

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 7 Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali

di Clara Carbone, Claudio Jommi e Aleksandra Torbica\*

### 7.1 Introduzione

Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie ha subito, a partire dalla prima riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (D.lgs. 502/1992 e 517/1993), un sostanziale, anche se graduale cambiamento: la normativa ha infatti previsto «il passaggio da una logica di finanziamento dei fattori della produzione e dei livelli di offerta, e quindi della spesa storica, a un prevalente modello di assegnazione delle risorse basato sul bisogno di assistenza (quota capitaria) e sui livelli di produzione (sistema tariffario), lasciando alle regioni il compito di modulare differenzialmente la combinazione tra i due criteri di finanziamento e di integrarli con logiche di finanziamento per funzione (riconoscendo l'esigenza di andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate) e di riequilibrio (per smussare gli effetti redistributivi del nuovo sistema di finanziamento)» (Jommi 2004, p. 41).

Tale cambiamento è avvenuto in un contesto di sistema sanitario:

1. pubblico e con una prevalenza di aziende pubbliche, la cui spesa deve trovare una qualche forma di copertura;
2. sempre più frammentato per effetto della regionalizzazione (e delle differenziazioni interne alla regione);

---

\* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 7.1, 7.2, 7.4.1 e 7.5 sono da attribuirsi a Claudio Jommi, il par. 7.3 a Clara Carbone, il par. 7.4.2 ad Aleksandra Torbica. Si ringraziano i referenti regionali, che hanno supportato la redazione dei parr. 7.4.1 (Luca Merlini, responsabile dell'Unità organizzativa servizi sanitari territoriali, Direzione generale sanità della Regione Lombardia) e 7.4.2 (Roberto Grilli, direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale ed Eleonora Verdini, responsabile Servizio sistema informativo sanità e politiche sociali, Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione Emilia Romagna).

Si ringraziano, inoltre, Andrea Predan e Filomena Giordano per aver supportato l'attività di raccolta e di analisi delle informazioni per la stesura del par. 7.3. La responsabilità di quanto riportato è comunque degli autori.

3. caratterizzato comunque da una forte pressione dall'esterno, esercitata dalle imprese fornitrici (e da pazienti sempre informati), a garantire un rapido accesso alle innovazioni tecnologiche (farmaci, dispositivi medici ecc.).

In tale contesto il sistema di finanziamento si è qualificato non solo come modello di allocazione *ex post* delle risorse (che in qualche modo deve riconoscere la spesa storica), ma anche, e soprattutto, come strumento di indirizzo *ex ante* dei comportamenti delle aziende e dei professionisti che operano nelle stesse. Il messaggio di fondo è appunto che le risorse vengono allocate su chi produce (tariffe) e in base ai bisogni (quota capitaria), e non a favore di chi spende di più (fattori della produzione). Tale cambiamento ha richiesto un forte investimento a livello regionale per l'acquisizione di capacità politiche e tecniche di regolazione di un sistema a domanda crescente da una parte e a risorse limitate dall'altra: in questo senso il sistema di finanziamento ha avuto e sta avendo una funzione segnaletica delle intenzioni (e della capacità) degli SSR di raggiungere un accettabile livello di efficienza allocativa (garantire adeguata remunerazione a chi produce in modo più efficiente e a chi soddisfa al meglio le aspettative di salute).

Da diversi anni, nell'ambito di OASI, è stata avviata una riflessione sistematica sui sistemi di finanziamento regionale (Jommi 2000; Cantù e Jommi 2002a; Cantù e Jommi 2002b; Cantù e Jommi 2003; Carbone *et al.* 2004). Il presente capitolo si focalizza su due aspetti specifici (e particolarmente critici).

Il primo è il finanziamento a tariffa, che rappresenta l'innovazione più rilevante introdotta con i D.lgs. 502/1992 e 517/1993. Il meccanismo tariffario ha sostanzialmente introdotto di logiche di mercato nel SSN, insieme:

1. alla separazione (più o meno accentrata a seconda delle scelte regionali) tra aziende titolari della funzione di tutela della salute e aziende produttrici;
2. alla competizione pubblico/privato.

Dopo un breve *excursus* sugli indirizzi nazionali (par. 7.2), viene effettuato un quadro sinottico delle scelte regionali in materia di tariffe per prestazioni di ricovero e ambulatoriali e di meccanismi correttivi degli effetti potenzialmente distortivi del finanziamento a tariffa (par. 7.3).

Per quanto il SSN stia vivendo una fase di intenso confronto interregionale, nell'ambito della ridefinizione del Sistema Informativo Sanitario (SIS) e della gestione della mobilità interregionale, è evidente una spinta alla progressiva differenziazione dei sistemi regionali di remunerazione delle prestazioni sanitarie (e delle tariffe a essi correlate), attribuibile, da una parte, al processo di regionalizzazione e al conseguente uso del sistema di finanziamento come strumento di orientamento delle aziende in coerenza con gli obiettivi strategici e l'architettura istituzionale dei SSR e, dall'altra, al mancato aggiornamento e

manutenzione del sistema tariffario definito a livello centrale non modificato di fatto dal 1996-1997.

Il secondo è il finanziamento dell'innovazione tecnologica (nuove tecnologie, nuove indicazioni per tecnologie già esistenti). In un contesto di risorse limitate (sulle quali il livello di responsabilità è stato fortemente decentrato) si pone il problema di trovare un difficile equilibrio tra riconoscimento, anche finanziario, dell'innovazione e obiettivi di contenimento della spesa e allocazione razionale delle risorse. Il tema della sostenibilità economica e organizzativa e del governo (individuazione, selezione, valutazione, indirizzo sull'uso appropriato e controllo) dell'innovazione tecnologica è un tema estremamente complesso. Non è questa sicuramente la sede per analizzare quest'ultimo aspetto in modo specifico (si rimanda a Borgonovi 2003; Chakravorti 2004; Plsek 2003; Preece 1995). Tuttavia, quello che si è voluto analizzare è l'esistenza o meno in due regioni (Lombardia, par. 7.4.1, ed Emilia Romagna, par. 7.4.2) di un processo strutturato di finanziamento delle innovazioni nel più ampio contesto dell'individuazione, selezione e governo della diffusione delle stesse. In altri termini, si è voluto evidenziare se il tema del finanziamento di farmaci, dispositivi medici e tecnologie diagnostiche (riconoscimento di finanziamenti *ad hoc*, rimborsi extratariffari o modifica del sistema tariffario; forme di gestione accentrata regionale attraverso negoziazione dei prezzi o dei volumi con le imprese fornitrici):

- si inserisca in un generale processo strutturato di governo dell'innovazione tecnologica;
- si ponga come momento di riconoscimento «a valle» dell'innovazione, lasciando che l'accesso e la diffusione della stessa avvenga tramite l'informazione di impresa e le decisioni cliniche;
- non venga proprio preso in considerazione.

## 7.2 Gli indirizzi nazionali sulle politiche tariffarie

L'attuale normativa nazionale in materia di tariffe per prestazioni di ricovero e ambulatoriali risale alla seconda metà degli anni Novanta. Nello specifico, le ultime tariffe nazionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno risalgono al 1997 (D.M. 30 giugno 1997, che aggiornò il D.M. 14 dicembre 1994, n. 169); il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio) è datato 1996 (D.M. 22/1996).

A oggi, con riferimento alle prestazioni di ricovero le regioni possono (Asso-biomedica 2005):

- adottare le tariffe indicate dal ministero della Salute, semmai modificate (in

- eccesso o in difetto) di specifiche percentuali eventualmente differenziate in base al tipo di ricovero/struttura erogatrice;
- definire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG, ovvero costruire «a tavolino» i costi standard di produzione attribuibili a determinati DRG<sup>1</sup> (idealmente scelti tra quelli più omogenei in termini di prestazioni sottese) e da questi ricostruire i valori tariffari di tutti gli altri DRG applicando l'apposito sistema di pesi relativi indicato dal Ministero (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 (idealmente scelti in virtù del fatto che li si reputa in grado di essere dei riferimenti in positivo), 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 (cosiddetto metodo analitico).

I pesi, secondo la normativa nazionale, dovrebbero essere verificati annualmente e le tariffe aggiornate con periodicità triennale. La legge 311/2004 (legge Finanziaria per il 2005) prevedeva che alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni provvedesse con proprio decreto il ministero della Salute e che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime, restassero a carico dei bilanci regionali. Di fatto, però, non essendo intervenuto un provvedimento ministeriale, a oggi le tariffe possono essere teoricamente superiori a quelle nazionali (riferite ancora al 1997).

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, l'autonomia delle regioni è ancora più elevata, includendo non solo la possibilità di adottare tariffe diverse da quelle ministeriali, ma anche un'azione discrezionale sullo stesso nomenclatore:

1. copertura di prestazioni aggiuntive, purché la codifica sia coerente con il sistema di classificazione generale (le prestazioni devono essere contrassegnate dalle regioni con la lettera «I»), e/o accorpamento per profilo di trattamento di più prestazioni (gli accorpamenti vengono contrassegnati con la lettera «A»);
2. specificazione di condizioni di erogabilità (per esempio, sulla base di linee-guida specifiche) aggiuntive rispetto a quelle previste dal decreto ministeriale.

Al fine di un'uniforme identificazione delle singole prestazioni ciascuna di esse è inserita in una specifica branca specialistica ed è associata a uno specifico codice (simile al sistema DRG delle prestazioni ospedaliere).

---

<sup>1</sup> Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono: il costo del personale direttamente impiegato, il costo dei materiali consumati, il costo delle apparecchiature utilizzate, i costi generali dell'unità produttiva della prestazione.

Il contesto nazionale (e dei rapporti tra Ministero e regione) è però in decisa evoluzione.

Un primo aspetto riguarda la compensazione della mobilità interregionale. In seguito all'approvazione, da parte della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle provincie autonome del «Testo Unico per la disciplina della compensazione della mobilità interregionale», da luglio 2003 è stata adottata una Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per la compensazione della mobilità (mentre, in precedenza, veniva applicata la tariffa della regione in cui era ubicata la struttura erogatrice). Tale TUC di fatto risale alle tariffe del D.M. 30 giugno 1997 prevedendo incrementi/abbattimenti in funzione delle caratteristiche dei ricoveri (ricoveri ad alta complessità, ricoveri «sentinella», ovvero prestazioni a potenziale presenza di comportamenti opportunistici, altri ricoveri). Il Testo Unico prevede poi un incremento tariffario per le aziende sanitarie sede di attività di formazione (+6 per cento), regole specifiche per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza e rimborsi extratariffe solo per le protesi coclearie e per lo stimolatore cerebrale.

Diversi documenti hanno successivamente regolato la compensazione della mobilità, fino al nuovo accordo, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 15 dicembre 2005, a seguito dei due Accordi Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 e del 16 giugno 2005. Tali accordi prevedono l'adozione sull'intero territorio nazionale entro il 2006 del sistema di classificazione *International Classification of Diseases (ICD)-9-CM* versione 2002 per la codifica delle diagnosi e interventi utilizzati nella scheda di dimissione ospedaliera e della versione 19.0 del Grouper CMS (505 DRG), come strumento di riconduzione dei casi al sistema di classificazione DRG<sup>2</sup>. A seguito dell'approvazione di tali accordi, anche i sistemi di compensazione della mobilità interregionale e la relativa TUC si sono modificati. L'aggiornamento della TUC ha previsto l'individuazione delle tariffe per i nuovi DRG che si generano con l'adozione della 19<sup>a</sup> versione e la revisione tariffaria dei DRG modificati. La TUC 2006 si basa sui 505 DRG raggruppati in funzione delle classi di prestazioni di ricovero, già individuate (anche se aggiornate) nel 2003:

- prestazioni ad alta complessità;
- prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza;
- eventi sentinella;
- altri DRG.

<sup>2</sup> La versione 19.0 del Grouper CMS ha introdotto le seguenti modifiche: 15 DRG non sono più validi; 28 DRG sono introdotti *ex novo*; 10 DRG risultano modificati nella logica di attribuzione e/o nella loro descrizione e/o nel loro contenuto clinico. Le modifiche riguardano soprattutto le seguenti aree:

- cardiologia interventistica, aritmologia, by-pass e interventi su valvole cardiache;
- interventi ortopedici su rachidi e sul ginocchio;
- ustioni;
- alcolismo.

Il nuovo accordo, inoltre, prevede un aumento del riconoscimento percentuale aggiuntivo al 7 per cento per le aziende miste, intese come tutte le aziende ospedaliere o gli istituti (compresi gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia, purché vi siano delibere regionali che riconoscano un finanziamento aggiuntivo per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali. Inoltre sono stati estesi ad altre protesi i riconoscimenti extratariffari (protesi d'anca e ombrello atriale settale). Viene poi ulteriormente regolata la compensazione per mobilità collegata all'attività di trapianto, prevedendo forme di remunerazione *ad hoc* anche per le fasi di osservazione, prelievo (espianto) e trasporto dell'organo.

Un secondo aspetto riguarda l'aggiornamento dei sistemi di classificazione e di remunerazione delle prestazioni, collegato alla creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS – Progetto Mattoni) (Carbone e Lecci 2005).

Per quanto concerne le prestazioni di ricovero, si sono già citati i due accordi che hanno di fatto richiesto alle regioni di adottare le ultime versioni dei sistemi di classificazione e di raggruppamento DRG. Al momento della redazione del presente capitolo, 16 regioni hanno formalmente adottato la 19<sup>a</sup> versione del DRG Grouper CMS (par. 7.3.1). Oltre all'aggiornamento dei sistemi di classificazione, il Progetto Mattoni «Evoluzione del sistema DGR» prevede obiettivi specifici di sviluppo del sistema, con una focalizzazione sulla gestione del flusso informativo relativo ai ricoveri in *day hospital* e il superamento dei limiti derivanti dalla classificazione DRG in specifici settori di attività (soprattutto in ambito pediatrico, di lungodegenza e psichiatrico).

In merito alle prestazioni ambulatoriali, il Progetto Mattoni «Classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali» prevede, oltre agli aspetti specifici di codifica collegati al sistema informativo:

- una ridefinizione del nomenclatore, il gruppo di lavoro (coordinato dalla Regione Lombardia) ha già condiviso l'adozione del sistema di classificazione ICD-9-CM 2002. Inoltre, sulla base di indicazioni emerse nell'ambito del seminario «Progetto Mattoni del SSN: risultati e stato dell'arte», tenutosi il 7 novembre 2005 ([www.assr.it](http://www.assr.it)), il nomenclatore non dovrebbe essere vincolante per le regioni, purché le stesse rispettino la struttura del nomenclatore (ovvero i codici di classificazione delle prestazioni), per consentire modalità omogenee di rilevazione dei dati. Le regioni dovrebbero essere quindi libere di effettuare variazioni (modifiche, eliminazioni e inserimento) al nomenclatore nazionale, nel rispetto della struttura dello stesso. È inoltre prevista la definizione di procedure di aggiornamento flessibili, ma formalizzate, in cui si prevede il contributo di portatori di interesse (per esempio, società scientifiche, già oggi coinvolte, attraverso la Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche, FISM);
- una metodologia per la determinazione delle tariffe (valorizzazione economica

delle prestazioni), determinazione che rimarrebbe integralmente a carico delle regioni.

### 7.3 I sistemi tariffari adottati dai SSR

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di presentare lo stato dell'arte dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica-ambulatoriale e dei sistemi finalizzati a correggere le potenziali distorsioni generate dalla remunerazione a tariffa per prestazione, quali l'aumento eccessivo dei volumi e la variazione opportunistica del *case mix* (Taroni 1997). In questa sede non verranno, quindi, effettuate considerazioni in merito ai sistemi tariffari per le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza.

L'analisi delle realtà regionali è stata effettuata su due livelli. In primo luogo si è proceduto a mappare, sulla base della documentazione più aggiornata (Assobiomedica 2005), di siti dedicati ([www.e-drg.it](http://www.e-drg.it)) e dei siti regionali, la normativa regionale di riferimento per quanto concerne i sistemi tariffari<sup>3</sup>. In secondo luogo, è stato effettuato un approfondimento su un campione di regioni attraverso interviste semi-strutturate ai referenti delle direzioni generali sanità degli assessorati regionali, che tipicamente si occupano di sistemi di finanziamento e tariffe (servizi gestione risorse, servizi ospedalieri ecc.). In questo modo si è verificata l'esistenza:

1. di gruppi/iniziative strutturati di aggiornamento dei sistemi di classificazione e di revisione delle tariffe, sulla base dell'analisi dei costi di produzione;
2. di iniziative specifiche di governo della spesa (o dei volumi di produzione) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Le regioni scelte (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Campania e Sicilia) sono di medio-grandi dimensioni, rappresentano il territorio nazionale e le diverse architetture istituzionali che configurano i SSR. L'analisi documentale e la conduzione delle interviste semistrutturate si è basata su due griglie di analisi, riferite alle prestazioni di ricovero e a quelle ambulatoriali (Riquadro 7.1).

#### 7.3.1 I sistemi tariffari regionali per le prestazioni ospedaliere

Le regioni, pur nel rispetto degli indirizzi nazionali, sono libere di definire il meccanismo di remunerazione da adottare all'interno del proprio territorio. Considerando le diverse strategie regionali di definizione dei sistemi di remunerazione come descritte nel paragrafo precedente (cfr. par. 7.2), la Tab. 7.1 illustra le caratteristiche generali per singolo SSR.

<sup>3</sup> Per le Regioni Abruzzo e Molise le informazioni riguardano solo le prestazioni ospedaliere, non essendo disponibili informazioni sulle prestazioni ambulatoriali.

## Riquadro 7.1 Griglia di analisi per le prestazioni

---

### a. Prestazioni di ricovero

#### ***Prestazioni di ricovero: analisi per tutte le regioni***

##### *Caratteristiche generali del tariffario adottato*

- Ultimo anno di aggiornamento
- Tipologia tariffario (tariffario nazionale, tariffario regionale)
- Adozione versione 19.0 del *Groupier* CMS

##### *Principali aggiornamenti*

- Modifiche/revisione del nomenclatore/tariffario
- Differenziazione tariffe per prestazione
- Rimborsi *ad hoc* extratariffe

##### *Differenziazione delle tariffe per tipologia di struttura*

- Criteri utilizzati per la differenziazione delle tariffe

##### *Strumenti di programmazione e controllo dei volumi/della spesa*

- Definizione di tetti e/o target sui volumi di prestazione o sulla spesa
- Definizione di contratti interaziendali

##### *Strumenti di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero*

- Principali provvedimenti per incentivare l'appropriatezza delle prestazioni

#### ***Prestazioni di ricovero: focus su sette regioni***

##### *Aggiornamento tariffario*

- Esistenza di strutture (unità organizzative) dedicate a un aggiornamento sistematico del tariffario
  - Esistenza di gruppi di lavoro dedicati a un aggiornamento sistematico del tariffario
- 

### b. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

#### ***Prestazioni specialistiche ambulatoriali: analisi per tutte le regioni***

##### *Caratteristiche generali del tariffario adottato*

- Ultimo anno di aggiornamento
- Tipologia tariffario (tariffario nazionale, tariffario regionale)
- Principali aggiornamenti

#### ***Prestazioni specialistiche ambulatoriali: focus su sette regioni***

##### *Strumenti di programmazione controllo dei volumi della spesa*

- Definizione di tetti e/o target sui volumi di prestazione o sulla spesa
- Definizione di contratti interaziendali

##### *Aggiornamento tariffario*

- Esistenza di strutture (unità organizzative) dedicate a un aggiornamento sistematico del tariffario
  - Esistenza di gruppi di lavoro dedicati a un aggiornamento sistematico del tariffario
-

Tabella 7.1 **Caratteristiche dei tariffari per le prestazioni di ricovero adottati nei SSR**

Regioni	Delibera/Anno dell'ultimo aggiornamento delle tariffe	Tariffario		Adozione della versione 19.0 del Grouper CMS
		Nazionale	Regionale	
Piemonte	D.G.R. 44-2139/2006		✓ (pesi)	D.G.R. 50-1062/2005
Valle d'Aosta	D.G.R. 4986/2004	✓		D.G.R. 4986/2004
Lombardia	D.G.R. VIII/1375/2005		✓ (analitico)	D.G.R. VII/11637/2002
Provincia di Bolzano	D.G.P. 1158/2006	✓		D.G.P. 1158/2006
Provincia di Trento	D.G.P. 51/2006	✓		D.G.R. 1749/2005
Veneto	D.G.R. 916/2006		✓ (analitico)	D.G.R. 1918/2005
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. 1158/2005	✓		D.G.R. 780/2006
Liguria	D.G.R. 379/2002	✓		D.G.R. 1759/2004
Emilia Romagna	D.G.R. 2126/2005		✓ (analitico)	Nota protocoll. 23 dicembre 2004, n. 44795, Circolare 25 marzo 2005, n. 7
Toscana	D.G.R. 1404/2004		✓ (analitico)	D.G.R. 1404/2004
Umbria	D.G.R. 199/2005		✓ (analitico)	D.G.R. 1950/2004
Marche	D.G.R. 2265/2002	✓		Circolare interna del 1° gennaio 2006 (non formalizzata con una delibera)
Lazio	D.G.R. 871/2002 e D.G.R. 731/2005		✓ (analitico)	D.G.R. 143/2006
Abruzzo	D.C.R. 157-1/2004	✓		n.r.
Molise	D.G.R. 15/2003	✓		n.r.
Campania	D.G.R. 589/2006	✓		D.G.R. 512/2005
Puglia	L.R. 14/2004	✓		n.r.
Basilicata	D.G.R. 2686/2005	✓		D.G.R. 3226/2004
Calabria	L.R. 2/2005	✓		D.G.R. 121/2005
Sicilia	D.A. 176/2006		✓ (pesi)	D.A. 6845/2005
Sardegna	D.G.R. 9-3/2005	✓		Circolare interna del 1° gennaio 2006 (non formalizzata con una delibera)

Legenda: n.r. = non reperito.

Un quadro più analitico è disponibile nell'Allegato del presente capitolo. Nel prosieguo dell'analisi vengono evidenziati gli elementi di differenziazione regionale. Non si può tuttavia trascurare il fatto che, al di là del confronto in atto nell'ambito dei progetti collegati al NSIS (cfr. par. 7.2), si osserva che gli aggiornamenti tariffari interessano le medesime prestazioni, con qualche variazione marginale a seconda del contesto regionale. Si cita, per esempio, il caso della Regione Sicilia che ha introdotto in via sperimentale per l'anno 2006 alcuni DRG, aggiuntivi rispetto a quelli del D.M. del 1997, valorizzandoli sulla base del costo medio determinato dalla Regione Lombardia.

Rispetto alla determinazione delle tariffe otto regioni hanno definito un proprio sistema tariffario regionale (Tab. 7.1): due hanno adottato il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia)<sup>4</sup> e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria). Le restanti tredici regioni hanno basato il proprio tariffario sul D.M. Sanità 178/1997, con variazioni percentuali in aumento o in diminuzione secondo i contesti regionali. Al riguardo si evidenzia la tendenza di alcune regioni (per esempio, provincia autonoma di Bolzano e Marche) a considerare in maniera esplicita per un gruppo limitato di DRG la TUC (cfr. par. 7.2). Va anche sottolineato come quasi tutte le regioni, al fine di tenere conto dell'inflazione e degli adeguamenti contrattuali, modificano sistematicamente il tariffario: più della metà delle regioni (14 su 21) ha approvato delle delibere di aggiornamento nel corso degli ultimi due anni.

Riguardo alla classificazione delle prestazioni ospedaliere tutte le regioni, su indicazione nazionale, devono adottare entro l'anno 2006 il Codice ICD-9-CM versione 2002 e la versione 19.0 del *Groupier* CMS (cfr. par. 7.2): la Tab. 7.1 indica la delibera di approvazione con cui le regioni hanno adempiuto a tale obbligo.

Un'ulteriore dimensione di analisi dei sistemi tariffari regionali riguarda i principali aggiornamenti effettuati dalle regioni nel corso degli ultimi anni. In particolare, tali aggiornamenti sono rappresentati:

- dalla revisione di gruppi di DRG come naturale conseguenza dell'adozione della versione 19.0 del *Groupier* CMS, ovvero la variazione del nomenclatore in termini di eliminazione di alcuni DRG, introduzione di nuovi e/o modifica della descrizione DRG;
- dalla differenziazione tariffaria per prestazione quando lo stesso DRG viene remunerato con tariffe diverse a seconda delle modalità di esecuzione dell'intervento: per esempio, in Liguria il DRG «trapianto di cellule emopoietiche»

<sup>4</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 attribuibili a determinati DRG (idealmente scelti tra quelli più omogenei in termini di prestazioni sottese) da cui sono stati poi ricostruiti i valori tariffari di tutti gli altri DRG applicando l'apposito sistema di pesi relativi indicato dal Ministero (cosiddetto metodo dei pesi; cfr. par. 7.2).

viene remunerato sulla base di quattro tariffe a seconda delle modalità di intervento; in Toscana sono state approvate delle differenziazioni tariffarie per gli interventi di trapianto e per gli interventi di protesi;

- dal rimborso *ad hoc* extratariffa, derivato dall'esigenza di riconoscere finanziamenti aggiuntivi collegati a tecnologie sanitarie particolarmente costose (cfr. Allegato, per un'analisi dettagliata; parr. 7.4.1 e 7.4.2 per l'analisi delle strategie di finanziamento dell'innovazione tecnologica). Nello specifico, la remunerazione aggiuntiva riguarda in genere prestazioni che sottendono l'impiego di determinati dispositivi medici (per esempio, impianti di protesi, *Drug Stent Eluting* o DES, *stent* a rilascio del farmaco o *stent* medicati ecc.).

Un ultimo elemento di differenziazione tra i tariffari è dato dalla facoltà concessa alle regioni di modulare le tariffe in funzione delle diverse tipologie di erogatori. In generale, quasi tutti i SSR definiscono una possibile differenziazione delle tariffe per tipologia di azienda combinando anche più di un criterio di classificazione delle strutture. In particolare, due sembrano essere i criteri prevalentemente adottati:

- presenza o meno di caratteristiche organizzative (per esempio, dotazione posti letto, presenza di Pronto Soccorso (PS), DEA ecc.) e/o tipologie di attività di un certo livello di complessità/specializzazione (per esempio, centro tumori, attività di didattica e ricerca per le AO universitarie e gli IRCCS ecc.);
- tipologie di azienda come per esempio, AO, presidio ospedaliero (nel caso di un modello a centralità regionale<sup>5</sup> e nel caso del finanziamento della mobilità attiva, ovvero di prestazioni erogate ai non residenti), struttura equiparata alle pubbliche e casa di cura privata accreditata.

Nel primo caso, le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate sono classificate in diverse categorie (in media tre) con l'applicazione di tariffe piene (o addirittura incrementate) alle strutture che rispondono positivamente al criterio richiesto (nella maggior parte casi, sono le AO, le AO universitarie, gli IRCCS di diritto pubblico o di diritto privato) mentre si applicano delle tariffe decurtate di una certa percentuale (o al massimo piene) a quelle strutture che non presentano i requisiti richiesti (tipicamente, ospedali classificati, istituti qualificati presidi di ASL e case di cura private accreditate). Nel secondo caso, si adottano due classificazioni diverse, quella per le strutture pubbliche e quella per le strutture private, a

<sup>5</sup> Secondo il modello a centralità regionale, le aziende produttrici pure (e la mobilità tra aziende USL) vengono finanziate a tariffa per prestazione. Per le aziende USL si possono ipotizzare due meccanismi. Nel primo le aziende USL vengono finanziate a quota capitaria, da cui però vengono sottratte le risorse destinate ad AO e aziende private accreditate. Nel secondo anche le aziende USL vengono finanziate a tariffa per prestazione con riferimento alle sole funzioni tariffabili (Jommi 2000).

Tabella 7.2 Criteri di differenziazione delle tariffe adottati dalle regioni

<b>Criterio principale di differenziazione</b>	<b>Altro criterio di differenziazione adottato</b>	<b>Regioni</b>
Caratteristiche organizzative (dotazione PL, presenza di PS, DEA ecc.) e/o tipologie di attività caratterizzate da un certo livello di complessità/specializzazione (attività di didattica e ricerca, centro tumori ecc.)		Lombardia, Toscana, Marche, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Puglia; provincia autonoma di Bolzano, provincia autonoma di Trento, Sicilia, Emilia Romagna, Liguria, Lazio
Tipologia di azienda (per esempio, AO, presidio di ASL, struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata)	Caratteristiche organizzative e/o tipologia di attività	Basilicata, Molise Campania, Piemonte

loro volta distinte in più di una categoria (in media tre), con un riconoscimento implicito della differente complessità organizzativa e della maggiore garanzia di copertura di funzioni generali da parte delle aziende pubbliche (per esempio, funzioni di PS).

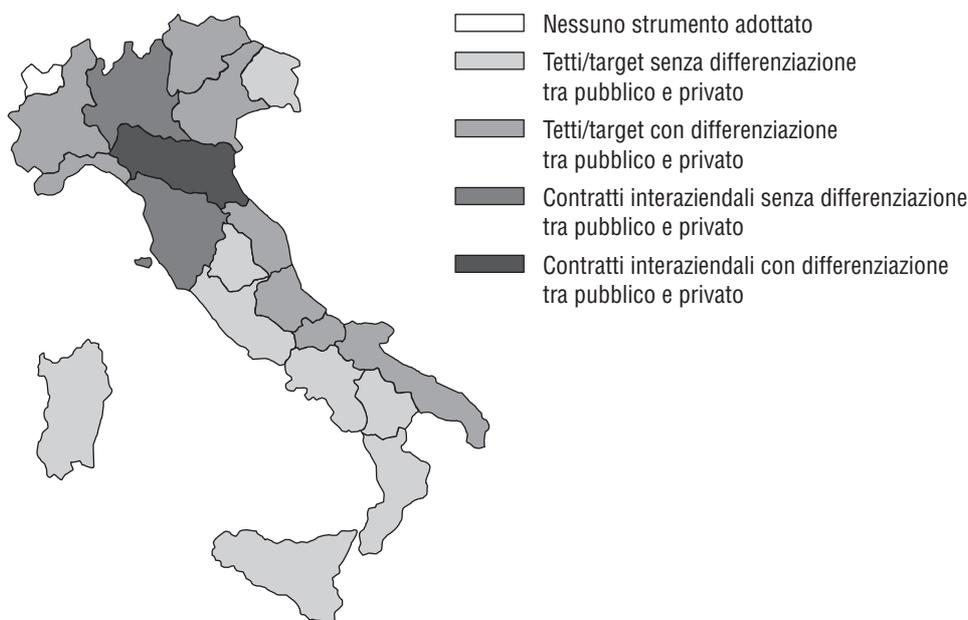
La Tab. 7.2 individua la distribuzione delle regioni rispetto ai due criteri appena descritti: la maggior parte delle regioni classifica le strutture erogatrici pure (pubbliche e private) sulla base delle caratteristiche organizzative. L'assenza di una differenziazione tariffaria nelle rimanenti cinque regioni può dipendere dall'assenza o limitata presenza di produttori puri privati (Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo). In altri casi (Sardegna e Calabria) è in corso un riordino del SSR che potrebbe portare in prospettiva a una politica di differenziazione tariffaria per struttura.

L'introduzione di meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi generati dalla competizione, ma implica anche alcuni rischi<sup>6</sup>. Le azioni di programmazione e controllo dei volumi/della spesa collegati a prestazioni tariffate possono essere definite e gestite direttamente dalla regione (tetti/target regionali su i volumi/la spesa)<sup>7</sup>, o decentrate attraverso la definizione di accordi interaziendali. Dall'analisi delle delibere regionali è emerso un panorama

<sup>6</sup> Per un approfondimento sui rischi e le opportunità del sistema di finanziamento a tariffa per prestazione, si rimanda al Capitolo 4 del Rapporto OASI 2001 (Cantù e Jommi 2002b).

<sup>7</sup> I tetti sono dei vincoli sulla spesa o sui volumi di attività con meccanismi di abbattimento delle tariffe in caso di avvicinamento al tetto o riduzione proporzionale delle tariffe, fino a rispettare il tetto. I target sulla spesa o sui volumi di attività rappresentano un riferimento per le aziende sanitarie, con abbattimento tariffario una volta superato tale target. Per una declinazione più approfondita dei tetti/target si rimanda al Capitolo 4 del Rapporto OASI 2001 (Cantù e Jommi 2002b).

Figura 7.1 **Strumenti di programmazione e controllo di volumi/spesa per prestazioni tariffate**



nazionale molto vario: ogni regione utilizza la formula che meglio risponde alle esigenze del proprio territorio.

Per una maggiore semplificazione, la Fig. 7.1 rappresenta la fotografia delle politiche adottate dai vari SSR riguardo al tema degli strumenti di programmazione e controllo della spesa distinguendo tra le seguenti tendenze<sup>8</sup>: adozione di strumenti decentrati o accentrati rispettivamente con e senza differenziazione tra strutture pubbliche e strutture private.

A oggi, solo tre regioni (Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna) hanno adottato delle formule decentrate attraverso la definizione di contratti interaziendali tra le ASL e i produttori puri pubblici e privati. In questi casi, l'intervento della regione è limitato essenzialmente alla definizione, in via prudenziale, di budget di spesa per ASL (caso della Regione Lombardia) o per area vasta (caso della Regione Toscana) nell'ambito dei quali si possono effettuare le trattazioni su i volumi/la tipologia di attività e/o sulla valorizzazione delle stesse. La Regione Emilia Romagna ha, inoltre, sviluppato delle politiche differenziate tra strutture pubbliche e strutture private accreditate definendo *ex ante*, per

<sup>8</sup> La Regione Valle d'Aosta non applica nessun strumento di controllo della spesa in quanto non possiede nell'ambito del proprio territorio dei produttori puri di prestazioni ospedaliere pubblici e/o privati.

queste ultime, dei tetti come indirizzo per la successiva contrattazione tra ASL e ospedalità privata.

Nell'ambito delle scelte di formule accentrate (definizione di tetti/target) si distinguono due tendenze:

- in alcune regioni i tetti e i target sono applicati solo alle strutture private accreditate o esiste una combinazione di target per le strutture pubbliche e di tetti per quelle private accreditate (Piemonte, Veneto, provincia autonoma di Bolzano, provincia autonoma di Trento, Liguria, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia). In questi casi sono implicite delle strategie di controllo mirate e un minore riconoscimento della parità pubblico/privato nel sistema competitivo (soprattutto se target/tetti per il privato accreditato sono accompagnati dal riconoscimento di maggiori tariffe e/o finanziamenti *ad hoc* di funzioni per le strutture pubbliche);
- in altri contesti regionali (soprattutto del Centro-Sud) vengono applicate le stesse politiche sia ai produttori pubblici sia a quelli privati accreditati (Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna).

Le azioni di governo dei comportamenti opportunistici collegati al finanziamento a tariffa per prestazione possono avere carattere generale (tetti/target) o specifico, ispirandosi a logiche di appropriatezza delle prestazioni ospedaliere erogate. In generale, le regioni hanno puntato su quattro tipologie di azioni combinandole tra loro in base alle esigenze del contesto regionale (cfr. Allegato):

- 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;
- individuazione di valori soglia DRG a elevato rischio di inappropriatazza (ai sensi del D.P.C.M. 30 novembre 2001, Allegato 2c, LEA) al di sopra dei quali le tariffe subiscono decrementi;
- controllo sui ricoveri ripetuti, riconoscendo un peso inferiore qualora un paziente venga ricoverato più volte presso la stessa struttura durante un arco temporale limitato (per esempio, 30 giorni);
- attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale con compiti specifici di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni (per esempio, controllo DRG più remunerativi, casi con degenza anomala o ricoveri ripetuti)<sup>9</sup>.

Infine, diverse regioni hanno previsto nell'ambito del proprio organigramma delle

<sup>9</sup> L'Emilia Romagna ha istituito nel 2005 un «Gruppo di lavoro regionale per il controllo di qualità della codifica della SDO», con l'obiettivo, tra gli altri, di definire criteri comuni a livello regionale sui sistemi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici.

unità operative che si occupano dell'aggiornamento/revisione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere nell'ambito della Direzione generale sanità/Assessorato sanità. Non sono, invece, frequenti i casi di regioni che istituiscono formalmente gruppi di lavoro stabili che includono sia referenti regionali che aziendali. Delle sette regioni prese a campione solo la Lombardia prevede gruppi di lavoro stabili nel senso appena descritto.

### 7.3.2 I sistemi tariffari regionali per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

A oggi, tutte le regioni hanno determinato le tariffe del nomenclatore tariffario per l'assistenza specialistica ambulatoriale a partire dal D.M. del 1996 apportando sistematicamente degli aggiornamenti (cfr. Tab. 7.3).

In generale, le modifiche apportate dalle regioni sono riassumibili in due tipologie:

- variazioni percentuali (prevalentemente incrementi tariffari in relazione all'aumento dei costi del personale e del materiale e all'evoluzione tecnologica e scientifica);
- accorpamenti di prestazioni, introduzione di nuove prestazioni e/o revisione di gruppi di prestazioni in termini di classificazione e di tariffe relative per branca specialistica.

Le revisioni si sono generalmente focalizzate su specifiche branche specialistiche (soprattutto per le prestazioni di laboratorio e di diagnostica strumentale). A tale scopo le regioni hanno avviato gruppi di lavoro per branca, non necessariamente formalizzati e permanenti nel tempo, coinvolgendo anche i clinici direttamente e/o per tramite delle società scientifiche: delle sette regioni prese a campione, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Marche hanno attivato delle commissioni *ad hoc* per branca specialistica (cfr. Tab. 7.4). È ancora, tuttavia, piuttosto limitato l'investimento da parte delle regioni nella valutazione dei costi delle prestazioni specialistiche, ai fini di una determinazione delle tariffe più coerente con la realtà dei costi di produzione.

Anche per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state introdotte forme di programmazione e controllo dei relativi volumi/spesa. Nell'ambito delle sette regioni analizzate è emerso che alcune si distinguono per l'aver applicato vincoli più stringenti per il privato accreditato (Veneto, Marche, Toscana). Nelle Marche, per esempio, oltre a un tetto per zona territoriale a cui appartengono sia le strutture pubbliche sia le private accreditate, vengono fissati tetti per singola struttura privata accreditata.

In Regione Toscana la contrattazione interaziendale per la specialistica ambulatoriale tra ASL e strutture private accreditate riguarda tutte le tipologie di prestazioni; quella tra ASL e strutture pubbliche, che si configura nell'ambito della pro-

Tabella 7.3 **Delibere di aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**

<b>Regioni</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Anno aggiornamento</b>
Piemonte	D.G.R. 44-2323	2006
Valle d'Aosta	D.G.R. 1452	2006
Lombardia	D.G.R. 1379	2003
Provincia di Bolzano	D.G.P. 2701	2005
Provincia di Trento	D.G.P. 2908	2005
Veneto	D.G.R. 917	2006
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. 542	2005
Liguria	n.r.	1998
Emilia Romagna	D.G.R. 593	2000
Toscana	D.G.R. 86	2006
Umbria	D.G.R. 1951	2004
Marche	D.G.R. 1552	2004
Lazio	n.r.	2005
Abruzzo	n.r.	n.r.
Molise	n.r.	n.r.
Campania	D.G.R. 1874	1998
Puglia	D.G.R. 2242	2002
Basilicata	D.G.R. 863	2005
Calabria	L.R. 2	2005
Sicilia	n.r.	2001
Sardegna	n.r.	2004

*Legenda:* n.r. = non reperito.

grammazione di area vasta, riguarda prevalentemente le prestazioni specialistiche più rilevanti e più coerenti con le strategie regionali (cfr. Tab. 7.5).

In Emilia Romagna l'accordo integrativo tra regione e ospedalità privata (AIOP e ARIS) ha previsto l'inserimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel tetto complessivo dell'attività del privato accreditato concordato per il 2004-2006.

Tabella 7.4 **Processo di definizione del nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale (sette casi regionali)**

Regione	Nomenclatore tariffario	Unità operative dedicate	Attivazione gruppi di lavoro
<i>Lombardia</i>	Introduzione tariffario regionale con D.G.R. 42602/1999 e successivi aggiornamenti	Sì	«Istituzione del gruppo di lavoro per l'analisi costi di produzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la modifica delle relative tariffe» (D.P.G.R. 1301/334 del 1997) e «Costituzione del gruppo di lavoro per l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale» (D.D.G. Sanità 51734/85 del 1998)
<i>Veneto</i>	Introduzione tariffario regionale con D.G.R. 917/2006.	Sì	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali
<i>Toscana</i>	Adozione D.M. del 1996 e introduzione tariffario regionale con D.G.R. 229/1997 con successivi aggiornamenti su determinate branche specialistiche (laboratorio, diagnostica per immagini, dialisi ecc.)	Sì	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali
<i>Emilia Romagna</i>	Introduzione tariffario regionale con D.G.R. 593/2000 e successivi aggiornamenti	Sì	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per branca specialistica
<i>Marche</i>	Adozione D.M. del 1996 con successivi aggiornamenti (ultimo aggiornamento D.G.R. 1410/2004). Di recente la D.G.R. 14 dicembre 2004, n. 1552, ha inoltre provveduto alla «Revisione e aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale – relativamente alla branca «Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, microbiologia, virologia, anatomia e istologia patologica, genetica, immunoematologia e servizi trasfusionali»		Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali

Tabella 7.4 (segue)

Regione	Nomenclatore tariffario	Unità operative dedicate	Attivazione gruppi di lavoro
<i>Campania</i>	Adozione D.M. del 1996 con successivi aggiornamenti/revisioni (ultimo aggiornamento D.G.R. 1874/1998)	Sì	Commissione istituita per l'aggiornamento/revisione del nomenclatore tariffario (partecipazione dell'AR-SAN, AIOP ecc.). Non è prevista la partecipazione di referenti aziendali
<i>Sicilia</i>	Adozione D.M. del 1996 con successivi aggiornamenti (ultimo aggiornamento D.A. anno 1998)	Sì	

Tabella 7.5 **Strumenti di programmazione e controllo di volumi/spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (sette casi regionali)**

Regioni	Strumenti di programmazione e controllo di volumi/spesa	
	Accentrati	Decentrati (accordi)
<i>Lombardia</i>		Accordi interaziendali tra ASL e produttori pubblici e privati accreditati
<i>Veneto</i>	Target di spesa per strutture private accreditate per macroarea di branca specialistica (D.G.R. 269/2004)	
<i>Emilia Romagna</i>	Riconduzione dell'attività ambulatoriale all'ambito dell'accordo quadro con l'ospitalità privata (AIOP/ARIS), stipulato con D.G.R. 1482/2003 (riferito al triennio 2004-2006)	
<i>Toscana</i>		Accordi interaziendali tra ASL e strutture private accreditate e accordi interaziendali tra ASL e strutture pubbliche nell'ambito dell'area vasta limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale rilevanti dal punto di vista della programmazione regionale
<i>Marche</i>	Combinazione di un tetto di sistema per zona territoriale sui volumi di attività per le strutture pubbliche e di un tetto (definito in base ai dati storici e all'obiettivo per l'anno in questione) per singola struttura privata accreditata (D.G.R. 2265/2002)	
<i>Campania</i>	Target per le strutture pubbliche e private accreditate (D.G.R.C. 800/2006)	
<i>Sicilia</i>	Target per le strutture pubbliche e private accreditate (D.A. Sanità 17273/1995)	

## 7.4 Il finanziamento dell'innovazione tecnologica

Il tema del finanziamento dell'innovazione tecnologica è stato inquadrato in due realtà regionali (Lombardia ed Emilia Romagna) nel più ampio contesto del processo (eventualmente strutturato) di governo dell'innovazione. Tale inquadramento si è basato su un questionario aperto che è stato somministrato, tramite intervista semistrukturata, ai referenti delle due regioni oggetto di analisi (Riquadro 7.2).

### Riquadro 7.2 Questionario per l'analisi del processo di governo regionale dell'innovazione tecnologica

- 
1. Sono attivi *processi/procedure* per le diverse fasi di gestione dell'innovazione tecnologica? Le fasi identificate sono le seguenti:
    - a. Selezione (monitoraggio tecnologie emergenti, *Health Technology Assessment*)
    - b. Finanziamento (determinazione dell'entità dell'impatto economico-finanziario delle nuove tecnologie, rimborsabilità parziale o totale, modalità di finanziamento)
    - c. Monitoraggio dell'utilizzo (diffusione, efficacia...)
  
  2. Come si configura *la struttura organizzativa* per la gestione dell'innovazione tecnologica in sanità presso la regione? In particolare:
    - a. Quali sono gli *attori* coinvolti?
    - b. Con quali *responsabilità* (rispetto a individuazione, selezione, finanziamento, monitoraggio)?
  
  3. Nella sua regione, attraverso quali *fonti informative* si viene a conoscenza di innovazioni tecnologiche?
    - a. Osservatori regionali sull'innovazione
    - b. Consultazioni dirette con l'industria/università/centri di ricerca
    - c. Rapporti con il ministero della Salute, le aziende sanitarie, pubbliche e private
    - d. Rapporti con società scientifiche (professionisti)
    - e. Rapporti con altri tipi di associazionismo (pazienti)
    - f. Altro (specificare)
  
  4. Per quanto riguarda le decisioni di *finanziamento*, sono previste modalità *ad hoc* per riconoscere o aggiornare l'innovazione tecnologica nella pratica clinica? Quali per esempio?
    - a. Budget specifico che rientra tra le fonti di finanziamento delle aziende sanitarie
    - b. Finanziamento basato su meccanismi già attivati (per esempio, File F per nuovi farmaci non usati nell'ambito di prestazioni di ricovero)
    - c. Modifica/integrazione delle tariffe ospedaliere per prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali
    - d. Delega totale della scelta alle aziende con riconoscimento della spesa storica
    - e. Altro
  
  5. Esistono gruppi di lavoro regionali finalizzati a una revisione sistematica dei nomenclatori e delle tariffe in relazione alle innovazioni tecnologiche? Da chi sono composti? Esiste un coinvolgimento delle aziende sanitarie? Con quale frequenza si riuniscono? Quali criteri sono i *driver* di tale aggiornamento?
-

### 7.4.1 Il caso della Regione Lombardia

In Regione Lombardia il finanziamento dell'innovazione rientra in un processo formalizzato e strutturato di gestione delle nuove tecnologie. In particolare, il percorso di individuazione/selezione, valutazione e finanziamento dell'innovazione è stato formalizzato con D.G.R. 3 dicembre 2001, n. VII/7197 «Valutazione delle tecnologie innovative in campo sanitario al fine del loro utilizzo nell'ambito del Servizio Sanitario regionale».

Prima di tale delibera, nell'agosto 2000 era stato avviato un progetto di costituzione di un Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie (ORPT) in collaborazione con l'allora ministero della Sanità (ora della Salute). Lo scopo del progetto era quello di fornire alle aziende sanitarie un supporto nella gestione delle tecnologie biomediche, in particolare nei processi di inventariazione, selezione, acquisto e controllo. Il database avrebbe reso disponibile informazioni tecnico-economiche dettagliate sulle tecnologie biomediche (distribuzione, caratteristiche tecniche dei singoli prodotti e prezzi di acquisto). Di fatto, però tale osservatorio non è mai stato strutturalmente implementato. L'unità operativa responsabile della gestione dell'innovazione nelle diverse fasi evidenziate è invece l'unità organizzativa servizi sanitari territoriali, che risponde alla Direzione generale sanità della regione.

L'iter di selezione delle tecnologie, che in un momento successivo saranno oggetto di valutazione, è previsto dalla suddetta delibera e riguarda le tecnologie che abbiano già concluso, in base alle normative vigenti, l'attività di sperimentazione clinica e che siano già in possesso del marchio CE.

Le innovazioni tecnologiche selezionate vengono classificate in tre categorie:

- tecnologie che mirano alla riduzione di recidive e/o di morbosità e/o di morbilità e/o di mortalità;
- tecnologie finalizzate al miglioramento dell'efficienza di erogazione dei servizi sanitari;
- tecnologie che mirano al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza di erogazione dei servizi.

La stessa delibera prevede che il livello di priorità dell'analisi delle tecnologie selezionate dipenda dalla patologia (alto tasso di mortalità e morbilità) e dalle caratteristiche della tecnologia stessa (costi elevati; elevata possibilità di miglioramento delle condizioni cliniche del paziente; controversie scientifiche, professionali o pubbliche).

Il processo di valutazione è supportato da una commissione consultiva, la cui composizione varia al variare della tecnologia presa in considerazione. La commissione è nominata dalla Direzione generale sanità e al suo interno dovrebbero essere rappresentate le diverse competenze richieste, di natura epidemiologica, tecnologico-sanitaria, economico-gestionale. A queste si possono aggiungere

soggetti con competenze specialistiche nelle aree/settori indagati. Tali attori vengono:

1. suggeriti da chi sottopone alla valutazione della regione una nuova tecnologia;
2. approvati dalla regione.

Nello specifico la commissione di valutazione delle tecnologie ha i seguenti compiti:

1. selezionare, tra le richieste di valutazione pervenute, quelle meritevoli di approfondimento;
2. analizzare «le evidenze scientifiche documentali presentate a corredo delle domande, per stabilire se siano sufficienti a giustificare l'adozione delle tecnologie innovative ed eventuali adeguamenti tariffari o se sia necessario richiedere la stesura di un progetto di sperimentazione da parte del soggetto proponente, finalizzato a fornire le evidenze necessarie a giustificare l'adozione delle tecnologie innovative ed eventuali adeguamenti tariffari».

Nel caso sia necessario effettuare progetti di sperimentazione di tecnologie innovative per mancanza di evidenze documentali, la commissione è chiamata a indicare le modalità di ripartizione dei fondi disponibili per tale obiettivo. Infine, alla commissione è affidato il compito di dare indicazioni in merito a eventuali adeguamenti tariffari in base o alle evidenze documentali presentate o agli esiti ottenuti dalla sperimentazione.

Dalle responsabilità affidate alla commissione consultiva si evince l'interesse specifico per la ricerca scientifica, collegato all'esigenza di fornire evidenze scientifiche, in particolare derivanti da studi sperimentali (per esempio *trial* clinici randomizzati). L'orientamento alla ricerca scientifica sul territorio è ulteriormente evidenziato dalla pubblicazione del primo bando di assegnazione di finanziamento per studi clinici a diretto governo regionale (D.G.R. 30 novembre 2005, n. VIII/1257). Nello specifico, finanziamenti sono stati previsti per progetti in ambito cardiologico e oncologico, identificati come ambiti di ricerca più rilevanti nel contesto sanitario regionale.

Oltre all'interesse per la raccolta e/o produzione di dati che derivano dagli studi clinici, la Regione Lombardia considera di notevole importanza le evidenze provenienti dagli studi osservazionali. Tale interesse deriva dal fatto che gli studi clinici sono condotti sulla base di condizioni rigidamente definite dal protocollo di studio, condizioni che molto spesso sono lontane dalla corrente pratica clinica. Al contrario, le variabili di contesto (per esempio, di tipo organizzativo) possono avere un forte impatto sull'efficacia della terapia utilizzata (Fattore e Torbica 2006). Il dato osservazionale può essere quindi più rilevante per i *policy maker* (tipicamente i soggetti istituzionali) e i *decision maker* (tipicamente i clinici) rispetto a quello derivante dai *trial* clinici. Una delle possibili fonti di dati osser-

vazionali è l'istituzione dei registri regionali al fine di raccogliere i dati clinici ed economici associati all'utilizzo delle innovazioni tecnologiche. In Regione Lombardia, per esempio, a partire dal settembre 2006, è prevista l'istituzione di un registro regionale di angioplastica che dovrebbe raccogliere tutti i dati relativi alle procedure effettuate in centri regionali di emodinamica.

La D.G.R. VII/7197 riconosce alle società scientifiche, agli ordini professionali e agli erogatori di prestazioni del SSR il compito di segnalare l'introduzione di nuove tecnologie. In particolare, società scientifiche e ordini professionali rappresentano la principale fonte informativa per la regione (circa il 95 per cento delle segnalazioni). Altre fonti informative (associazioni dei pazienti, consultazioni con le imprese, università) sono meno frequenti. Il coinvolgimento sistematico dei professionisti nella selezione e valutazione delle tecnologie innovative è uno degli elementi fondamentali della strategia regionale. La regione privilegia i clinici, come fonte informativa, in quanto gli stessi hanno già utilizzato e sperimentato la tecnologia nella propria pratica clinica.

Per finanziare le tecnologie innovative, la regione ha tradizionalmente fatto leva su modifiche al sistema tariffario (adeguamento tariffario o previsione di rimborsi extratariffe). In particolare, gli attori che segnalano l'introduzione di nuove tecnologie possono presentare domanda di adeguamento tariffario, su apposita modulistica predisposta dalla Direzione generale sanità (parte integrante della suddetta delibera). La regione si impegna a fornire una risposta entro 120 giorni.

La logica del rimborso *ad hoc* extratariffa era già stata attivata nel 1997 (D.G.R. VII/25608) nel caso di alcune endoprotesi (protesi d'anca, *stent* medicati, defibrillatore cardiaco): gli erogatori ricevevano un finanziamento aggiuntivo corrispondente al 25 per cento del costo medio rilevato per le protesi impiegate. La stessa delibera prevedeva che la remunerazione fosse subordinata alla rilevazione di un *set* minimo di dati a integrazione della SDO e che la determinazione del costo medio ponderato venisse effettuata sulla base dei dati registrati nei primi sei mesi di rilevazione. La scelta di rimborsare alle strutture erogatrici solo una parte del costo sostenuto per l'acquisto della tecnologia è motivata dall'esigenza di incentivare l'efficienza senza compromettere l'utilizzo appropriato delle tecnologie. Con la D.G.R. VII/37597 del 1998, la lista delle endoprotesi con finanziamento aggiuntivo del 25 per cento del costo medio è stata allargata (protesi del ginocchio, protesi interatriale «a ombrellino», impianti cocleari effettuati presso i centri di riferimento). La delibera ha inoltre specificato l'assoluto divieto di richiedere al cittadino integrazioni finanziarie per l'applicazione delle suddette endoprotesi. Con la D.G.R. VII/18585 del 2004 il rimborso extratariffa è stato incrementato dal 25 per cento al 45 per cento del costo medio rilevato a livello regionale per la maggior parte delle protesi considerate.

L'approccio lombardo al finanziamento dell'innovazione presenta alcune analogie rispetto al caso emiliano (previsione di forme diverse di rimborso extratariffa), ma non vi è stato fino al 2006 alcun processo di centralizzazione del finanzia-

mento (con la definizione di budget regionali), collegato alla successiva definizione di linee guida e monitoraggio dell'uso delle tecnologie, come avvenuto in Emilia Romagna per gli *stent* medicati (cfr. *infra*). Il referente regionale intervistato ha anzi sottolineato come la Regione Lombardia sia orientata a creare, anche attraverso il finanziamento, gli incentivi per un corretto utilizzo delle tecnologie. La scelta dei pazienti cui applicare le tecnologie innovative è integralmente dei singoli clinici, eventualmente orientati dagli organi aziendali. Tale filosofia ha subito nel 2006 una parziale correzione per alcuni principi attivi oncologici ad alto costo. Per tali farmaci è previsto un finanziamento (nell'ambito del *day hospital* oncologico) tramite rendicontazione sul File F<sup>10</sup>, purché i farmaci siano utilizzati per le indicazioni registrate. Inoltre, pur essendo prevista una funzione di controllo da parte delle ASL su un eventuale uso opportunistico del File F, l'impegno economico per tali farmaci non viene incluso nei contratti interaziendali, data la difficoltà di prevedere tale dimensione economica (dovuta alla frequente aggiunta di nuove indicazioni terapeutiche).

La revisione sistematica delle tariffe, basata non solo sull'innovazione ma sulle variazioni dei costi, è affidata alla struttura «Sistemi di remunerazione, osservatorio epidemiologico e farmaceutica territoriale, Unità organizzativa servizi sanitari territoriali». Gli aggiornamenti minori vengono fatti ogni anno senza coinvolgimento delle strutture erogatrici. Con cadenza in genere triennale (in applicazione degli indirizzi nazionali, cfr. par. 7.2), la revisione dei tariffari è molto più consistente, basata sull'analisi dei costi di produzione, con il contributo delle aziende sanitarie che erogano prestazioni di ricovero e ambulatoriali, di competenze esterne e, in alcuni casi, dei clinici.

In conclusione, similmente al caso dell'Emilia Romagna, il finanziamento dell'innovazione è strettamente collegato al processo di valutazione dell'efficacia clinica della tecnologia (effettiva capacità del programma di contribuire al miglioramento della salute) e dell'impatto economico-finanziario della sua introduzione. La disponibilità dei dati regionali provenienti dalla totalità delle strutture erogatrici rendono possibili simulazioni realistiche sulla sostenibilità economico-finanziaria dell'innovazione.

#### 7.4.2 Il caso dell'Emilia Romagna

A differenza della Regione Lombardia, che ha adottato un approccio strutturato e formalizzato, tramite delibera della giunta e attribuendo a un'unica unità operativa la responsabilità sull'individuazione, selezione, valutazione e finanziamento dell'innovazione, in Emilia Romagna il processo non è formalizzato e

<sup>10</sup> Il File F viene utilizzato per la compensazione della mobilità interregionale e, in alcune realtà regionali, interaziendale collegata alla dispensazione o somministrazione di farmaci, esclusi quelli somministrati in regime di ricovero (unica eccezione è rappresentata dai farmaci somministrati a pazienti emofiliaci).

vede coinvolte sia la Direzione generale sanità e politiche sociali, nelle sue diverse articolazioni organizzative (i servizi), sia l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), nelle diverse aree di programma che, a loro volta, presentano forti elementi di integrazione.

Nello specifico, le unità organizzative direttamente coinvolte nel processo di identificazione, valutazione e finanziamento dell'innovazione sono:

- in capo all'ARS, le aree di programma ricerca e innovazione, governo clinico, economia e salute e, indirettamente, sistema comunicazione, documentazione e formazione, con un maggiore presidio della parte di identificazione, selezione e valutazione delle tecnologie;
- nell'ambito della Direzione generale sanità e politiche sociali i servizi presidi ospedalieri, programmazione economico-finanziaria e sistema informativo sanità e politiche sociali, più focalizzati sugli aspetti di corretta classificazione delle prestazioni in coerenza anche con l'innovazione tecnologica, di valutazione della compatibilità dei sistemi di finanziamento – tariffe, rimborsi extratariffa, finanziamento per funzioni – con il costo dell'innovazione, di gestione dei sistemi informativi.

Un secondo elemento riconoscibile nella strategia regionale è quello di un coinvolgimento sistematico nei processi decisionali delle aziende sanitarie e dei clinici. In quasi tutti i progetti regionali partecipano professionisti provenienti dalle aziende sanitarie della regione. Non viene, quindi, ipotizzata la creazione di un'«agenzia nell'agenzia» dedicata in modo specifico alla valutazione delle tecnologie. In alcuni casi tale coinvolgimento è piuttosto destrutturato, nel senso che non esistono gruppi di lavoro/commissioni formalizzati e individuabili nella documentazione normativa regionale. In altre circostanze sono state costituite commissioni *ad hoc* come, per esempio, la Commissione cardiologia e cardiocirurgia, istituita con D.G.R. 1597/2004, con funzioni che vanno al di là della partecipazione attiva a valutazioni di tecnologie: oltre infatti a prendere parte alla valutazione di dispositivi innovativi (*stent* medicati), la Commissione ha funzioni di accreditamento dei centri cardiologici e cardiocirurgici, di valutazione del fabbisogno di interventi, ai fini di programmazione regionale, di valutazione della qualità dell'assistenza e di monitoraggio dei tempi di attesa dei pazienti per gli interventi cardiocirurgici in elezione. La filosofia di stretta collaborazione tra regione e aziende sanitarie non si riconosce solo nell'approccio *bottom-up* che ispira la regione, ma nella centralità del ritorno delle informazioni e dei dati, elaborati a livello regionale, alle aziende sanitarie e, in particolare, ai collegi di direzione aziendale, preposti tra gli altri aspetti, secondo quanto definito dalla L.R. 29/2004 (Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale), all'organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e alla valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Un terzo aspetto che caratterizza la realtà regionale emiliana è il notevole investimento in attività di informazione e comunicazione delle valutazioni prodotte, per tramite dell'Assessorato, dell'ASR (che ha una specifica area di programma) e di centri collegati alla regione quali il Centro Regionale di Valutazione e Informazione sul Farmaco (CREVIF) e il Centro di Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CEVEAS). Se si vuole individuare un problema in tale estesa attività di informazione è la frequente sovrapposizione di iniziative diverse, tese in generale a incrementare la dimensione razionale (basata sulle evidenze e su valutazioni di natura economica) nelle scelte cliniche.

Un ulteriore elemento rilevante è l'interesse specifico per la ricerca (in particolare sperimentale e osservazionale) e il suo stretto collegamento con l'assistenza (oltre che con la formazione). Di fatto nella documentazione regionale viene sempre sottolineata l'esigenza che un approccio clinico basato anche sull'evidenza abbia un supporto naturale nell'«internalizzazione», almeno parziale, dell'attività di ricerca. La stessa ASR, nell'ambito del Progetto ricerca e innovazione ha attivato un censimento delle attività di ricerca effettuate nel SSR tra il 2002 e il 2004. Di fatto non esistono progetti su cui venga prevista una relazione di partnership con le imprese, sebbene le stesse imprese cofinanzino parte dell'attività dell'ASR (nello specifico il finanziamento del Progetto ricerca e innovazione vede coinvolti, per un 14,6 per cento, imprese del settore – farmaceutiche e di dispositivi medici – e fondazioni bancarie). Anche sul tema delle nuove tecnologie, il sistema sembra preferire l'acquisizione diretta di informazioni, per tramite della rete dei professionisti e delle aziende sanitarie, piuttosto che dalle imprese. Tale filosofia nasce dal presupposto che le innovazioni esogene al sistema presentino conoscenze:

- incomplete o imperfette sui benefici clinici, i costi e, più in generale, sull'impatto delle stesse sul sistema;
- difficilmente generalizzabili e retrospettive.

Venendo nello specifico ai tre momenti decisionali riferibili alle innovazioni tecnologiche, l'identificazione delle tecnologie «critiche», ovvero su cui è considerata prioritaria la valutazione, anche ai fini delle decisioni in materia di remunerazione delle prestazioni coinvolte, è stata affidata al nascente Osservatorio sulle tecnologie, presso l'area governo clinico dell'ASR (in collaborazione con l'area ricerca e innovazione e l'area comunicazione, documentazione e formazione). L'Osservatorio avrà come obiettivo quello di sistematizzare il processo, che già avviene in forma più destrutturata, di raccolta dalle aziende sanitarie (in particolare, dai collegi di direzione), dai network professionali e dalle università di segnalazioni su innovazioni tecnologiche e/o organizzative di interesse rilevante. Identificate le innovazioni rilevanti, lo stesso Osservatorio dovrebbe avere anche il compito di sintetizzare le informazioni scientifiche su tali tecnologie, valutando, laddove possibile, gli effetti sulle aziende sanitarie. Di

fatto tale osservatorio sembra prefigurarsi come unità deputata a gestire in prima battuta l'ingresso di innovazioni tecnologiche, anche in collaborazione con agenzie internazionali di valutazione delle tecnologie. In particolare, l'Osservatorio ha come oggetto di interesse le tecnologie nuove ed emergenti, quelle già esistenti (ma con nuove indicazioni/forme di impiego) e le innovazioni cosiddette endogene al sistema, ovvero gli interventi sui processi assistenziali per il miglioramento della qualità delle prestazioni.

A oggi invece la «selezione» delle tecnologie è strettamente correlata alla programmazione delle attività in capo alle aree di programma dell'ASR. Nessuna delle tre aree sopra citate ha esplicitamente come obiettivo quello dell'identificazione, selezione e valutazione delle tecnologie, ma tutte e tre di fatto partecipano a tale processo.

In particolare, l'area governo clinico, focalizzata sul tema dell'appropriatezza clinica e organizzativa e degli esiti clinici, ha allargato il suo orizzonte di analisi, in collaborazione con l'area economia e salute, alla valutazione delle tecnologie, riconoscendo esplicitamente che tale valutazione rappresenta una delle condizioni per lo sviluppo di strategie di governo clinico. Particolarmente significative sono state le iniziative in ambito cardiologico e cardiocirurgico, con riferimento in particolare agli *stent* con rilascio del farmaco (valutazione economica, valutazione di impatto sul sistema assistenziale cardiologico-cardiocirurgico, analisi delle determinanti del loro utilizzo). L'area governo clinico partecipa inoltre a valutazioni costo-efficacia degli interventi di artroprotesi d'anca (in collaborazione con l'area economia salute e il servizio presidi ospedalieri dell'Assessorato alla Sanità) e valutazioni di impatto della TAC multi-strato nella diagnosi della malattia coronarica (in collaborazione con l'area di programma ricerca e innovazione).

L'area di programma Progetto Ricerca e Innovazione (PRI-ER) è stata attivata con l'obiettivo di promuovere e rendere sistematica l'attività di ricerca e di produzione di innovazione all'interno del SSR. L'idea è rendere le aziende sanitarie il luogo della ricerca per la produzione e lo sviluppo di nuove tecnologie, per la valutazione dell'impatto delle tecnologie, con riferimento in particolare alla sperimentazione e monitoraggio dell'uso delle stesse nelle fasi precoci di adozione. Nello specifico, il PRI-ER ha individuato, tra le aree prioritarie di intervento, l'area della diagnostica ad alto costo (Tomografia a Emissione di Positroni, PET; Tomografia Assiale Computerizzata, TAC, nello studio della patologia), l'area dell'oncologia (innovazione in radioterapia oncologica, appropriatezza di indicazione e uso di farmaci oncologici, *follow-up* del paziente oncologico), l'area della cardiologia (con interesse specifico sugli *stent* medicati). Il PRI-ER è l'unica area di programma a essere parzialmente sostenuta dalle imprese (farmaceutiche e di dispositivi medici).

L'area economia e salute, tra le diverse attività, partecipa ai progetti di valutazione delle tecnologie e svolge analisi tecniche finalizzate più in generale al miglioramento del sistema di finanziamento delle aziende sanitarie (gestito però

dalla Direzione generale dell'Assessorato). Nello specifico tale area è impegnata in progetti sull'appropriatezza della remunerazione dell'assistenza ospedaliera, con riferimento all'esigenza:

- di garantire una sufficiente remunerazione di funzioni non sufficientemente coperte dal sistema di finanziamento a tariffa per prestazione. Nel 2001-2002 è stata condotta un'analisi dei costi relativi all'assistenza ai grandi ustionati e dal 2003 è in corso un'analisi relativa ai grandi traumatizzati, la cui assistenza è erogata presso i tre Sistemi Integrati di Assistenza ai Traumi (SIAT) della Regione Emilia Romagna;
- di prevedere revisioni tariffarie per ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza.

Particolarmente rilevanti sono infine le iniziative dell'area comunicazione, documentazione e formazione finalizzate alla traduzione delle iniziative regionali in forme differenziate di comunicazione, quali dossier analitici per gli operatori del sistema, schede tecniche (Pillole) che sintetizzano le informazioni contenute nel dossier ed estratti (orientati al pubblico).

È evidente, quindi, come l'ASR si ponga come soggetto tecnico di supporto alla regione, con riferimento in particolare all'individuazione, valutazione e governo della diffusione delle nuove tecnologie. L'azione integrata delle diverse aree di programma ha, per esempio, prodotto azioni specifiche sugli *stent* medici: individuazione della tecnologia e valutazione della letteratura scientifica disponibile; prioritizzazione ai pazienti ad alto rischio di ristesosi; analisi dei processi di diffusione e valutazione di impatto per tramite di un registro regionale degli interventi di angioplastica coronarica. A oggi il processo non è completamente strutturato ma l'Osservatorio delle tecnologie all'interno dell'ASR potrà rappresentare un luogo naturale verso cui far convergere le diverse iniziative finora adottate e le segnalazioni provenienti dai professionisti sanitari rispetto all'introduzione di nuove tecnologie nel SSR.

L'Assessorato generale sanità e politiche sociali, nelle sue diverse articolazioni organizzative, traduce le indicazioni tecniche fornite dall'ASR in politiche specifiche (per esempio, tariffarie o relative al sistema di finanziamento in senso lato). Su questo aspetto le competenze dei servizi sono ben specificate: il servizio programmazione economico-finanziaria definisce e gestisce il finanziamento delle aziende sanitarie; il servizio presidi ospedalieri definisce l'entità e le modalità di finanziamento per le attività e le prestazioni ospedaliere che includono l'attività di ricovero, le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni ambulatoriali (prestazioni tariffate); il servizio sistema informativo sanità e politiche sociali, oltre a fornire, in collaborazione con l'ASR, la proposta tecnica di riparto delle risorse al servizio programmazione economico-finanziaria, gestisce il sistema informativo a supporto delle decisioni di politiche regionali e, in particolare, di quelle di finanziamento.

Il problema del finanziamento dell'innovazione è strettamente collegato a quel-

lo della selezione, valutazione e, in generale, governo dell'accesso e della diffusione della stessa.

Il finanziamento si pone, quindi, a valle di un processo di valutazione dell'innovazione (riconoscendo eventualmente un premio di prezzo rispetto ad alternative esistenti sul mercato) e a monte rispetto al controllo sul ricorso a tali prestazioni (e quindi i volumi) su basi di appropriatezza e sostenibilità economico-finanziaria. In regione è stato formalmente istituito un «Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della SDO», focalizzato sulle problematiche di codifica delle prestazioni (e, in particolare, di allineamento delle linee guida di codifica con la casistica trattata) e di definizione di criteri comuni per il controllo di eventuali comportamenti opportunistici. Tale gruppo è formato da esperti in codifica delle prestazioni regionali e aziendali, con un rappresentante del privato accreditato.

Non esiste invece un gruppo di lavoro *ad hoc* che sistematicamente traduce le indicazioni tecniche relative al «valore» delle innovazioni in forme appropriate di finanziamento. Vengono invece istituiti gruppi di lavoro su ambiti di criticità specifica, in cui si riconosce un sostanziale disallineamento tra costi sostenuti e finanziamento (quali i farmaci oncologici e le protesi). In genere, il riconoscimento dell'innovazione avviene tramite rimborsi extratariffa: l'Emilia Romagna è una delle regioni in cui il sistema di remunerazione extratariffa è completo (cfr. Allegato). Tuttavia, la regione ha anche implementato progetti centralizzati a livello regionale per il finanziamento dell'innovazione, collegati a una negoziazione dei volumi e dei prezzi unitari con le ditte produttrici: ciò è, per esempio, avvenuto per gli *stent* medicati, per i quali la regione ha ottenuto uno sconto del 40 per cento sul prezzo di cessione.

## 7.5 Conclusioni

L'introduzione del sistema di finanziamento a tariffa per prestazione ha prodotto importanti cambiamenti nei SSR. In primo luogo è sensibilmente aumentata l'attenzione agli output aziendali, in termini di volumi e di mix di prestazioni erogate: si tratta di un enorme passo avanti rispetto a una focalizzazione sugli input, ovvero sulle risorse utilizzate dalle aziende. L'attenzione agli output ha prodotto anche una riflessione sistematica sui costi di produzione e sulla coerenza tra costi e ricavi, con un impatto sull'efficienza tecnica ed economica. Gli strumenti di lettura delle attività delle aziende sanitarie si sono affinati. Su questo aspetto vi sono state e vi sono tuttora profonde differenze interregionali.

Tuttavia, nel SSN, attraverso sia processi di emulazione interregionale, sia, più sistematicamente negli ultimi due anni, nell'ambito della realizzazione del NSIS, si sta assistendo a un'accelerazione dei processi di diffusione delle conoscenze e di confronto tra le regioni sui sistemi di classificazione, di codifica di tariffazione

e sui limiti stessi del sistema tariffario. Ciò potrebbe in un prossimo futuro creare una maggiore omogeneità:

- non tanto nelle politiche tariffarie regionali, le scelte in materia di rilevanza e articolazione delle tariffe, come sistema di orientamento dei comportamenti aziendali e di stimolo alla competizione, rimarrà prerogativa delle regioni;
- quanto sull'architettura tecnica del sistema tariffario (si pensi all'adozione del Grouper CMS 19.0 o all'esigenza di prevedere un aggiornamento del nomenclatore nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali) e sulla capacità tecnica di gestire il sistema e le distorsioni generate dal finanziamento a tariffa.

Il quadro delle iniziative di indirizzo nazionale (par. 7.2) e dei sistemi tariffari regionali (par. 7.3) ha messo in evidenza questo tentativo di trovare forme più strutturate di coordinamento e omogeneità interregionale in un contesto comunque di riconosciuta autonomia delle regioni su:

1. come e quanto utilizzare la leva tariffaria come sistema di finanziamento/orientamento delle aziende e dei professionisti nelle aziende;
2. come governare i comportamenti potenzialmente opportunistici generati dal sistema di finanziamento a tariffa per prestazione (tetti/target sui volumi/spesa; contratti interaziendali ecc.).

Rispetto a tale quadro e in un contesto di pressione al contenimento della spesa, assume un particolare rilievo il problema del finanziamento dell'innovazione tecnologica. Se il sistema, in un mix di coordinamento interregionale/centralizzazione e di regionalizzazione, sta trovando un equilibrio rispetto all'esigenza di «mantenere» il sistema delle tariffe (con adattamenti ai diversi contesti regionali), le scelte sul finanziamento dell'innovazione tecnologica nel più ampio contesto del governo della stessa (individuazione, selezione e valutazione, finanziamento, indirizzo e controllo sull'uso dell'innovazione) rappresentano una nuova frontiera nell'esercizio delle autonomie regionali. È vero che le decisioni sul farmaco (registrazione, classificazione e prezzi) sono prese a livello centrale, ma è anche vero che poi il *market access* per le innovazioni importanti (si pensi alle nuove terapie oncologiche) dipende anche dalle scelte locali, rilevanti invece in assoluto per i dispositivi medici. Tali scelte sono frutto di una risposta implicita o esplicita a domande quali: che tipo di tecnologie sono utili per il SSR? Come valutarle? Come finanziarle: variando le tariffe, prevedendo rimborsi extratariffa riconosciuti *ex post* indipendentemente dai volumi delle prestazioni, prevedendo budget regionali con controllo sui volumi/prezzi? Come indirizzare le aziende e i clinici sul loro utilizzo appropriato? Come e con quali strumenti esercitare forme di controllo sull'utilizzo appropriato?

L'analisi dei due casi regionali (Lombardia ed Emilia Romagna) ha evidenziato come il problema del finanziamento dell'innovazione sia strettamente collegato al

processo di valutazione dell'efficacia clinica della tecnologia (effettiva capacità del programma a contribuire al miglioramento della salute) e dell'impatto economico-finanziario della sua introduzione.

Entrambe le regioni hanno attivato sistemi di monitoraggio sull'uso delle tecnologie ai fini di una verifica anche dell'impatto economico-finanziario delle stesse, riconoscendo l'esigenza di raccogliere le informazioni per poter governare il sistema.

Ma è proprio su quest'ultimo aspetto che si riscontra una prima differenza tra le due regioni. In Lombardia non vengono definite, sulla base della valutazione dei dati di efficacia, delle linee guida sull'utilizzo delle tecnologie stesse. La regione si limita a introdurre nel sistema delle variabili (tra cui quella finanziaria, prevedendo un rimborso extratariffa, che riconosce solo una quota dei costi delle nuove tecnologie) tese a indirizzare l'uso dell'innovazione, lasciando però alle aziende sanitarie e, soprattutto, ai clinici un'autonomia sostanziale nelle scelte. L'Emilia Romagna, invece, completa l'azione di governo regionale attraverso:

- linee guide sull'utilizzo delle tecnologie, pur definite con un approccio di tipo *bottom-up*, ovvero con il coinvolgimento attivo di professionisti e aziende sanitarie;
- in alcuni casi, per esempio per gli *stent* medicati, una gestione accentrata della negoziazione dei prezzi e dei volumi con i fornitori, con conseguente esercizio di un maggiore potere contrattuale sui prezzi unitari e una maggiore programmazione dei consumi.

Il secondo elemento che differenzia l'Emilia Romagna dalla Lombardia è il fatto che in quest'ultima il processo di valutazione e finanziamento delle tecnologie è stato pensato *ex ante* nell'ambito di una delibera *ad hoc*. In Emilia Romagna tale processo è più destrutturato e vede coinvolti di fatto più attori regionali (agenzia, con funzione di supporto tecnico e direzione generale, con funzione di traduzione del supporto tecnico in politiche regionali e sistemi di orientamento del comportamento delle aziende sanitarie). Sia per la maggiore pervasività a valle (linee guida e valutazione dell'appropriatezza), sia per il processo più destrutturato, in Emilia Romagna sembra esserci un coinvolgimento più fattivo dei livelli locali; mentre la Regione Lombardia adotta un approccio un po' più accentrato (anche perché meno pervasivo) nella definizione delle regole (e degli incentivi impliciti), lasciando poi un'autonomia sostanziale di scelta alle aziende e ai professionisti nelle aziende.

L'analisi del finanziamento dell'innovazione tecnologica, nel più ampio contesto del governo della stessa, richiama quanto successo negli ultimi anni sul sistema tariffario. Nell'esercizio attivo della propria autonomia regionale, alcune regioni hanno fatto da traino, attraverso forme di emulazione spontanee o nell'ambito di più strutturati tavoli interregionali, alla crescita culturale, tecnica e gestionale del sistema nel suo complesso. Non è detto che nel prossimo futuro questo

non avvenga anche per l'innovazione tecnologica, con riferimento in particolare ai dispositivi medici. Peraltro tale considerazione riflette l'opinione del referente della Regione Lombardia, che ha sottolineato come un ruolo più attivo nella valutazione delle tecnologie sanitarie a livello centrale migliorerebbe i processi decisionali a livello regionale.

## Allegato

### Piemonte

*Tariffario regionale (metodo dei pesi)* – Si adottano i pesi di cui al D.M. 178/1997 incrementati o ridotti in base ai criteri di livello di complessità e di inappropriatazza. I pesi, così determinati, vengono moltiplicati per 2.363,00 euro al fine di determinare le tariffe (D.G.R. 28-8148/2002 aggiornata da D.G.R. 44-2139/2006).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 1. Impianto di protesi (cocleare, d'anca, di spalla, di caviglia, vertebrale). 2. Stimolatori cerebrali. 3. Defibrillatore. 4. Pompa per infusione intratecale.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. 28-8148/2002 prevede: 1. che per i ricoveri ordinari successivi dello stesso paziente (ricoveri ripetuti), di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso ospedale, il peso sia ridotto del 20 per cento in quanto i costi relativi per l'assistenza di un paziente già noto clinicamente sono inferiori (tale abbattimento ha l'obiettivo di evitare comportamenti opportunistici volti a frazionare un episodio di ricovero in più episodi successivi e ravvicinati); 2. che per i pesi relativi ai DRG chirurgici, riconosciuti «ad alto rischio di inappropriatazza», si faccia riferimento ai valori tariffari della TUC per le prestazioni erogate in regime di RO.

### Valle d'Aosta

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 per i DRG invariati rispetto alla nuova versione 19.0 Grouper CMS. Solo per i DRG modificati si applicano delle tariffe regionali sulla base dell'analisi dei costi standard di produzione e dei costi generali (D.G.R. 4986/2004).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. 5191/2002 (integrata da D.G.R. 5192/2002) stabilisce le modalità di erogazione per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato 2c, D.P.C.M. del 2001): per i DRG medici l'ASL provvede ad assicurare il regime di DH in sostituzione a quello ordinario; per i DRG chirurgici l'ASL provvede a ridurre l'incidenza complessiva dei ricoveri in RO del 10 per cento per il triennio (2002-2004).

### Lombardia

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – Introdotto con la D.G.R. V/62664/1994 sulla base dell'analisi dei costi medi di produzione delle strutture della regione. Ultimo aggiornamento con la D.G.R. VIII/1375/2005 in cui il valore del costo per punto DRG, per le attività erogate in acuzie, è incrementato del 1,5 per cento (= 2.737,45 euro) rispetto a quello definito per l'anno 2005.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 1. Impianto di endoprotesi (d'anca, di gi-

nocchio, *stent* coronarici). 2. Alcune procedure di revisione di protesi di anca. 3. Endoprotesi a ombrellino. 4. *Stent* coronarici a rilascio di farmaco. 5. Defibrillatori.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. VII/13796/2003 ha modificato la tariffazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza utilizzando il criterio tariffario indicato sulla TUC per la mobilità interregionale. Sempre nell'ambito degli accordi interaziendali possono essere negoziate le variazioni tariffarie incentivanti la qualità delle prestazioni (monitoraggio sull'andamento del *case mix*) e variazioni tariffarie per le prestazioni «consumate in eccesso rispetto agli standard regionali». Inoltre, dal 1997 è stato attivato un sistema di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni tariffate attraverso l'istituzione dei nuclei operativi di controllo regionali; dal 1999 sono stati attivati dei nuclei a livello di singola ASL con il compito di concentrarsi sul controllo dei DRG più remunerativi, sui casi con degenza anomala e sui casi ripetuti.

---

#### **Provincia autonoma di Bolzano**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 (D.G.P. 2835/1997). Ultimo aggiornamento è la D.G.P. 1158/2006 in base all'adozione della versione 19.0 del sistema di classificazione DRG-ROD delle prestazioni ospedaliere, con decorrenza 1° gennaio 2006.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 1. Protesi cocleare. 2. Procedura di replicazione cellulare.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Provvedimenti per la riduzione dell'inappropriatezza del ricovero diurno (D.G.R. 5188/2002).

---

#### **Provincia autonoma di Trento**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 (D.G.P. 15046/1996). Successivamente le tariffe sono state aggiornate attraverso variazioni percentuali in aumento in base al rinnovo dei contratti di lavoro del settore sanitario e all'inflazione.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Impianto di protesi cocleare multielettrodo.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Provvedimenti per incentivare regimi assistenziali alternativi al regime di ricovero (DH e DS). Inoltre, il Programma aziendale di sviluppo strategico 2005-2009 si propone l'obiettivo: 1. di sviluppare processi assistenziali appropriati, che integrano tra di loro i diversi LEA e che favoriscono un approccio multidimensionale, multiprofessionale e interculturale; 2. di aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali e modificando i modelli organizzativi ove necessario.

---

#### **Veneto**

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – Determinazione di tariffe associate a ciascun DRG utilizzando il costo standard di produzione, calcolato sulla base dei costi pieni rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati preaccreditati (D.G.R. 5106/1998 aggiornata da D.G.R. 178/2004). Con D.G.R. 916/2006 sono previsti incrementi tariffari medi del 3 per cento nei limiti della TUC tranne per quei casi in cui la tariffa era già superiore a quella prevista dalla TUC.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sistema di controllo dell'appropriatezza a due livelli (D.G.R. 4087/1999 e D.G.R. 4090/2003): 1. sistema di controllo interno

attraverso la definizione di vincoli che incentivano l'appropriatezza delle prestazioni erogate (per esempio, definizione dei valori soglia per DRG a elevato rischio di inappropriatezza superati i quali si definiscono degli abbattimenti tariffari); 2. sistema di controllo esterno attraverso l'istituzione di un coordinamento regionale per l'appropriatezza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria delle strutture pubbliche e private.

---

### **Friuli Venezia Giulia**

*Tariffario nazionale* – Applicazione delle tariffe del D.M. 178/1997, maggiorate o decurtate a seconda della tipologia di erogatore (D.G.R. 951/2004). L'aggiornamento tariffario del 2005 prevede un incremento del 2,3 per cento rispetto a quello definito nel 2004 (D.G.R. 1158/2005).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sono stati identificati dei DRG (112, 115, 116, 117, 118, 119, 120) per i quali le tariffe in regime DH e con degenza non superiore alle 48 ore sono pari al 100 per cento dell'importo stabilito per i ricoveri in RO; in questi casi quindi la tariffa è la stessa sia in RO che in DH.

---

### **Liguria**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 con variazioni in aumento o in diminuzione a seconda delle strutture erogatrici (D.G.R. 379/2002).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 1. DRG relativi alle malattie e traumatismi del midollo spinale. 2. Prestazioni pediatriche di ricovero giornaliero e diurno. 3. DRG con casistica prevalentemente oncologica.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. 379/2002 prevede: 1. che le ASL, attraverso i propri sistemi di controllo, verifichino l'inappropriatezza delle prestazioni di RO, e possano, attraverso una contrattazione con gli erogatori pubblici e privati, applicare la tariffa del DH; 2. un abbattimento delle tariffe relative al parto cesareo pari al 7,7 per cento; 3. che i DRG considerati a maggiore rischio di inappropriatezza (soprattutto quelli definiti dall'Allegato 2c dei LEA) debbano essere monitorati in modo da contenere gli effetti impropri della domanda (le tariffe relative ai DRG LEA con peso maggiore o uguale a 0,59 vengono decrementate del 10,7 per cento mentre le tariffe dei DRG inappropriati, ma non LEA con peso minore di 0,59 vengono decrementate del 7,7 e del 4 per cento) che i DRG codificabili come DS sono remunerati con la tariffa intera dei RO superiori a un giorno di cui al D.M. Sanità 178/1997.

---

### **Emilia Romagna**

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – Introdotto nel 1994 sulla base dell'analisi dei costi medi di produzione delle strutture della regione. Ultimo aggiornamento con la D.G.R. 2126/2005.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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 neurologico). 7. Pompa per infusione intratecale. 8. Protesi metacarpale o metacarpofalangea. 9. Protesi biliari. 10. Protesi mammarie e inserzione di espansore. 11. Protesi cocleare.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sono stati attivati dei con-

tratti interaziendali tra aziende pubbliche e degli accordi quadro regionali con ospedalità privata (AIOP/ARIS). Inoltre, sono stati avviati dei controlli specifici su DRG potenzialmente inappropriati, di congruità tra scheda nosologica e cartella clinica per le variabili rilevanti, per casi specifici (per esempio, controlli ripetuti) ed è stato istituito un «Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della SDO», focalizzato sulle problematiche di codifica delle prestazioni (e, in particolare, di allineamento delle linee guida di codifica con la casistica trattata) e di definizione di criteri comuni per controllo di eventuali comportamenti opportunistici.

---

### Toscana

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – La prima determinazione delle tariffe è avvenuta con D.G.R. 4614/1995 sulla base dell'analisi dei costi di produzione di un campione di strutture ospedaliere. L'ultimo aggiornamento (D.G.R. 1404/2004) prevede un incremento delle tariffe stabilite dalla D.G.R. 1394/2003 rivalutando il costo unitario per punto di DRG del 2 per cento (fatta eccezione per i DRG trasferibili al regime ambulatoriale, DRG impropri o generici), o dell'1,5 per cento per i DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di RO.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sono stati approvati dei provvedimenti regionali per incentivare regimi alternativi al RO (DH, DS, prestazione ambulatoriale) per la cataratta, il tunnel carpale, i 52 DRG riconosciuti dalla regione a rischio di inappropriata, per alcuni DRG chirurgici. Inoltre, nel corso del 2006, sempre per ridurre i ricoveri ordinari, sono stati fissati dei tassi di ospedalizzazione come obiettivo da raggiungere da parte delle strutture.

---

### Umbria

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – Determinazione delle tariffe a partire dal costo medio di produzione rilevato nelle strutture pubbliche a partire dal 1995. Nel 2004 (D.G.R. 1950/2004) le tariffe per i ricoveri in RO sono state ricalcolate sulla base di un'analisi dei costi medi di produzione delle strutture. Le tariffe in regime di DS rappresentano l'85 per cento di quelle calcolate per il RO (D.G.R. 1950/2004). Un ultimo aggiornamento è stato effettuato con D.G.R. 199/2005.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La Giunta regionale, con lo scopo di disincentivare il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, ha stabilito che le prestazioni «decompressione del tunnel carpale» e «interventi sul cristallino con o senza vitrectomia» vengano di norma erogate in regime ambulatoriale, disponendone così l'inclusione nel nomenclatore «Tariffario regionale» per prestazioni di assistenza ambulatoriale mediante D.G.R. 179/2004.

---

### Marche

*Tariffario nazionale* – Il tariffario del 2002 (D.G.R. 2265/2002) fissa le tariffe del D.M. 178/1997, maggiorate o decurtate a seconda della tipologia di erogatore e della complessità della casistica trattata (sia per i ricoveri in RO che per quelli in DH).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. 2265/2002 pre-

vede una minore penalizzazione per le strutture di tipo A nel caso di erogazione di DRG a elevato rischio di inappropriatazza, rispetto a quella applicata alle strutture di tipo B. Tale differenziazione avviene in quanto molti dei DRG a elevato rischio di inappropriatazza sono erogati in regime di urgenza solo dalle strutture di tipo A così come stabilito nella L.R. 36/1998 sull'emergenza; in questi casi, quindi, la prestazione non può definirsi inappropriata per le strutture di tipo A.

---

### Lazio

*Tariffario regionale (metodo analitico)* – Determinazione delle tariffe regionali a partire da uno studio sulla rilevazione dei costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti coinvolgendo un campione di 11 ospedali, rappresentativi della rete regionale. I relativi pesi sono stati determinati sulla base della casistica regionale per acuti dell'anno 2004. Il costo per DRG è stato determinato considerando i costi di produzione e i costi generali di funzionamento dell'ospedale (D.G.R. 731/2005).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Provvedimenti volti a migliorare l'appropriatezza: 1. incentivando il ricorso al parto vaginale, redistribuendo le risorse per favorire il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza al parto (D.G.R. 143/2006); 2. disincentivando le prestazioni di RO per i DRG a rischio di inappropriatazza attraverso la fissazione di valori soglia; 3. incentivando l'attività di DH medico e l'attività ambulatoriale (D.G.R. 731/2005).

---

### Abruzzo

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono decurtate del 10 per cento (da tale decurtazione sono esclusi gli interventi di cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia ed ematologia per i quali si applica la tariffa intera).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Linee guida per le attività in DS ed elenco degli interventi per le procedure chirurgiche effettuabili in DS in alternativa al RO.

---

### Molise

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono decurtate del 15 per cento solo alle case di cura private accreditate (D.G.R. 2045/2002). Un ultimo aggiornamento è stato effettuato con D.G.R. 15/2003.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. 1409/2004 ha approvato le linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività in DH e DS e per la corretta erogazione delle attività dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza.

---

### Campania

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono abbattute dallo 0 per cento (tariffa piena) fino a un massimo del 43 per cento in base alla classificazione delle strutture (D.G.R. 6490/2001). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con D.G.R. 589/2006.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 1. Impianto di dispositivi protesici. 2. Impianto di dispositivi ortopedici, ottici, audioprotesici. 3. *Stent* medicati con angioplastica.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sono state adottate due tipologie di provvedimenti: 1. al fine di incentivare la percentuale di casi in DS, i casi di RO con degenza superiore a un giorno eccedenti il numero atteso, vengono remunerati con la corrispettiva tariffa prevista per il RO abbattuta del 30 per cento (D.G.R. 6490/2001); 2. si recepiscono i valori soglia di 57 DRG a elevato rischio di inappropriata (43 DRG di cui al D.P.C.M. sui LEA e 14 DRG individuati dalla regione) deliberando che le prestazioni eccedenti tali valori saranno remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente.

---

### **Puglia**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono abbattute dal 10 per cento fino a un massimo del 30 per cento in base alla classificazione delle strutture (L.R. 14/2004).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Endoprotesi.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sistema di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni (L.R. 28/2000): al fine di ridurre i ricoveri ordinari, sono stati individuati i DRG ad alto rischio di inappropriata per i quali sono stati definiti i valori soglia di ammissibilità, oltre tali limiti le prestazioni vengono remunerate con tariffe abbattute del 50 per cento.

---

### **Basilicata**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono decurtate del 20 per cento quando applicate alle strutture private accreditate (D.G.R. 9645/1997). Un ultimo aggiornamento è stato effettuato con D.G.R. 2686/2005.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Sono stati introdotti dei provvedimenti per: 1. incentivare le prestazioni ad alta specializzazione; 2. ridurre la mobilità passiva; 3. disincentivare il ricorso al RO per quelle prestazioni che possono essere erogate in regime di DH, DS o prestazione ambulatoriale (D.G.R. 275/2000, D.G.R. 1565/2001).

---

### **Calabria**

*Tariffario nazionale* – Applicazione del D.M. 178/1997 le cui tariffe vengono decurtate del 6 per cento a eccezione di quelle relative alle prestazioni a elevata specialità che invece vengono remunerate secondo la tariffa nazionale vigente (L.R. 2/2005).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Due provvedimenti per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: 1. per gli erogatori che dovessero registrare frequenze di ricoveri inappropriati superiori di almeno il 10 per cento della media regionale dei casi della stessa tipologia, sarà determinato un ulteriore abbattimento pari al 10 per cento della produzione globale (D.G.R. 512/2001); 2. sono stati individuati dei valori soglia per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriata al di sopra dei quali la tariffa riconosciuta è inferiore a quella prevista per i ricoveri ordinari (per i ricoveri chirurgici la tariffa del DS; per i DRG medici la tariffa per i ricoveri di un giorno) (D.G.R. 591/2002).

## Sicilia

*Tariffario regionale (metodo dei pesi)* – Remunerazione pari al peso della tariffa (di cui al D.M. 178/1997) moltiplicato per il valore del punto (pari a 2.273,26 euro), ma è previsto un abbattimento per alcune categorie di strutture classificate in base al livello di complessità organizzativa e della casistica trattata. L'abbattimento è compreso da un minimo del 2,5 per cento a un massimo del 12,5 per cento (D.A. 878/2002 aggiornato da D.A. 176/2006).

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – Non previste.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – Per incentivare le forme alternative di assistenza ospedaliera, si prevede l'adozione delle tariffe nazionali per le prestazioni erogate in DH medico, mentre per le prestazioni in DS viene riconosciuta una tariffa pari a quella del RO a prescindere dai casi trattati. Il D.A. 15 dicembre 2005 promuove il passaggio dal RO al ricovero diurno e il potenziamento di forme alternative al ricovero definendo percentuali di abbattimento per diverse tipologie di ricoveri.

## Sardegna

*Tariffario nazionale* – Adozione del tariffario nazionale (D.M. 178/1997) con incrementi e decrementi a seconda della tipologia e della complessità della casistica trattata, sia per i ricoveri in RO che per quelli in DH (D.A. 29/2004). Un ultimo aggiornamento è stato effettuato con D.G.R. 9-3/2005.

*Principali prestazioni con rimborso ad hoc extratariffa* – 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.

*Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni* – La D.G.R. VII/13796/2003 ha modificato la tariffazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata utilizzando il criterio tariffario indicato sulla TUC per la mobilità interregionale.

## Bibliografia

- Assobiomedica (2005), «I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Primo aggiornamento», in *Centro Studi Assobiomedica*, n. 9, aprile.
- Borgonovi E. (2003), «Tecnologie per la sanità: un modello di analisi multidimensionale», in E. Borgonovi, C. Mambretti (a cura di), *Economia sanitaria e qualità di vita*, Milano, Il Sole 24 Ore.
- 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., Lecci F. (2005), «La struttura del SSN», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, 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.
- Chakravorti B. (2004), «The Role of Adoption Networks in the Success of Innovations: A Strategic Perspective», *Technology in Society*, vol. 26, pp. 469-482.
- Fattore G., Torbica A. (2006), «Il ruolo delle variabili organizzative nella diffusione dell'innovazione tecnologica: il caso dell'infarto miocardico acuto», *Economia e Politica del Farmaco*, n. 7, pp. 27-38.
- 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.
- Plsek E. (2003), «Complexity and the Adoption of Innovation in Healthcare», paper for the conference *Accelerating Quality Improvement in Healthcare. Strategies to Speed the Diffusion of Evidence Based Innovations*, Washington, 27-28 January.
- Preece D. (1995), *Organizations and Technical Change: Strategy, Objectives and Involvement*, Londra, Routledge.
- Szczepura A., Kankaanpaa J. (1996), *Assessment of Health Care Technologies. Case Studies, Key Concepts and Strategic Issues*, Chichester, Wiley.
- Taroni F. et al. (1997), «Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, vol. 12, pp. 3-110.