



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REVISIONE DELLA SPESA

Relazione conclusiva

Roma, 23 Ottobre 2014



Revisione Spesa: indice (1/2)

- **Programma di Revisione della Spesa (art. 49-bis D.L. 69/2013)**
 - Obiettivi
 - Organizzazione
 - Metodologia di lavoro
 - Temi e Gruppi di Lavoro
- **Evoluzione del contesto**
 - D.L. 66/2014 (Legge di conversione n. 89/2014)
 - Patto per la Salute 2014-2016
 - Regolamento standard ospedalieri
- **Gruppo di Lavoro Ministero della Salute**
 - Mandato (tematiche, membri, scadenze)
 - Composizione ed organizzazione
 - Metodologia di lavoro
 - Cronoprogramma
 - Fonti dati a supporto



Revisione Spesa: indice (2/2)

- **Tavolo I**
 - Elenco misure con stato avanzamento lavori, fonti dati a supporto, spesa annua, area di revisione «calcolata», risultati conseguiti
- **Tavolo II**
 - Elenco misure con stato avanzamento lavori, fonti dati a supporto, spesa annua, area di revisione «calcolata», risultati conseguiti
- **Tavolo III**
 - Elenco misure con stato avanzamento lavori, fonti dati a supporto, spesa annua, area di revisione «calcolata», risultati conseguiti
- **Ulteriori spunti di riflessione**
- **Allegati**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Programma di Revisione della Spesa (art. 49-bis D.L. 69/2013)



Programma di Revisione della Spesa

L'articolo 49-bis decreto legge 69/2013 (Decreto del Fare) convertito dalla legge 98/2013 prevede le misure per il rafforzamento della spending review con lo scopo di:

- condurre la RS delle amministrazioni pubbliche e società controllate per il periodo 2014-16.**
- istituzionalizzare il processo di RS in modo che diventi parte integrante del processo di preparazione del bilancio dello Stato e delle altre amministrazioni pubbliche.**

Il fine di queste attività è la modernizzazione delle procedure e modalità di spesa delle amministrazioni pubbliche in modo da fornire servizi pubblici di alta qualità al più basso costo possibile per il contribuente.



Revisione della spesa: Obiettivi

Obiettivi Quantitativi

Definiti per legge per il periodo 2014 - 2017

Obiettivi Qualitativi

- Raggiungere gli obiettivi di spesa mantenendo una elevata qualità dei servizi pubblici;
- Focalizzare la RS sui guadagni di efficienza, cioè sulla minimizzazione dei costi di produzione dei servizi correnti (riduzione degli sprechi);
- Includere anche questioni di perimetro e cioè l'individuazione di programmi di spesa a bassa priorità i cui benefici non giustifichino il costo per il contribuente;
- Dato l'obiettivo in termini di qualità dei servizi (e non solo di risparmio), previsioni anche proposte che portino ad un miglioramento della qualità, a parità di spesa.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Revisione della Spesa: Organizzazione

SOGGETTO

COMPITI/ATTIVITA

Comitato Interministeriale

Svolge attività di indirizzo e di coordinamento in materia di razionalizzazione e revisione della spesa

Commissario straordinario

Predisporre programma di lavoro recante gli obiettivi e gli indirizzi metodologici dell'attività di revisione della spesa pubblica, può formulare indirizzi e proposte, anche di carattere normativo

Gruppo base

Coordinamento delle attività, conduzione di lavori analitici, definizione metodologia per contabilizzare i risparmi e promozione delle attività anche attraverso presentazioni pubbliche

Gruppi di Lavoro
VERTICALI
(per centro di spesa)

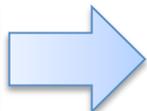
Gruppi di Lavoro
ORIZZONTALI
(per tematica)

Ogni Gruppo di Lavoro ha un Coordinatore, responsabile principale del gruppo di lavoro e lavorerà a stretto contatto con il Commissario



Revisione della Spesa: Metodologia di Lavoro

Commissario
Straordinario



Ha individuato i Gruppi di Lavoro (GdL) e:

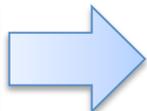
- alcuni membri dei GdL,
- i temi da coprire,
- le scadenze da rispettare.

Ha definito la metodologia da seguire per contabilizzare i risparmi.

Può chiedere ai GdL di trattare alcuni temi generali come:

- quali programmi o attività sono considerati di minore utilità sulla base della esperienza recente;
- quale è l'interesse pubblico riguardo le varie attività svolte dal centro di spesa e quali attività potrebbero essere svolte dal privato senza svantaggi per la cittadinanza;
- di quanto sarebbe possibile ridurre la spesa per beni/servizi se fossero disponibili strumenti adeguati (e quali);
- quante posizioni sono occupate da personale non assegnato a compiti essenziali e in quali aree il personale è invece insufficiente;
- come si potrebbe riorganizzare la struttura dell'ente di spesa per ridurre i costi di gestione.

Coordinatore
Gruppo di
Lavoro



Può integrare:

- I membri del GdL
- le aree di «risparmio» da considerare,

Può avvalersi di sottogruppi «tavoli» specifici per tematiche definite



Revisione della Spesa: Temi e Gruppi di Lavoro

ORIZZONTALI

1. Beni e servizi: prezzi di acquisto beni e servizi (rafforzare il ruolo della CONSIP; centrali di acquisto) (escluso sanità: vedi gruppo di lavoro ad hoc)
2. Immobili: razionalizzazione utilizzo immobili (spesa per locazioni, contratti di fornitura dei servizi energetici, global service, manutenzione)
3. Organizzazione amministrativa (razionalizzazione ed accorpamento delle amministrazioni centrali) con il pieno utilizzo dei benefici del completamento dell'Agenda Digitale
4. Pubblico impiego: mobilità del lavoro (compresa l' esplorazione di canali di uscita e rivalutazione delle misure sul turnover) e armonizzazione del sistema retributivo e contrattualistico nel pubblico impiego, anche al fine di incentivare la mobilità
5. Fabbisogni e costi standard: promozione nel completamento e applicazione
6. Costi della politica (per regioni, province, comuni; finanziamenti pubblici ai partiti, etc.)
7. Qualità spese di investimento (ottimizzazione procedure di spesa, incluso normativa su appalti, stazione unica di appalto)
8. Società partecipate pubbliche: criteri per affidamento, razionalizzazione, vincolo di bilancio, dismissione, riduzione numero



Revisione della Spesa: Temi e Gruppi di Lavoro

VERTICALI

- Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Ministeri
 1. Economia e Finanza
 2.
 3. **Salute:** 
 - Riassetto organizzativo della rete periferica veterinaria e medica
 - Completamento trasferimento funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante
 - Enti vigilati
 - Sanità
 - Centrali acquisto (farmaci, beni e servizi sanitari e non)
 - Protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni
 - Revisione livelli essenziali anche con riferimento a particolari categorie



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Evoluzione del contesto



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

D.L. n. 66/2014 (Legge di conversione n. 89/2014)

Trasparenza e razionalizzazione acquisti

- Pubblicazione dati di bilancio preventivi e consuntivi in formato aperto
- Pubblicazione indicatore di tempestività dei pagamenti (trimestrale e annuale)
- Riduzione del 5% degli importi dei contratti in essere, nonché di quelli per cui è già intervenuta l'aggiudicazione, per l'acquisto di beni e servizi

Soggetti aggregatori

- Istituzione elenco soggetti aggregatori e percorso per definizione requisiti
- Istituzione Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori
- Attività di vigilanza AVCP

Pagamenti

- Pubblicazione, su piattaforma elettronica, dei dati relativi ai debiti non estinti, certi, liquidi ed esigibili
- Possibilità per le Regioni di accesso, con riferimento ai debiti sanitari accumulati, ad anticipazioni di liquidità nei limiti degli importi previsti da appositi decreti legge
- Stanziamento fondi ulteriori per garantire il pagamento dei debiti sanitari per un importo pari a € 770 milioni (per il 2014)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Qualità dell'assistenza, sicurezza delle cure, uso appropriato delle risorse Universalità, solidarietà, equità

Revisione della Spesa

- No a tagli lineari
- Specificità sanità
- Tre Tavoli:
 - Beni e servizi non sanitari
 - Farmaci e dispositivi
 - Rete Assistenza
- Appropriatezza
- Benchmarking

Patto per la Salute

- 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



Std ospedalieri

- 3,7 posti letto/1000, inclusi 0,7/1000 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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Qualità dell'assistenza, sicurezza delle cure, uso appropriato delle risorse Universalità, solidarietà, equità

Revisione della Spesa

- No a tagli lineari
- Specificità sanità
- Tre Tavoli
-

Patto per la Salute

- Definizione risorse (2014-2016)
- Risparmi reinvestiti in sanità
- equità, appropriatezza e innovazione
-

Std ospedalieri

- 3,7 posti letto/1000, inclusi 0,7/1000 per riabilitazione e lungodegenza
- Tre livelli di complessità per classificazione ospedali
-



Cabina di regia politica

**Tavolo tecnico istituito presso Age.Na.S. (anche su revisione spesa)
Monitoraggio servizi sanitari regionali affidato ad Age.Na.S.**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Patto per la Salute 2014-2016: Articolo 28

Il Patto prevede all'articolo 28, comma 2 :

<<...omissis... è istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali un Tavolo tecnico interistituzionale, a supporto del Tavolo politico, cui è affidato il compito di monitoraggio e verifica ... sulle eventuali misure di revisione della spesa sanitaria di cui al programma di governo, con la partecipazione delle Regioni, secondo modalità condivise. Il tavolo è coordinato da Agenas...omissis...>>

Tavolo tecnico interistituzionale

Ministero della Salute

Regioni e PA autonome

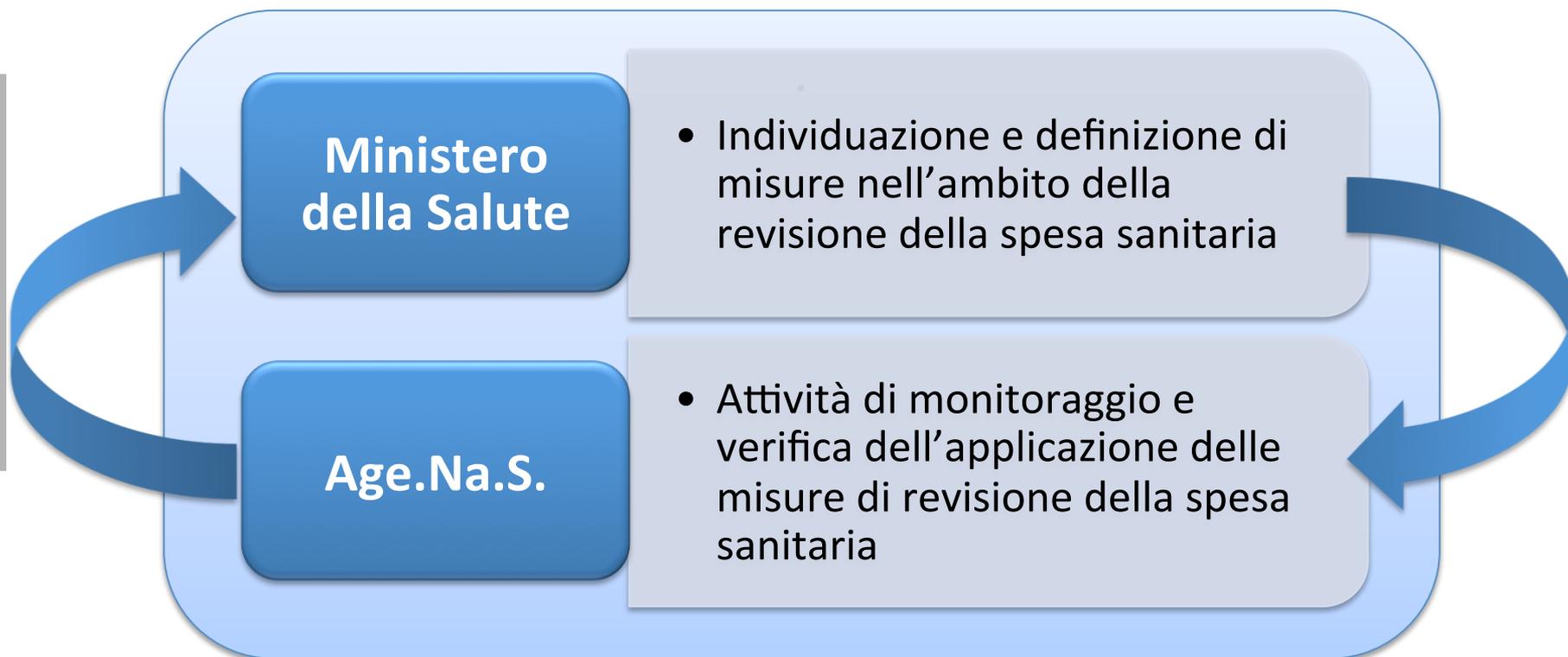
Age.Na.S.
(coordinamento)

Ministero dell'economia
e delle finanze

Ministero per gli Affari
regionali



Revisione della spesa sanitaria - Patto per la salute 2014-2016





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Gruppo di Lavoro Ministero della Salute



GdL Ministero della Salute - Mandato (1/2)

Attività e scadenze

1. Definire, **entro fine febbraio 2014**, un primo gruppo di misure per conseguire risparmi di spesa nel periodo 2014-2016 (anche proposte che, pur non portando a riduzioni di spesa rilevanti per la pubblica amministrazione, migliorino la qualità dei servizi per i cittadini)
2. Predisporre, per le misure proposte, le iniziative amministrative o legislative necessarie per la loro attuazione (preferibilmente presentate simultaneamente). Le misure devono essere definite in modo dettagliato
3. Seguire nel periodo successivo alla approvazione del relativo provvedimento l'implementazione delle misure proposte
4. Definire, **entro la fine di luglio**, un secondo gruppo di misure che non è stato possibile identificare nella prima parte dei lavori, con i relativi testi normativi da preparare comunque entro metà settembre



GdL Ministero della Salute - Mandato (1/2)

Attività e scadenze

5. La lista dei temi da trattare non deve essere considerata esaustiva (può essere integrata)
6. Gli importi dei risparmi dovranno essere identificati sia nei loro effetti immediati che nei loro effetti di medio e di lungo periodo, sotto due ipotesi:
 - a) invarianza del personale
 - b) uscita del personale reso ridondante dalla misura introdotta
7. I risparmi dovranno essere calcolati sulla base del quadro di finanza pubblica e dei relativi stanziamenti definiti dalla Legge di Stabilità del 2014. Le misure dovranno essere addizionali rispetto a quelle già previste
8. Possibilità di proporre misure che comportino un aumento per spese prioritarie, che non potranno superare il 25% dei risparmi proposti



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute: «prima» composizione

Composizione Gruppi di Lavoro

COORDINATORE	<ul style="list-style-type: none">▪ Francesco BEVERE - Ministero della Salute
ALTRE ISTITUZIONI	<ul style="list-style-type: none">▪ Agenas▪ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome▪ Autorità per la Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP)▪ AIFA
GRUPPO RS/RGS/Esterni	<ul style="list-style-type: none">▪ Gabriele Velpi, Francesco Licci▪ Ragioneria Generale dello Stato▪ Marzia Romanelli - Banca D'Italia▪ Lorenzo Ardisson▪ Orlando Barucci

La composizione del Gruppo di lavoro è stata integrata e sono stati definiti tre sottogruppi / “tavoli”



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute: composizione Tavoli



TAVOLO I
Beni e Servizi Non Sanitari

TAVOLO II
Farmaci, Dispositivi medici, HTA

TAVOLO III
Riassetto organizzativo e strutturale della rete, appropriatezza



GdL Ministero della Salute – Tematiche (1/3)

TAVOLO I

- a) Individuazione di standard qualitativi e di costo per i servizi appaltati
- b) Razionalizzazione degli acquisti
- c) Razionalizzazione scorte - logistica



GdL Ministero della Salute – Tematiche (2/3)

TAVOLO II

- a) Farmaci
- b) Dispositivi medici
- c) Individuazione standard di riferimento qualitativi per la fornitura di dispositivi per l'assistenza protesica, dei dispositivi per la gestione della patologia diabetica e per l'ossigenoterapia domiciliare
- d) Valutazione delle tecnologie sanitarie per il governo dell'innovazione e il disinvestimento selettivo (HTA)



GdL Ministero della Salute – Tematiche (3/3)

TAVOLO III

- a) Riassetto organizzativo e strutturale della rete e dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
- b) Dipartimenti di prevenzione
- c) Appropriatelyzza d'uso delle apparecchiature, appropriatezza delle indagini diagnostiche e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- d) Appropriatelyzza dei ricoveri ospedalieri e dell' accesso in Pronto Soccorso



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute

Gruppo di Coordinamento		
Coordinatore	Dott. Francesco Bevere	
Altre istituzioni	Age.Na.S.	▪ Dott. Giovanni Bissoni
	AIFA	▪ Dott. Luca Pani
	AVCP (oggi ANAC)	▪ Dott. Maurizio Ivagnes
	AVCP (oggi ANAC)	▪ Ing. Filippo Romano
	Conferenza delle Regioni e delle province Autonome	▪ Ass. Luigi Marroni
Gruppo RS/RGS/Esperti	Banca d'Italia	▪ Dr.ssa Marzia Romanelli
	Ragioneria Generale dello Stato	▪ Dott. Massimo Zeppieri
	Gruppo Base Revisione della Spesa	▪ Dott. Francesco Licci
	Gruppo Base Revisione della Spesa	▪ Dott. Gabriele Velpi
	Esperto	▪ Dott. Lorenzo Ardissoni
	Esperto	▪ Dott. Orlando Barucci
	Esperto	▪ Dott. Salvatore Gioia



GdL Ministero della Salute

Tavolo I: Beni e Servizi Non Sanitari

Nominativo	Ente di appartenenza
▪ Dott. Francesco Licci	CONSIP
▪ Dott. Lorenzo Ardissonne	Regione Valle D'Aosta
▪ Dott. Antonio Canini	Esperto
▪ Ing. Mario Romeri	Regione Toscana
▪ Dott. Paolo Siviero	AIFA
▪ Dott. Filippo Romano	AVCP (oggi ANAC)
▪ Dott.ssa Laura Mascali	AVCP (oggi ANAC)
▪ Dott. Massimo Zeppieri	Ragioneria Generale dello Stato
▪ Dott.ssa Velardi e Dott.ssa Fiorenza	Age.Na.S.
▪ Dott. Orlando Barucci	Esperto
▪ Dott. Lorenzo Pescini	Esperto
▪ Dott. Mario Braga	Esperto
▪ Dott. Salvatore Gioia ▪ Dott. Marcello Faviere e Dott. Antonio Draisci	Esperti
▪ Prof. Elio Borgonovi	Mondo accademico
▪ Prof. Federico Spandonaro	Mondo accademico
▪ Prof. Romano Del Nord	Mondo accademico



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute

Tavolo II: Farmaci, Dispositivi medici, HTA	
Nominativo	Ente di appartenenza
▪ Ass. Luigi Marroni	Regione Toscana
▪ Ing. Mario Romeri	Regione Toscana
▪ Dott. Loredano Giorni	Regione Toscana
▪ Dott. Lorenzo Ardisson	Regione Valle D'Aosta
▪ Dott. Massimo Zeppieri	Ragioneria Generale dello Stato
▪ Dott.ssa Romanelli	Banca d'Italia
▪ Prof. Giovanni Bissoni	Age.Na.S. (al momento della costituzione del tavolo)
▪ Dott.ssa Marcella Marletta	Ministero della Salute
▪ Dott. Alessandro Ghirardini	Ministero della Salute
▪ Dott. Luca Pani	AIFA
▪ Dott. Paolo Siviero	
▪ Prof. Americo Cicchetti	Mondo accademico



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute

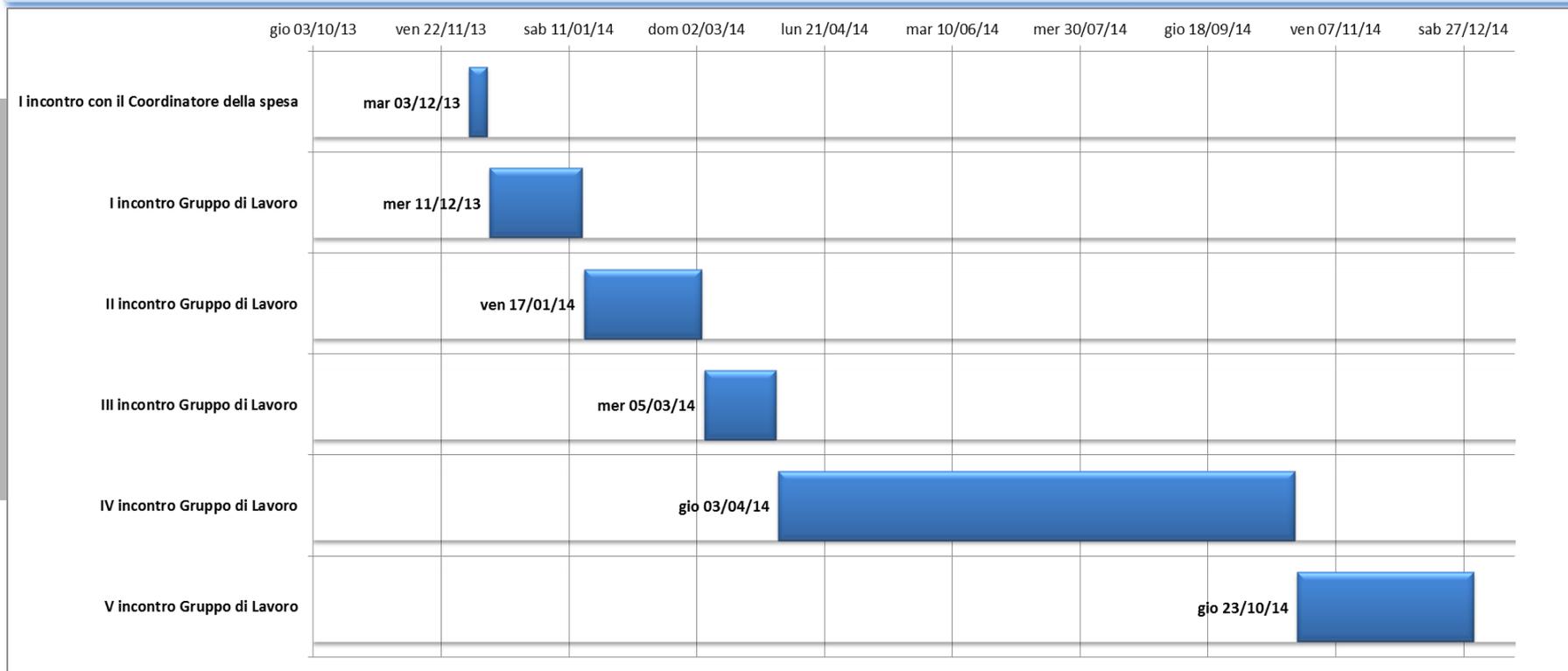
Tavolo III: Riassetto organizzativo e strutturale della rete, appropriatezza

Nominativo	Ente di appartenenza
▪ Dott. Lorenzo Ardissonne	Regione Valle D'Aosta
▪ Ing. Mario Romeri	Regione Toscana
▪ Dott.ssa Daniela Matarrese	Regione Toscana
▪ Dott. Gabriele Velpi	MEF
▪ Dott.ssa Marzia Romanelli	Banca d'Italia
▪ Dott. Paolo Siviero	AIFA
▪ Dott. Fulvio Moirano	Age.Na.S. (al momento della costituzione del tavolo)
▪ Dott. Alessandro Ghirardini	Ministero della Salute
▪ Dott. Mario Braga	Esperto
▪ Prof.ssa Sabina Nuti	Mondo accademico
▪ Prof. Vincenzo Atella	Mondo accademico
▪ Prof. Paolo Villari	Mondo accademico/Società Scientifiche
▪ Prof. Plebani	Mondo accademico
▪ Prof. Carlo Masciocchi	Mondo accademico/Società Scientifiche
▪ Prof. Vincenzo Atella	Mondo accademico



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute: cronoprogramma





GdL Ministero della Salute: Metodologia di Lavoro

E' stata condivisa una metodologia di lavoro, integrando quella definita dal Commissario, fondata sull'individuazione di:

- indicatori in grado di rappresentare in maniera significativa il fenomeno oggetto di analisi;**
- fonti dati per poter «calcolare» gli indicatori in maniera oggettiva;**
- valori soglia per gruppi omogenei di aziende: per tipologia, per volumi, per complessità e per modalità di erogazione del servizio.**

Sono state definite delle schede di lavoro «comuni» che ogni componente del GdL ha utilizzato per ogni misura proposta.



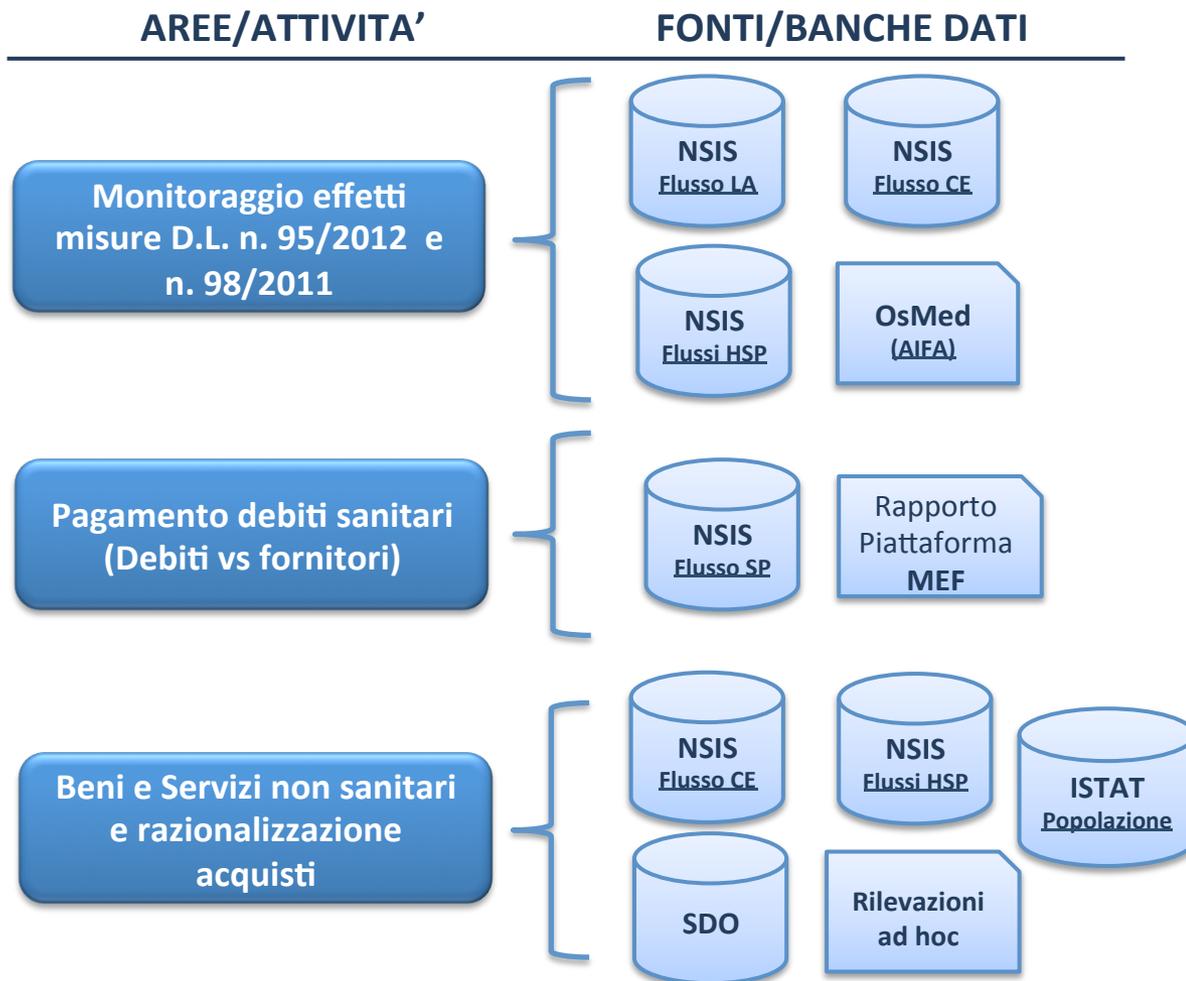
GdL Ministero della Salute: Scheda di Lavoro

La scheda di lavoro «comune» è costituita dalle seguenti sezioni:

- **Obiettivo macro,**
- **Descrizione del settore di intervento**
- **Descrizione della rilevanza strategica dell'azione nel contesto di riferimento,**
- **Descrizione dettagliata degli obiettivi specifici in termini di misure proposte e iniziative di attuazione**
- **Identificazione degli importi dei risparmi**
- **Proposte di aumento per spese prioritarie**
- **Disposizioni legislative di riferimento**
- **Commenti**



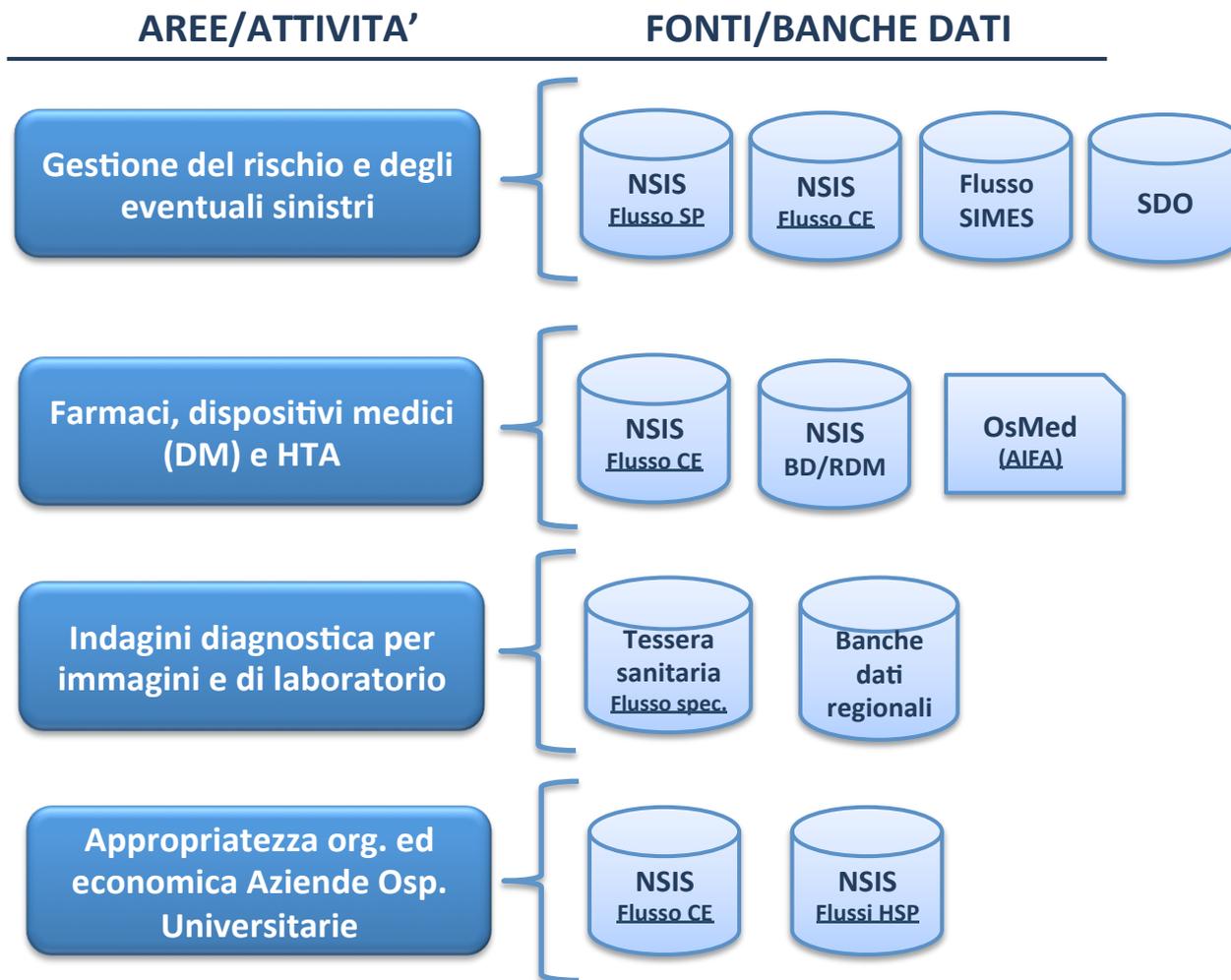
GdL Ministero della Salute: FONTI/BANCHE DATI (1/2)





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

GdL Ministero della Salute: FONTI/BANCHE DATI (2/2)





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tavolo I

Beni e Servizi Non Sanitari



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Monitoraggio effetti spending review 2011 e 2012: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Tavolo I:

- monitorato l'effetto dei **prezzi di riferimento** sulla spesa per beni/servizi relativi a lavanolo, pulizia e sanificazione, ristorazione

E' stato condotto, attraverso l'accesso a basi dati certificate, un monitoraggio sulle risultanze delle misure previste da:

1. Legge n. 135/2012 (D.L. n. 95/2012):

- riduzione della spesa per assistenza specialistica ed ospedaliera erogata da privati accreditati
- tetto di spesa per acquisto dispositivi medici
- standard posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale
- tetto spesa per assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale

2.. Legge n. 111/2010 (D.L. n. 98/2011):

- Personale: blocco dei trattamenti economici e blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Monitoraggio misure spending review 2011 e 2012: Risultati conseguiti

- Misurazione e, quindi, conoscenza dei reali effetti della spending review 2011 e 2012 sulla base di dati provenienti da banche dati «certificate»
- Possibilità di integrare/correggere quanto previsto per meglio raggiungere gli obiettivi.

Esempio prezzi di riferimento:

Attraverso la misura dell'andamento della spesa il GdL ha evidenziato come le riduzioni disposte dalla L. n. 135/2012 non siano risultate in linea con quelle attese per quanto riguarda i prezzi di riferimento poiché questi:

- non tengono conto delle specificità e sono stati calcolati su di un campione di strutture,
- considerano i prezzi unitari trascurando l'appropriatezza.

Andamento 2011-2013 spesa per Servizi non Sanitari – Voci oggetto di indagine AVCP					
Descrizione	2011	2012	2013(*)	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012
B.2.B.1.1) - B.1.B.2) Lavanderia + Materiali di guardaroba	646.310	636.572	613.799	-1,5%	-3,6%
B.2.B.1.2) Pulizia	1.248.067	1.266.833	1.232.952	1,5%	-2,7%
B.2.B.1.3) - B.1.B.1) Mensa + Prodotti alimentari	876.103	870.010	843.694	-0,7%	-3,0%
TOTALE	2.770.480	2.773.415	2.690.395	0,1%	-3,0%

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute

(*) dati non ancora consolidati

Age.Na.S. ha collaborato con AVCP per fare in modo che la nuova rilevazione tenesse conto delle specificità, come le tipologie di aree oggetto del servizio di pulizia.

Sono stati definiti indicatori di performance che tengano conto dell'appropriatezza dell'intero processo e non solo del prezzo unitario.

REVISIONE della SPESA

Relazione conclusiva - Roma, 23 ottobre 2014



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Legge	Articolo	Fonti	Descrizione misure previste	Effetti delle misure				
				Δ 2012/2011		Δ 2013/2011		
Legge n. 135 2012 (D.L. 95/2012)	art. 15, comma 14	Flusso CE (Ministero della Salute)	Riduzione spesa per assistenza specialistica e ospedaliera erogate da privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 % Δ 2012/2011, - 1% Δ 2013/2011 - 2 % Δ 2014/2011 	<u>-1,2%</u>		<u>-3,3%</u>		
	art. 15, comma 13, lett. F	Flusso CE (Ministero della Salute)	Tetto di spesa acquisto dispositivi medici: <ul style="list-style-type: none"> dal 2013 4,9 % dal 2014 4,8 %. 	Nel 2013 si è registrata una percentuale del 5,20%				
	art. 15 comma 13, lett. C	Flusso LA (Ministero della Salute)	Standard posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR: <ul style="list-style-type: none"> 3,7 posti letto per mille abitanti, (3,0 acuti + 0,7 riabilitazione e lungodegenza; tasso di ospedalizzazione: 160 per mille abitanti 	Spesa assistenza ospedaliera totale - Variazioni				
				<u>Δ 2012/2011</u>		<u>Δ 2013/2012</u>		
	art. 15, comma 4	OSMED (AIFA) su dati flusso CE (Ministero della Salute)	Tetto spesa assistenza farmaceutica ospedaliera: al 3,5% a partire 2013 (fino al 2012 era pari a 2,4%)	2012		2013		
	art. 15, comma 3			<u>4,82%</u>		<u>4,23 %</u>		
		Tetto spesa assistenza farmaceutica territoriale all'11,35% a partire dal 2013 (fino al 2012 pari al 13,1%)	2012		2013			
			<u>12,20%</u>		<u>11,40%</u>			
Legge n. 111 2010 (DL 98/2011)	art. 16	Costo personale: flusso CE (Ministero della Salute)	Personale: blocco dei trattamenti economici e blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro	Numero dipendenti		Costo del personale		
		Personale: open data (sito internet Ministero della Salute)		Δ 2011/2010	Δ 2012/2011	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012	
				- 1,5%	- 1,2%	-1,5%	- 1,3%	
				Personale Sanitario	-1,2%	-2,0%	-1,3%	- 1,1%
				Personale Professionale	-4,4%	-6,5%	-2,0%	- 1,9%
Personale Tecnico	-1,9%	-4,2%	-2,2%	- 2,2%				
Personale Amministrativo	-2,2%	-4,3%	-3,0%	- 2,1%				

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Pagamento debiti sanitari: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo I

- **Benefici attesi:** rinegoziazione dei debiti pregressi in sanità (stima riduzione 10% per sconto); incasso IVA altrimenti sospesa
- **Debiti vs Fornitori:** nel 2012 pari a 34.400 mln/euro; nel 2013 pari a 27.553 mln/euro (-20% rispetto al 2012)
- **Proposte:** riduzione del debito con rinegoziazione dello stesso (sconto). Inoltre, stante la sospensione dell'IVA, per ogni mld/€ pagato rientreranno circa 200 mln/€ di IVA.

Anticipazioni di liquidità per il pagamento tra il 2013 ed il 2014 dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31/12/2012:

- **D.L. n. 35/2013 art.3:** ha previsto un importo pari a **14 miliardi/euro** (5 miliardi per il 2013 e 9 miliardi per il 2014)
- **D.L. n. 102/2013 art. 13, comma 8:** stanziati ulteriori **1.618 milioni/euro** per il 2014
- **D.L. n. 66/2014 art. 35, comma 7:** stanziati ulteriori **770 milioni/euro** per il 2014

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Pagamento debiti sanitari: Risultati conseguiti

- Introduzione nel D.L. n. 66/2014 dell'obbligo a pubblicare, su piattaforma elettronica, i dati relativi ai debiti non estinti, certi, liquidi ed esigibili delle amministrazioni e l'indicatore di tempestività di pagamenti (articolo 8 comma 1)
- Riduzione dei Debiti vs Fornitori soprattutto verso gli erogatori di prestazioni sanitarie

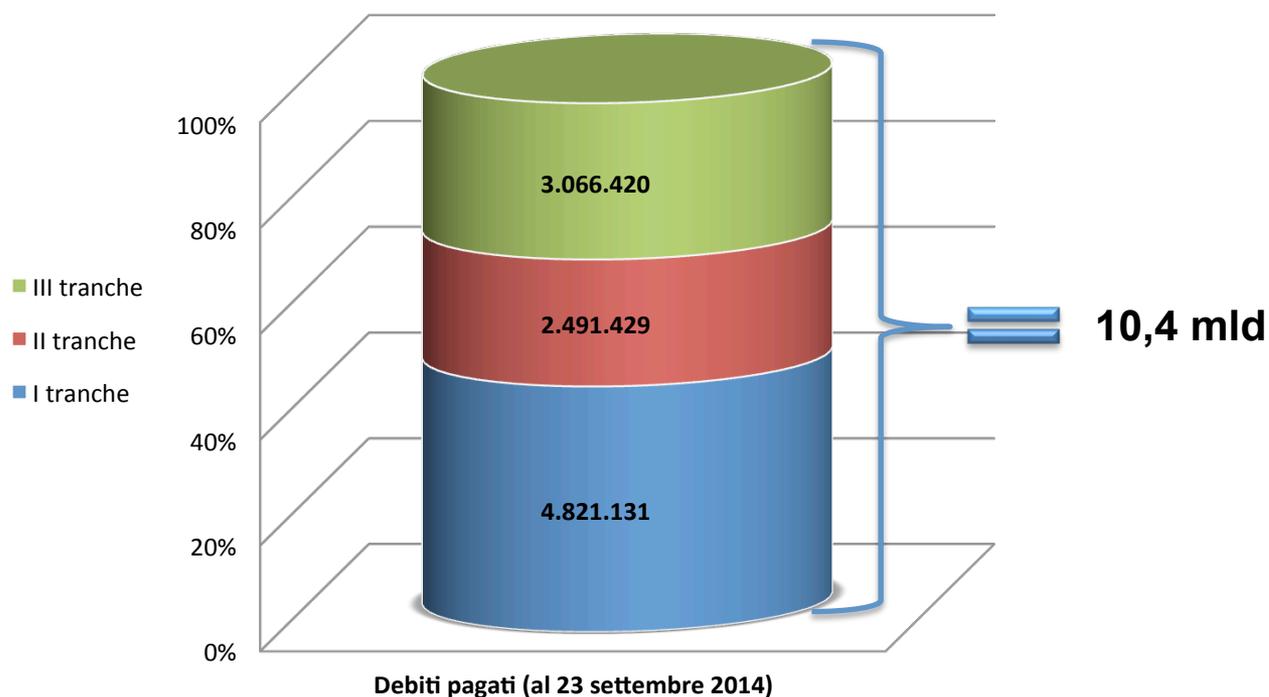
Modello SP consolidato regionale 999 – anni 2012 e 2013 – Debiti verso fornitori

Regione	2012			2013 (*)		
	PDA290	PDA300	Totale debiti verso fornitori	Totale debiti verso fornitori	PDA290	PDA300
	D.VII.1) Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie	D.VII.2) Debiti verso altri fornitori			D.VII.1) Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie	D.VII.2) Debiti verso altri fornitori
totale nazionale	9.545.163	24.855.042	34.400.205	27.553.187	6.294.874	21.258.313
trend				-20%	-34%	-14%

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute
 (*) dato non ancora consolidato



Importi debiti sanitari pagati al 23 settembre 2014



Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati MEF



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Beni e Servizi Non Sanitari: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo I

- **Benefici attesi:** misurare le differenze per individuare ambiti di riduzione della spesa
- **Spesa Annuale:** su base Italia per le voci considerate (mensa e prodotti alimentari, lavanderia e materiali di guardaroba, pulizia, riscaldamento, utenze elettricità, smaltimento rifiuti e utenze telefoniche) è pari a :
 - anno 2012: 4,6 miliardi/euro
 - anno 2013: 4,5 miliardi/euro (dato non ancora consolidato)
- **Metodologia:** individuati e condivisi, per le Aziende Ospedaliere, indicatori di performance che consentono, per categorie omogenee, il confronto (*benchmarking*) delle prestazioni e, attraverso la definizione di valori soglia, la valorizzazione di ambiti di riduzione per voce di spesa

Si è provveduto a:

- completare il lavoro svolto dal Gruppo definendo, per analogia, gli indicatori anche per le Aziende Sanitarie Locali,
- calcolare gli indicatori per tutte le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere,
- accertare una possibile area e un possibile importo di revisione della spesa sulla base dei dati 2012

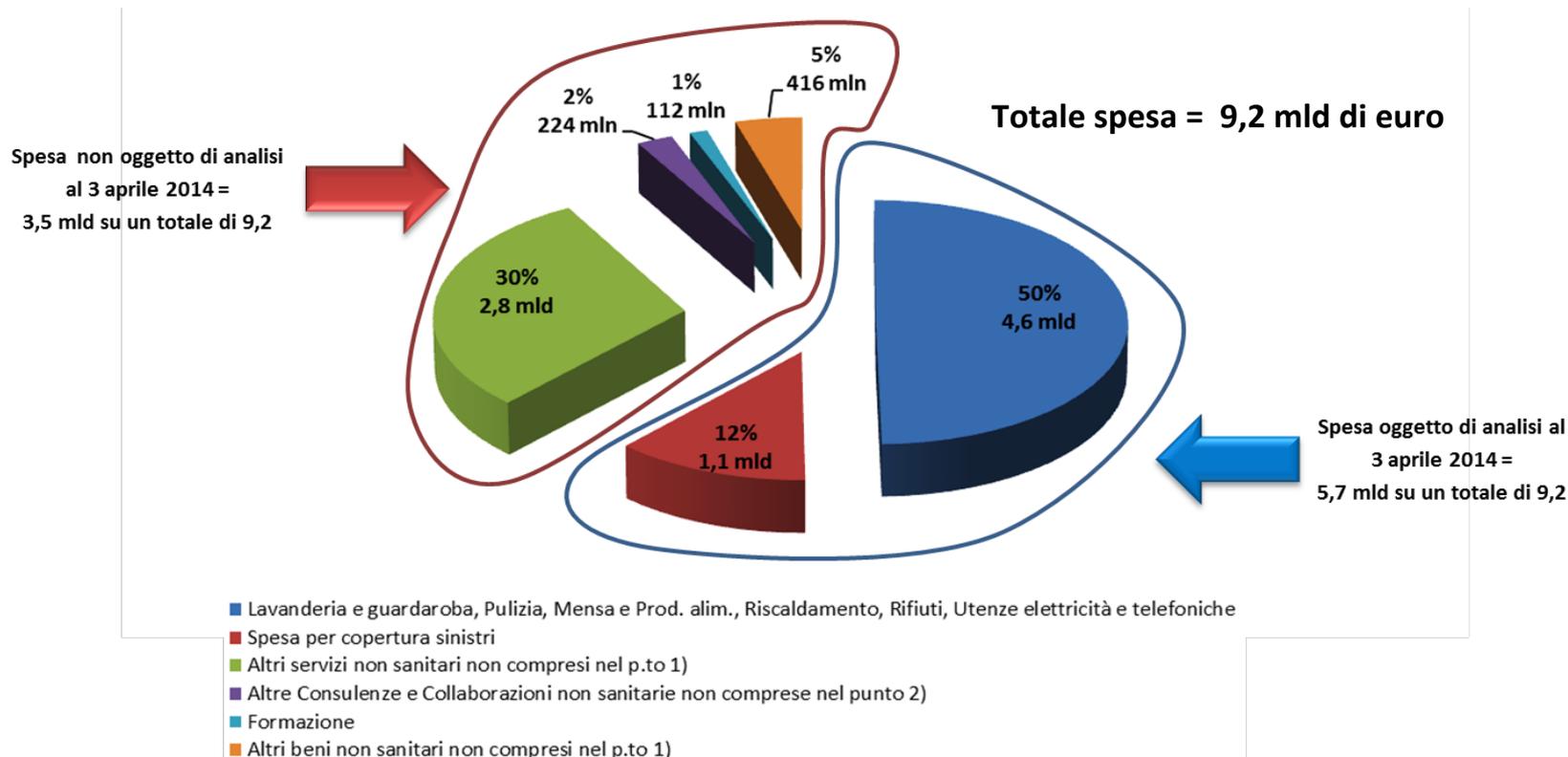
23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenza Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Spesa per beni e servizi non sanitari e per copertura sinistri Composizione voci di spesa – Anno 2012 – Italia





Agenza Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Spesa per beni e servizi non sanitari – Variazioni %

Beni e servizi non sanitari	Fonte	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012
Lavanderia e materiale guardaroba	Flusso CE (Ministero della Salute)	-1,5%	-3,6%
Pulizia		1,5%	-2,7%
Mensa e Prodotti alimentari		-0,7%	-3,0%
Informatica		-13,9%	4,8%
Trasporti (non sanitari)		3,5%	-1,3%
Smaltimento rifiuti		1,6%	-4,9%
Telefonia e trasmissioni dati		-8,9%	-11,9%
Utenze elettriche		15,9%	4,9%
Riscaldamento		12,5%	11,5%
Collaborazioni, e altre prestazioni di lavoro non sanitarie (tranne Consulenze da privato)		12,6%	-4,6%
Formazione		-20,0%	-2,0%
Altri servizi non sanitari da privato		12,0%	-6,1%
Totale Spesa per servizi non sanitari			5,5%

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute (settembre 2014)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indicatori di performance per Aziende Ospedaliere

Mensa e prodotti alimentari ^[0]	$Spesa\ Annua / ((num.\ GG\ degenza\ pesate^{[1]}) + (numero\ dipendenti * (1500\ ore) / (8\ ore) * 0,3))$
Lavanderia e materiali di guardaroba	$Spesa\ Annua / ((num\ GG\ pesate^{[2]}) + (numero\ dipendenti\ sanit.\ *(1500\ ore) / (8\ ore)))$
Pulizia	$Spesa\ Annua / (num\ GG\ pesate^{[3]})$
Riscaldamento	$Spesa\ Annua / ((somma\ dei\ m^2\ pesati^{[4]}) * GradiGiorno)$
Utenze elettricità	$Spesa\ Annua / (somma\ dei\ m^2\ pesati^{[4]})$
Smaltimento rifiuti	$Spesa\ Annua / Num.\ Pazienti\ Dimessi$
Utenze telefoniche	$Spesa\ Annua / (num.\ Totale\ Dipendenti^{[5]})$

Note

[0] è stato calcolato considerando la spesa del servizio "mensa" per le Aziende che hanno spesa prevalente sul servizio "mensa" (servizio esternalizzato), è stato calcolato sulla spesa dei "prodotti alimentari" per quelle che hanno tale spesa come prevalente (servizio internalizzato). Le aziende senza prevalenza non sono state considerate

[1] num. GG degenza pesate= (num. GG DH * 0,3 + num GG RoAcuti * 1 + num GG Ro PostAcuti * 1,2)

[2] num. GG pesate= (num. GG DH + num GG RoAcuti * (Ind. Rotaz Azienda / Ind. Rotaz. Medio)* 0,3 + num GG Ro PostAcuti * 0,3)

[3] num. GG pesate= (num. GG DH *0,3 + num GG RoAcuti * 1,2 + num GG Ro PostAcuti * 1) . **L'indicatore è stato calcolato anche come rapporto tra la spesa annua e la somma dei metri quadri pesati.**

[4] somma dei m2 pesati = (somma m2 alto rischio * 2 + somma m2 basso rischio)

[5] le aziende sono state raggruppate per classi omogenee sulla base del numero di sedi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indicatori di performance per Aziende Sanitarie

Mensa e prodotti alimentari ^[0]	Spesa Annua / (num. Pasti erogati a degenti e dipendenti)
Lavanderia e materiali di guardaroba	Spesa Annua/popolazione residente
Pulizia	Spesa Annua/popolazione residente
Riscaldamento	Spesa Annua / ((somma dei m ² pesati ^[1]) *GradiGiorno)
Utenze elettricità	Spesa Annua / (somma dei m ² pesati ^[1])
Smaltimento rifiuti	Spesa Annua/popolazione residente
Utenze telefoniche	Spesa Annua / (num. Totale Dipendenti ^[2])

Note

[0] è stato calcolato considerando la spesa del servizio "mensa" per le Aziende che hanno spesa prevalente sul servizio "mensa" (servizio esternalizzato), è stato calcolato sulla spesa dei "prodotti alimentari" per quelle che hanno tale spesa come prevalente (servizio internalizzato). Le aziende, senza prevalenza, non sono state considerate.

[1] somma dei m² pesati = (somma m² alto rischio * 2 + somma m² basso rischio)

[2] le aziende sono state raggruppate per classi omogenee sulla base del numero di sedi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Beni e Servizi Non Sanitari: Risultati conseguiti

- Individuazione di indicatori di performance delle strutture sanitarie
- Confronto (*benchmarking*) delle prestazioni conseguite da un'azienda con quelle riportate dalle altre
- Valorizzazione di ambiti di riduzione per singola voce di spesa, suddivisa tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali (Anno 2012)



Razionalizzazione acquisti: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo I

- **Benefici attesi:** revisione spesa per effetto della programmazione (evitare ricorso proroga contratti e a consumi storici) , di confronti (benchmark) favorendo lo sviluppo del sistema a rete, di acquisti centralizzati e di un aggiornamento annuale dei programmi (evitare di acquistare solo per adempiere al programma), monitoraggio esecuzione contratti

D.L. n. 66/2014 convertito dalla Legge n. 89/2014: articolo 9

D.M. del 15 settembre 2014 (MEF): pubblicato elenco prezzi *benchmark* CONSIP

- Individuate le prestazioni principali in relazione alle caratteristiche essenziali dei beni e servizi oggetto delle convenzioni stipulate da CONSIP, cui è stato possibile ricorrere a partire dal 1 gennaio 2013 (secondo quanto previsto dall'art.10, comma 3 del D.L. n. 66/2014 convertito dalla L. n. 89/2014)

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Razionalizzazione acquisti: Risultati conseguiti

- Introduzione nel D.L. n. 66/2014 e nel successivo D.M. del 15 settembre 2014 (MEF):
 - Articolo 9: Acquisizione di beni e servizi attraverso soggetti aggregatori e prezzi di riferimento:
 - istituzione elenco dei soggetti aggregatori (comma 1),
 - previsione istituzione, con successivo DPCM, Tavolo dei Soggetti Aggregatori (comma 2),
 - previsione individuazione, entro il 31 dicembre di ogni anno, per alcune categorie di beni e servizi di quale sia il livello più conveniente-opportuno cui attribuire la funzione di acquisto (segmentazione tra i diversi soggetti: azienda, centrale regionale/territoriale di acquisto, Consip),
 - costituzione ovvero designazione di un soggetto aggregatore per Regione, anche unitamente ad altre Regioni oppure designazione, attraverso apposite convenzioni, di Consip (commi 5 e 6)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Altri servizi non sanitari da privato: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Non analizzati

Premessa: questa voce include spese per: pubblicità e promozione, rimborsi spese viaggio e soggiorno (anche del personale dipendente), servizi esterni di vigilanza, spese postali, spese per immobili di proprietà, abbonamenti, libri, giornali.

Tra queste spese la sola voce relativa al “servizio esterno di vigilanza” è regolamentata.

Individuati:

- **Benefici attesi:** revisione della spesa per voci non completamente soggette a regolamentazione e di rilevante importo economico e relative a servizi non sanitari.
- **Spesa Annuale:** su base Italia è pari nel 2012 a **1.746 milioni/euro (+12% sul 2011)**, nel 2013 si registra una diminuzione ma con un valore conseguito maggiore del 2011.

Voce di spesa da approfondire per individuare possibili aree di revisione della spesa

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Altri servizi non sanitari da privato: Risultati conseguiti

➤ Individuata voce di spesa da approfondire:

- per beni e servizi di tipo non sanitario, in parte non regolamentati
- rilevante da un punto di vista economico: **1,7 mld nel 2012 su un totale di 9,2 mld** di spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari,
- con un andamento in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del **+12%** e con una previsione per il 2013 in diminuzione ma con un valore atteso superiore all'importo del 2011



Razionalizzazione e sostenibilità consumi energetici: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo I

- **Benefici attesi:** revisione della spesa per riscaldamento e consumi elettrici attuando specifici interventi anche in linea con quanto disposto dalla direttiva 2012/27/UE
- **Spesa Annuata (riscaldamento + consumi elettrici):** nel 2012 su base Italia è stata pari a 1.363 milioni/euro. Nel 2013 pari a 1.469 milioni/euro (dato non ancora consolidato)
- **Attività:**
 - chiesta sia al Ministero dello Sviluppo Economico sia al Ministero dell'Ambiente la disponibilità di fondi per finanziare interventi di efficientamento energetico,
 - individuato, attraverso l'utilizzo di indicatori di performance, un importo di possibile revisione della spesa

La direttiva 2012/27/UE è stata recepita il 4 luglio 2014 con il D.lgs. n. 102

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Razionalizzazione e sostenibilità consumi energetici: Risultati conseguiti

E' stato rilevato quanto segue:

- le spese per “Riscaldamento” ed “Utenze elettricità” presentano significativi aumenti, che sono superiori agli aumenti dei prezzi di riferimento dei mercati e rivelano la probabile scarsa attenzione e controllo ai consumi energetici,
- necessità di linee guida per nuovi edifici e/o ristrutturazione di essi per orientare ambienti e locali a basso consumo energetico (termico ed elettrico)
- «utilità» di standard di riferimento delle prestazioni energetiche per singoli ambienti ospedalieri per benchmark

Voci di spesa	Δ 2012/2011	Δ 2013/2012
Utenze elettriche	15,9%	4,9%
Riscaldamento	12,5%	11,5%

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Gestione del rischio e degli eventuali sinistri: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo I

- **Benefici attesi:** governo della gestione del rischio e degli eventuali sinistri, stabilità dei sistemi assicurativi del SSN con garanzia del cittadino, tutela degli operatori e sostenibilità finanziaria
- **Spesa Annua:** su base Italia è stata pari :
 - nel 2012: **1.104 milioni/euro**,
 - nel 2013: **1.151 milioni/euro** (dato non ancora consolidato)

Sono stati individuati i seguenti obiettivi e per ognuno di essi possibili indicatori di performance:

1. obiettivo: misurare la **“severità” (frequenza e rilevanza)** dei sinistri rispetto all'attività prodotta

a. per la frequenza: Σ numero sinistri liquidati / attività totale (numero dimessi)

b. per la rilevanza: Σ importi sinistri liquidati / remunerazione teorica prestazioni totali di ricovero

2. obiettivo: misurare l'“**efficienza allocativa**” per le risorse a copertura dei sinistri

a. Indicatore di efficienza allocativa: Costo sostenuto (lato Assicurazione) / Costo sostenuto (lato Regione)

I suddetti indicatori sono stati calcolati per un campione di Regioni i cui dati risultavano più attendibili: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Liguria

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Gestione del rischio e degli eventuali sinistri: Risultati conseguiti

- Calcolo Indicatori per quattro Regioni campione
- Gli indicatori calcolati per il campione di Regioni individuate hanno mostrato un «gap» piuttosto ampio tra i costi sostenuti dall'Azienda/Regione e quelli sostenuti dalla Compagnia assicurativa per la copertura dei sinistri



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti/Banche dati (1/2)	Tavolo I
NSIS – Flusso CE Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Spesa per Beni e Servizi Non Sanitari (mensa, prodotti alimentari, pulizia, lavanderia, utenze, rifiuti, etc)• Altri servizi non sanitari da privato (pubblicità e promozione, rimborsi spese viaggio e soggiorno, servizi esterni di vigilanza, etc)• Razionalizzazione e sostenibilità consumi energetici: spesa per utenze elettricità e riscaldamento• Gestione del rischio e degli eventuali sinistri:<ul style="list-style-type: none">• premi di assicurazione R.C. professionale• accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)• consulenze non sanitarie da privato
NSIS – Flusso SP Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Ammontare debiti sanitari (debiti vs fornitori e vs erogatori)• Fondo rischi
Flusso SIMES Age.Na.S. – Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Gestione del rischio e degli eventuali sinistri
Flusso SDO Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Dimessi, giornate di degenza per calcolo indicatori



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti/Banche dati (2/2)	Tavolo I
NSIS – Flusso HSP Ministero della Salute	• Personale
	• Posti letto
OSMED (AIFA)	• Spesa per assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale
Rapporto/piattaforma MEF	• Importo erogato alle Regioni, debiti sanitari pagati
Rilevazioni ad hoc	• Dati «topologici»: ad esempio superfici diverse tipologie di rischio, numero pasti erogati
ISTAT	• Popolazione residente per calcolo indicatori



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tavolo II

Farmaci, Dispositivi medici, HTA



Farmaci: Stato Avanzamento Lavori

Individuati nell'ambito del Tavolo II

- **Benefici attesi:** sviluppo della dimensione competitiva del mercato e maggiore governo della spesa
- **Spesa Annuata:** nel 2012 su base Italia è stata pari a 25,5 miliardi di euro (pubblica + privata). Nel 2013 pari a 26,1 miliardi di euro (+ 2% rispetto al 2012)
- **Proposte:**
 - rivedere i tetti per la spesa farmaceutica dove si registra una situazione squilibrata tra quella territoriale e quella ospedaliera
 - definire delle categorie terapeutiche omogenee per introdurre un'ulteriore dimensione competitiva sul mercato e aggiornamento delle procedure di assegnazione dell'attributo "innovatività terapeutica" al farmaco
 - attivazione dell'Osservatorio nazionale Farmaci con funzione nazionale di HTA sui farmaci
 - immediato recepimento della 'genericazione' di principi attivi in privata
 - revisione del modello distributivo dei farmaci

al 3 aprile
2014

Vedere contenuti Patto per la Salute 2014-2016

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Dispositivi medici: Stato Avanzamento Lavori

Individuati nell'ambito del Tavolo II

- **Benefici attesi:** (a) sviluppo dimensione competitiva attraverso l'introduzione di un prontuario dei dispositivi medici che consenta il confronto e favorisca le equifunzionalità, (b) riduzione sprechi e ottimizzazione uso risorse, avendo come principio ispiratore l'appropriatezza
- **Spesa Annua:** nel 2012 su base Italia è stata pari a 5.315 milioni/euro. Nel 2013 pari a 5.560 milioni/euro
- **Proposte:**
 - definire un codice unico nazionale per ogni dispositivo in modo da poter costituire un "prontuario" dei dispositivi medici sulla base del quale confrontare gli acquisti e costruire prezzi di riferimento
 - favorire lo sviluppo degli Osservatori sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici introdotti dalle Regioni, monitorarne e valutare l'efficacia
 - espletamento di gare regionali per le categorie di dispositivi di utilizzo trasversale (razionalizzazione acquisti: segmentazione)

al 3 aprile
2014

Vedere contenuti Patto per la Salute 2014-2016

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



HTA: Stato Avanzamento Lavori

Individuati nell'ambito del Tavolo II

- **Benefici attesi:** riduzione spesa e miglioramento della qualità offerta
- **Proposte:**
 - realizzazione di studi mirati e valutazioni HTA per definire l'economicità di ogni singola tecnologia
 - costituzione Commissione tecnica con Age.Na.S., Regioni, Associazione Ingegneri Clinici, Assobiomedica per definizione, con l'uso della metodologia HTA, di linee guida per mappatura parco tecnologico biomedicale, piano annuale di sostituzione e piano analisi del rischio
 - costituzione Commissione tecnica per individuare, attraverso un processo a cascata, una prima lista di 100 items da ridurre a 10 su cui realizzare studi mirati e valutazioni HTA alla dimostrazione dell'economicità del disinvestimento tecnologie sanitarie costo inefficaci

al 3 aprile
2014

Vedere contenuti Patto per la Salute 2014-2016

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Farmaci, Dispositivi medici e HTA: Risultati conseguiti (1/4)

- Il calcolo dei tetti per l'assistenza farmaceutica ha evidenziato, sia per la territoriale che per l'ospedaliera, una diminuzione dal 2012 al 2013 grazie alle misure previste dalla Legge n. 135/2012
- Il tetto per la farmaceutica ospedaliera continua ad essere al di sopra dello standard previsto nonostante sia stata innalzata la percentuale (da 2,4% a 3,5%)

Tetto di spesa acquisto dispositivi medici: <ul style="list-style-type: none">• dal 2013 4,9 %• dal 2014 4,8 %.	Nel 2013 si è registrata una percentuale del 5,20%	
Tetto spesa assistenza farmaceutica ospedaliera: al 3,5% a partire 2013 (fino al 2012 era pari a 2,4%)	2012	2013
	<u>4,82%</u>	<u>4,23 %</u>
Tetto spesa assistenza farmaceutica territoriale all'11,35% a partire dal 2013 (fino al 2012 pari al 13,1%)	2012	2013
	<u>12,20%</u>	<u>11,40%</u>

Fonte: Rapporto Osmmed (AIFA); elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute (tetto dispositivi medici)



Farmaci, Dispositivi medici e HTA: Risultati conseguiti (2/4)

Farmaci

Articolo 23 del Patto per la Salute 2014-2016

Ribadisce l'importanza del rispetto dei tetti di spesa programmati e la necessità di adottare le seguenti azioni per il governo della spesa farmaceutica (territoriale ed ospedaliera):

- comma 1: impegno delle Regioni ad adottare iniziative affinché AIFA provveda all'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN);
- comma 2: promozione, attraverso una revisione normativa, della contestualità tra Autorizzazione all'immissione in Commercio (AIC) e definizione del regime di rimborsabilità;
- comma 3: revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA dopo un periodo max di 36 mesi;
- comma 4: definizione di un percorso che promuova l'innovazione terapeutica reale;
- comma 5: definizione univoca di «equivalenza terapeutica» in modo che le determinazioni di AIFA siano contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale → **costituzione di un network informativo di coordinamento**
- comma 6: istituzione di un **tavolo di monitoraggio permanente** per verificare l'attuazione delle disposizioni sopra elencate



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Farmaci, Dispositivi medici e HTA: Risultati conseguiti (3/4)

Dispositivi medici	<p>Introduzione all'articolo 24 del Patto per la Salute 2014-2016:</p> <ul style="list-style-type: none">• comma 5: impegno delle Regioni a chiedere alle Aziende Sanitarie la definizione di un budget annuale preventivo dei consumi per classe CND per la migliore programmazione della spesa e il controllo dell'appropriatezza del consumo dei dispositivi a più alto costo;• comma 5 : attivazione di Osservatori Regionali sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali di acquisto;• comma 6: armonizzazione del flusso nazionale dei dispositivi medici (Nsis) con quello dell'osservatorio nazionale dei contratti pubblici (ex AVCP) per favorire l'applicazione dei prezzi di riferimento;
HTA	<p>Previsione all'articolo 26 del Patto per la Salute 2014-2016 della creazione di un modello istituzionale HTA dei dispositivi medici con l'obiettivo di migliorare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di selezionare i dispositivi medici e le tecnologie elettromedicali in relazione al valore generato nel sistema, anche attraverso l'istituzione di una «Cabina di Regia» per fornire elementi utili per:</p> <ul style="list-style-type: none">• le indicazioni dei capitolati di gara,• la classificazione dei dispositivi in categorie omogenee e per individuare i prezzi di riferimento,• promuovere la creazione di un Piano nazionale di HTA dei dispositivi medici.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Farmaci, Dispositivi medici e HTA: Risultati conseguiti (4/4)

Sono stati presentati i seguenti Progetti:

Titolo	Benefici attesi
1. Spesa per materiali protesici: riutilizzo, gare centralizzate e accordi quadro	<ul style="list-style-type: none">• Migliore qualità tecnica del servizio (“parco ausili” disponibile per effettuare prove direttamente con gli assistiti);• Recupero sistematico e riutilizzo degli ausili tecnici non più utilizzati;
2. Razionalizzazione per patologie e/o classi di farmaci dove vi sono alternative terapeutiche	<ul style="list-style-type: none">• Riduzione spesa e miglioramento della qualità offerta
3. Definizione di un programma nazionale per l'adozione di tecnologie sanitarie innovative <i>cost-saving</i> e con i migliori benefici clinici	<ul style="list-style-type: none">• <i>Cost saving</i>
4. Programma nazionale per definire i criteri di mappatura ed analisi del parco tecnologico biomedicale	<ul style="list-style-type: none">• Migliore programmazione acquisti e valutazione fabbisogni, contenimento spesa per minori eventi avversi, miglioramento <i>patient safety</i>
5. Programma nazionale per il disinvestimento di tecnologie sanitarie costo inefficaci	<ul style="list-style-type: none">• Risparmi per revoca tecnologie sanitarie costo inefficaci e interventi clinici che non apportano benefici in termini di salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti/Banche dati	Tavolo II
Rapporto OsMed AIFA	<ul style="list-style-type: none">• Spesa per assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale
NSIS – Flusso CE + Banca dati / repertorio dispositivi medici (Ministero della Salute)	<ul style="list-style-type: none">• Spesa per dispositivi medici



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tavolo III

Riassetto organizzativo e strutturale della rete, appropriatezza



Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Stato Avanzamento Lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo III

- **Benefici attesi:** riduzione della spesa abbattendo il numero di prestazioni "inappropriate"
- **Spesa Annuale:** nel 2012 su base Italia è stata pari a 1,5 miliardi/euro. Individuate condizioni di alto rischio di inappropriatezza per un set di prestazioni con spesa annua di circa 1 miliardo (anni 2012 e 2013)
- **Consumi:** analisi distribuzione su base regionale delle prestazioni per 1000 abitanti tramite la banca dati nazionale del flusso specialistica

E' stata condotto un case study con la regione Valle d'Aosta che ha consentito :

1. **prestazioni inappropriate:** calcolo del numero e del valore;
2. **offerta pubblica:** acquisizione «volumi» suddivisi per modalità;
3. **disponibilità residua offerta pubblica:** accertamento e confronto con le prestazioni erogate in mobilità passiva;
4. **ricorso a servizi del privato:** analisi del livello di ricorso a servizi del privato (accreditato e limitatamente alle prestazioni indicate erogate in regime convenzionato) con la saturazione/ utilizzo delle risorse delle strutture pubbliche;
5. **tariffe/costi:** calcolo del margine di contribuzione delle spese per noleggio ed assistenza tecnica delle modalità al costo di produzione della prestazione e confronto con le tariffe.

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini

Anni 2012-2013 Prestazioni in esame

Codice	Descrizione	Valore in migliaia di euro	Classifica
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare	148.601,08	5
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	210.273,19	4
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	416.707,72	3
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	68.530,74	6
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA 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	1
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, 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	9
88.38.1	TOMOGRFIA 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 ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	46.228,63	7
88.38.2	TOMOGRFIA 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 ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	3.625,30	10
92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	21.864,78	8
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	464.538,28	2
TOTALE		1.908.203,02	

Fonte: Elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute, Anni 2012-2013

REVISIONE della SPESA

Relazione conclusiva - Roma, 23 ottobre 2014



Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Criticità Banca dati nazionale

- **Il tentativo di valutare l'area di inappropriatazza accedendo alla banca dati nazionale della specialistica ha evidenziato forti criticità a causa della non sufficiente profondità informativa della base dati nazionale**
- **È stato, pertanto, deciso di proseguire nell'analisi attraverso una collaborazione ancora più stretta con le Regioni ed accedendo al patrimonio informativo regionale che rappresenta una fonte dati più dettagliata rispetto a quella nazionale**
- **In primis la collaborazione si è realizzata con la Regione Valle D'Aosta**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Risultati conseguiti (case study Valle D'Aosta) – Prestazioni inappropriate

E' stato possibile calcolare quattro delle undici prestazioni identificate ad alto rischio di inappropriatezza dal Gruppo di lavoro

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, GIONOCCHIO, 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 Age.Na.S. su dati Regione Valle D'Aosta

Nota: la valorizzazione è stata effettuata sulla base del nomenclatore tariffario nazionale (DM 18/10/2012)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Risultati conseguiti (case study Valle D'Aosta) – Prestazioni inappropriate

La spesa per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sul totale è in diminuzione nel 2013 rispetto al 2012

Codice ministeriale	Identificativo prestazione	Condizione di inappropriatezza	Valore prestazioni erogate ad alto rischio di inappropriatezza (€)				Spesa complessiva strutture pubbliche			
			2012		2013		2012		2013	
			€	%	€	%	€	%	€	%
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, GIONOCCHIO, 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 Age.Na.S. su dati Regione Valle D'Aosta

Nota: la valorizzazione è stata effettuata sulla base del nomenclatore tariffario nazionale (DM 18/10/2012)

La percentuale è stata calcolata solo rispetto alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche poiché per il privato accreditato non sono disponibili i dati di inappropriatezza.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Risultati conseguiti (case study Valle D'Aosta) – Offerta pubblica

Le strutture private accreditate erogano prestazioni «RMN» in coerenza con la saturazione dell'offerta pubblica

Modalità	Esami Teorici		Esami effettuati	Tasso di utilizzo	Note
	sett.	anno	anno	anno	
Tomoterapia	135	7.020	6.422	91%	
RMN	133	6.437	6.629	103%	L'attività programmata è calcolata su 48,5 settimane lavorative (come da rapporto interventi annuale di GE. a cui sono state tolte le manutenzioni programmate). Infatti si evidenzia che 8 giorni sono di manutenzione programmata. E' esclusa dal calcolo l'attività per urgenze
TAC	153	7.956	8.697	109%	Esclusa attività per urgenze (18.133 prestazioni comprendono attività per urgenze)
CT/PET	40	2.080	853	74%	

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Regione Valle D'Aosta

La PET è entrata in servizio solo nel luglio 2012 pertanto non possono essere fatte analisi sia per il tasso di utilizzo sia per la mobilità passiva, per il 2013 si prevede un basso valore di mobilità.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Risultati conseguiti (case study Valle D'Aosta) – Costi di gestione

Riduzione del 25 % dei costi per noleggio ed assistenza tecnica

Modalità		Costi Gestione			Note
		2012	2013	Δ 2013/2012	
Tomoterapia	Hi-Art	365.000,00	365.000,00	0%	ass. tecnica
RMN	MR Hdi	219.142,14	152.665,65	-30%	noleggio + ass. tecnica
RMN	MR HD 450	320.135,81	223.023,01	-30%	
TAC	CT Optima 580 W 16 slices	182.610,29	127.215,69	-30%	noleggio + ass. tecnica
TAC	CT Discovery HD 750	422.895,61	294.610,76	-30%	
CT/PET	Discovery 16 slices 600	554.052,38	385.981,28	-30%	noleggio + ass. tecnica
TOTALE		2.063.836,23	1.548.496,39	-25%	

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Regione Valle D'Aosta



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: Risultati conseguiti (case study Valle D'Aosta) – Costi di gestione vs Tariffe

La contribuzione dei costi di gestione alla tariffa varia per la TAC tra il 30% ed il 50% mentre per la RMN tra il 16% e il 33%

Modalità	Costi Gestione	Esami Teorici		Esami effettuati	Costo di gestione per esame (€)	Tariffa nomen. (€)	
	2013	sett.	anno			min	max
Tomoterapia	365.000,00	135	7.020	6.422	56,84		
RMN	152.665,65	133	6.437	6.629	56,67	170	363
RMN	223.023,01						
TAC	127.215,69	153	7.956	8.697	48,50	95	150
TAC	294.610,76						
CT/PET	385.981,28	40	1.150	853	452,49	1390	1390

Fonte: elaborazione Age.Na.S. su dati Regione Valle D'Aosta



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza Diagnostica di laboratorio: Stato avanzamento lavori

al 3 aprile
2014

Misura non ancora presa in esame

- **Premessa:** i kit acquistati dalle strutture sanitarie hanno una **scadenza minima di 90 giorni**; ciò provoca nelle aziende fornitrici l'eliminazione di kit con vita residua inferiore a 90 giorni potenzialmente ancora utilizzabili;
- **Benefici attesi:** riduzione della spesa acquisendo «kit» di diagnostica di laboratorio con date di scadenza differenziate, non solo con vita residua > 90 gg;
- **Spesa Annuale:** ancora da valutare;
- **Proposta:** possibilità di prevedere nei lotti di fornitura una percentuale di kit con scadenza inferiore a 90 giorni a prezzi scontati, così da poter accedere ad una quota di kit a prezzi ridotti (lato Azienda Sanitaria) e a recuperare parte del prodotto che andrebbe distrutto (lato soggetto distributore/fornitore)
- **Note:** una disposizione "generica" per la riduzione della data di scadenza dei kit potrebbe in realtà produrre effetti positivi solo in alcuni casi e per contro provocare il rialzo dei prezzi per i kit con scadenze maggiori od uguali ai 90 gg.

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Stato avanzamento lavori

al 3 aprile
2014

Misura non ancora presa in esame

Individuati:

- **Benefici attesi:** revisione della spesa grazie ad una razionalizzazione ed omogeneizzazione della gestione economica ed organizzativa (personale universitario ed ospedaliero) delle AOU
- **Spesa Annua:** ancora da valutare
- **Prima analisi:**
 - nel 2013 vi sono 27 AOU pubbliche con 24.855 posti letto totali, all'interno della stessa Azienda vi possono essere più reparti per la medesima
 - individuazione delle discipline con il maggior numero di "duplicazioni" e per queste discipline calcolo del numero dei reparti che hanno singolarmente un numero di posti letto inferiore ad un valore soglia (ad esempio 12 posti letto)
 - significativa diversità tra le singole Aziende del rapporto tra i costi totali della produzione ed il numero totale dei posti letto; come costo totale della produzione la spesa per beni e servizi sanitari e non, il personale totale, la manutenzione, gli accantonamenti e gli ammortamenti.

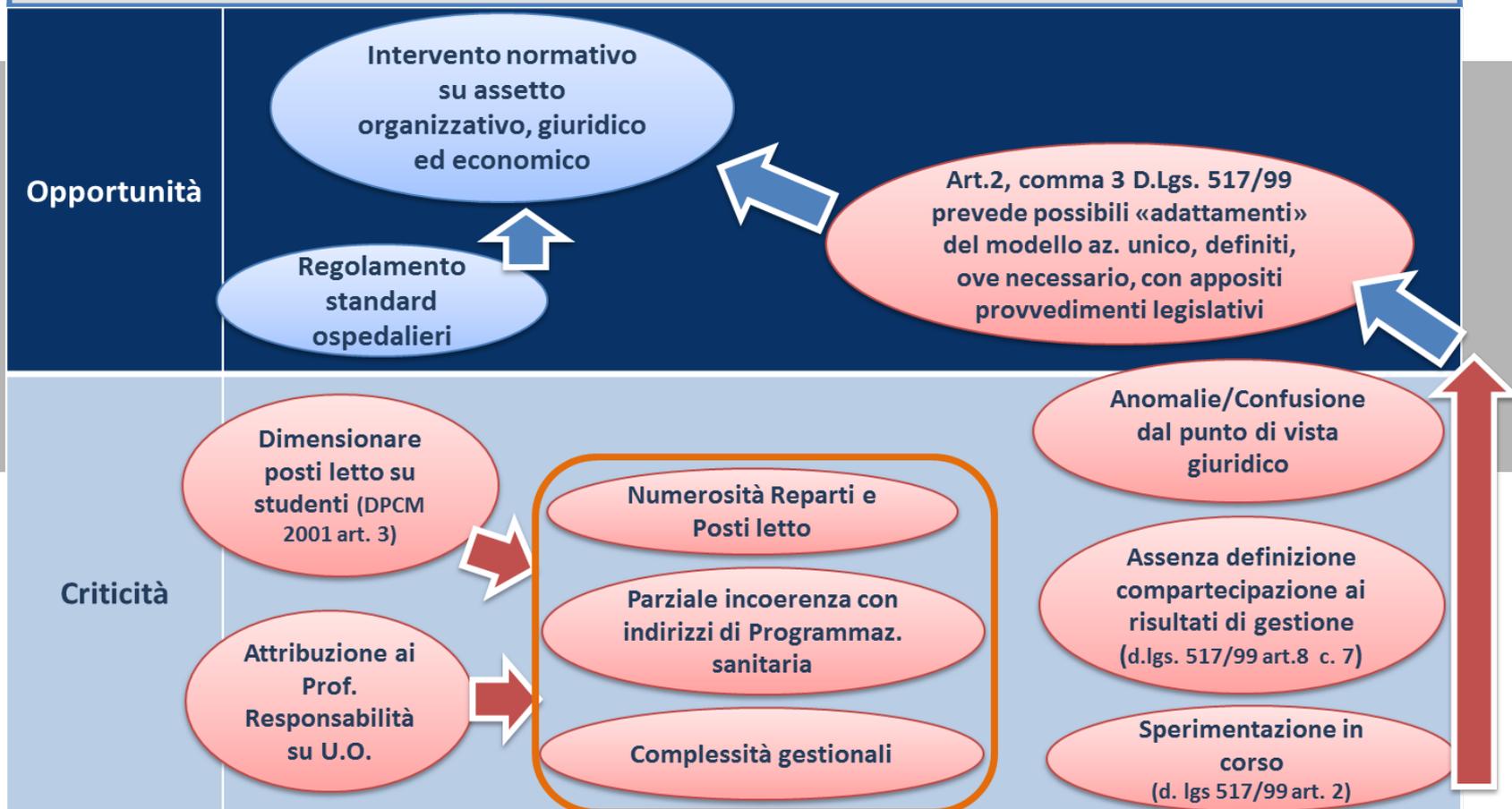
23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) – Opportunità e criticità





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Risultati conseguiti

	2010	2011	2012	2013
Numero AOU (pubbliche e private)	26	27	28	27
Numero Reparti Totali AOU (pubbliche)	1.644 	1.690 	1.782 	1.694
Posti Letto Totali AOU (pubbliche)	24.862 	25.242 	26.478 	24.855
Posti letto totali pubblici	179.849 	175.425 	168.277 	162.302
% PL Tot AOU su PL Tot Pubbl.	15%	16%	17%	16%
	2010	2011	2012	2013

Fonte: Elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Risultati conseguiti

Classifica	Disciplina	Numero Reparti per medesima disciplina			
		2010	2011	2012	2013
HSP 12					
1°	Chirurgia generale	135	138	135	122
2°	Medicina generale	126	129	129	118
3°	Terapia intensiva	64	64	73	67
4°	Ostetricia e ginecologia	26	29	41	39
5°	Pediatria	42	34	36	36
6°	Ortopedia e traumatologia	31	31	34	34
Totale		424	425	448	416

Fonte: Elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute

I reparti «duplicati» delle sei discipline in tabella rappresentano, per tutti e quattro gli anni considerati, più del 50% dei reparti duplicati complessivi su un totale di 51 discipline in esame



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Risultati conseguiti (es. AO UNIV. 'OO RR FOGGIA')

Disciplina	NSIS – HSP 12					Sito web
	Conduzione	DH	DS	RO	Anno apertura	N. reparti
Cardiologia	OSP	0	0	10	1997	2
	UNIV	2	0	17	1997	
Chirurgia Generale	OSP	1	0	23	1997	4
		1	0	24	1997	
	UNIV	1	0	13	2001	
		1	0	13	2001	
Chirurgia Pediatrica	UNIV	1	0	4	2000	2
	OSP	1	0	11	1997	
Chirurgia Toracica	UNIV	0	0	8	2004	1
	OSP	1	0	8	1997	
Malattie Infettive e tropicali	UNIV	1	0	17	2001	2
	OSP	8	0	4	1997	
Medicina Generale	OSP	1	0	0	2010	2
		2	0	32	1997	
	UNIV	2	0	22	2001	
		1	0	11	2001	
Nefrologia	UNIV	1	0	10	2002	2
	OSP	1	0	12	1997	
Neurologia	UNIV	1	0	12	2001	2
	OSP	5	0	24	1997	



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Risultati conseguiti (es. AO UNIV. 'OO RR FOGGIA')

Disciplina	NSIS – HSP 12					Sito web
	Conduzione	DH	DS	RO	Anno apertura	N. reparti
Ortopedia e Traumatologia	UNIV	1	0	4	2004	2
	OSP	2	0	28	1997	
Ostetricia e Ginecologia	UNIV	4	0	34	2001	2
	OSP	4	0	34	1997	
Pediatria	UNIV	3	0	0	2000	2
	OSP	1	0	18	1997	
Urologia	UNIV	2	0	10	2005	1
	OSP	2	0	10	1997	
Riabilitaz. Funzionale	UNIV	4	0	6	2006	1
	OSP	0	0	20	2004	
Gastroenterologia	UNIV	1	0	7	2001	2
	OSP	2	0	16	1997	
Pneumologia	OSP	0	0	24	1997	5
	OSP	0	0	24	1997	
	UNIV	0	0	14	1997	
Reumatologia	OSP	2	0	0	2004	3
	UNIV	1	0	7	2004	

Fonte: Elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute e siti web



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Appropriatezza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Costo medio per posto letto

Descrizione Azienda	Costo medio per PL (*)		
	2012	2013	Δ 2013 vs 2012
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	366,0	369,3	0,9%
AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE	338,3	343,1	1,4%
AO CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	409,9	403,9	-1,5%
AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	327,4	360,9	10,2%
AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	303,1	302,6	-0,2%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA UDINE	449,0	451,0	0,4%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	320,3	319,0	-0,4%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA	385,5	357,7	-7,2%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	346,5	350,1	1,0%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	413,4	417,4	1,0%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA	358,9	362,8	1,1%
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE	348,8	379,1	8,7%
AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI	407,9	410,5	0,6%
AZIENDA OSPEDALIERA MEYER	468,1	452,0	-3,4%
POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA	410,7	409,0	-0,4%
AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	500,8	493,0	-1,6%
AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	574,2	601,4	4,7%
A.O.OO.RR.S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	288,9	299,9	3,8%
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SECONDA UNIV DEGLI STUDI DI NAPOLI	287,1	313,5	9,2%
UNIV.STUDI NAPOLI-FEDERICO II-FAC.MEDIC.	293,4	300,3	2,3%
AO UNIV.CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI	376,5	377,7	0,3%
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI FOGGIA	300,3	288,4	-4,0%
A.O.U. POLICLINICO - VITTORIO EMANUELE	371,4	382,2	2,9%
AZIENDA OSP. UNIV. G. MARTINO	274,5	340,3	24,0%
AZ.OSP.UNIV.P.GIACCONE	324,9	341,9	5,2%
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SASSARI	239,5	246,6	2,9%
A.O.U. CAGLIARI	254,6	262,8	3,2%
<i>Fonte: Elaborazione Age.Na.S. su dati Ministero della Salute (Flusso CE)</i>	media	348,8	360,9

(*) valori in migliaia di euro



Implementazione percorsi clinico-organizzativi per la gestione delle cronicità: Stato avanzamento lavori

al 3 aprile
2014

Individuati nell'ambito del Tavolo III

- **Benefici attesi:** riduzione delle giornate di degenza grazie all'attivazione di percorsi organizzativo-assistenziali integrati con potenziamento dell'assistenza territoriale
- **Spesa Annuale:** ancora da valutare
- **Proposta:** potenziamento delle strutture territoriali per riequilibrarne la rappresentatività rispetto alle ospedaliere ed agevolare il processo di deospedalizzazione per le patologie:
 - BPCO
 - diabete mellito
 - scompenso cardiaco cronico

Vedere contenuti Patto per la Salute 2014-2016

23 ottobre
2014

Presentazione risultati raggiunti e proposta ulteriori spunti di riflessione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti/Banche dati	Tavolo III
Tessera sanitaria – Flusso specialistica MEF – Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini:<ul style="list-style-type: none">• spesa annua per un set di prestazioni specifiche• numero di prestazioni per un set di prestazioni specifiche
Dati banche dati regionali	<ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza indagini ambulatoriali diagnostiche per immagini: <i>case study</i> Valle D'Aosta:<ul style="list-style-type: none">• numero prestazioni erogate, inclusa mobilità attiva e passiva;• numero prestazioni «inappropriate»;• orari di apertura, attività programmate, disponibilità per urgenze;• costo di manutenzione e gestione delle modalità
NSIS – Flussi HSP Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): posti letto per reparto e disciplina
NSIS – Flusso CE Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none">• Appropriatelyzza organizzativa ed economica Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): costi di produzione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE



GRUPPO DI LAVORO – ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE TAVOLO I

- **Indicatori di performance:**
 - condividere e rivedere indicatori per le AASSLL
 - acquisire i dati rilevati da ANAC (ex AVCP)
 - aggiornare gli indicatori alla luce dei dati forniti da ANAC (e di quelli CE consolidati per il 2013)
- **Razionalizzazione acquisti e debiti sanitari: verificare e favorire attuazione D.L. n. 66/2014 (Legge n. 89/2014)**
 - Istituzione/designazione soggetti aggregatori
 - Individuazione, entro il 31 dicembre di ogni anno, per alcune categorie di beni e servizi, di quale sia il livello più conveniente/opportuno cui attribuire la funzione di acquisto
 - piattaforma elettronica dei debiti: monitorare alimentazione e accessibilità
- **«Altri servizi non sanitari da privato»:** analizzare la voce per individuare possibili revisioni della spesa
- **Efficientamento energetico:** valutare, tramite il confronto con le Regioni, *best practice* da riprodurre
- **Gestione del rischio:** condividere e calcolare per le restanti Regioni gli indicatori e predisporre linee guida



GRUPPO DI LAVORO – ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE **TAVOLO II (1/2)**

FARMACI

Alla luce di quanto contenuto nel Patto per la salute 2014-2016, delle buone pratiche e dei «casi di eccellenza» regionali e delle proposte avanzate al tavolo della revisione spesa, occorre individuare le azioni da predisporre per razionalizzare e riqualificare la spesa. Di seguito alcune proposte:

- **Recepimento tempestivo della genericazione di principi attivi in privativa**
- **Concorrenza di principi attivi differenti con sovrapposibilità terapeutiche**
- **Sviluppo dei farmaci biosimilari**
- **Revisione delle modalità distributive**
- **Definizione di prezzi di riferimento per categorie omogenee**



GRUPPO DI LAVORO – ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE

TAVOLO II (2/2)

DISPOSITIVI MEDICI

Alla luce di quanto contenuto nel **Patto per la salute 2014-2016**, delle buone pratiche e dei «casi di eccellenza» regionali e delle proposte avanzate al tavolo della revisione spesa, occorre individuare le azioni da predisporre per razionalizzare e riqualificare la spesa. Di seguito alcune proposte:

- **Costituzione di un Prontuario Nazionale (attraverso la standardizzazione e la definizione di un codice unico nazionale)**
- **Definizione di prezzi di riferimento per categorie omogenee**
- **Espletamento di gare regionali per le categorie di dispositivi di utilizzo trasversale**
- **Sviluppo di Osservatori regionali su consumi e prezzi**



GRUPPO DI LAVORO – ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE

TAVOLO III (1/2)

Diagnostica per immagini:

- Condividere con le Regioni la metodologia di analisi adottata per il *case study* «Valle D'Aosta»
- Valutare le risultanze emerse dal *case study* «Valle D'Aosta»
- Estendere il *case study* «evoluto» ad un numero significativo di Regioni
- Individuare note per la prescrizione «appropriata» (in analogia a quelle pubblicate da AIFA per i farmaci) e per l'efficiente utilizzo delle strutture diagnostiche pubbliche in modo da ben governare la spesa

Diagnostica di laboratorio:

- Individuare, coinvolgendo le Regioni, alcune strutture pilota su cui approfondire la proposta
- Proporre la divulgazione/pubblicizzazione delle esperienze già maturate in termini di buone pratiche
- Elaborare una “*check list*” che supporti ogni Azienda Sanitaria nel verificare l'effettiva convenienza e i possibili termini di applicazione al proprio contesto di riferimento

Biologia molecolare



GRUPPO DI LAVORO – ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE TAVOLO III (2/2)

Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU):

- Completare l'analisi per le Aziende Ospedaliere Universitarie misurando attraverso specifici indicatori:
 - l'effettivo ricorso a personale universitario anche rispetto al personale totale,
 - i criteri adottati nei protocolli di intesa Università-Azienda per la determinazione dei posti letto dei reparti a conduzione universitaria,
 - i costi sostenuti per posto letto pesati sulla base della complessità dell'attività svolta,
 - l'erogazione dell'indennità di esclusività con l'effettiva interruzione di una precedente attività extramoenia ed una successiva attività libero professionale intramoenia
- Individuare e proporre gli interventi, anche mediante aggiornamenti normativi volti a favorire l'economicità, l'efficienza e l'efficacia nel rispetto della qualità dei servizi e dei diversi ruoli di Università e Azienda (SSN)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATI



ELENCO ALLEGATI

- 1. Revisione della spesa: temi affrontati nel Patto per la salute 2014-2016**
- 2. Lettera di trasmissione Coordinatore SALUTE (29 novembre 2013)**
- 3. Programma di Lavoro del Commissario Straordinario per la Revisione della Spesa Pubblica (novembre 2013)**
- 4. Nomina Coordinatore Gruppo di Lavoro Salute**
- 5. Mandato Gruppo Salute**
- 6. Composizione Gruppo Salute**
- 7. Resoconto I incontro Gruppo di Coordinamento Salute (11 dicembre 2013)**
- 8. Resoconto II incontro Gruppo di Coordinamento Salute (17 gennaio 2014)**
- 9. Resoconto III incontro Gruppo di Coordinamento Salute (5 marzo 2014)**
- 10. Resoconto IV incontro Gruppo di Coordinamento Salute (3 aprile 2014)**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Revisione della spesa: temi affrontati nel Patto per la Salute 2014-2016

Revisione Livelli essenziali di assistenza (LEA)

Articolo 1

- Previsto, entro il 31 dicembre 2014, l'aggiornamento dei LEA in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica

Riassetto organizzativo e strutturale della rete ospedaliera e territoriale

Articolo 3 (Assistenza Ospedaliera)

- Adozione del Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera (approvato il 5 Agosto 2014)
- Stipula, entro il 31 ottobre 2014, Intesa Stato-Regioni relativa agli indirizzi di continuità assistenziale (ospedale-domicilio)
- Redazione, entro sei mesi, di un documento di indirizzo sui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi

Articolo 5 (Assistenza Territoriale)

- Istituzione e definizioni delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) (di carattere integrato e multiprofessionale)
- Assegnazione compiti specifici ad UCCP e AFT

Continuità assistenziale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Temi affrontati nel Patto per la Salute 2014-2016

Attività di prevenzione

Articolo 17

- Confermate per gli anni 2014-2016, in coerenza con il Piano nazionale della Prevenzione, le risorse destinate all'attività di prevenzione pari a € 200 milioni annui
- Destinazione 5 per mille della quota vincolata per Piano nazionale prevenzione ad una linea progettuale per attività di supporto da parte di network regionali Osservatorio nazionale screening, *Evidence-based prevention* e Associazione Italiana tumori

Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Articolo 19

Le Regioni hanno l'obiettivo di migliorare:

- il livello di tutela della salute dei cittadini e il benessere animale
- il livello di garanzia e di qualificazione igienico-sanitaria e nutrizionale degli alimenti destinati a consumo umano e animale
- la tracciabilità della filiera

Viene introdotta l'opportunità, da parte delle Aziende Sanitarie, di configurare le unità operative preposte a tali attività come unità operative complesse e dotate di personale adeguato (nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalla normativa vigente)