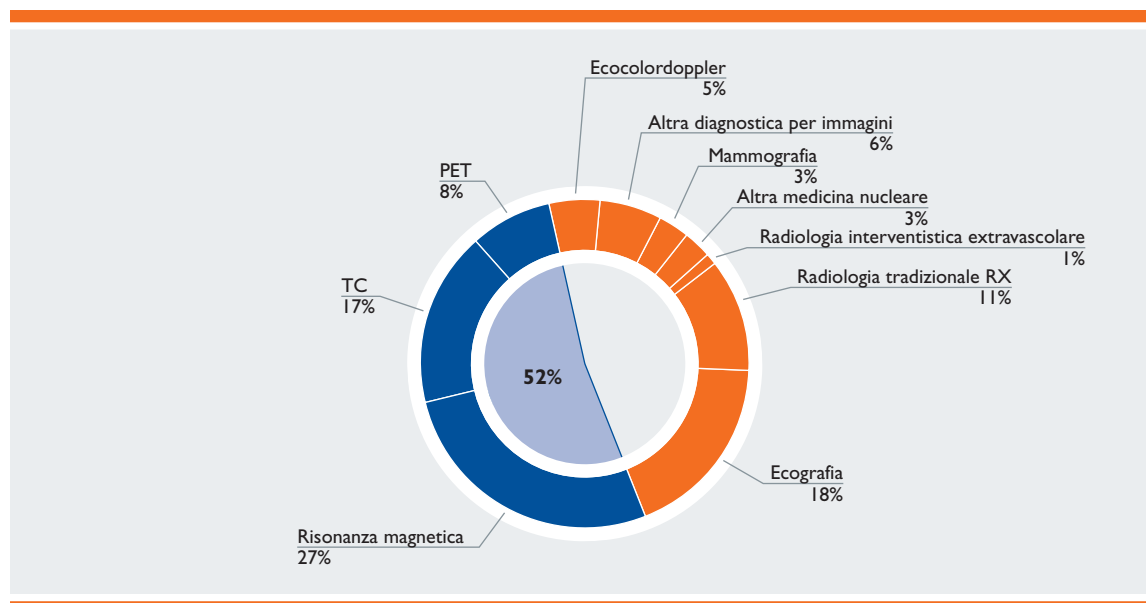
APPROPRIATEZZA DELLA SPESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E FOCUS SU DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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**



Fonte: Elaborazione Agenas su dati Flusso di specialistica ambulatoriale (art. 50 legge n. 326/2003)

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	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.