

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

Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità  
di Assolombarda

**Rapporto di ricerca**

## Introduzione

Sul tema del finanziamento dei sistemi sanitari sono state sviluppate numerose analisi sui modelli macroeconomici (finanziamento tramite fiscalità, assicurazioni pubbliche e private), sugli impatti in termini di finanza pubblica, sostenibilità della spesa, equità e sui meccanismi di assegnazione delle risorse del FSR (criteri di ponderazione della quota capitaria, modalità di calcolo delle tariffe). Più limitate sono state invece le analisi sul potenziale ed effettivo impatto dei sistemi di finanziamento sul comportamento delle unità produttrici ed erogatrici dei servizi (aziende sanitarie pubbliche e private).

L'influenza ed il governo regionale dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie verso gli obiettivi di politica sanitaria regionale, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, può avvenire attraverso<sup>1</sup>:

- 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 il collegamento a questi ultimi dei flussi di risorse che all'azienda afferiscono.

L'utilizzo dei secondi assolve a due funzioni distinte ma collegate. Da una parte possono stimolare la ricerca di più elevati livelli di efficienza e di efficacia dell'azione; dall'altra possono essere utilizzati per orientare i comportamenti delle aziende attraverso l'azione esercitata dalle convenienze economiche<sup>2</sup>.

In Italia, con la prima riforma del SSN (D. Lgs. 502/92 e 517/93) sono stati introdotti i primi meccanismi di quasi-mercato e si è quindi assistito ad un sostanziale, anche se graduale cambiamento: (i) da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, e quindi della spesa storica, ad (ii) un modello di assegnazione delle risorse basato, oltre che sul bisogno di assistenza (quota capitaria), sui livelli di produzione (sistema tariffario).

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 andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate) e di riequilibrio<sup>3</sup> (per smussare gli effetti redistributivi del nuovo sistema di finanziamento).

Dopo un'analisi delle principali caratteristiche dei sistemi tariffari adottati dai singoli SSR (sistema tariffario per le prestazioni di ricovero – RO e DH – e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale – paragrafo 1), la ricerca ha analizzato, sulla base di una serie di indicatori, il grado di investimento sui sistemi tariffari e l'effettivo utilizzo da parte delle regioni, con riferimento specifico alle prestazioni di ricovero (paragrafo 2).

### 1. I sistemi tariffari delle regioni italiane

In seguito alla riforma dei primi anni novanta, a livello nazionale è stato definito un tariffario per le prestazioni di ricovero (l'ultima versione approvata è quella contenuta nel DM 78 del 30 giugno 1997). Tale tariffario rappresentava la remunerazione massima che le Regioni potevano adottare. Successivamente, il 10 dicembre 2003 un'intesa interistituzionale tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome ha approvato il "Testo Unico per la compensazione della mobilità interregionale della mobilità sanitaria"

---

<sup>1</sup> Per un maggior approfondimento sul tema si veda Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.

<sup>2</sup> Per un maggiore approfondimento sul tema si veda: Barnum H, Joseph Kutzin, Helen Saxenian (1995), «Incentives and provider payment methods», *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 10, 1, p 23-45; Busse R., Schreyogg J. (2006), «Cost accounting to determine process: how well do prices reflect costs in German DRG-system? », *Health care management science*, agosto.

<sup>3</sup> Per un maggior approfondimento sul tema si veda Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.

(TUC). Tale intesa stabilisce le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate a soggetti provenienti da altre regioni<sup>4</sup>.

Una volta definite le tariffe DRG a livello nazionale (DM 78/97) le Regioni potevano:

- 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 e tempistiche diverse (Tabella 1). Otto regioni su ventuno hanno definito un proprio sistema tariffario: due hanno adottato il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia)<sup>5</sup> e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria)<sup>6</sup>. Le restanti tredici regioni hanno basato il proprio tariffario su quello nazionale (DM 78/97) con variazioni percentuali in aumento e in diminuzione secondo i contesti regionali.

---

<sup>4</sup> Tali tariffe sono applicate per la determinazione dei saldi della mobilità tra le Regioni. Gli erogatori pubblici o privati che erogano le prestazioni a pazienti provenienti da altre regioni sono remunerati in base al tariffario regionale e non a quello TUC.

<sup>5</sup> I sistemi tariffari di Piemonte e Sicilia, nonostante abbiano mantenuto i pesi ministeriali, sono classificati come tariffari regionali perché hanno variato il valore per punto DRG utilizzando una metodologia di studio dei costi standard di produzione di determinati DRG da cui sono stati ricostruiti i valori tariffari di tutti gli altri.

<sup>6</sup> Il metodo analitico si basa su analisi di costo svolte nelle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un *panel* di ospedali (idealmente scelti in virtù del fatto che li si reputa delle *best practice*), depurati dai costi attribuibili a prestazioni erogate in regime ambulatoriale, e la successiva attribuzione a ciascun DRG attraverso specifici algoritmi e tenuto conto del case-mix rilevato.

Tabella 1. Caratteristiche dei tariffari per le prestazioni di ricovero adottati nei SSR

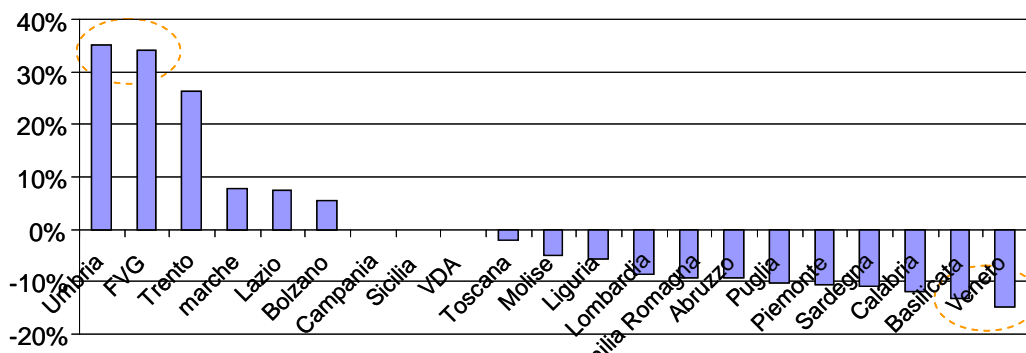
| Regioni               | Tariffario |               |
|-----------------------|------------|---------------|
|                       | Nazionale  | Regionale     |
| Piemonte              |            | X (pesi)      |
| Valle D'Aosta         | X          |               |
| Lombardia             |            | X (analitico) |
| PA Bolzano            | X          |               |
| PA Trento             | X          |               |
| Veneto                |            | X (analitico) |
| Friuli Venezia Giulia | X          |               |
| Liguria               | X          |               |
| Emilia Romagna        |            | X (analitico) |
| Toscana               |            | X (analitico) |
| Umbria                |            | X (analitico) |
| Marche                | X          |               |
| Lazio                 |            | X (analitico) |
| Abruzzo               | X          |               |
| Molise                | X          |               |
| Campania              | X          |               |
| Puglia                | X          |               |
| Basilicata            | X          |               |
| Calabria              | X          |               |
| Sicilia               |            | X (pesi)      |
| Sardegna              | X          |               |

Fonte: Assobiomedica 2005

Anche gli aggiornamenti dei tariffari sono stati approvati con frequenze e metodologie diverse. Confrontando le singole tariffe regionali<sup>7</sup> in vigore nel 2007 con quelle nazionali (DM 97 e TUC) sono emerse forti differenze interregionali (cfr. Figura 1): se in Veneto e in Basilicata il tariffario nazionale è stato mediamente abbattuto, rispettivamente, del 14,7% e del 13,2%, in Umbria ed in Friuli Venezia Giulia è stato incrementato, rispettivamente, del 35,2% e del 34,1%. In generale, solo 6 regioni hanno tariffe più elevate di quelle previste nel DM 97. Diversa appare la situazione se il confronto dei tariffari regionali viene fatto rispetto alle tariffe TUC (Figura 2). In questo caso tutte le regioni risultano avere tariffe più elevate ad eccezione di Basilicata e Veneto.

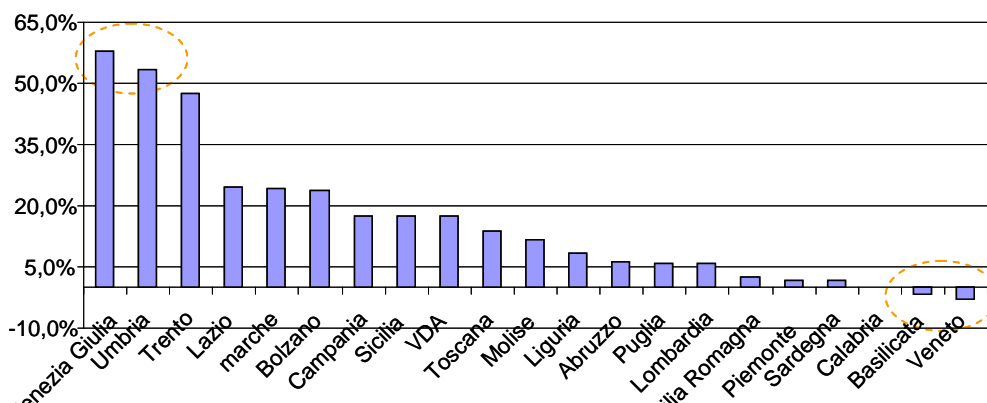
<sup>7</sup> Nel caso di tariffari differenziati per le diverse tipologie di strutture (*infra*) è stato considerato quello con le valorizzazioni più elevate (ovvero quello generalmente applicato ai produttori puri di prestazioni ospedaliere di grandi dimensioni e/o caratterizzati da un elevato livello di complessità – AO, IRCCS, policlinici a gestione diretta ecc.).

Figura 1. Scostamento medio pesato del tariffario regionale da DM '97 (regime ord.)



Fonte: nostra elaborazione su tariffario regionali 2007, scostamento calcolato come media degli scostamenti tariffari dei singoli DRG ponderati in base all'incidenza dei volumi a livello nazionale

Figura 2. Scostamento medio pesato del tariffario regionale da TUC (regime ord.)



Fonte: nostra elaborazione su tariffario regionali 2007, scostamento calcolato come media degli scostamenti tariffari dei singoli DRG ponderati in base all'incidenza dei volumi a livello nazionale

Con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello nazionale il tariffario, approvato con il DM'96, è suddiviso in 25 branche specialistiche e conta di circa 1700 tipologie di prestazioni. Tra queste (cfr. Tabella 2), la branca specialistica "laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologie (cod. 90-91)" rappresenta il 75,5% delle attività di specialistica ambulatoriale in termini di volumi erogati e il 44% in termini di numerosità delle tipologie di prestazioni. Limitatamente alle tariffe regionali adottate per le prestazioni di tale branca specialistica si evince che rispetto al tariffario nazionale: 4 regioni presentano incrementi medi superiori al 10% (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia e Sicilia), un gruppo di 8 regioni incrementi medi compresi tra l'1 e il 10% (Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Trento, Basilicata e Valle D'Aosta) e le restanti regioni applicano le tariffe previste dal DM'96<sup>8</sup> (Figura 3).

Inoltre, si segnala che le singole regioni nell'ambito del proprio spazio di autonomia hanno la possibilità di: (i) introdurre nuove prestazioni all'interno del nomenclatore di specialistica ambulatoriale (queste innovazioni hanno riguardato le branche di chirurgia ambulatoriale; laboratorio analisi; diagnostica per

<sup>8</sup> Si segnala che, per motivi metodologici, l'elaborazione esclude due regioni: Marche, che ha utilizzato dei codici differenti per la branca di laboratorio, e Sardegna, per l'impossibilità di recupero della delibera di definizione del tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

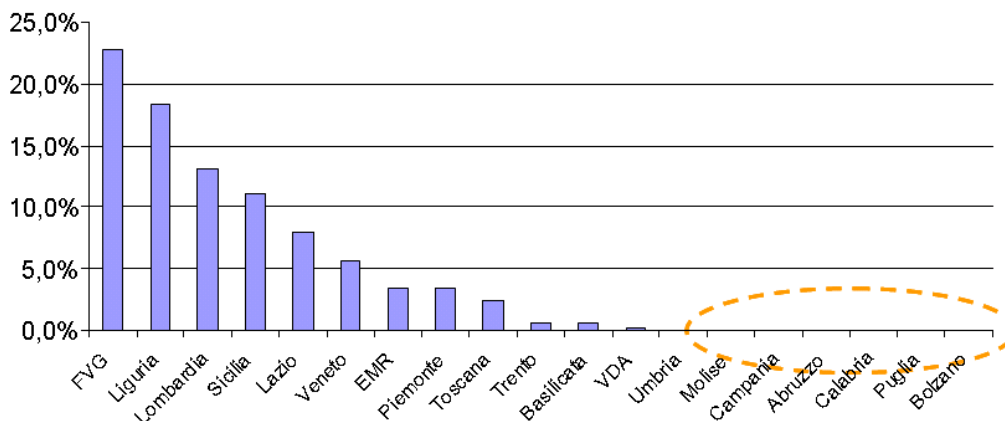
immagini; dietologia e neuropsichiatria infantile) e (ii) effettuare degli accorpamenti tra prestazioni di specialistica ambulatoriale collegate tra di loro per la definizione di “pacchetti assistenziali - (PACC)”.

Tabella 2 Volumi di attività e incidenza delle tipologie di prestazioni per branca specialistica per le prestazioni ambulatoriali a livello nazionale

| Branca specialistica  | Incidenza<br>tipologie di<br>prestazioni | Volumi di attività   |                |
|---|--|----------------------|----------------|
|   |  | valore assoluto      | valore %       |
| ANESTESIA   | 0,7%                                     | 1.368.047            | 0,12%          |
| CARDIOLOGIA   | 1,9%                                     | 15.521.687           | 1,37%          |
| CHIRURGIA GENERALE  | 3,8%                                     | 3.706.046            | 0,33%          |
| CHIRURGIA PLASTICA  | 0,9%                                     | 610.445              | 0,05%          |
| CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA  | 0,2%                                     | 1.627.127            | 0,14%          |
| DERMOSIFILOPATIA  | 1,2%                                     | 5.039.248            | 0,44%          |
| DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA<br>NUCLEARE  | 3,2%                                     | 3.133.933            | 0,28%          |
| DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA<br>DIAGNOSTICA   | 10,6%                                    | 52.511.348           | 4,62%          |
| GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED<br>ENDOSCOPIA DIGESTIVA  | 1,7%                                     | 2.201.247            | 0,19%          |
| LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE,<br>MICROBIOLOGIA ETC.   | 44,0%                                    | 858.337.240          | 75,54%         |
| MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE -<br>RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE<br>DEI MOTULESI E NEUROLESII | 3,9%                                     | 81.669.074           | 7,19%          |
| NEFROLOGIA  | 0,9%                                     | 10.424.235           | 0,92%          |
| NEUROCHIRURGIA  | 0,2%                                     | 170.626              | 0,02%          |
| NEUROLOGIA  | 1,6%                                     | 6.211.176            | 0,55%          |
| OCULISTICA  | 5,2%                                     | 9.702.969            | 0,85%          |
| ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA<br>MAXILLO FACCIALE  | 3,1%                                     | 5.577.040            | 0,49%          |
| ONCOLOGIA   | 0,4%                                     | 2.110.529            | 0,19%          |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA   | 2,3%                                     | 6.255.527            | 0,55%          |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA  | 1,8%                                     | 8.554.518            | 0,75%          |
| OTORINOLARINGOIATRIA  | 2,9%                                     | 5.372.054            | 0,47%          |
| PNEUMOLOGIA   | 1,5%                                     | 2.930.163            | 0,26%          |
| PSICHIATRIA   | 0,5%                                     | 6.555.155            | 0,58%          |
| RADIOTERAPIA  | 1,8%                                     | 3.312.490            | 0,29%          |
| UROLOGIA  | 2,3%                                     | 1.678.699            | 0,15%          |
| ALTRE PRESTAZIONI   | 1,1%                                     | 41.670.973           | 3,67%          |
| <b>Totale complessivo</b>   | <b>100,0%</b>                            | <b>1.136.251.596</b> | <b>100,00%</b> |

Fonte: Attività economiche e gestionali – Ministero Salute (2005)

Figura 3. Scostamento medio del tariffario regionale 2007 da DM '96 (prestazioni di laboratorio – codice 90-91)



Fonte: nostra elaborazione su tariffario regionali 2007, scostamento calcolato come media degli scostamenti tariffari delle singole prestazioni di laboratorio.

## 2. Grado di investimento e di utilizzo dei sistemi tariffari

Dal punto di vista metodologico, la ricerca si è basata sulla costruzione di una check-list di indicatori espressivi della propensione delle singole regioni ad utilizzare in modo dinamico il sistema di finanziamento a tariffa per i ricoveri ospedalieri.

La costruzione della check-list è avvenuta in due step successivi. Innanzi tutto sono stati costruiti alcuni indicatori che consentissero di individuare il posizionamento di ciascuna regione in termini di “grado di investimento” sui sistemi tariffari. Successivamente questo posizionamento è stato posto in correlazione con alcuni indicatori espressivi dell’effettivo utilizzo del sistema tariffario all’interno del SSR. Considerata la propensione di molte regioni ad applicare comportamenti isomorfici si è voluto, cioè, verificare la presenza di una correlazione positiva tra l’“investimento” regionale nella definizione del sistema tariffario e l’effettivo utilizzo di quest’ultimo come criterio di riparto.

Le dimensioni utilizzate per l’analisi del “grado di investimento” nei sistemi tariffari sono state le seguenti:

- Frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali;
- Rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni;
- Riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG;
- Presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati.

Con riferimento alla prima dimensione, maggiore è la frequenza dell’aggiornamento, maggiore risulta essere la volontà della regione di usare il tariffario per orientare i comportamenti. La manutenzione del tariffario consente, infatti, di governare le convenienze degli erogatori riconoscendo l’evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche, della domanda e dell’offerta. Il posizionamento delle regioni rispetto a questa dimensione è stato determinato attraverso tre indicatori:

- numero di aggiornamenti effettuati sul tariffario a partire dall’anno 2000 calcolato come numero di delibere approvate aventi come oggetto aggiornamento e/o integrazione delle tariffe ospedaliere;
- numero di modifiche effettuate al nomenclatore tariffario in termini di numero di DRG eliminati o con tariffa pari a “0”;

- numero di nuovi DRG introdotti (oltre al DRG 492).

La seconda dimensione indaga la misura in cui le regioni hanno provveduto all'analisi dei costi effettivi delle prestazioni e quindi alla rimodulazione delle tariffe. Una sistematica valutazione dei costi consente al governo regionale di:

- garantire una remunerazione adeguata nel tempo agli erogatori: 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 domanda inappropriata;
- stimolare una modificazione dell'offerta incrementando o riducendo la convenienza economica di specifiche prestazioni o regimi assistenziali.

Per il posizionamento di ciascuna regione si è utilizzata l'analisi svolta da Assobiomedica (2005, cfr *supra*) che aveva classificato le regioni sulla base delle modalità di determinazione del proprio tariffario. A conferma dei risultati emersi in quello studio si è proceduto al calcolo delle dispersioni degli scostamenti rispetto al tariffario nazionale. Si suppone che le regioni con dispersione più elevata abbiano provveduto all'analisi dei costi effettivi delle prestazioni e abbiano quindi rimodulato il sistema dei pesi DRG in modo differenziato, non limitandosi al semplice abbattimento del tariffario nazionale.

Una terza dimensione di analisi ha indagato le scelte regionali di differenziazione delle tariffe per caratteristiche organizzative o di attività delle strutture erogatrici. 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.) e renda più credibile il sistema tariffario come sistema di valorizzazione dell'output.

La differenziazione tariffaria è stata indagata anche in termini di diversa valorizzazione del DRG in presenza di specifiche caratteristiche del paziente o di procedure/dispositivi utilizzati nel trattamento.

E' stata infine considerato all'interno di questa dimensione l'eventuale previsione di specifici rimborsi extratariffa che riconoscono il costo aggiuntivo di determinate procedure o dispositivi.

Si è infine indagata la presenza di strumenti per l'individuazione e la penalizzazione tariffaria di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori<sup>9</sup>. Con riferimento a questo aspetto sono stati costruiti degli indicatori "Sì/No" sulla base della presenza di:

- incentivazioni tariffarie dei regimi alternativi al ricovero ordinario (Day Hospital, Day Surgery e prestazioni ambulatoriali) per alcuni specifici DRG;
- individuazione di valori soglia per i DRG ad elevato rischio di inappropriata (ai sensi del DPCM 30/11/2001, Allegato 2c, LEA), al di sopra dei quali le tariffe subiscono dei decrementi;
- abbattimenti tariffari per trattamenti/procedure inappropriati o che la regione intende disincentivare;
- attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale con compiti di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni.

Gli indicatori relativi alle dimensioni sopra elencate sono stati elaborati a partire da un'analisi documentale (tariffari regionali, delibere e circolari regionali sul finanziamento delle aziende), come dettagliatamente descritto nella Tabella 3.

---

<sup>9</sup> Per un maggior approfondimento sul tema, si veda Taroni F. et al. (1997), «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera», Ricerca sui Servizi Sanitari, vol. 12, pp. 3-110; Fabbri D., Fiorentini G. (a cura di) (1999), Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri. Bologna, Il Mulino.



Tabella 3 Indicatori, modalità di calcolo e fonti per le dimensioni di analisi del “grado di investimento” nei tariffari regionali per le prestazioni di ricovero

| Dimensione di analisi  | Indicatori  | Fonti  |
|--|---|--|
| Grado di aggiornamento dei tariffari   | - Numero di aggiornamenti effettuati sul tariffario a partire dall'anno 2000<br>- Numero di DRG eliminati o con tariffa pari a “0”;<br>- Numero di nuovi DRG introdotti (oltre al DRG 492).   | - Delibere di finanziamento regionali, anni 2000- 2007;<br>- Tariffari regionali in vigore – anno 2007 |
| Rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni             | - Dispersione degli scostamenti del tariffario regionale dal tariffario nazionale (DM 78/97)  | - Tariffari regionali in vigore – anno 2007  |
| Grado di differenziazione delle tariffe  | - Presenza di una differenziazione tariffaria in base alla tipologia di erogatore (SI/NO)<br>- Numero di differenziazioni tariffarie all'interno del medesimo DRG<br>- Presenza di prestazioni con rimborso extra-tariffa (SI/NO)   | - Tariffari regionali in vigore – anno 2007  |
| Utilizzo del sistema tariffario per penalizzare eventuali comportamenti opportunistici | - Presenza di incentivazioni tariffarie dei regimi alternativi al ricovero ordinario (SI/NO)<br>- Individuazione di valori soglia per i DRG ad elevato rischio di in appropriatezza (SI/NO)<br>- Presenza di abbattimenti tariffari per trattamenti/procedure inappropriate o che la regione intende disincentivare (SI/NO)<br>- Attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale (SI/NO) | - Delibere di finanziamento regionali - aggiornamento anno 2006  |

Una volta posizionate le regioni in funzione del “grado di investimento” sul sistema tariffario si è analizzato il peso del sistema tariffario come criterio di riparto delle risorse finanziarie all'interno di ciascuna regione. A questo fine sono stati costruiti i seguenti due indicatori a partire dai dati disponibili nei flussi informativi ministeriali<sup>10</sup>:

- incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere (AO, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura accreditate) sul totale dei posti letto disponibili nel SSR;
- incidenza della quota di FSR ripartita in base al criterio tariffario verso le strutture pubbliche e private della regione per l'assistenza ospedaliera sul totale del FSR.

Il primo indicatore mostra la presenza di soggetti teoricamente finanziati a tariffa, il secondo permette di evidenziare le effettive modalità di finanziamento degli stessi. Maggiore è la mobilità passiva delle ASL verso gli erogatori della regione, maggiore è la quota di FSR ripartita in base alle tariffe DRG. Rispetto a quest'ultimo indicatore 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<sup>11</sup>. E' quindi possibile che il dato sia sottostimato per alcune realtà a causa di un'adeguata contabilizzazione della mobilità passiva da parte delle ASL<sup>12</sup>.

### 3. Posizionamento delle regioni in termini di grado di investimento e di utilizzo dei sistemi tariffari

Di seguito si presentano, per ciascuna dimensione di analisi compresa nella check-list i risultati emersi. Alla fine del paragrafo si esprime una valutazione complessiva sul posizionamento delle diverse regioni.

<sup>10</sup> In particolare per il primo indicatore è stato utilizzato l'Annuario Statistico del Ministero della Salute – anno 2005, per il secondo il Conto Economico delle aziende sanitarie del 2005.

<sup>11</sup> Per un maggior approfondimento sul tema, si veda 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.

<sup>12</sup> E' cioè possibile che alcune ASL (soprattutto nei casi di modelli di finanziamento a centralità regionale, cfr. Jommi 2004) non riportino la mobilità passiva verso erogatori pubblici della regione tra i propri costi dal momento che rilevano tra i proventi il valore della quota capitaria già al netto della mobilità passiva.

### *Frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali*

Dall'analisi dei dati raccolti si possono evidenziare alcuni comportamenti opposti (Tabella 4). Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Toscana e Veneto, nel corso degli ultimi anni, hanno aggiornato il proprio tariffario regionale almeno cinque volte. Tali modifiche non hanno coinciso esclusivamente con quelle legate ad adempimenti nazionali (ad esempio, aggiornamento del tariffario per la conversione in euro delle tariffe, adeguamento alle nuove versioni dei *Groupers*). Ciò risulta evidente dal numero di cambiamenti al nomenclatore (maggiore di 40) derivanti dall'eliminazione di DRG non più validi e dall'introduzione di nuovi DRG.

Campania, Molise e Puglia, invece, sono le regioni che hanno limitato gli aggiornamenti agli adempimenti nazionali e non hanno apportato modifiche al nomenclatore.

Tabella 4. Grado di aggiornamento dei sistemi tariffari regionali

| Regione               | Numero aggiornamenti a partire dall'anno 2000 | Numero di cambiamenti al nomenclatore |                       |
|-----------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|
|                       |   | Numero DRG non più validi             | Nuovi DRG (oltre 492) |
| Abruzzo               | 2   | 1                                     |                       |
| Basilicata            | 3   | 16                                    | 30                    |
| Bolzano               | 6   | 0                                     | 2                     |
| Calabria              | 4   | 16                                    | 30                    |
| Campania              | 3   | 0                                     | 0                     |
| Emilia Romagna        | 9   | 15                                    | 30                    |
| Friuli Venezia Giulia | 9   | 21                                    | 30                    |
| Lazio                 | 2   | 13                                    | 30                    |
| Liguria               | 6   | 15                                    | 30                    |
| Lombardia             | 7   | 18                                    | 30                    |
| Marche                | 3   | 0                                     | 1                     |
| Molise                | 2   | 0                                     |                       |
| Piemonte              | 3   | 14                                    | 30                    |
| Puglia                | 2   | 0                                     |                       |
| Sardegna              | 1   | 1                                     |                       |
| Sicilia               | 3   | 1                                     |                       |
| Toscana               | 6   | 28                                    | 30                    |
| Trento                | 3   | 13                                    | 30                    |
| Umbria                | 4   | 15                                    | 30                    |
| Valle D'Aosta         | 1   | 15                                    | 30                    |
| Veneto                | 5   | 16                                    | 30                    |

Fonte: nostra elaborazione su delibere di finanziamento regionali, anni 2000- 2007

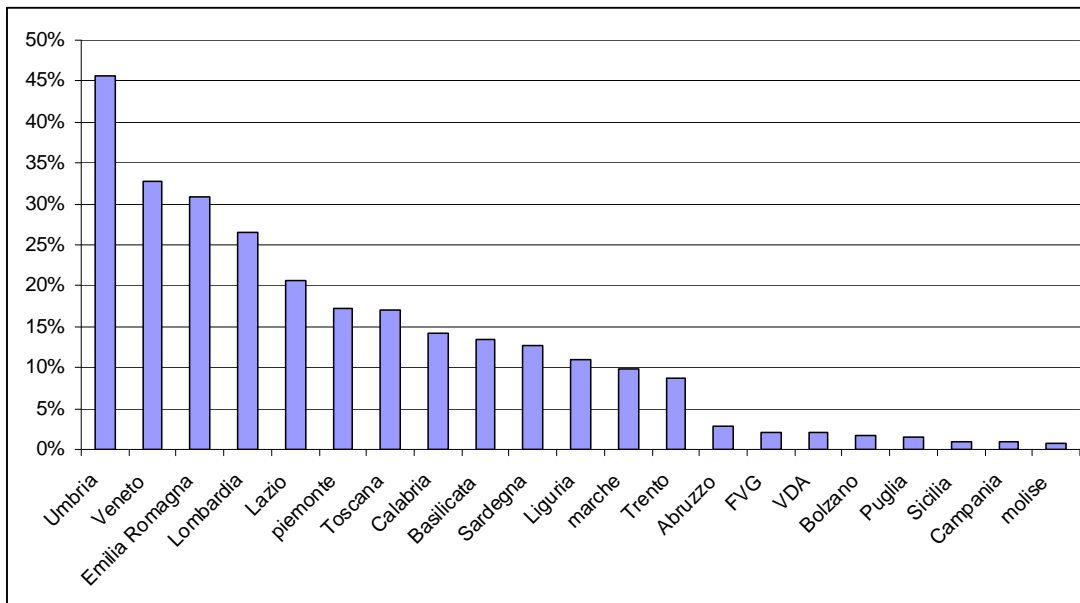
### *Rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni*

Le regioni che, secondo quanto emerso dalla ricerca di Assobiomedica (2005, cfr *supra*), hanno adottato un metodo analitico di determinazione del tariffario regionale dovrebbero essere quelle che hanno maggiormente investito sulla rimodulazione delle tariffe a partire dai costi effettivi delle prestazioni.

Per avere conferma di ciò è stata svolta un'analisi della dispersione degli scostamenti tra valorizzazioni regionali e nazionali in termini di deviazione standard dal tariffario nazionale. Anche in questo caso, quando erano presenti più tariffari regionali 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, AOU, IRCCS, Policlinici a gestione diretta).

L'analisi ha confermato (Figura 4) che le regioni con deviazione standard più elevate (maggiore del 17%) sono quelle che hanno utilizzato il metodo analitico (Umbria, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio, e Toscana), con l'aggiunta del Piemonte.

Figura 4. Variabilità degli scostamenti tariffari dei SSR (deviazione standard) dal tariffario nazionale (DM '97)



Fonte: elaborazioni OASI su tariffari regionali (2006)

### *Riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG*

Quindici regioni su ventuno hanno previsto differenziazioni tariffarie per tipologia di struttura di ricovero<sup>13</sup>. In questi casi variano però (cfr. Tabella 5):

- i criteri di classificazione delle strutture (es. complessità dell'attività svolta, presenza e caratteristiche delle strutture per l'emergenza/urgenza, svolgimento di attività di ricerca e formazione...);
- il numero di classi / fasce che oscilla tra un minimo di due (il caso dell'Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche) e un massimo di sei (il caso della Sicilia e della Campania);
- la forbice di scostamento tra le tariffe delle strutture caratterizzate da un livello di complessità elevato (incluse nella Fascia A / Classe 1) e quelle delle strutture con caratteristiche opposte (incluse nella fascia tariffaria più bassa); la forbice tra i due valori assume il valore massimo in Campania (43%) e quello minimo in Lombardia (8%). Non si riscontra, tuttavia, una correlazione tra l'ampiezza della forbice e il numero di classi di strutture individuate: ciò vuol dire che ad un'ampiezza della forbice più o meno elevata non corrisponde necessariamente un numero elevato di classi e viceversa.

Con riferimento, invece, al riconoscimento di differenziali di costo all'interno del medesimo DRG, causati da specifiche caratteristiche dei pazienti o dalle procedure / terapie erogate, la Tabella 6 mostra, per ciascuna regione, il numero di differenziazioni tariffarie all'interno del medesimo DRG e l'eventuale presenza di rimborsi extra-tariffa. Questi ultimi sono sinteticamente descritti in Tabella 7. Dall'analisi di questi dati

<sup>13</sup> Si segnala peraltro che l'assenza di una differenziazione tariffaria non implica necessariamente che la Regione non consideri l'impatto sulla struttura dei costi delle aziende determinato dallo svolgimento di specifiche funzioni o servizi. L'assenza di differenziazioni tariffarie potrebbe essere infatti compensata da un più ampio ricorso al finanziamento a forfait di specifiche funzioni.

emerge in modo evidente il caso della regione Lombardia che oltre ai rimborsi extra-tariffa prevede una differenziazione tariffaria per ben 18 DRG. Seguono Bolzano (6), Campania (4), Toscana (3).

Tabella 5 Numero classi, criterio di differenziazione e forbice tariffaria tra classe/fascia con tariffe più alte e classe/fascia con tariffe più basse

| Regioni               | Numero di classi | Criterio di differenziazione   | Forbice |
|-----------------------|------------------|--|---------|
| Bolzano               | 4                | Fascia A ( strutture complesse)  | 15%     |
|                       |                  | Fascia B (strutture intermedie)  |         |
|                       |                  | Fascia C (strutture di base)   |         |
|                       |                  | Fascia D (strutture private accreditate senza PS, terapia intensiva)   |         |
| Campania              | 6                | Fascia A (AO, IRCCS, Policlinici a gestione diretta dell'Università)   | 43%     |
|                       |                  | 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)  |         |
| Emilia Romagna        | 2                | Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero pubblici di alta specializzazione)   | 13%     |
|                       |                  | Fascia B (restanti strutture di ricovero pubbliche e private)  |         |
| Friuli Venezia Giulia | 2                | Classe 1 (strutture di ricovero pubbliche)   | 21%     |
|                       |                  | Classe 2 (strutture di ricovero private e presidi di riabilitazione)   |         |
| Lazio                 | 4                | Fascia A (strutture di ricovero per acuti che hanno 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) | 10%     |
|                       |                  | 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)  |         |
| Liguria               | 3                | Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero che presentano il case-mix più elevato ed hanno reparti ad alta specializzazione)  | 10%     |
|                       |                  | Fascia B (presidi ospedalieri e strutture di ricovero con reparti di DEA, UITS e rianimazione)   |         |
|                       |                  | Fascia C (restanti strutture di ricovero)  |         |
| Lombardia             | 3                | Classe 1 (strutture di ricovero con DEA e PS)  | 8%      |
|                       |                  | Classe 2 (strutture di ricovero con PS)  |         |
|                       |                  | Classe 3 (strutture di ricovero senza PS)  |         |
| Marche                | 2                | Fascia A (AO, presidi ospedalieri e strutture di ricovero con case-mix elevato)  | 22%     |
|                       |                  | Fascia B (restanti strutture di ricovero)  |         |
| Molise                | 4                | Classe 1 e Classe 2 (strutture di ricovero pubbliche distinte per caratteristiche organizzative e complessità della casistica trattata)  | 16%     |
|                       |                  | 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)   | 15%     |
|                       |                  | Fascia B: Classe 1, Classe 2, Classe 3 (strutture di ricovero private distinte per caratteristiche organizzative e/o complessità della casistica trattata)   |         |
| Puglia                | 4                | Fascia A (strutture di ricovero pubbliche dotate di 3 alte specialità e della terapia intensiva)   | 22%     |
|                       |                  | 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)  |       |
| Sicilia | 6 | Fascia A (AO, AO per l'emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix elevato)  | 12,5% |
|         |   | Fascia B (AO, AO per l'emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix medio; AO per l'emergenze di II livello e ospedali classificati con case-mix elevato)   |       |
|         |   | Fascia C (AO, AO per l'emergenze di III livello e policlinici a gestione diretta dell'università con case-mix basso; AO per l'emergenze di II livello e ospedali classificati con case-mix medio; presidi ospedalieri con case-mix elevato) |       |
|         |   | Fascia D (AO per l'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)  |       |
| Toscana | 2 | Fascia A (Presidi ospedalieri, AO, IRCCS che operano in regime di E/U)  | 12%   |
|         |   | Fascia B (strutture di ricovero che operano in regime di elezione programmata)  |       |
| Trento  | 3 | Fascia A (presidi ospedalieri di Trento)  | 19%   |
|         |   | Fascia B (presidi ospedalieri di Rovereto e ospedale provinciale specializzato Armani Arco)   |       |
|         |   | Fascia C (ospedali generali di zona e strutture di ricovero private accreditate)  |       |
| Umbria  | 3 | Fascia A (AO)   | 17%   |
|         |   | Fascia B (presidi ospedalieri di grandi dimensioni)   |       |
|         |   | Fascia C (presidi ospedalieri di piccole dimensioni e strutture di ricovero private accreditate)  |       |

Fonte: Nostra elaborazione su delibere regionali di finanziamento

Tabella 6. Presenza di differenziazioni tariffarie all'interno del medesimo DRG

| Regioni               | Differenziazioni all'interno del medesimo DRG | Prestazioni rimborsate extra-tariffa (SI/NO) |
|-----------------------|---|--|
| Abruzzo               | 1   |  |
| Basilicata            | 1   |  |
| Bolzano               | 6   | SI   |
| Calabria              | 1   |  |
| Campania              | 4   | SI   |
| Emilia Romagna        | 1   | SI   |
| Friuli Venezia Giulia | 1   | SI   |
| Lazio                 |   | SI   |
| Liguria               | 2   | SI   |
| Lombardia             | 18  | SI   |
| Marche                | 1   | SI   |
| Molise                |   |  |
| Piemonte              | 1   | SI   |
| Puglia                |   | SI   |
| Sardegna              | 1   | SI   |
| Sicilia               | 2   |  |
| Toscana               | 3   |  |
| Trento                |   | SI   |
| Umbria                | 1   |  |
| Valle D'Aosta         |   |  |
| Veneto                | 1   | SI   |

Fonte: Nostra elaborazione su delibere regionali di finanziamento

Tabella 7. Principali prestazioni con rimborso ad hoc extra-tariffa

| Regioni               | Prestazioni  |
|-----------------------|--|
| Piemonte              | 1) impianto di protesi (cocleare, d'anca, di spalla, di caviglia, vertebrale); 2) stimolatori cerebrali; 3) defibrillatore; 4) pompa per infusione intratecale   |
| Lombardia             | 1) impianto di endoprotesi (d'anca, di ginocchio, stent coronarici); 2) alcune procedure di revisione di protesi di anca; 3) endoprotesi ad ombrellino; 4) stent coronarici a rilascio di farmaco; 5) defibrillatori   |
| PA Bolzano            | 1) protesi cocleare; 2) procedura di replicazione cellulare  |
| PA Trento             | 1) impianto di protesi cocleare multielettrodo   |
| Veneto                | 1) impianti di protesi cocleare multielettrodo; 2) impianti per stimolazione cerebrale profonda; 3) osservazione e prelievo di organi da cadavere; 4) cuore artificiale; 5) trapianto di pancreas  |
| Friuli Venezia Giulia | 1) attività d'osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto; 2) calcolosi urinaria; 3) assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato; 4) impianto di protesi mammaria; 5) impianto di stimolatore cerebrale |
| Liguria               | 1) DRG relativi alle malattie e traumatismi del midollo spinale 2) prestazioni pediatriche di ricovero giornaliero e diurno 3) DRG con casistica prevalentemente oncologica  |

|                |   |
|----------------|---|
| Emilia Romagna | 1) sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla; 2) artrodesi vertebrale; 3) protesi sfinteriche urinarie; 4) protesi endoaortiche; 5) stimolatore cerebrale; 6) neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro urologico); 7) pompa per infusione intratecale; 8) protesi metacarpale o metacarpofalangea; 9) protesi biliari; 10) protesi mammarie e inserzione di espansore; 11) protesi cocleare |
| Marche         | 1) sostituzione parziale o totale della spalla, 2) artrodesi vertebrale con o senza innesto osseo, 3) protesi urinaria, endoiliaca, endoaortica, biliare 4) defibrillatore cardiaco a permanenza, 5) stimolatore cerebrale, 6) neurostimolatore spinale, 7) pompa per infusione intratecale   |
| Lazio          | 1) decompressione del tunnel carpale, 2) intervento sul cristallino, 3) DRG considerati pediatrici, 4) impianti di protesi cocleare, 5) intervento per protesi d'anca, 6) prelievo pancreas, rene, cornea, fegato, polmone, cuore.  |
| Campania       | 1) impianto di dispositivi protesici; 2) impianto di dispositivi ortopedici, ottici, audioprotesici; 3) stent medicati con angioplastica  |
| Puglia         | 1) endoprotesi  |
| Sardegna       | 1) inserzione di stent coronarico, 2) revisione di sostituzione dell'anca parziale e totale, 3) interventi su dorso e collo con e senza complicazioni, 4) impianto di protesi cocleare  |

Fonte: 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.

### *Presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati*

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 evidenziano (cfr. Tabella 8):

- l'incentivazione dei regimi alternativi al ricovero ordinario (Day Hospital, Day Surgery e prestazioni ambulatoriali) per alcuni specifici DRG (ad esempio, cataratta e tunnel carpale) attraverso il riconoscimento di tariffe incrementate, pari, in alcuni casi, alle tariffe previste per il trattamento in ricovero ordinario (14 regioni su 21);
- l'individuazione di valori soglia per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza (ai sensi del DPCM 30/11/2001, Allegato 2c, LEA), al di sopra dei quali le tariffe subiscono dei decrementi (13 regioni su 21).

Accanto a queste scelte adottate nella maggior parte dei SSR, 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 (ad esempio, il controllo dei DRG più remunerativi, casi con degenza anomala o casi ripetuti);
- penalizzazioni tariffarie per specifici trattamenti/procedure (es. per ricoveri ripetuti; parto cesareo vs parto vaginale).



Tabella 8. Azioni di governo dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere da parte dei SSR

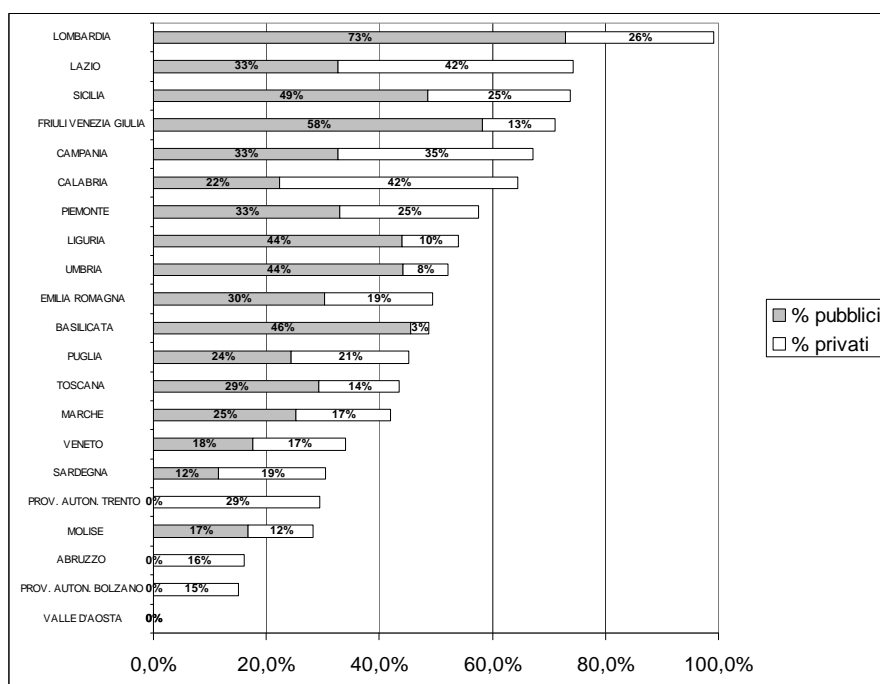
| Regioni               | Incentivazione regimi<br>alternativi al RO per<br>DRG specifici | Individuazione valori<br>soglia su DRG ad<br>elevato rischio di<br>inappropriatezza | Penalizzazioni tariffarie<br>per specifici<br>trattamenti/procedure | Attivazione nuclei<br>operativi di controllo |
|-----------------------|---|---|---|--|
| Abruzzo               | X   |   |   |  |
| Basilicata            | X   |   |   |  |
| Bolzano               | X   |   |   |  |
| Calabria              |   | X   |   |  |
| Campania              | X   | X   |   |  |
| Emilia Romagna        | X   | X   |   | X  |
| Friuli Venezia Giulia | X   |   |   |  |
| Lazio                 | X   | X   | X   |  |
| Liguria               | X   | X   | X   |  |
| Lombardia             | X   | X   |   | X  |
| Marche                |   | X   |   |  |
| Molise                | X   | X   |   |  |
| Piemonte              |   |   |   |  |
| Puglia                |   | X   |   |  |
| Sardegna              |   | X   |   |  |
| Sicilia               | X   |   |   |  |
| Toscana               | X   | X   | X   |  |
| Trento                | X   |   |   |  |
| Umbria                | X   |   |   |  |
| Valle D'Aosta         | X   | X   |   |  |
| Veneto                | X   | X   |   | X  |

Fonte: Nostra elaborazione su delibere regionali di finanziamento

*Peso del sistema tariffario come criterio di riparto delle risorse finanziarie all'interno di ciascuna regione*

Al fine di comprendere l'effettivo utilizzo del sistema tariffario come criterio di riparto del FSR è stato necessario considerare il grado di separazione acquirente-fornitore all'interno dei SSR. A questo fine è stato calcolato un indice che mostra l'incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere (AO, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura accreditate) sul totale dei posti letto disponibili nel SSR (Figura 5). La Lombardia risulta essere la regione in cui l'indice assume il valore più elevato (99%), seguita da Lazio e Sicilia (74%), Friuli VG (71%), Campania (67%) e Calabria (64%).

Figura 5. Incidenza dei posti letto di erogatori "puri" di prestazioni sul totale posti letto utilizzati del SSR



Nota: sono stati classificati come pubblici i posti letto delle AO, nonché di tutti gli ex-policlinici universitari e degli IRCCS; come privati i posti letto delle case di cura accreditate e degli ospedali qualificati e classificati.

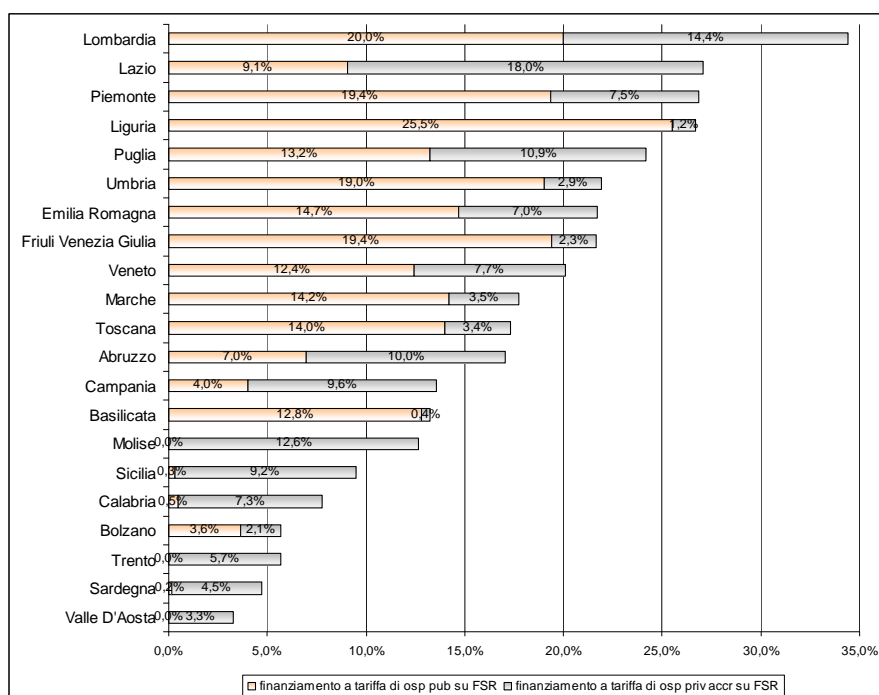
Fonte: nostra elaborazione su dati dell'Annuario Statistico del Ministero della Salute – anno 2005

A valori elevati di tale indice non corrisponde però un altrettanto alto valore dell'indice che mostra l'incidenza dei finanziamenti a tariffa sul riparto del FSR. Quest'ultimo è stato calcolato a partire dai modelli CE delle aziende sanitarie sulla base del seguente rapporto:

- Somma di costi per mobilità passiva verso soggetti pubblici della regione per assistenza ospedaliera (Codice voce CE B0400 + Codice voce CE B0410) e costi per mobilità passiva verso soggetti privati della regione per assistenza ospedaliera (Codice voce CE B0430) su totale dei contributi in c/esercizio da Regione e PA per quota F.S.R. (Codice voce CE A0020) .

Dall'analisi dei risultati emerge, infatti, (cfr. Figura 6) un'elevata variabilità interregionale delle incidenze complessive delle prestazioni di ricovero remunerate a tariffa ed erogate da ospedali pubblici e privati accreditati delle regione con un massimo rappresentato dalla Lombardia (34,4%) e un minimo dalla Valle d'Aosta (3,3%). Tale variabilità non è pienamente spiegata dalla diversa presenza di erogatori puri di prestazioni e sembra quindi conseguenza di esplicite scelte regionali rispetto all'utilizzo del criterio tariffario nel riparto del FSR. Emblematici sotto questo punto di vista sono i casi della Sicilia e della Campania.

Figura 6. Incidenza del finanziamento a tariffa per ricoveri ospedalieri sul FSR (2005)



Fonte: nostra elaborazione su dati CE

*Quali regioni hanno investito di più nella definizione del sistema tariffario? Quale correlazione con l'effettivo utilizzo del criterio tariffario per la remunerazione degli erogatori?*

Al fine di proporre un quadro di sintesi rispetto al “grado di investimento” nel sistema tariffario per i ricoveri ospedalieri da parte dei SSR sono state individuate per ciascuna delle quattro dimensioni di analisi descritte sopra il gruppo di regioni più attive rispetto agli indicatori utilizzati. In particolare (Tabella 9):

- rispetto al grado di manutenzione e aggiornamento del tariffario (Tabella 4) sono state selezionate quelle regioni che presentano al contempo un numero di aggiornamenti maggiore o uguale a quattro e un numero di modifiche del nomenclatore tariffario maggiore o uguale a 40 (Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto) ;
- con riferimento alla modulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni (Figura 4) sono state scelte le regioni in cui la deviazione standard è maggiore (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, Umbria e Veneto in cui l'indice è maggiore del 15%);
- per quanto concerne il riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG (Tabella 5 e Tabella 6) sono state considerate le regioni che hanno introdotto differenziazioni tariffarie per tipologia di struttura, che prevedono rimborsi extra tariffa e almeno una differenziazione tariffaria all'interno del medesimo DRG (Bolzano, Campania, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Lombardia, Marche e Piemonte);
- infine, con riferimento al governo dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere (Tabella 8) sono state considerate solo le regioni che sembrano aver attivato almeno tre delle quattro azioni individuate (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto).

Le regioni attive almeno con riferimento a due delle quattro dimensioni sono state considerate “ad alto grado di investimento sul sistema tariffario”.

Tabella 9. Posizionamento delle regioni rispetto alle dimensioni di analisi

|                       | Grado di aggiornamento | Rimodulazione tariffe in base ai costi | Grado di differenziazione tariffe | Penalizzazione comportamenti opportunistici |
|-----------------------|------------------------|--|-----------------------------------|---|
| Abruzzo               |                        |  |                                   |   |
| Basilicata            |                        |  |                                   |   |
| Bolzano               |                        |  | X                                 |   |
| Calabria              | X                      |  |                                   |   |
| Campania              |                        |  | X                                 |   |
| Emilia Romagna        | X                      | X                                      | X                                 | X   |
| Friuli Venezia Giulia | X                      |  | X                                 |   |
| Lazio                 |                        | X                                      |                                   | X   |
| Liguria               | X                      |  | X                                 | X   |
| Lombardia             | X                      | X                                      | X                                 | X   |
| Marche                |                        |  | X                                 |   |
| Molise                |                        |  |                                   |   |
| Piemonte              |                        | X                                      | X                                 |   |
| Puglia                |                        |  |                                   |   |
| Sardegna              |                        |  |                                   |   |
| Sicilia               |                        |  |                                   |   |
| Toscana               | X                      | X                                      | X                                 | X   |
| Trento                |                        |  |                                   |   |
| Umbria                | X                      | X                                      |                                   |   |
| Valle D'Aosta         |                        |  |                                   |   |
| Veneto                | X                      | X                                      |                                   | X   |

Nota: La “X” individua le regioni che risultano più attive rispetto agli indicatori utilizzati per l’analisi delle diverse dimensioni

Al fine di verificare l’eventuale correlazione tra il “grado di investimento” nel sistema tariffario ed il peso di quest’ultimo come criterio di riparto delle risorse finanziarie all’interno di ciascuna regione sono state costruite due matrici.

La prima posiziona le regioni in base a:

- grado di investimento: “alto” per le regioni attive su due o più dimensioni; “basso” per le regioni non attive o attive solo in una dimensione (cfr Tabella 9);
- presenza di soggetti teoricamente finanziati a tariffa: “alta” nelle regioni che presentano un’incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere sul totale dei posti letto disponibili nel SSR maggiore rispetto alla media nazionale (61%); “bassa” per valori inferiori alla media nazionale.

Si configurano in questo modo quattro cluster di SSR (Figura 7):

- Regioni “coerentemente passive”: in queste realtà regionali, coerentemente alla scelta di un’organizzazione del SSR caratterizzata da una limitata presenza di erogatori “puri”, 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, Basilicata, Bolzano, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Trento e Valle d’Aosta);

- Regioni “capogruppo”: questo è il caso dei SSR (Emilia R., Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria e Veneto) in cui, pur avendo una limitata presenza di erogatori “puri”, 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 “incentivanti”: queste sono le regioni, che avendo un’organizzazione del proprio SSR orientata al quasi-mercato, ne hanno enfatizzato le caratteristiche investendo in modo sistematico sull’aggiornamento e la modulazione del tariffario; quest’ultimo sembra avere una forte valenza di strumento per orientare i comportamenti dei produttori verso gli obiettivi della regione (Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia);
- Regioni “limitatamente attive”: a questo cluster appartengono alcune regioni che, pur essendo caratterizzate da una presenza di produttori “puri” superiore alla media nazionale, non sembrano utilizzare il sistema tariffario per orientarne i comportamenti (Sicilia, Campania, Calabria). 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 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.

Figura 7. Posizionamento SSR rispetto al grado di investimento sui sistemi tariffari e la presenza di erogatori teoricamente finanziati a tariffa

|                                    |       | Presenza erogatori finanziati a tariffa   |                |
|------------------------------------|-------|---|----------------|
|                                    |       | Basso                                     | Alto           |
| Investimento sui sistemi tariffari | Alto  | EMR, LIG, PIE, TOS, UMB, VEN              | FVG, LAZ, LOM  |
|                                    | Basso | ABR, BAS, BZ, MAR, MOL, PUG, SAR, TN, VDA | CAL, CAM, SIC, |

Nella seconda matrice (Figura 8) le regioni sono posizionate in base a:

- al grado di investimento (alto/basso, cfr Tabella 9)
- all’effettivo utilizzo del sistema tariffario come strumento di finanziamento degli erogatori pubblici e privati accreditati: “alto” se l’incidenza dei finanziamenti a tariffa per i ricoveri ospedalieri sul totale del FSR risulta superiore alla media nazionale (21%); basso nel caso opposto.

Figura 8. Posizionamento SSR rispetto al grado di investimento sui sistemi tariffari e effettivo utilizzo del sistema tariffario per finanziare gli erogatori

|                                    |       | Effettivo utilizzo del sistema tariffario           |                                   |
|------------------------------------|-------|---|-----------------------------------|
|                                    |       | Basso   | Alto                              |
| Investimento sui sistemi tariffari | Alto  | TOS, VEN,   | EMR, FVG, LAZ, LOM, LIG, PIE, UMB |
|                                    | Basso | ABR, BAS, BZ, CAL, CAM, MAR, MOL, SAR, SIC, TN, VDA | PUG                               |

La seconda matrice (Figura 8) conferma il posizionamento di alcune regioni nei quadranti “alto-alto” (3) e “basso-basso” (9). Allo stesso tempo si evidenzia come:

- 4 SSR cambiano il proprio posizionamento (da alto-basso ad alto-alto): in queste regioni l’investimento nel sistema tariffario è giustificato da un suo effettivo peso nel riparto complessivo del FSR, in particolare per il finanziamento di strutture erogatrici pubbliche (Emilia R, Liguria, Piemonte, Umbria);

- Veneto e Toscana continuano a caratterizzarsi per un forte investimento sui sistemi tariffari nonostante il limitato peso di tali criteri sul riparto complessivo del FSR;
- i numerosi erogatori “puri” pubblici della Sicilia, Calabria e Campania non sembrano essere finanziati realmente in base a tariffe, il che potrebbe contribuire a spiegare il motivo dello scarso “investimento” regionale nella determinazione e aggiornamento delle stesse.

Anomalo appare, infine, il caso pugliese dove il sistema tariffario sembra avere un peso significativo come criterio di riparto del FSR ma la Regione non sembra avere “investito” sull’affinamento dello stesso.

In generale, l’analisi ha 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” (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Liguria, Piemonte e Umbria). Inoltre, sono stati individuati due casi interessanti (Veneto e Toscana) in cui è evidente lo sforzo regionale di disporre di un sistema di misurazione e valorizzazione degli output prodotti, indipendentemente dal suo utilizzo come criterio di riparto. In questi casi l’investimento sulla definizione delle tariffe può essere spiegato dalla volontà di disporre di un supporto ai processi di programmazione e controllo tra la Regione e le aziende sanitarie pubbliche del SSR.