

## Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

## Rapporto OASI 2007

### L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

*Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.*

*Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.*

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



# Rapporto OASI 2007

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI



## 6 I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?

di Elena Cantù e Clara Carbone\*

### 6.1 Introduzione

L'influenza e il governo dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie verso gli obiettivi di politica sanitaria regionale, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, può avvenire attraverso (Del Vecchio 2001):

- ▶ meccanismi tipici della gerarchia pubblica (*command and control*);
- ▶ stimoli esterni che simulano l'azione esercitata dal mercato, prevedendo una misurazione degli output dell'azienda e collegandovi i flussi di finanziamento.

L'utilizzo della seconda tipologia di strumenti, a sua volta, assolve a due funzioni distinte ma collegate: da una parte stimola la ricerca di più elevati livelli di efficienza e di efficacia dell'azione attraverso la disponibilità di misure di output a supporto dei sistemi di programmazione e controllo aziendali e di gruppo; dall'altra orienta i comportamenti delle aziende mediante l'azione esercitata dalle convenienze economiche. In Italia, il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche fino ai primi anni Novanta prevedeva assegnazioni a preventivo che si basavano tipicamente sulla spesa storica ed erano accompagnate da periodici e «garantiti» ripiani dei disavanzi a livello nazionale e regionale (Borgonovi 1985; France 1991; Ferrera 1995; Mapelli 1995; Longo 1999).

Con la prima riforma del SSN (D.lgs. 502/1992 e 517/1993) sono stati introdotti i primi meccanismi di quasi-mercato e si è quindi assistito a un sostanziale, anche se graduale cambiamento:

- ▶ da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta e, quindi, della spesa storica;

---

\* Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 6.1 e 6.2 sono da attribuirsi a Elena Cantù, i restanti paragrafi a Clara Carbone. Questo capitolo è frutto di un progetto di ricerca condotto da OASI in collaborazione con Assolombarda.

- a un modello di assegnazione delle risorse basato, oltre che sul bisogno di assistenza (quota capitaria), sui livelli di produzione (sistema tariffario).

Tale modifica rappresenta un'innovazione molto rilevante che ha caratterizzato i processi di riforma della sanità nei principali paesi europei (cfr. Capitolo 4).

Alle regioni è stata lasciata la facoltà di modulare la combinazione tra i due criteri di finanziamento ed eventualmente di integrarli con logiche di finanziamento per funzione (per riconoscere l'esigenza di remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate) e di riequilibrio (per smussare gli effetti redistributivi del nuovo sistema di finanziamento; Jommi 2004)<sup>1</sup>. L'utilizzo del meccanismo tariffario come criterio di riparto delle risorse tra le aziende sanitarie riflette il grado di estensione del quasi-mercato del singolo SSR. Quest'ultimo è legato al numero e alle dimensioni dei produttori puri di prestazioni ospedaliere (AO, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura accreditate) che sono, infatti, remunerati sulla base del criterio tariffario a differenza delle ASL (e quindi dei presidi a gestione diretta ASL) che sono, invece, finanziate per quota capitaria<sup>2</sup> (quindi in base al fabbisogno assistenziale). In generale, il grado di estensione del quasi-mercato rappresenta da una parte una conseguenza di situazioni storiche (per esempio, presenza e rilevanza del privato accreditato, presenza di IRCCS e policlinici), dall'altra deriva dalle prerogative di governo del SSR assegnate alle regioni con le riforme degli anni Novanta (sostanzialmente quante AO costituire e quanti privati accreditare<sup>3</sup>). La Fig. 6.1 evidenzia l'estensione del quasi-mercato nelle diverse regioni, utilizzando come indicatore l'incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere sul totale dei posti letto disponibili nel SSR.

Il capitolo presenta i primi risultati di un progetto di ricerca che analizza i sistemi di finanziamento a tariffa nelle diverse regioni per valutarne il potenziale ed effettivo impatto sul comportamento delle unità produttrici di prestazioni sanitarie (pubbliche e private accreditate).

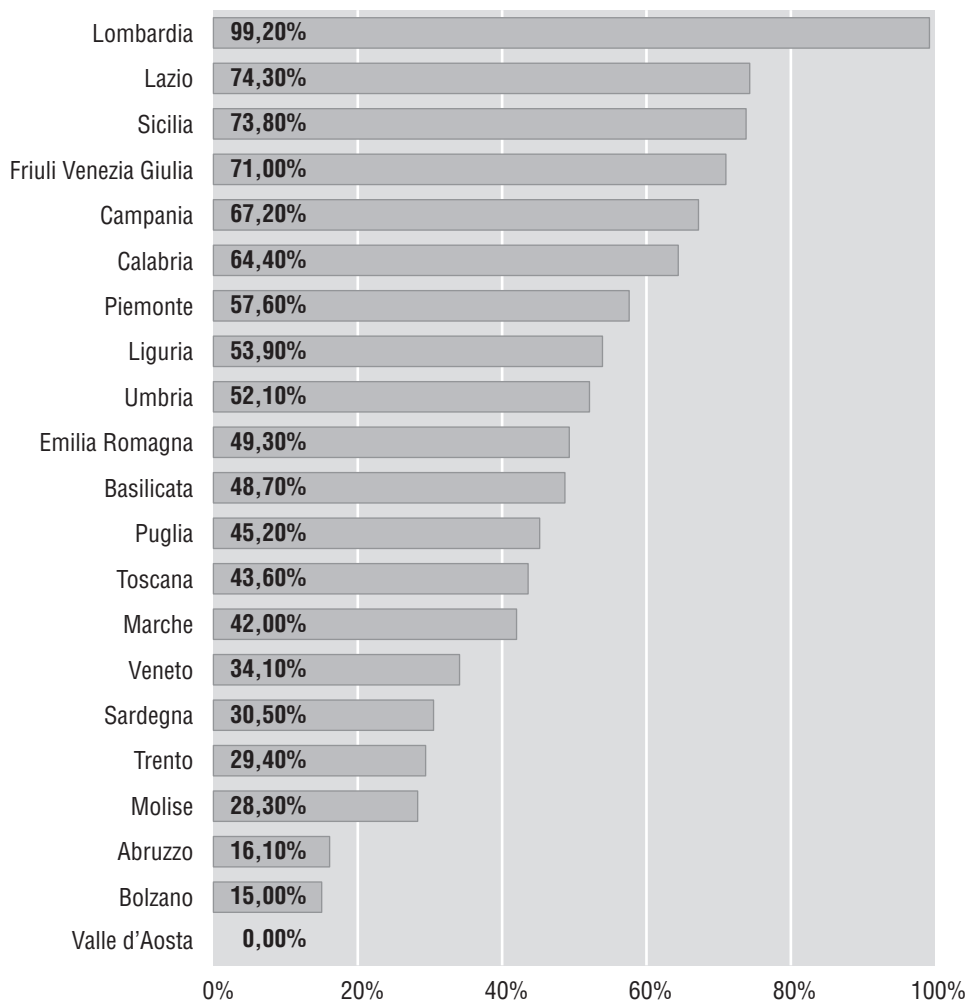
Il progetto è suddiviso in due fasi. La prima è finalizzata a valutare, attraverso una serie di indicatori, se e in che misura i sistemi di finanziamento a tariffa (per prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale) vengano utilizzati dalle

<sup>1</sup> Per l'analisi delle scelte delle regioni sulla configurazione dei sistemi di finanziamento si rimanda ai Rapporti OASI degli anni passati (Jommi 2000; Cantù e Jommi 2002a; Cantù e Jommi 2002b; Cantù e Jommi 2003; Carbone *et. al.* 2004; Carbone *et. al.* 2006). Altri studi hanno approfondito tale tematica nel contesto italiano, analizzando, in alcuni casi, le problematiche e gli effetti generati (Vanara 1995; Rebba 1996; Taroni 1996; Vanara 1997; Nonis e Lerario 2003; Falcitelli e Langiano 2006; France 2006).

<sup>2</sup> In realtà dalle ricerche empiriche sulla configurazione dei sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie presentati nei Rapporti OASI (cfr. nota 1) sono emersi alcuni casi di «Modelli a centralità regionale» in cui anche l'attività dei presidi a gestione diretta ASL è finanziata a tariffa. Il «Modello a centralità ASL» sembra però quello attualmente prevalente (Jommi 2004).

<sup>3</sup> Per le scelte regionali in termini di accreditamento istituzionale si rimanda al Capitolo 5.

Figura 6.1 **Estensione del quasi-mercato (percentuale posti letto AO, equiparate e case di cura accreditate), per regione (2005)**



Fonte: elaborazione su dati ministero della Salute

regioni come strumenti di orientamento dei comportamenti degli erogatori. In questo modo vengono individuate le regioni che utilizzano maggiormente il sistema tariffario per il governo del SSR.

Tali regioni saranno oggetto di un successivo approfondimento, nella seconda fase della ricerca, al fine di analizzare gli effetti generati nel tempo dalle modifiche (sia qualitative che quantitative) dei sistemi tariffari sulla produzione degli erogatori pubblici e privati accreditati in termini di volumi e mix di prestazioni.

Questo capitolo, in particolare, presenta i risultati della prima fase della ricerca,

limitatamente ai sistemi regionali di finanziamento delle prestazioni di ricovero in regime di degenza ordinaria. La struttura del lavoro è la seguente: il par. 6.2 descrive la metodologia utilizzata, il par. 6.3 presenta i risultati del lavoro mentre il par. 6.4 propone una valutazione sintetica del grado di «investimento» delle singole regioni sullo sviluppo del sistema tariffario, correlandolo al grado di estensione del quasi-mercato.

## 6.2 Metodo e principali contenuti del lavoro

Dal punto di vista metodologico, la ricerca si basa sulla costruzione di una *check-list* di indicatori espressivi della propensione delle singole regioni a utilizzare in modo dinamico il sistema di finanziamento al fine di modificare le convenienze economiche dei soggetti erogatori e orientarne il comportamento.

Gli indicatori identificati sono riconducibili alle seguenti dimensioni:

- ▶ utilizzo del meccanismo tariffario come criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR);
- ▶ scostamento dei tariffari regionali da quello definito a livello nazionale (D.M. 78/1997);
- ▶ grado di differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche delle strutture di ricovero;
- ▶ grado di aggiornamento dei tariffari;
- ▶ utilizzo del sistema tariffario per penalizzare eventuali comportamenti opportunistici.

Con riferimento alla prima dimensione, si è scelto di considerare come *proxy* l'incidenza dei costi sostenuti dalle ASL per remunerare le prestazioni ospedaliere erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione<sup>4</sup> (AO, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura private accreditate ecc.) sul totale dei contributi da FSR. Questo indicatore è stato calcolato a partire dai dati contenuti nei modelli CE delle singole aziende e quelli consolidati dei SSR. È necessario sottolineare che la qualità dell'informativa contabile delle aziende sanitarie continua a presentare alcuni problemi (per lo meno in alcune regioni) in termini di limitata attendibilità e omogeneità dei bilanci aziendali (Anessi Pessina 2005). È quindi possibile che il dato sia sotto-

<sup>4</sup> Sono invece esclusi i costi legati alla mobilità interregionale perché quest'ultima è:

1. regolata dalla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) approvata dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome nel 2003;
2. governata nei sistemi di programmazione e controllo regionale sulla base di logiche diverse da quella intraregionale.

<sup>5</sup> È cioè possibile che alcune ASL (soprattutto nei casi di modelli di finanziamento a centralità

stimato per alcune realtà a causa di un'inadeguata contabilizzazione della mobilità in uscita da parte delle ASL<sup>5</sup>. L'ipotesi alla base della scelta dell'indicatore sopra esposto è che al crescere del suo valore sia maggiore la possibilità per la regione di usare lo strumento tariffario per orientare il comportamento degli erogatori verso gli obiettivi regionali.

Gli indicatori relativi alle successive tre dimensioni sono stati elaborati a partire dai tariffari regionali per le prestazioni ospedaliere per acuti erogate in regime di ricovero ordinario. Si ricorda che a livello nazionale è stato definito un tariffario (l'ultima versione approvata è quella contenuta nel D.M. 78/1997) e che le regioni potevano (Assobiomedica 2005):

- ▶ adottare le tariffe indicate dal ministero della Salute, eventualmente modificate (in eccesso o in difetto) di specifiche percentuali;
- ▶ definire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG (cosiddetto metodo dei pesi);
- ▶ definire le proprie tariffe regionali sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un *panel* di ospedali (cosiddetto metodo analitico).

Le regioni hanno provveduto con modalità, tempistiche e frequenze diverse.

Nella ricerca sono stati raccolti i tariffari regionali attualmente in vigore e sono stati confrontati con quello nazionale sulla base delle precisazioni metodologiche presentate nel Riquadro 6.1.

#### Riquadro 6.1 **Precisazioni metodologiche sull'analisi dei tariffari regionali**

Al fine di rendere confrontabile il tariffario nazionale delle prestazioni di ricovero per acuti (D.M. 78/1997) con quelli dei vari SSR sono stati considerati 473 DRG su un totale di 492 previsti dal tariffario nazionale. Si è infatti scelto di:

- ▶ non considerare i nuovi DRG inseriti da alcune regioni (oltre il 492);
- ▶ eliminare i DRG non presenti a livello nazionale, anche se esistenti in alcuni tariffari regionali (DRG 109, 351, 438 e 474);
- ▶ eliminare i DRG che, nella maggior parte delle regioni, non erano più validi e/o avevano una tariffa pari a «0» (DRG 112, 214, 215, 221, 222, 434, 435, 436, 437, 456, 457, 458, 459, 460, 472);

Nel caso di tariffari regionali che associano più tariffe al singolo DRG, si è deciso di considerare quella con la medesima descrizione prevista nel tariffario nazionale, eliminando l'altra/e, che è stata conteggiata come «nuovo» DRG (cfr. *infra*).

---

regionale, cfr. nota 2) riportino all'interno dei Conti Economici tra i proventi il valore della quota capitaria già al netto della mobilità passiva. Quest'ultima, cioè, non è riportata tra i costi delle ASL.

Per ogni tariffario regionale è stata analizzata la media e la dispersione degli scostamenti rispetto al tariffario nazionale. In particolare, rispetto alla dispersione l'ipotesi è che valori più elevati identifichino le regioni che usano il sistema di finanziamento a tariffa per determinare le convenienze economiche dei soggetti. Si può, infatti, supporre che tali regioni abbiano provveduto all'analisi dei costi effettivi delle prestazioni e, quindi, alla rimodulazione del sistema dei pesi DRG in modo differenziato, non limitandosi al semplice abbattimento del tariffario nazionale. In altri termini, indipendentemente dallo scostamento medio complessivo dal tariffario nazionale, più sono differenziati gli scostamenti, più la regione ha analizzato nel dettaglio i singoli DRG per valutare la relazione costi-tariffe. Tale valutazione può essere finalizzata a:

- ▶ garantire una remunerazione adeguata nel tempo: nei casi di tariffe troppo basse, la regione può scegliere di alzare le tariffe per ridurre i rischi di selezione dei pazienti; nei casi di margini elevati, di abbassarle per evitare di indurre una domanda inappropriata;
- ▶ stimolare l'ampliamento dell'offerta per soddisfare maggiori e/o più appropriati livelli di domanda/bisogno incrementando la convenienza economica di specifiche prestazioni o regimi assistenziali.

Un'altra dimensione di analisi dei tariffari riguarda il grado di differenziazione delle tariffe per caratteristiche organizzative o di attività delle strutture. L'ipotesi di fondo è che la differenziazione rifletta la volontà di riconoscere i costi più elevati delle strutture caratterizzate da livelli di complessità maggiore (legati alla dimensione, allo svolgimento di attività di ricerca e didattica, all'erogazione dei servizi di emergenza/urgenza, a *case-mix* particolarmente elevati ecc.). La regione può in questo modo incentivare le strutture (soprattutto quelle private) a cercare di configurarsi secondo le caratteristiche delle classi di aziende a cui sono garantite tariffe maggiori. Allo stesso modo, il riconoscimento dei costi della complessità può rendere più credibile il sistema tariffario come sistema di valorizzazione dell'output e quindi supportare lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo (aziendali e di gruppo) al fine di garantire maggiori livelli di efficienza.

Si è poi considerato il grado di aggiornamento dei tariffari. Più elevati sono i valori degli indicatori relativi a tale dimensione (e, quindi, più frequente è l'aggiornamento), maggiore risulta essere la volontà della regione di usare il tariffario per orientare i comportamenti attraverso una manutenzione dello stesso che rifletta l'evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche, della domanda e dell'offerta. Un'analisi documentale dei provvedimenti regionali in materia di finanziamento delle aziende ha permesso inoltre di considerare l'eventuale riconoscimento dei costi legati all'innovazione tecnologica attraverso rimborsi extratariffa.

L'analisi documentale è stata utilizzata anche per verificare se i SSR prevedano delle penalizzazioni tariffarie nel caso di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori (Taroni *et al.* 1997; Fabbri e Fiorentini 1999).

Tabella 6.1 Indicatori, modalità di calcolo e fonti per dimensione di analisi

Dimensione di analisi	Indicatori	Fonti
Grado di utilizzo del sistema tariffario come criterio di riparto del FSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture pubbliche per assistenza ospedaliera sui contributi da FSR</li> <li>• Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture private per assistenza ospedaliera sui contributi da FSR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelli CE – anno 2005</li> </ul>
Scostamento delle tariffe regionali per le prestazioni di ricovero per acuti (DRG) dalle tariffe nazionali (D.M. 78/1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti</li> <li>• Numerosità percentuali di scostamento, ordinate per frequenza, che includono almeno il 70% dei DRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Grado di differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche delle strutture ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di una differenziazione tariffaria (Sì/No)</li> <li>• Forbice tra scostamento medio del tariffario regionale più remunerativo e quello meno remunerativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Grado di aggiornamento dei tariffari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero aggiornamenti tariffario regionale</li> <li>• Numero modifiche del nomenclatore tariffario</li> <li>• Presenza di prestazioni con rimborso extratariffa (Sì/No)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibere di finanziamento regionali, anni 2000-2006</li> <li>• Tariffari regionali in vigore – anno 2007</li> </ul>
Utilizzo del sistema tariffario per penalizzare eventuali comportamenti opportunistici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di politiche regionali finalizzate a penalizzare comportamenti opportunistici (Sì/No)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delibere di finanziamento regionali – anno 2006</li> </ul>

Fonte: nostra elaborazione

La Tab. 6.1 sintetizza gli indicatori riferibili a ciascuna dimensione e le fonti dei dati utilizzati. Si rimanda, invece, alle singole parti del par. 6.3 per la presentazione delle modalità di calcolo degli indicatori.

### 6.3 Rappresentazione e interpretazione dei risultati

Questo paragrafo presenta i risultati dell'elaborazione degli indicatori e ne propone un'interpretazione.

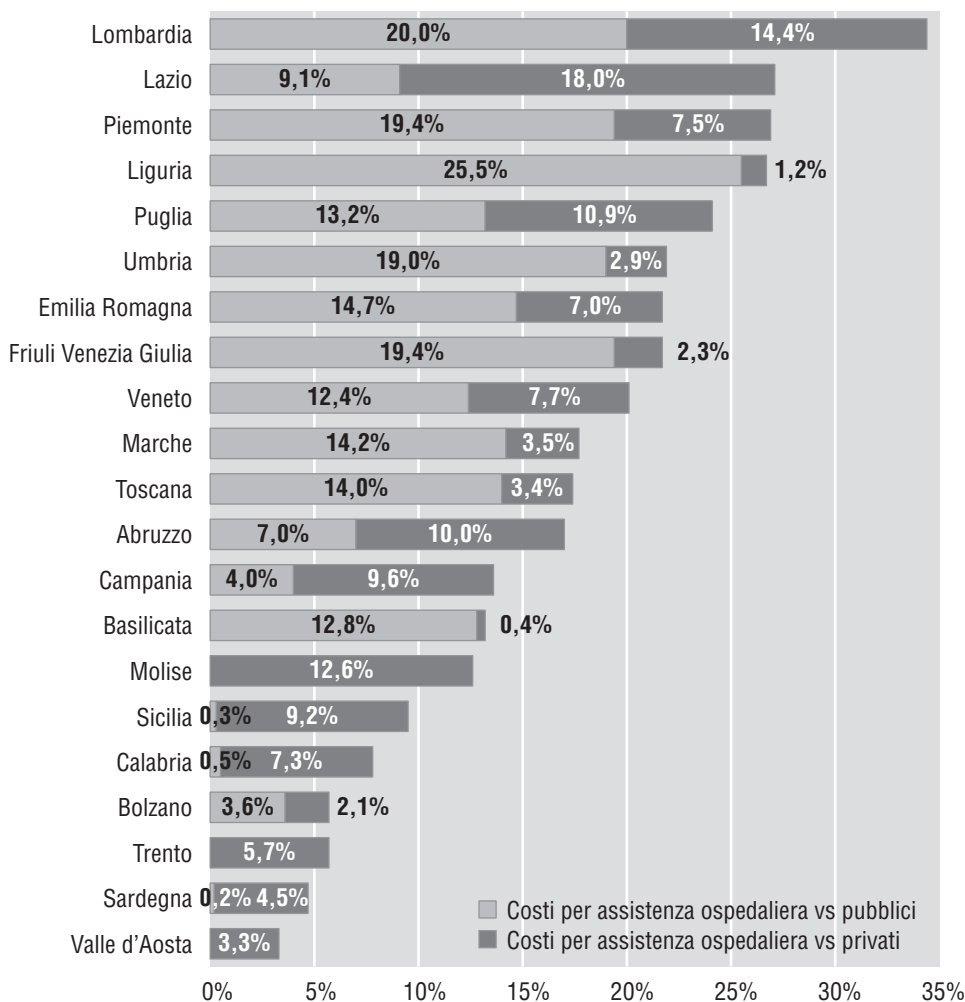


### 6.3.1 Incidenza dei finanziamenti a tariffa nel riparto complessivo del FSR

A partire dai modelli CE sono stati costruiti due indici rappresentativi dell'incidenza dei finanziamenti a tariffa sui contributi del FSR. Gli indici sono stati calcolati come segue:

- totale costi per mobilità passiva verso soggetti pubblici della regione per assi-

Figura 6.2 **Incidenza dei costi per mobilità passiva verso strutture pubbliche e private per assistenza ospedaliera sui contributi da FSR**



Fonte: elaborazione su modelli CE delle aziende sanitarie

stenza ospedaliera (codice voce CE B0400 + codice voce CE B0410) sul totale contributi in c/esercizio da regione e provincia autonoma per quota FSR (codice voce CE A0020);

- ▶ totale costi per mobilità passiva verso soggetti privati della regione per assistenza ospedaliera (codice voce CE B0430) sul totale contributi in c/esercizio da regione e provincia autonoma per quota FSR (codice voce CE A0020).

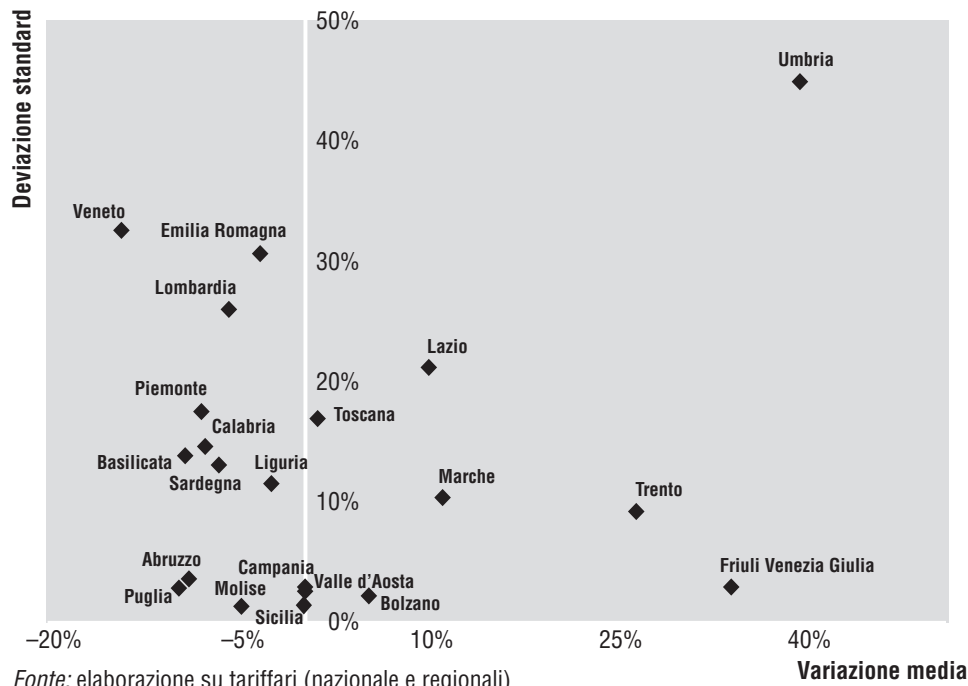
Dall'analisi dei risultati emerge (cfr. Fig. 6.2) un'elevata variabilità interregionale delle incidenze complessive dei costi per mobilità passiva verso i soggetti pubblici e privati che vengono remunerati a tariffa con un massimo rappresentato dalla Lombardia (34,4 per cento) e un minimo dalla Valle d'Aosta (3,3 per cento). Ciò, quindi, evidenzia un utilizzo del sistema tariffario per il finanziamento dei produttori puri (pubblici e privati) per le prestazioni ospedaliere da essi erogate molto differenziato nel panorama del SSN. In particolare, in 11 regioni prevale l'incidenza dei costi per assistenza ospedaliera verso produttori pubblici (Lombardia, Piemonte, Liguria, Puglia, Emilia Romagna, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche, Toscana, Basilicata, provincia autonoma di Bolzano) nelle restanti (soprattutto regioni del Sud e di piccole dimensioni) quella verso i produttori privati (Valle d'Aosta, Sardegna, provincia autonoma di Trento, Molise, Calabria, Sicilia, Campania e Abruzzo). Si segnala che il posizionamento di alcuni SSR nel secondo gruppo riflette la limitata presenza di produttori puri pubblici (come nei casi della provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta, Molise) e per gli altri potrebbe riflettere un modello di finanziamento a «centralità regionale» (cfr. note 2 e 5).

### 6.3.2 Scostamento delle tariffe regionali per le prestazioni di ricovero (DRG) da quelle nazionali

Dopo un confronto generale dei tariffari regionali per i ricoveri in regime ordinario rispetto a quello nazionale in termini di variazione media e di deviazione standard, questo paragrafo intende interpretare la dispersione degli scostamenti tra valorizzazioni regionali e nazionali all'interno di ciascun tariffario. A tale scopo, tutti i tariffari (regionali e nazionale) sono stati allineati tra loro al fine di favorire una maggiore confrontabilità (cfr. Riquadro 6.1). Nel caso di più tariffari per SSR in funzione di diverse tipologie di strutture è stato considerato quello con le valorizzazioni più elevate, ovvero quello generalmente applicato ai produttori puri di prestazioni ospedaliere di grandi dimensioni e/o caratterizzati da un elevato livello di complessità (AO, AO universitarie, IRCCS, policlinici a gestione diretta).

Dal calcolo delle variazioni medie e delle deviazioni standard per ciascun tariffario regionale emergono tre cluster di SSR (cfr. Fig. 6.3):

- ▶ le regioni del Centro (Toscana, Lazio, Marche e Umbria) e alcune a statuto speciale (Friuli Venezia Giulia, province autonome di Trento e Bolzano) hanno

Figura 6.3 **Variazione percentuale media e deviazione standard per regione**

incrementato le tariffe rispetto a quelle definite a livello nazionale, anche se mediamente in misura diversa (dal +1,1 per cento della Toscana al +39,7 per cento dell'Umbria), con una variabilità degli scostamenti elevata in alcuni contesti (per esempio, Toscana, Umbria e Lazio), più bassa in altri (per esempio, provincia autonoma di Bolzano e Friuli Venezia Giulia);

- ▶ tre SSR (Valle d'Aosta, Sicilia e Campania) hanno adeguato perfettamente le tariffe regionali al tariffario nazionale senza prevederne incrementi/decrementi se non in modo marginale;
- ▶ le restanti regioni, circa la metà (11 su 21), hanno abbattuto le tariffe in misura diversa (dal -2,6 per cento della Liguria al -14,6 per cento del Veneto) con una variabilità degli scostamenti elevata in alcuni contesti (per esempio, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte), più bassa in altri (per esempio, Molise, Puglia e Abruzzo).

Da questa preliminare analisi è possibile ipotizzare che i SSR con deviazione standard elevata, indipendentemente dalla variazione media, siano quelli che più hanno investito nell'utilizzo dei sistemi tariffari studiando per ciascuna prestazione i costi e le risorse impiegate (Umbria, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio, Piemonte e Toscana). A questo proposito è importate segnalare che queste

sette regioni coincidono quasi perfettamente con quelle che, a oggi, utilizzano il metodo analitico o dei pesi per la determinazione del proprio tariffario regionale (Carbone *et al.* 2006)<sup>6</sup>.

A dimostrazione di quanto detto, la Fig. 6.4 presenta una classificazione dei SSR sulla base di due dimensioni, quali *proxy* della dispersione delle variazioni tariffarie regionali da quelle nazionali (cfr. Riquadro 6.2 per le modalità di calcolo):

1. incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti;
2. numerosità delle percentuali di scostamento, ordinate per frequenza, che includono almeno il 70 per cento dei DRG.

Dall'incrocio di queste due dimensioni, si evidenzia che le sette regioni richiamate sopra sono caratterizzate da un'incidenza delle prime tre percentuali di scostamento inferiore al 50 per cento e in alcuni casi al 10 per cento (Lombardia, Umbria e Veneto) e da un numero elevato di percentuali di scostamento (per Piemonte e Toscana compreso tra 10 e 30; per Lombardia, Umbria, Veneto, Lazio ed Emilia Romagna maggiore o uguale a 30).

Le restanti regioni hanno, invece, applicato le medesime percentuali di abbattimento/incremento a tutti o ad ampie classi di DRG.

Ciò è dimostrato dall'elevata incidenza delle prime tre percentuali di scostamento e dal numero contenuto delle stesse in cui confluisce il 70 per cento dei DRG.

#### Riquadro 6.2 **Metodologia per l'analisi della distribuzione degli scostamenti delle tariffe**

Per l'analisi della dispersione degli scostamenti dal tariffario nazionale sono state considerate due dimensioni:

- ▶ incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti;
- ▶ numerosità delle percentuali di scostamento che rappresentano almeno il 70 per cento dei DRG ordinati per frequenza.

Per il calcolo delle suddette dimensioni sono stati effettuati i seguenti passaggi:

- ▶ per ogni DRG è stato calcolato lo scostamento dal tariffario nazionale (D.M. 78/1997);
- ▶ ciascun scostamento è stato arrotondato all'unità;
- ▶ è stata calcolata la distribuzione di frequenza degli scostamenti in valori assoluti e percentuali.

<sup>6</sup> Il contributo di Carbone *et al.* (2006) aggiungeva la Sicilia come SSR che utilizza il metodo dei pesi per la determinazione del proprio tariffario regionale.

A titolo esemplificativo si riportano le modalità di calcolo degli indici per il SSR della Regione Puglia, il cui tariffario presenta la seguente distribuzione degli scostamenti:

Entità scostamento	Numero DRG con medesimo scostamento	Percentuale
-10%	468	98,94%
-24%	3	0,63%
-28%	1	0,21%
+7%	1	0,21%
<b>Totale complessivo</b>	<b>473</b>	<b>100%</b>

L'incidenza delle prime tre percentuali di scostamenti è pari a 99,8 per cento (98,9 + 0,6 per cento + 0,2 per cento) e la numerosità delle percentuali di scostamento che includono almeno il 70 per cento dei DRG è 1 (scostamento «-10 per cento»).

Figura 6.4 **Classificazione dei SSR per incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti e numerosità delle percentuali di scostamento, ordinate per frequenza, che includono almeno il 70 per cento dei DRG**

		Numerosità delle percentuali di scostamento che includono almeno il 70 per cento dei DRG			
		[1-3)	[3-10)	[10-30)	> = 30
Incidenza delle prime tre percentuali di scostamento più frequenti	[0-10%)				Lombardia, Umbria, Veneto
	[10-50%)			Piemonte, Toscana	Emilia Romagna, Lazio
	[50-80%)		Basilicata, Calabria, Sardegna		
	[80-100%]	Abruzzo, Bolzano, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Puglia, Sicilia, Trento, Valle d'Aosta	Marche		

Fonte: nostra elaborazione su tariffari (nazionale e regionali)

### 6.3.3 Grado di differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche delle strutture di ricovero

Un altro elemento utile per comprendere quanto i sistemi di finanziamento siano modulati per riflettere i costi è l'analisi del grado di differenziazione, indagato attraverso due dimensioni: l'eventuale differenziazione delle tariffe in base alle caratteristiche delle strutture di ricovero e la forbice tra lo scostamento medio del tariffario più remunerativo e del tariffario meno remunerativo, entrambi espressi in termini di scostamento dal tariffario nazionale.

Riguardo al primo aspetto (cfr. Tab. 6.2), 15 regioni su 21 hanno effettuato differenziazioni tariffarie in base alle caratteristiche dei produttori (benché utilizzando criteri diversi) e classificano discrezionalmente le strutture in un numero di fasce che oscilla tra due (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche) e sei (Sicilia e Campania).

La differenziazione riflette tariffe diversi per tipologie di strutture di ricovero: a strutture caratterizzate da un livello di complessità elevato (generalmente incluse nella Fascia A/Classe 1, cfr. Tab. 6.2) sono riconosciute tariffe più elevate; a strutture con caratteristiche opposte si riconoscono tariffe più basse.

Calcolando lo scostamento medio dal tariffario nazionale delle tariffe della prima classe/fascia e di quelle dell'ultima classe/fascia, si evidenzia come la forbice tra i due valori assuma il valore massimo in Campania (43 per cento) e quello minimo in Lombardia (8 per cento). Non si riscontra, tuttavia, una correlazione tra l'ampiezza della forbice e il numero di classi individuate: ciò vuol dire che a un'ampiezza della forbice elevata non corrisponde necessariamente un numero elevato di classi (questo è il caso, per esempio, delle Marche e del Friuli Venezia Giulia) e viceversa (questo è il caso, per esempio, di Lazio e Sicilia).

La distanza tra scostamenti massimi e minimi (cfr. Fig. 6.5), rivela un'elevata eterogeneità interregionale. In particolare:

1. alcune regioni del Sud (Campania, Puglia, Molise) e il Piemonte si distinguono per abbattimenti consistenti delle tariffe (oltre al -20 per cento) per le strutture con minori livelli di complessità (tipicamente si tratta delle strutture di ricovero private accreditate oppure di strutture di ricovero pubbliche con un grado di complessità della casistica trattata basso e/o senza unità operative di emergenza/urgenza e/o senza attività di didattica e ricerca);
2. all'estremo opposto tre regioni (Umbria, provincia autonoma di Trento e Friuli Venezia Giulia) differenziano le tariffe riconoscendo incrementi rispetto al tariffario nazionale a tutte le tipologie di strutture;
3. altre quattro regioni (Toscana, Marche, provincia autonoma di Bolzano e Liguria) sono caratterizzate da un *range* di variazione da valori percentuali positivi (incrementi tariffari) a valori percentuali negativi (abbattimenti tariffari).

Tabella 6.2 Numero classi, criterio di differenziazione e forbice per regione

	Numero di classi	Criterio di differenziazione	Forbice
Bolzano	4	Fascia A (strutture complesse) Fascia B (strutture intermedie) Fascia C (strutture di base) Fascia D (strutture private accreditate senza PS, terapia intensiva)	15%
Campania	6	Fascia A (AO, IRCCS, policlinici a gestione diretta dell'università) Fascia B (presidi ospedalieri e altre strutture di ricovero pubbliche sede di DEA e PS) Fascia C (strutture di ricovero pubbliche senza DEA e PS) Fascia D, Fascia E e Fascia F (strutture di ricovero private distinte per caratteristiche organizzative e/o complessità della casistica trattata)	43%
Emilia Romagna	2	Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero pubbliche di alta specializzazione) Fascia B (restanti strutture di ricovero pubbliche e private)	13%
Friuli Venezia Giulia	2	Classe 1 (strutture di ricovero pubbliche) Classe 2 (strutture di ricovero private e presidi di riabilitazione)	21%
Lazio	4	Fascia A (strutture di ricovero per acuti con almeno due dei seguenti 3 requisiti: attività istituzionale di didattica e ricerca con dotazione di PL > 120, dotazione di almeno 50 PL afferenti a tre alte specialità, dotazione di oltre 450 PL) Fascia B (strutture di ricovero per acuti con almeno 1 dei seguenti requisiti: attività istituzionale di didattica e ricerca con dotazione di PL > 120, dotazione di almeno 50 PL afferenti a tre alte specialità, dotazione di oltre 450 PL) Fascia C (strutture di ricovero per acuti con dotazione di almeno 120 PL, oppure sede di attività istituzionale di didattica o di ricerca, oppure monospecialistici, oppure sede di PS, oppure 2° livello di assistenza perinatale) Fascia D (strutture prevalentemente di riabilitazione e lungodegenza)	10%
Liguria	3	Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero con il case-mix più elevato e reparti ad alta specializzazione) Fascia B (presidi ospedalieri e strutture di ricovero con reparti di DEA, UITC e rianimazione) Fascia C (restanti strutture di ricovero)	10%
Lombardia	3	Classe 1 (strutture di ricovero con DEA e PS) Classe 2 (strutture di ricovero con PS) Classe 3 (strutture di ricovero senza PS)	8%
Marche	2	Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero con case-mix elevato) Fascia B (restanti strutture di ricovero)	22%
Molise	4	Classe 1 e Classe 2 (strutture di ricovero pubbliche distinte per caratteristiche organizzative e complessità della casistica trattata)	16%

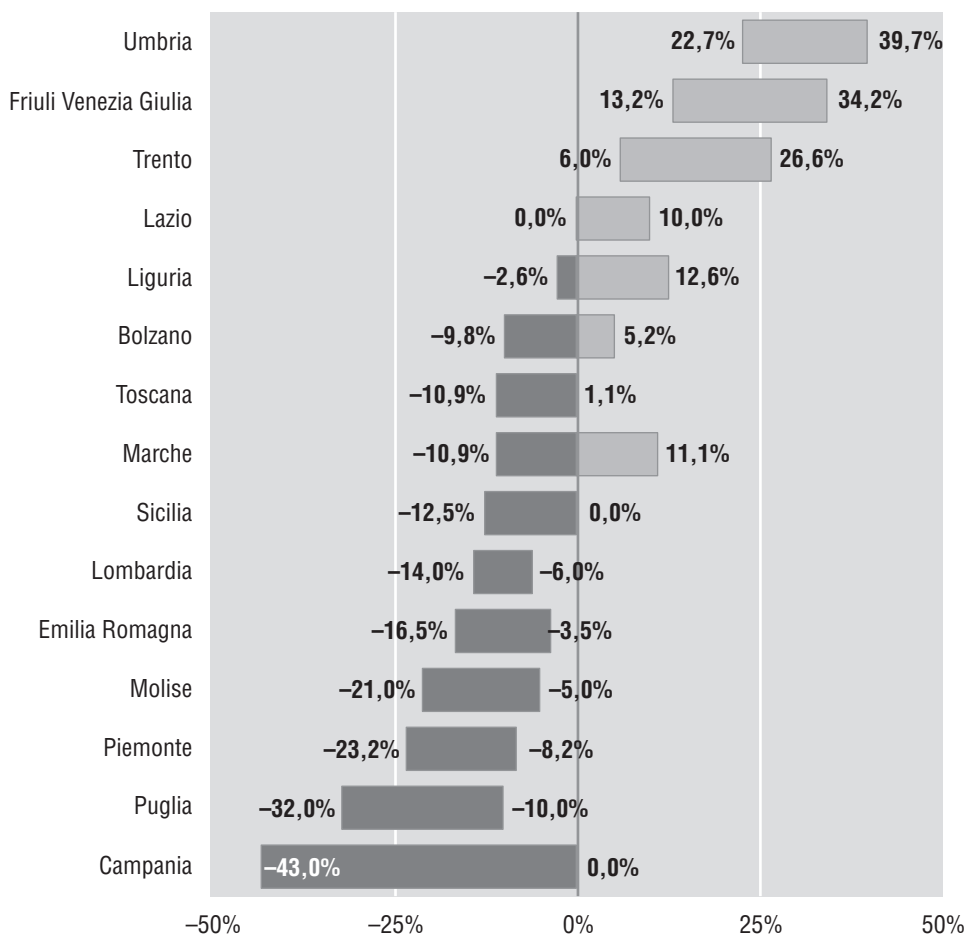
Tabella 6.2 (segue)

	Numero di classi	Criterio di differenziazione	Forbice
Molise (segue)		Classe 3 e Classe 4 (strutture di ricovero private distinte per caratteristiche organizzative e/o complessità della casistica trattata)	
Piemonte	4	Fascia A (strutture di ricovero pubbliche) Fascia B: Classe 1, Classe 2, Classe 3 (strutture di ricovero private distinte per caratteristiche organizzative e/o complessità della casistica trattata)	15%
Puglia	4	Fascia A (strutture di ricovero pubbliche dotate di 3 alte specialità e della terapia intensiva) Fascia B (strutture di ricovero pubbliche dotate di 5 medie specialità e della terapia intensiva) Fascia C (strutture di ricovero pubbliche non rientranti nelle fasce precedenti e strutture di ricovero private accreditate di alta specialità) Fascia D (altre strutture di ricovero private accreditate)	22%
Sicilia	6	Fascia A (AO, AO per le emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix elevato) Fascia B (AO, AO per le emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix medio; AO per le emergenze di II livello e ospedali classificati con case-mix elevato) Fascia C (AO, AO per le emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix basso; AO per le emergenze di II livello e ospedali classificati con case-mix medio; presidi ospedalieri con case-mix elevato) Fascia D (AO per le emergenze di II livello e ospedali classificati con case-mix basso; presidi ospedalieri con case-mix medio) Fascia E (presidi ospedalieri con case-mix basso) Fascia F (strutture di ricovero private accreditate)	12,5%
Toscana	2	Fascia A (presidi ospedalieri, AO, IRCCS che operano in regime di E/U) Fascia B (strutture di ricovero che operano in regime di elezione programmata)	12%
Trento	3	Fascia A (presidio ospedaliero di Trento) Fascia B (presidi ospedalieri di Rovereto e Ospedale provinciale specializzato Armani di Arco) Fascia C (ospedali generali di zona e strutture di ricovero private accreditate)	19%
Umbria	3	Fascia A (AO) Fascia B (presidi ospedalieri di grandi dimensioni) Fascia C (presidi ospedalieri di piccole dimensioni e strutture di ricovero private accreditate)	17%

Fonte: delibere regionali di finanziamento (anno 2006)



Figura 6.5 **Posizionamento della «forbice» di scostamento dei tariffari regionali rispetto a quello nazionale**



Fonte: elaborazione su tariffari regionali

#### 6.3.4 Grado di aggiornamento dei tariffari

Una quarta dimensione di analisi è rappresentata dal grado di aggiornamento dei tariffari regionali, che viene interpretato come indicativo della sistematicità di manutenzione del tariffario da parte dei SSR. In quest'ottica sono stati costruiti i seguenti indicatori (cfr. Tab. 6.3):

- ▶ numero di aggiornamenti effettuati sul tariffario a partire dall'anno 2000 calcolato come numero di delibere approvate aventi come oggetto l'aggiornamento e/o l'integrazione delle tariffe ospedaliere;

Tabella 6.3 **Numero aggiornamenti del tariffario, modifiche del nomenclatore, introduzione prestazioni extratariffe**

	Numero aggiornamenti a partire dall'anno 2000	Modifiche nomenclatore			Totale modifiche nomenclatore	DRG riconosciuti a tipologie di strutture specifiche (S/No)	Prestazioni rimborsate extratariffa (S/No)
		Numero DRG non più validi	Nuovi DRG				
			Nuovi DRG: oltre 492	Differenziazioni all'interno del medesimo DRG			
Abruzzo	2	1	1	2			
Basilicata	3	16	30	1	47		
Bolzano	6	0	2	6	8	Sì	
Calabria	4	16	30	1	47		
Campania	3	0	0	4	4	Sì	
Emilia Romagna	9	15	30	1	46	Sì	
Friuli Venezia Giulia	9	21	30	1	52	Sì	
Lazio	2	13	30		33	Sì	
Liguria	6	15	30	2	47	Sì	
Lombardia	7	18	30	18	66	Sì	
Marche	3	0	1	1	3	Sì	
Molise	2	0			0		
Piemonte	3	14	30	1	45	Sì	
Puglia	2	0			0	Sì	
Sardegna	1	1		1	32	Sì	
Sicilia	3	1		2	3		
Toscana	6	28	30	3	61	Sì	
Trento	3	13	30		43	Sì	
Umbria	4	15	30	1	46		
Valle d'Aosta	1	15	30		45		
Veneto	5	16	30	1	47	Sì	

Fonte: tariffari regionali (anno 2007) e delibere di finanziamento (anni 2000-2006)

- ▶ numero di modifiche effettuate al nomenclatore tariffario in termini di:
  - ◀ numero di DRG eliminati o con tariffa pari a «0»;
  - ◀ numero di DRG introdotti oltre al DRG 492;
  - ◀ numero di DRG per i quali sono previste valorizzazioni diverse in presenza di specifiche condizioni del paziente;

- ▶ numero di DRG per i quali sono previste valorizzazioni diverse a seconda delle caratteristiche organizzative degli erogatori<sup>7</sup>;
- ▶ introduzione di politiche di remunerazione extratariffa<sup>8</sup>.

Dall'analisi dei dati raccolti si possono evidenziare alcuni comportamenti opposti. Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Toscana, nel corso degli ultimi anni, hanno aggiornato il proprio tariffario regionale almeno sei volte apportando modifiche che non coincidono necessariamente solo con quelle legate ad adempimenti nazionali (per esempio, aggiornamento del tariffario per la conversione in euro delle tariffe, adeguamento alle nuove versioni dei *Groupes*). Ciò risulta evidente anche dal numero di cambiamenti al nomenclatore derivanti dall'eliminazione di DRG non più validi, dall'introduzione di nuovi DRG, dalla differenziazione tariffaria all'interno del medesimo DRG, dalla previsione di rimborsi extratariffa.

Puglia e Molise, invece, sono le regioni che hanno limitato gli aggiornamenti agli adempimenti nazionali e non hanno apportato modifiche al nomenclatore (la Puglia ha però previsto per alcune prestazioni dei rimborsi extratariffa).

### 6.3.5 Utilizzo del sistema tariffario per penalizzare comportamenti opportunistici

Riguardo alle azioni di penalizzazione dei comportamenti opportunistici collegati al finanziamento a tariffa per prestazione, le regioni, al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, hanno puntato su quattro tipologie di azioni, combinandole in base alle esigenze del contesto regionale. In particolare, tra le politiche regionali più adottate, si evidenzia (cfr. Tab. 6.4):

- ▶ l'incentivazione dei regimi alternativi al ricovero ordinario (day hospital, day surgery e prestazioni ambulatoriali) per alcuni specifici DRG (per esempio, cataratta e tunnel carpale) attraverso il riconoscimento di tariffe incrementate, pari, in alcuni casi, alle tariffe previste per il trattamento in ricovero ordinario (15 regioni su 21);
- ▶ l'individuazione di valori soglia per i DRG a elevato rischio di inappropriatezza (ai sensi del D.P.C.M. 30 novembre 2001, Allegato 2c, LEA), al di sopra dei quali le tariffe subiscono dei decrementi (13 regioni su 21).

<sup>7</sup> Questa fattispecie non corrisponde alla presenza di tariffari differenziati per struttura ma è stata identificata in un solo caso regionale (quello toscano) dove la regione prevede, per i 91 DRG con maggiore peso, una remunerazione aggiuntiva del 3 per cento se erogati dalle strutture di Area Vasta (le quattro AO della Regione Toscana).

<sup>8</sup> Per maggiori approfondimenti sui rimborsi extratariffa riconosciuti dalle regioni si rimanda a Carbone *et al.* (2006).

Tabella 6.4 **Azioni di governo dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere da parte dei SSR**

	Incentivazione regimi alternativi al RO per DRG specifici	Altre tipologie di controllo (ricoveri ripetuti, parti cesarei ecc.)	Controllo su DRG a elevato rischio di inappropriatezza	Attivazione nuclei operativi di controllo
Abruzzo	✓			
Basilicata	✓			
Bolzano	✓			
Calabria			✓	
Campania	✓		✓	
Emilia Romagna	✓		✓	✓
Friuli Venezia Giulia	✓			
Lazio	✓	✓	✓	
Liguria	✓	✓	✓	
Lombardia	✓		✓	✓
Marche			✓	
Molise	✓		✓	
Piemonte				
Puglia			✓	
Sardegna			✓	
Sicilia	✓			
Toscana	✓	✓	✓	
Trento	✓			
Umbria	✓			
Valle d'Aosta	✓		✓	
Veneto			✓	✓

Fonte: delibere regionali di finanziamento (anno 2006)

Accanto a queste diffuse scelte regionali, alcune regioni affiancano altre forme di controllo di comportamenti opportunistici:

- ▶ attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale (Lombardia, Emilia Romagna e Veneto) con compiti specifici di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni (per esempio, il controllo dei DRG più remunerativi, casi con degenza anomala o casi ripetuti);
- ▶ abbattimenti tariffari nel caso di ricoveri ripetuti; aumenti tariffari per incentivare specifiche procedure (per esempio, parto vaginale vs. parto cesareo).

#### 6.4 Un quadro di sintesi e alcune considerazioni conclusive

Al fine di proporre un quadro di sintesi rispetto all'utilizzo da parte dei SSR del sistema tariffario di finanziamento del ricovero ospedaliero come strumento per orientare i comportamenti, sono state individuate per ciascuna delle cinque dimensioni di analisi descritte nel par. 6.2 le regioni più attive rispetto agli indicatori utilizzati. In particolare (Tab. 6.5):

- ▶ rispetto all'incidenza dei finanziamenti a tariffa nel riparto complessivo del FSR (par. 6.3.1), sono state considerate le regioni in cui l'incidenza sul FSR dei costi sostenuti dalle ASL per assistenza ospedaliera erogata ai propri residenti da altri soggetti è superiore al 20 per cento (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Lazio, Liguria, Puglia, Piemonte, Umbria e Veneto);
- ▶ riguardo alla valutazione della dispersione degli scostamenti delle tariffe regionali da quelle nazionali (par. 6.3.2), sono state scelte le regioni in cui l'incidenza delle prime tre percentuali di scostamento è inferiore al 50 per cento e la numerosità delle percentuali di scostamento per il 70 per cento dei DRG è superiore a 10 (Lombardia, Veneto, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Umbria);
- ▶ per quanto concerne la differenziazione dei tariffari per caratteristiche delle strutture di ricovero (par. 6.3.3), sono state considerate le regioni che presentano una forbice maggiore del 20 per cento tra le tariffe massime e minime riconosciute alle strutture in funzione della loro complessità (Campania, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Marche);
- ▶ rispetto al grado di manutenzione del tariffario (par. 6.3.4), sono state selezionate quelle regioni che presentano al contempo un numero di modifiche del nomenclatore tariffario maggiore o uguale a 47 e un numero di aggiornamenti maggiore o uguale a quattro (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Veneto, Calabria e Toscana cfr. *supra*);
- ▶ infine, con riferimento al governo dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere (par. 6.3.5), sono state considerate solo le regioni che sembrano aver attivato almeno tre delle quattro azioni individuate (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia e Toscana).

Per una migliore interpretazione dell'investimento sui sistemi tariffari si è deciso di posizionare le regioni all'interno di una matrice costruita in base alle seguenti variabili (Fig. 6.6):

- ▶ grado di investimento sui sistemi tariffari come risulta dai cinque criteri sopra descritti (cfr. Tab. 6.5);
- ▶ ampiezza del quasi-mercato, prendendo come riferimento il valore medio nazionale dei posti letto dei produttori puri (46 per cento).

Tabella 6.5 **Posizionamento delle regioni rispetto alle dimensioni di analisi**

	Incidenza meccanismo tariffario su riparto FSR	Scostamento da tariffario nazionale	Grado di differenziazione	Grado di aggiornamento	Penalizzazione comportamenti opportunistici
Abruzzo					
Basilicata					
Bolzano					
Calabria				✓	
Campania			✓		
Emilia Romagna	✓	✓			✓
Friuli Venezia Giulia	✓		✓	✓	
Lazio	✓	✓			✓
Liguria	✓			✓	✓
Lombardia	✓	✓		✓	✓
Marche			✓		
Molise					
Piemonte	✓	✓			
Puglia	✓		✓		
Sardegna					
Sicilia					
Toscana		✓		✓	✓
Trento					
Umbria	✓	✓			
Valle d'Aosta					
Veneto	✓	✓		✓	

Nota: in segno di spunta individua le regioni che risultano più attive rispetto agli indicatori utilizzati per l'analisi delle diverse dimensioni.

Fonte: nostra elaborazione

Figura 6.6 **Posizionamento SSR rispetto a investimento sui sistemi tariffari e ampiezza del quasi-mercato**

	<i>Basso</i>	<b>Quasi-mercato</b>	<i>Alto</i>
<b>Investimento sui sistemi tariffari</b>	<i>Alto</i>	Veneto, Toscana, Puglia	Lombardia, Piemonte, Lazio, Umbria, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna
	<i>Basso</i>	Valle d'Aosta, Sardegna, Molise, Marche, Bolzano, Abruzzo, Trento	Sicilia, Campania, Calabria, Basilicata

Fonte: nostra elaborazione

Si configurano in questo modo quattro *cluster* di SSR:

- ▶ regioni «coerentemente passive»: in queste realtà regionali, coerentemente alla scelta di un'organizzazione del SSR caratterizzata da un'estensione contenuta del quasi-mercato (presenza limitata di produttori pubblici e/o privati accreditati), non si è investito sul sistema di finanziamento a tariffa che rappresenta un criterio marginale di riparto delle risorse finanziarie; il governo del SSR è garantito da strumenti di indirizzo diversi (Abruzzo, provincia autonoma di Bolzano, Marche, Molise, Sardegna, provincia autonoma di Trento e Valle d'Aosta);
- ▶ regioni «capogruppo»: questo è il caso dei SSR (Puglia, Toscana, Veneto) in cui, pur avendo un'ampiezza limitata del quasi-mercato, si è investito nel sistema di finanziamento a tariffa al fine di avviare analisi quantitative e qualitative delle attività svolte dalle strutture del proprio territorio e sviluppare sistemi di programmazione e controllo aziendali e di gruppo, basati su processi di confronto e logiche di competizione ed emulazione tra le strutture;
- ▶ regioni «potenzialmente incentivanti»: queste sono le regioni, che avendo un'organizzazione del proprio SSR orientata al quasi-mercato, ne hanno enfatizzato le caratteristiche definendo un sistema tariffario che potrebbe essere utilizzato per orientare i comportamenti dei produttori verso gli obiettivi della regione (Lombardia, Piemonte, Umbria, Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna);
- ▶ regioni «limitatamente attive»: a questo *cluster* appartengono alcuni SSR che, pur essendo caratterizzate da una dimensione del quasi-mercato superiore alla media nazionale, non sembrano utilizzare il sistema tariffario per orientare i comportamenti dei produttori (Sicilia, Campania, Calabria e Basilicata). In queste situazioni è possibile ipotizzare che vengano utilizzati strumenti diversi da quelli «automatici» del quasi-mercato, strumenti che enfatizzano la programmazione *ex ante* e la negoziazione *ex post* della regione con gli erogatori e che non fanno necessariamente riferimento alla misurazione degli output prodotti. Tale approccio può essere conseguenza di scelte regionali, ma può derivare anche da possibili carenze dei sistemi informativi in termini di affidabilità e tempestività dei dati raccolti.

La ricerca ha, quindi, consentito di individuare le regioni in cui il sistema tariffario ha maggiori potenzialità di fungere da strumento di orientamento dei comportamenti, attraverso l'azione esercitata dalle convenienze economiche, ovvero le regioni definite come «incentivanti». In generale, lo sviluppo della ricerca prevede un approfondimento su questi casi regionali al fine di analizzare l'effettiva capacità dei sistemi tariffari di indurre modifiche nei volumi e mix di prestazioni erogate che siano coerenti con la direzione auspicata dalla regione.

Inoltre, al fine di arricchire e rendere più significativi i risultati del presente stu-

dio, si intende proseguire in futuro la ricerca proponendo almeno tre approfondimenti specifici:

1. calcolo del livello di dispersione delle tariffe regionali da quelle nazionali ponderando ciascuna variazione per un sistema di pesi che rappresenti l'incidenza dei casi trattati sul totale dei ricoveri erogati;
2. identificazione ed elaborazione di indicatori quantitativi per affinare l'analisi dell'utilizzo del sistema tariffario per penalizzare i comportamenti opportunistici;
3. in generale, confronto dei tariffari regionali con quello previsto dalla Conferenza Stato-Regioni per la compensazione della mobilità interregionale (TUC).

### Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Assobiomedica (2005), «I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Primo aggiornamento», *Centro Studi Assobiomedica*, n. 9, aprile 2005.
- Borogonovi E. (1985), «Modello gestionale e logica di cambiamento nell'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale», in E. Borogonovi, M. Meneguzzo (a cura di), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle USL*, Milano, Giuffrè.
- Cantù E., Jommi C. (2002a), «Federalismo fiscale: sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Cantù E., Jommi C. (2002b), «I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Cantù E., Jommi C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque regioni: un aggiornamento al 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C., Jommi C., Domenico S. (2004), «I sistemi di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Carbone C., Jommi C., Torbida A. (2006), «Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.



- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Fabbri D., Fiorentini G. (a cura di) (1999), *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*. Bologna, Il Mulino.
- Falcitelli N., Langiano T. (a cura di) (2006), *La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera M. (1995), «The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy 1978-1994», *Journal Health Politics Policy Law*, n. 20, pp. 275-302.
- France G. (1991), «Cost Containment in a Public-Private Health Care System: The Case of Italy», *Public Budgeting Finance*, n. 11, pp. 63-74.
- France G. (2006), *Federalismi e sanità*, Milano, Giuffrè.
- Jommi C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Longo F. (1999), «L'USL diventa azienda: quale ruolo e strategia per il territorio e la medicina di base», in F. Longo (a cura di), *ASL, Distretto, Medico di base*, Milano, Egea.
- Mapelli V. (1995), «Cost Containment Measures in the Italian Healthcare System», *Pharmaeconomics*, n. 8, pp. 85-90.
- Nonis M., Lerario M. (a cura di) (2003), *DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali: esperienze internazionali e politiche delle regioni in Italia*, Roma, Pensiero Scientifico.
- Rebba V. (1996), «Tariffe ROD e regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere», *Mecosan*, n. 19, pp. 86-97.
- Taroni F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Roma, Pensiero Scientifico.
- Taroni F. *et al.* (1997), «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, vol. 12, pp. 3-110.
- Vanara F. (1995), *Il nuovo sistema di finanziamento nel Servizio Sanitario Nazionale. Tariffe e raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD/DRG)*, Roma, Aracne.
- Vanara F. (1997), «Esperienze regionali di pagamento a prestazione. Modulazione delle tariffe, qualità delle codifiche e reazione delle unità di offerta», *Tendenze*, n. 3, maggio-giugno, pp. 15-28.