

# Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia

Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo  
Merceologico Sanità di Assolombarda

**Executive Summary**

2 marzo 2009

## **Introduzione: il progetto “Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia”**

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati, anche se con ruoli diversi. Il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del nostro Paese, non è ovviamente da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema (PSN 2006-2008). In seguito alle riforme del SSN, iniziate negli anni '90, le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che, da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento (integrati da accordi contrattuali) e di finanziamento. A seguito del processo di regionalizzazione, peraltro, il ruolo attuale e prospettico del privato accreditato varia significativamente da Regione a Regione.

Il progetto “Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia” avviato dal Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda in collaborazione con il CERGAS Bocconi è finalizzato:

1. a monitorare la sanità privata accreditata e, in misura molto limitata a causa dell'assenza di fonti informative esaustive, quella non accreditata;
2. ad analizzare i sistemi di regole dei Servizi Sanitari Regionali in cui le aziende private operano in termini di:
  - sistemi di autorizzazione e di accreditamento;
  - sistemi tariffari dei diversi SSR per le prestazioni di ricovero e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale con un focus, in particolare, sugli scostamenti dai tariffari nazionali e sui criteri di differenziazione delle tariffe tra i produttori delle prestazioni.

### **L'assistenza sanitaria privata in Italia – quadro generale**

Le strutture sanitarie private accreditate hanno caratteristiche molto differenti all'interno delle Regioni e tra le Regioni. I risultati della ricerca sono presentati come segue:

- si articola l'assistenza sanitaria in segmenti, mostrando, in generale, una rilevante presenza di strutture private in ciascun segmento ed evidenziando, in particolare, come la complessa rete delle strutture private accreditate non si limiti alle case di cura ma si estenda ad un'ampia gamma di strutture differenziate per natura giuridica e per ambiti di intervento. Si analizzano, inoltre, le caratteristiche delle strutture che operano nel mercato prettamente sanitario mostrando come non si tratti di un sistema unitario ed uniforme, ma di un settore che vede la compresenza di piccole strutture che offrono prestazioni di base e di strutture di grandi dimensioni e fortemente orientate all'alta specialità; allo stesso modo si evidenziano profonde differenze in termini di presenza e caratteristiche del privato accreditato nelle diverse regioni;
- si presentano i dati economico-finanziari relativi alla spesa per erogatori privati, evidenziando l'assenza di una significativa correlazione tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite delle regioni e l'incidenza della spesa per assistenza convenzionata e accreditata: la scelta di mix tra produzione interna ed esterna (cioè affidata al privato convenzionato e accreditato) non sembra essere una variabile sufficiente per spiegare le diverse performance economico-finanziarie dei SSR; ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza delle strutture private accreditate nel SSR quanto piuttosto le loro caratteristiche e la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato in particolare;

- con riferimento a quest'ultimo tema, l'analisi evidenzia come i sistemi di governo del SSR siano estremamente disomogenei in termini sia di caratteristiche tecniche, sia di grado di formalizzazione e trasparenza, sia di correlazione con le caratteristiche quali-quantitative delle strutture e delle prestazioni erogate.

### ***Le caratteristiche degli attori della sanità privata accreditata***

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati del nostro Paese, le strutture possono essere classificate in base all'ambito prevalente di afferenza della struttura (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale)<sup>1</sup>.

E' opportuno segnalare che i dati attualmente disponibili (rilevazioni ministeriali dei dati di struttura e attività e rilevazione dei dati di spesa attraverso i modelli CE): (i) fanno riferimento ad aggregati non sempre corrispondenti ai segmenti identificati e sono variamente definiti; (ii) non coprono sistematicamente tutti i segmenti e (iii) non sono tempestivamente aggiornati (gli ultimi dati ministeriali disponibili risalgono al 2006 e sono ancora incompleti). Con riferimento al primo problema è utile, ai fini dell'interpretazione dei dati, sottolineare due aspetti.

- Il primo riguarda la rilevazione dei flussi ministeriali per tipologia di struttura di ricovero che identifica tre categorie: strutture pubbliche (presidi di ASL e AO), strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS pubblici e privati, AOU integrate con il SSN pubbliche e private, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio ASL, Enti di ricerca) e case di cura private accreditate e non. Ciò significa che spesso i dati delle strutture equiparate alle pubbliche vengono forniti a livello aggregato senza distinzione per tipologia (non potendo, ad esempio, scorporare gli IRCCS privati dal dato complessivo degli IRCCS) e in alcuni confronti pubblico-privato le strutture equiparate vengono addirittura aggregate alle pubbliche;
- Il secondo è relativo al metodo di aggregazione dei dati di spesa privata accreditata e convenzionata provenienti dai CE e rielaborati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP). Ad esempio, la spesa riabilitativa accreditata/convenzionata include solo gli interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste acquistati da strutture private accreditate come i centri di riabilitazione accreditati e gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78.

Fatte queste premesse, si presentano di seguito le caratteristiche delle strutture che operano nell'ambito ospedaliero ed in quello distrettuale.

All'interno dell'ambito ospedaliero operano diverse tipologie di strutture di ricovero. La Tabella 1 presenta la distribuzione geografica delle Case di Cura private (accreditate e non), nonché la variazione in valore assoluto nel periodo 1997-2006 nei vari SSR: la riduzione delle case di cura private non accreditate (da 111 a 66) è stata solo minimamente compensata da un aumento di quelle accreditate (da 537 a 563). La regione che ha accreditato di più nel corso degli anni considerati è stata la Lombardia (+18), seguita da Sicilia (+12) ed Emilia Romagna (+7); quella

---

<sup>1</sup> Per assistenza ospedaliera si intendono le seguenti prestazioni: a) pronto soccorso, b), degenza ordinaria, c) day hospital, d) day surgery, e) interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni), f) riabilitazione, g) lungodegenza, h) raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, i) attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, l) attività di trapianto di organi e tessuti. Per assistenza distrettuale si intendono le seguenti prestazioni: a) assistenza sanitaria di base, b) attività di emergenza sanitaria territoriale, c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, d) assistenza integrativa, e) assistenza specialistica ambulatoriale, f) assistenza protesica, g) assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, h) assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, i) assistenza termale.

che ha registrato la più elevata variazione in diminuzione è stata la regione Lazio (-15). Riguardo alle strutture non accreditate, tutte le regioni registrano dei decrementi.

Tabella 1. Numero di case di cura private accreditate e non e relativa variazione (1997; 2006)

	Case di cura private accreditate			Case di cura private non accreditate		
	1997	2006	Variazione 1997-2006	1997	2006	Variazione 1997-2006
Piemonte	39	43	4	9	4	-5
Valle D'aosta			0			0
Lombardia	55	73	18	10	10	0
Prov. Auton. Bolzano	8	5	-3	3	1	-2
Prov. Auton. Trento	5	5	0			0
Veneto	16	15	-1	4	3	-1
Friuli Venezia Giulia	5	5	0			0
Liguria	2	4	2	8	5	-3
Emilia Romagna	39	46	7	7	3	-4
Toscana	30	28	-2	6	3	-3
Umbria	4	5	1			0
Marche	14	13	-1			0
Lazio	100	85	-15	45	30	-15
Abruzzo	11	13	2	1		-1
Molise	3	3	0			0
Campania	73	69	-4	6	5	-1
Puglia	35	37	2	3	1	-2
Basilicata	1	1	0			0
Calabria	36	39	3			0
Sicilia	49	61	12	9	1	-8
Sardegna	12	13	1	0		0
Italia	537	563	26	111	66	-45

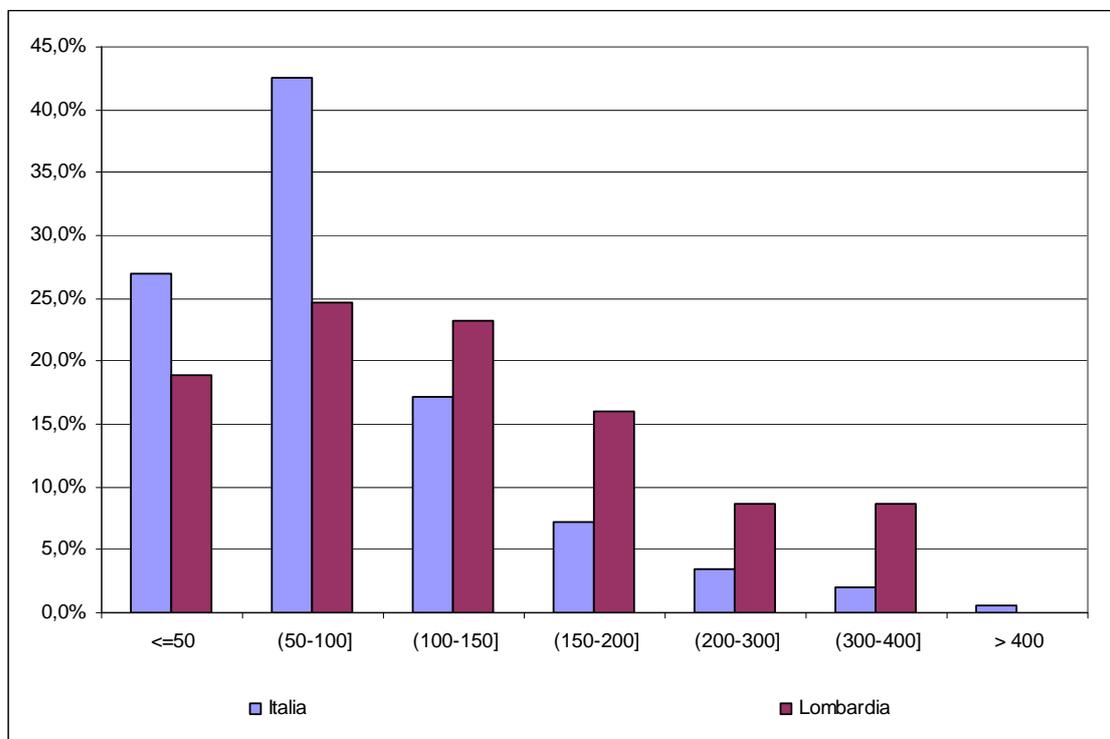
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

I posti letto delle case di cura accreditate rappresentano mediamente a livello nazionale il 20% di quelli disponibili nel SSN, con profonde differenze a livello interregionale (oltre il 30% in Calabria e Lazio, inferiore al 6% in Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Basilicata).

Le case di cura hanno mediamente dimensioni modeste (87% ha una dotazione di posti letto accreditati<sup>2</sup> inferiore a 150 e solo il 3% una dotazione superiore a 300, cfr Figura 1). La Lombardia si caratterizza per strutture mediamente più grandi rispetto al dato nazionale e, infatti, 8 delle prime 20 Case di cura del nostro Paese per dotazione di posti letto accreditati sono localizzate in Lombardia. Le restanti sono ubicate nel Lazio (6 strutture), in Campania, Calabria, Abruzzo, Sicilia e Toscana.

<sup>2</sup> Si sottolinea come il numero di posti letto accreditati non rappresenta necessariamente la dimensione effettiva della struttura di ricovero. Questa ultima andrebbe, infatti, indagata con riferimento ai posti letto autorizzati rispetto ai quali, però, non esistono dati confrontabili.

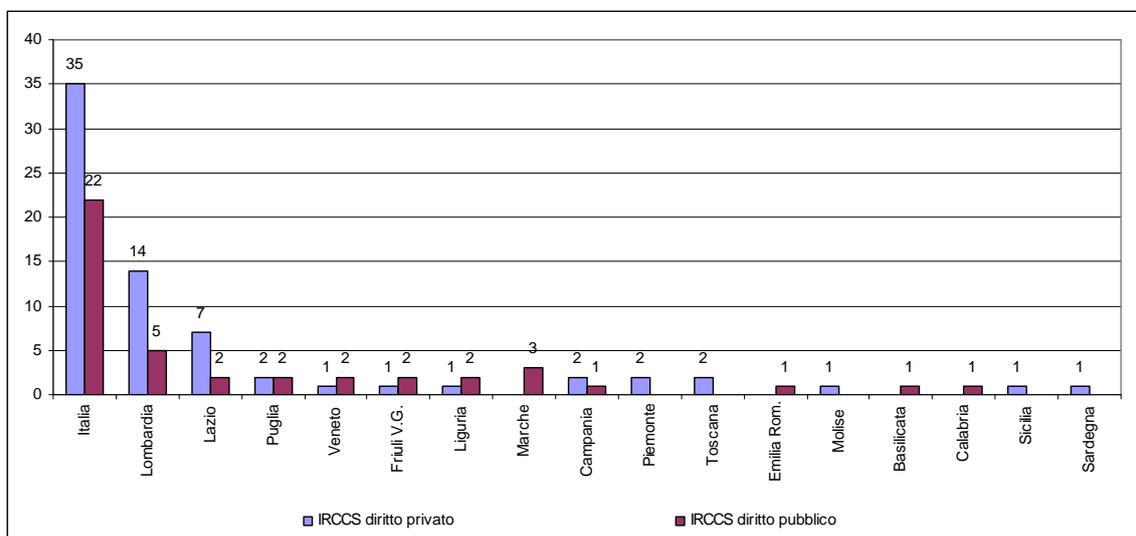
Figura 1. Distribuzione percentuale delle case di cura private accreditate per classe dimensionale di posti letto: confronto Italia vs Lombardia (2005)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero Salute

La Lombardia rappresenta anche la Regione in cui si concentra il maggior numero di IRCCS di diritto privato che rappresentano centri di eccellenza con riferimento a specifiche aree di ricerca. Gli unici due Policlinici privati a gestione diretta dell'Università (Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma, con 1973 posti letto, e Policlinico Campus Biomedico, con 123 posti letto, dati 2006) sono invece localizzati nel Lazio.

Figura 2. Numero assoluto<sup>3</sup> di IRCCS di diritto privato e pubblico per regione (2008)



Fonte: nostra elaborazione

Gli ospedali classificati<sup>4</sup> e gli istituti qualificati presidio ASL<sup>5</sup>, infine, sono costituiti complessivamente da 56 strutture, mediamente di dimensioni inferiori ai 200 posti letto accreditati e si caratterizzano per essere tipicamente degli ospedali generalisti.

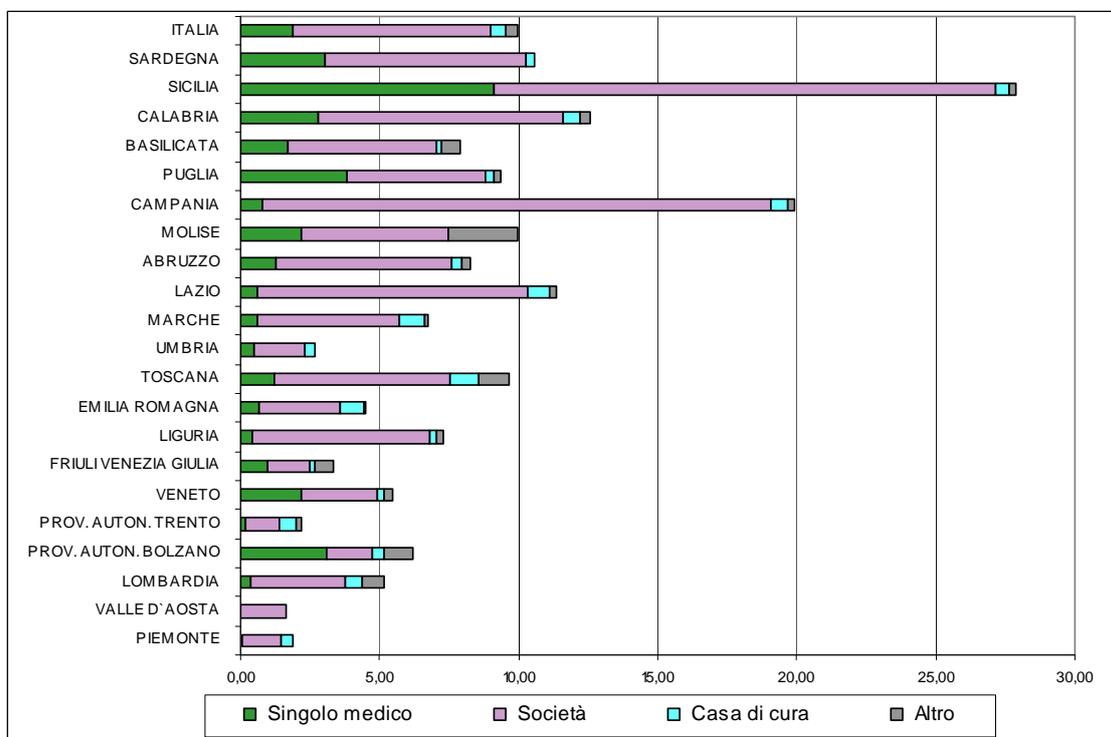
Riguardo all'assistenza distrettuale di tipo specialistico, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del sud (soprattutto Sicilia e Campania) in Lazio, dove si registra una presenza di strutture per 100.000 abitanti superiore al dato medio nazionale (10 per 100.000 abitanti – cfr. Figura 3). In generale, tali strutture operano per lo più in ambito extra-ospedaliero (solo il 6% degli ambulatori e laboratori privati accreditati svolge la propria attività all'interno di presidi o stabilimenti ospedalieri). Quasi il 70% di queste strutture assistenziali fa riferimento ad una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR.

<sup>3</sup> Il numero assoluto di IRCCS viene calcolato come somma delle sedi centrali e delle sedi distaccate per singola regione

<sup>4</sup> Gli ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) sono strutture di proprietà di Enti religiosi.

<sup>5</sup> Gli istituti qualificati presidio di ASL (ex art. 43 L. 833/1978) rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.

Figura 3. Numero di ambulatori e laboratori privati accreditati per 100.000 abitanti e titolarità (2006)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto alla riabilitazione e lungodegenza, le strutture che operano prevalentemente a livello territoriale sono le strutture semiresidenziali e residenziali volte all'assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici. Per entrambe le tipologie di strutture sono le regioni del nord (in particolare Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Valle d'Aosta) a presentare le più elevate percentuali di strutture private accreditate, a cui si aggiungono il Molise, dove tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite dal privato, l'Abruzzo e la Puglia, dove il privato gestisce rispettivamente l'84% e l'85% delle strutture residenziali (cfr. Tabella 2). L'attività riabilitazione si svolge anche nell'ambito degli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978: in quasi tutte le regioni più del 70% degli istituti di riabilitazione è privato accreditato. Fanno eccezione la Toscana e la Puglia dove l'offerta pubblica supera il 50% e la Valle D'Aosta in cui non si rilevano istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 (cfr Figura 4). Nell'ambito di tali istituti l'attività è svolta sia in regime residenziale che semiresidenziale.

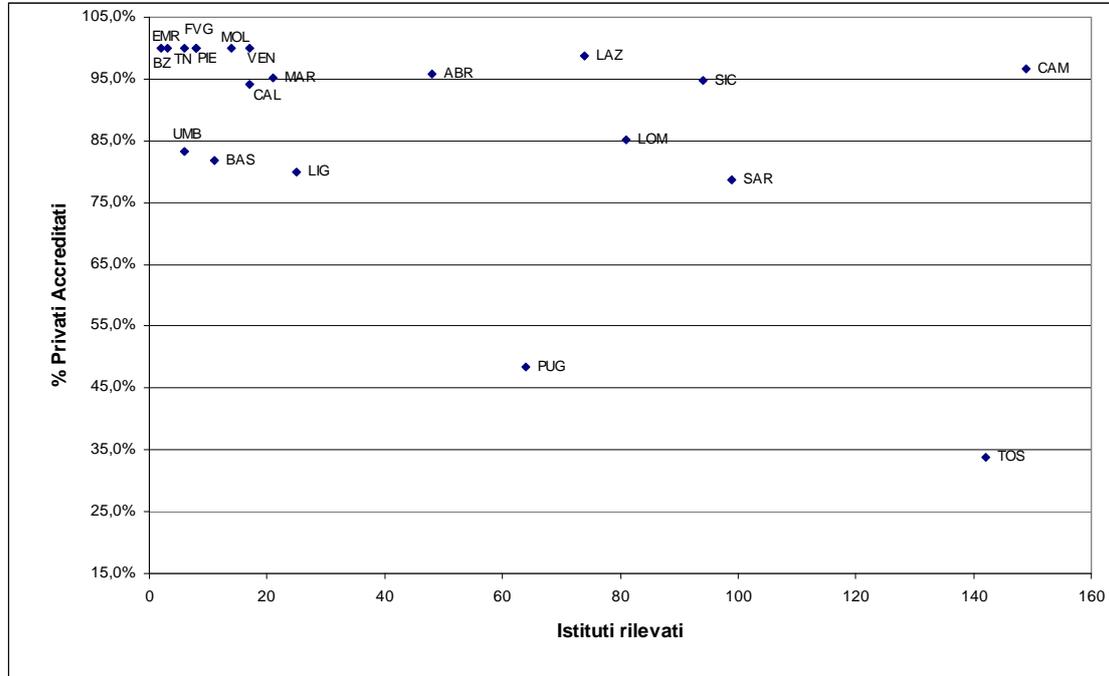
Tabella 2 Percentuale delle strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate sul totale per regione per assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici (2006)

Regioni	Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali		
	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private
Piemonte	188	471	71%	66	91	58%
Valle D' Aosta	1	4	80%		1	100%
Lombardia	181	934	84%	190	417	69%
Prov. Auton. Bolzano	8	15	65%	5		0%
Prov. Auton. Trento	9	55	86%	7		0%
Veneto	139	489	78%	149	228	60%
Friuli Venezia Giulia	62	89	59%	34	14	29%
Liguria	38	99	72%	24	13	35%
Emilia Romagna	133	527	80%	92	363	80%
Toscana	192	287	60%	153	80	34%
Umbria	42	39	48%	37	17	31%
Marche	50	30	38%	25	5	17%
Lazio	51	91	64%	51	3	6%
Abruzzo	11	58	84%	8	2	20%
Molise		6	100%		6	100%
Campania	81	64	44%	57	14	20%
Puglia	16	89	85%	14	17	55%
Basilicata	10	18	64%	2	1	33%
Calabria	21	40	66%	10	8	44%
Sicilia	46	54	54%	31	3	9%
Sardegna	21	34	62%	10	7	41%
<b>Italia</b>	<b>1.300</b>	<b>3.493</b>	<b>73%</b>	<b>965</b>	<b>1.290</b>	<b>57%</b>

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

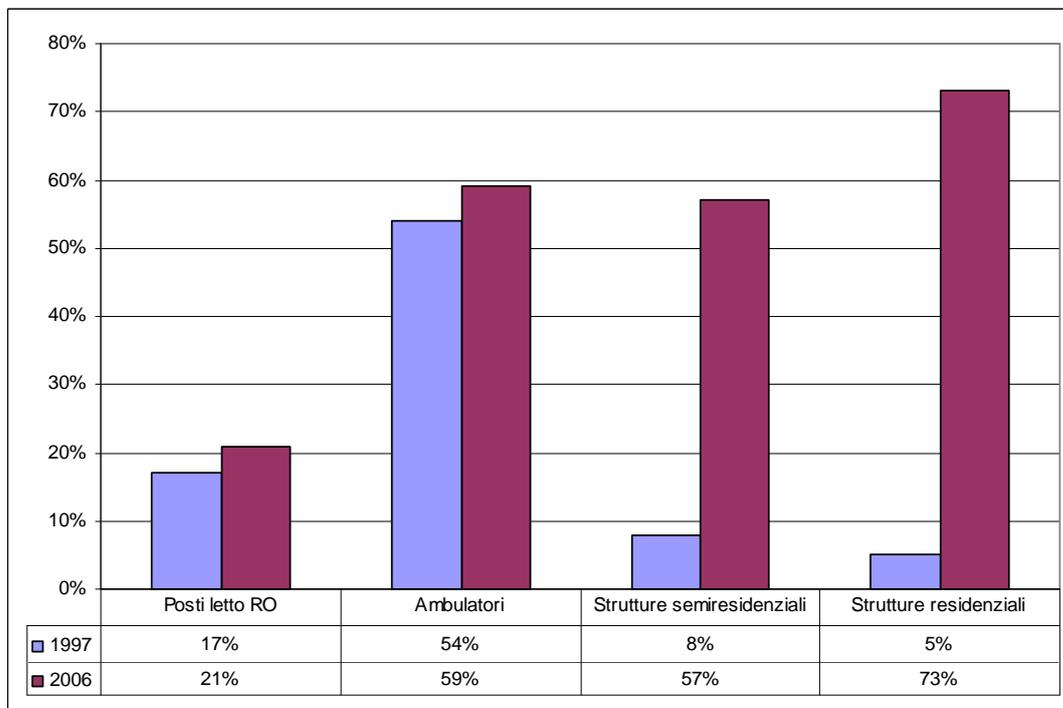
La Figura 5, infine, sintetizza come si è modificato tra il 1997 e il 2006, per le diverse tipologie di strutture, il peso dei soggetti privati accreditati.

Figura 4. Numero degli Istituti di riabilitazione e incidenza del privato accreditato (ex art. 26 della Legge 833/1978), 2006



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 5 Incidenza del numero di strutture private accreditate sull'offerta complessiva del SSN (1997;2006)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Si segnala, infine, che i dati attualmente disponibili si concentrano sulle singole strutture e non mostrano l'attuale tendenza in atto nella sanità privata verso la concentrazione, che si manifesta in forme diverse, dalle fusioni alla costituzione di gruppi propriamente intesi. La concentrazione riguarda strutture che operano:

- in diverse regioni (es. HSS, Humanitas e GVM);
- in ambiti assistenziali diversi (per esempio, servizi di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria come nei casi di HSS e Tosinvest);
- in regime di accreditamento e non (es. San Donato).

### ***Le attività svolte dagli attori della sanità privata accreditata***

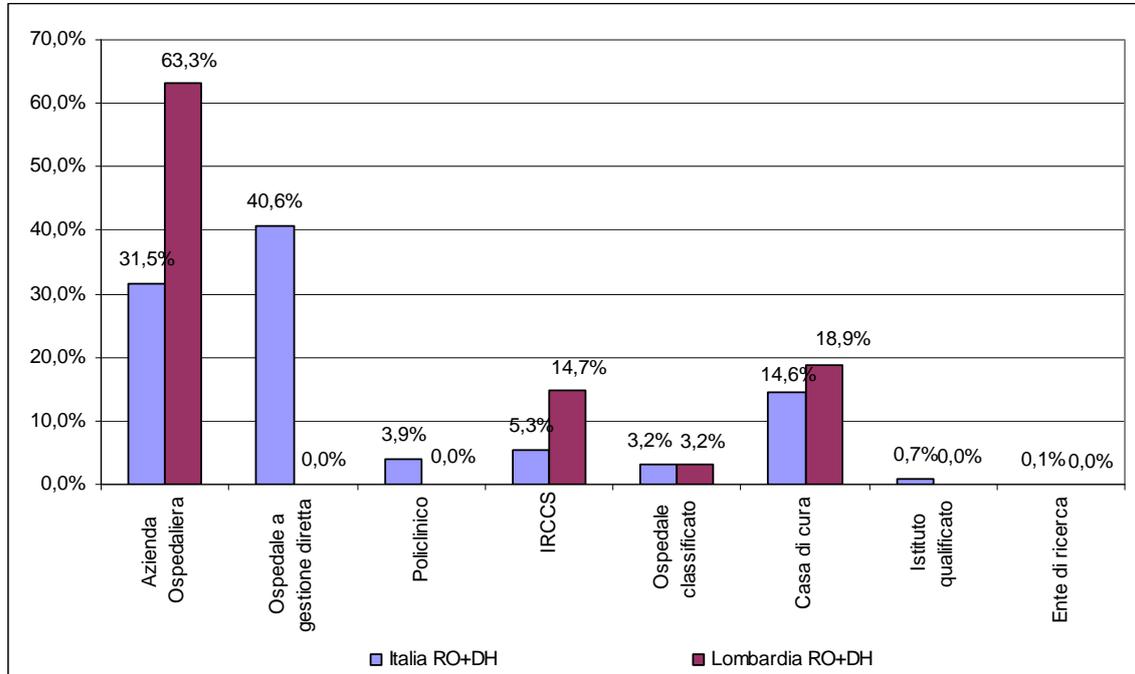
Di seguito si presentano alcuni dati relativi al contributo che gli erogatori privati accreditati forniscono al SSN in termini di volumi e tipologie di attività ospedaliera, mentre l'attività territoriale non è indagabile per la limitatezza delle informazioni disponibili.

I dati presentati nelle Figure 6 e 7 mostrano la distribuzione dei dimessi per tipo di attività (rispettivamente per acuti e non acuti) e per tipo di istituto, proponendo il confronto tra il dato medio nazionale e quello della regione Lombardia. Per gli IRCCS non è disponibile la distinzione tra pubblici e privati. Si tenga, tuttavia presente che i posti letto accreditati degli IRCCS privati rappresentano oltre il 50% del totale.

Rispetto all'attività per acuti, a livello nazionale emerge un peso relativamente limitato degli erogatori privati (18,5%, di cui 14,6% case di cura e 3,9% ospedali classificati e istituti qualificati), peso che rimarrebbe limitato anche qualora si attribuisse l'intera attività degli IRCCS sia pubblici sia privati (5,3%). Al contrario è possibile constatare l'elevato peso del privato nell'attività di riabilitazione e lungodegenza. La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le Regioni: rispetto all'attività per acuti, Lazio, Campania, Lombardia, Puglia e Calabria sono le regioni in cui gli erogatori privati coprono una parte rilevante di attività, mentre sono le regioni piccole (Basilicata, Molise, Umbria, Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e la Toscana a presentare un tasso di attività per acuti degli erogatori privati piuttosto limitato (inferiore al 10%). Allo stesso modo, Lazio, Calabria, Campania (insieme ad Abruzzo e Bolzano) rappresentano le regioni con la più elevata percentuale di ricoveri per riabilitazione in strutture private (accreditate e non).

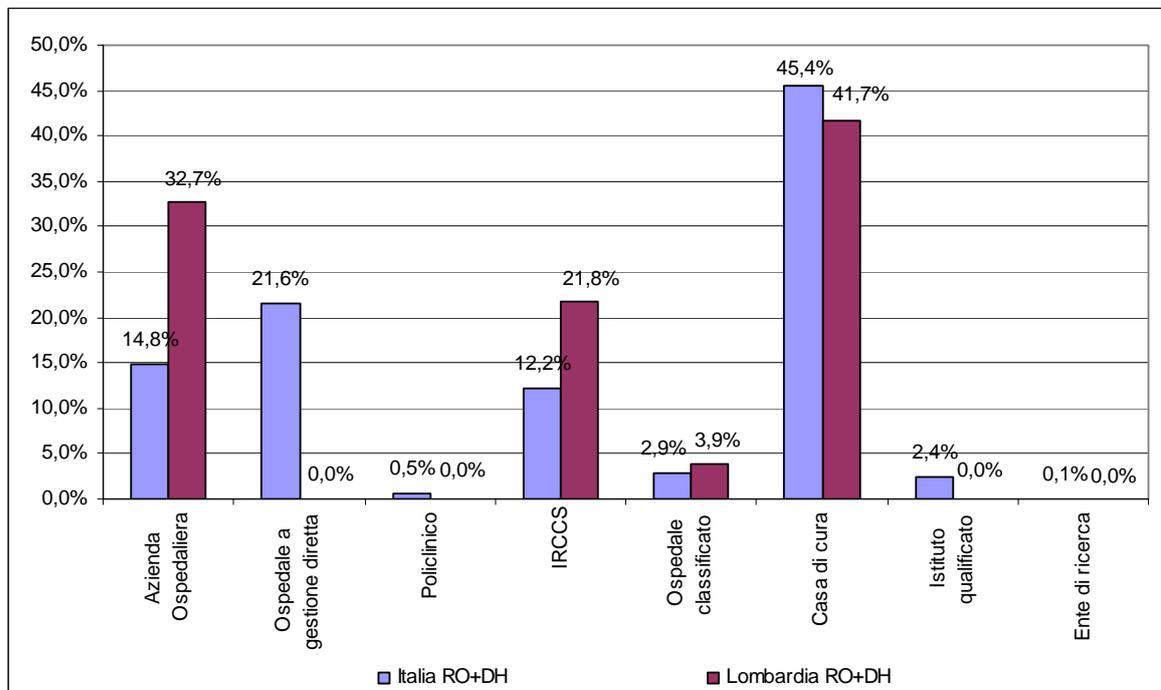
Si deve segnalare che le forti differenziazioni tra le regioni riguardano anche la partecipazione delle aziende sanitarie private alla rete dell'emergenza urgenza. La Tabella 3 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. La Lombardia è una delle regioni a più elevata concentrazione, per quanto riguarda le strutture private accreditate (l'11,4% ha un dipartimento di emergenza, il 24,3% un PS e il 20% un centro di rianimazione). Si sottolinea peraltro come tale dato sia sottostimato in quanto sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che include tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate, pur essendo queste ultime caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati. Ciò significa che gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università che hanno in dotazione dei servizi per le emergenze (PS, DEA ecc.) vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (questo è, ad esempio, il caso del San Raffele in Regione Lombardia o del Policlinico Gemelli in Lazio). Inoltre, il dato sconta il fatto che le strutture private accreditate tendono ad operare in maniera consistente nei segmenti per non acuti (riabilitazione e lungodegenza), che strutturalmente non necessitano di servizi per l'emergenza.

Figura 6. Distribuzione dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipo di istituto: confronto Italia vs Lombardia (2005)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 7. Distribuzione dei dimessi per non acuti (RO+DH) per tipo di istituto: Italia vs Lombardia (2005)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 3. Servizi per l'emergenza: confronto pubblico-privato (2006)

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private
Piemonte	71,8		76,9		69,2	7
Valle D'aosta	100		100		100	
Lombardia	63,8	11,4	70,7	24,3	67,2	20
Prov. Auton. Bolzano	57,1		85,7		71,4	
Prov. Auton. Trento			58,3		16,7	
Veneto	60	6,7	80		62,5	
Friuli Venezia Giulia	72,2		83,3	20	66,7	20
Liguria	55,6		83,3		61,1	33,3
Emilia Romagna	65,5		93,1	2,2	72,4	6,5
Toscana	69,8	3,7	81,4	3,7	62,8	3,7
Umbria	54,5		81,8		54,5	
Marche	45,5		84,8	7,7	39,4	7,7
Lazio	32,1	2,4	57,7	4,8	33,3	2,4
Abruzzo	68,2		95,5		59,1	23,1
Molise	62,5	33,3	75		62,5	33,3
Campania	46,3	9,9	89,6	25,4	64,2	11,3
Puglia	61,1	3,1	91,7	3,1	58,3	3,1
Basilicata	44,4		88,9		66,7	
Calabria	32,4		83,8	5,3	29,7	
Sicilia	34,3	1,6	92,9	1,6	45,7	3,3
Sardegna	12,1		75,8		48,5	7,7
<b>Italia</b>	<b>49,2</b>	<b>4</b>	<b>80,7</b>	<b>8,5</b>	<b>54,1</b>	<b>7,6</b>

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

### ***Dati economico finanziari sul mercato delle aziende sanitarie private***

La spesa sanitaria totale in Italia ammontava nel 2007 a circa 131 miliardi di Euro, di cui il 78,2% a carico del SSN e il restante 21,8% dei cittadini (out of pocket o coperto da forme di previdenza sanitaria integrativa<sup>6</sup>). Non sono disponibili informazioni complete rispetto alla composizione della spesa privata corrente; le rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie (ISTAT) evidenziano che nel 2007 il 46,9% di tale spesa riguardava l'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, il 36,2% servizi ambulatoriali ed il 16,8% servizi ospedalieri. Non sono invece disponibili informazioni sulla ripartizione di tali spese tra le strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelle private (accreditate e non).

I dati raccolti attraverso i modelli CE delle aziende sanitarie permettono invece di analizzare la quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione delle prestazioni effettuate da strutture private accreditate o convenzionate. La Tabella 4 mostra la spesa procapite sostenuta nei diversi SSR per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa ed altre forme di assistenza (ad

<sup>6</sup> La previdenza sanitaria integrativa in Italia non è molto sviluppata, ma non è neppure trascurabile. Si stimano (Nomisma 2003) circa 2 milioni di persone coperte da assicurazione privata, a cui si aggiungono circa 3.6 milioni di persone (1.8 milioni di iscritti più i familiari) assistiti da fondi di impostazione mutualistica (casse aziendali e interaziendali, fondi di categoria e professionali, società di mutuo soccorso, casse edili).

esempio, cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche) erogata da strutture accreditate e convenzionate. Risulta evidente la forte differenziazione regionale, conseguenza sia di eredità storiche, sia di esplicite politiche in merito al ruolo da assegnare al privato all'interno del servizio pubblico.

Le regioni che presentano i maggiori valori pro capite sono:

- per l'assistenza ospedaliera, Lazio (296 euro), Lombardia (226), Puglia (197) e Molise (191) rispetto ad un dato medio nazionale pari a 150 euro; si segnala, peraltro, che le prime due regioni presentano un saldo della mobilità positivo e quindi parte della spesa è sostenuta per pazienti provenienti da altre regioni;
- per l'assistenza specialistica, Campania (106), Sicilia (97) e Lazio (83);
- per l'assistenza riabilitativa, Abruzzo (120) e Liguria (116);
- per l'altra assistenza, Province Autonome di Bolzano (264) e Trento (243), seguite da Veneto (150), Lombardia (137) e Emilia (119).

Tabella 4. Spesa pro capite per assistenza convenzionata e accreditata per regione e per tipologia (2007)

Regione	Specialistica convenzionata e accreditata	Riabilitativa accreditata	Altra assistenza convenzionata	Ospedaliera accreditata	Spesa per erogatori privati	% spesa per erogatori privati sul totale
Piemonte	50	32	112	118	311	19,8%
Valle d'Aosta	49	8	79	66	202	11,6%
Lombardia	64	29	137	226	456	28,1%
Bolzano	12	12	264	43	331	17,9%
Trento	26	3	243	102	374	21,6%
Veneto	66	7	150	114	337	20,9%
Friuli VG	29	12	67	38	145	10,5%
Liguria	37	116	18	133	304	17,2%
Emilia R	36	2	119	133	291	17,3%
Toscana	34	21	71	61	187	11,5%
Umbria	15	30	64	45	153	11,2%
Marche	25	39	72	59	194	12,5%
Lazio	83	50	62	296	491	27,1%
Abruzzo	35	120	30	144	329	20,0%
Molise	68	84	34	191	377	21,0%
Campania	106	50	42	125	323	21,5%
Puglia	53	73	26	197	348	23,2%
Basilicata	28	99	31	7	165	12,4%
Calabria	47	41	37	94	219	15,6%
Sicilia	97	32	26	138	293	20,1%
Sardegna	54	40	24	59	177	13,2%
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>38</b>	<b>81</b>	<b>150</b>	<b>330</b>	<b>20,7%</b>

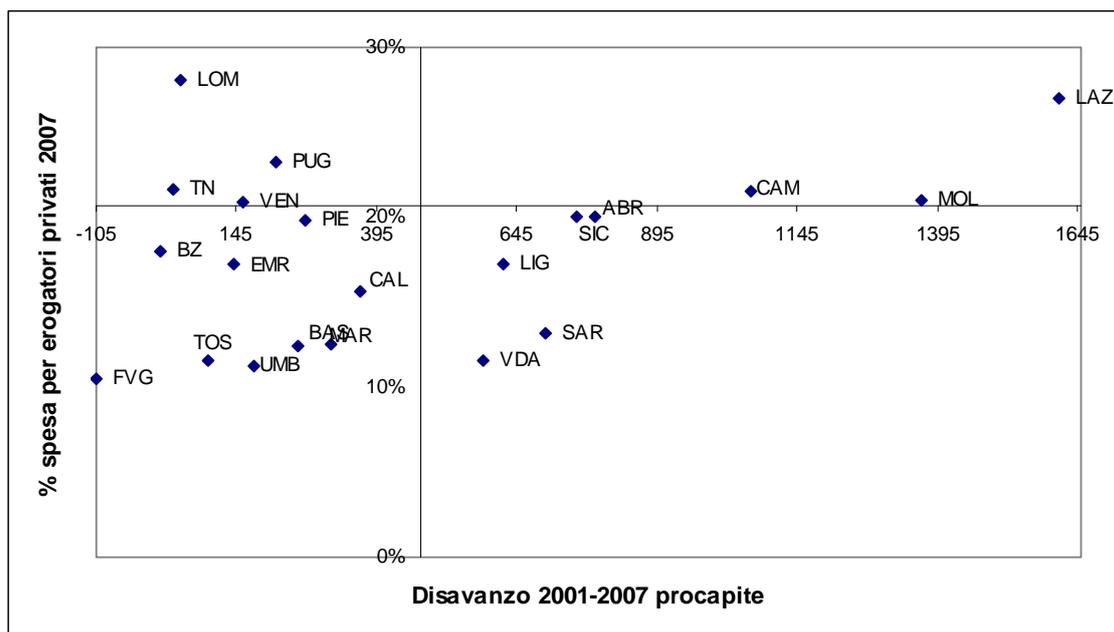
Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

E' interessante segnalare che la spesa pro-capite per l'assistenza ospedaliera non è necessariamente correlata alla presenza di posti letto accreditati: la Calabria, che presenta la maggiore incidenza di posti letto accreditati sul totale disponibili (36,8%) ha una spesa pro-capite inferiore a quella media nazionale; la Liguria (in cui i posti letto accreditati rappresentano

solo il 2,5% di quelli disponibili, rispetto ad una media nazionale del 20%) ha una spesa ospedaliera accreditata pro-capite superiore a quella di più della metà delle regioni.

In generale, inoltre, un'elevata spesa procapite per assistenza convenzionata e accreditata (cfr Tabella 4) non implica necessariamente un'elevata spesa pro-capite complessiva, né un elevato disavanzo cumulato procapite (cfr Figura 8), a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa. Ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato.

Figura 8 Spesa sanitaria privata e disavanzo cumulato (valori procapite)



Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

## Le regole di governo del SSR

L'attività dei soggetti privati accreditati si inserisce in un contesto di regole e di strumenti di governo regionali che riguardano in particolare:

- il sistema di accreditamento regionale che governa la selezione dei fornitori di prestazioni sanitarie;
- il meccanismo di finanziamento con cui le strutture vengono remunerate dal SSR per le prestazioni erogate;
- i sistemi di controllo della spesa e dell'appropriatezza delle prestazioni.

### ***I sistemi di accreditamento***

Il processo d'introduzione dell'accreditamento nel Servizio Sanitario Nazionale, annunciato nel 1992 (D. lgs. 502/92), successivamente articolato e specificato nel 1997 (D.P.R. 14/01/97) e nel 1999 (D. lgs. 229/99), e poi affidato alle Regioni, anche in forza delle modifiche costituzionali intercorse nel 2001 (Riforma Titolo V della Costituzione), si configura oggi come sommatoria di sistemi regionali. Dopo un'iniziale adesione corale ed un interesse diffuso da parte degli addetti ai lavori, la messa a regime ed il perfezionamento del proprio sistema di accreditamento, da parte di un nutrito gruppo di regioni, sembra subire una fase di stasi e di slittamento verso un livello di priorità secondario.

Le regioni italiane hanno disciplinato gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale seguendo percorsi differenti, che hanno condotto: (i) ad una diversa tempistica di progettazione o implementazione del sistema (con tempi molto dilatati da parte di alcune Regioni); (ii) ad un diverso livello di "introduzione" degli stessi nel SSR (alcune Regioni hanno applicato il sistema a tutte le strutture pubbliche e private, altre si sono limitate all'accreditamento di alcune specialità o di alcune particolari tipologie di strutture); (iii) alla definizione di caratteristiche peculiari per i diversi modelli regionali (in relazione, ad esempio, alle funzioni assegnate al sistema o al grado di sofisticatezza che esso ha raggiunto).

Per approfondire il tema del grado di sviluppo dei sistemi regionali di autorizzazione e accreditamento è stata condotta, nei mesi di maggio e giugno 2007, una ricognizione su base esclusivamente documentale, concernente lo stato dell'arte relativo alla costruzione e realizzazione del sistema di accreditamento delle regioni. Tale base documentale era costituita dai Piani Sanitari Regionali in vigore e dai documenti ufficiali messi a disposizione dalle Regioni e dalle Agenzie Sanitarie Regionali sui propri siti web istituzionali. Si tratta di decreti, delibere, leggi regionali che hanno mappato e regolamentato i diversi percorsi che ciascuna regione ha autonomamente individuato.

L'analisi svolta ha consentito di evidenziare dei "cluster" nei quali si collocano le diverse Regioni. Ognuna di esse, infatti, può essere ricondotta ad un diverso "stadio" in relazione alle politiche che, al presente, ha messo in atto per il sistema di autorizzazione ed accreditamento.

I cluster individuati sono i seguenti:

- Sistemi in fase di perfezionamento: è il caso delle Regioni che hanno già messo a regime il sistema e si accingono a migliorarlo e affinarlo il sistema;
- Sistemi in fase di progressione o rilancio raggruppa le Regioni che hanno posto nuovamente la loro attenzione sul tema dell'accreditamento, approvando una nuova normativa in materia o dedicando parte degli obiettivi del PSR allo sviluppo del sistema;
- Sistemi in fase di "attesa": in questa categoria rientrano quelle Regioni che, dall'analisi documentale, non risultano attive riguardo: a) il completamento del modello regionale (ad

esempio mancata definizione dei requisiti ulteriori) oppure b) l'implementazione del modello, nel momento in cui esso risulti interamente definito.

Nel primo cluster si inseriscono Regioni che sono unanimemente riconosciute come capofila nella definizione di sistemi per il miglioramento continuo della qualità e sono state le prime "pioniere" rispetto all'introduzione di sistemi di accreditamento istituzionale: Emilia Romagna, Lombardia e Toscana.

Il secondo gruppo è più eterogeneo ed è composto dalle Regioni che, recentemente, hanno cercato di dare nuovo impulso e forza al completamento del modello di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, ovvero Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Nell'ultima categoria rientrano le Regioni che hanno manifestato, per vari motivi, uno stato di "attesa" rispetto alla completa messa in funzione dei sistemi di autorizzazione ed accreditamento. Appartengono a questo gruppo sia le Regioni che sembrano attendere segnali più precisi di indirizzo dal livello centrale e si limitano ad una definizione provvisoria del sistema (come Campania, Lazio, Liguria, Molise, Puglia, Umbria) sia quelle che sembrano prediligere lo sviluppo di alcune esperienze pilota (così il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento).

Tale classificazione non ha la pretesa di essere esaustiva di tutti gli aspetti che riguardano i modelli di autorizzazione ed accreditamento, ma vuole essere semplicemente indicativa dello status normativo e delle politiche riguardanti tali istituti a livello complessivo regionale. In tali categorie, infatti, non rientrano i singoli casi di eccellenza che possono trovarsi all'interno del territorio regionale, frutto della capacità della singola azienda sanitaria di distinguersi per qualità della struttura, dei processi e dell'assistenza erogata.

La ricognizione condotta mostra un panorama con un grado di diversificazione, su base regionale, abbastanza pronunciato se paragonato al tema specifico in esame, vale a dire la definizione e verifica di criteri e requisiti per la qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini dalle aziende sanitarie operanti nel nostro paese.

La varietà di stati di avanzamento, di documentazione prodotta, di messa in atto delle decisioni ratificate nelle normative regionali, di attuazione sul campo dei sistemi di accreditamento, dei risultati e degli effetti prodotti dalle valutazioni non possono che riproporre un quesito da molti sollevato all'avvio del progetto: quale significato ha una diversificazione su base regionale della produzione di un insieme di standard di qualità?

Se da un lato il livello regionale di governo della sanità ha un fondamento nell'autonomia e nel decentramento, dall'altro, su un piano tecnico-gestionale, erogare buoni servizi sanitari non dovrebbe essere declinabile su base geografica, ma rispondere a criteri scientifici, manageriali e di equità sociale condivisi a livello di più ampia comunità professionale, non solo nazionale, ma internazionale. Non è da trascurare, infatti, che l'accettazione ed il consenso sulla rilevanza e il significato di uno standard di buone prassi cliniche e gestionali si fonda su evidenze raccolte su larga scala, raramente nazionale, ormai quasi sempre sovra-nazionale. Non è altresì da trascurare che l'esperienza cumulata derivante dalla messa in atto e dalla verifica di standard di qualità su vasta scala conferisce credibilità e robustezza alle prassi raccomandate e maggiore accettabilità dei conseguenti giudizi di rispondenza ed idoneità.

Dato il diverso grado di completezza, di attuazione e di credibilità acquisita sul campo dai vari sistemi di accreditamento regionali, che comunque, hanno assorbito risorse per la loro realizzazione, è forse il momento di interrogarsi sulla necessità di rilanciare su base nazionale un sistema di accreditamento più selettivo, che spinga al miglioramento progressivo dei servizi offerti, attraverso standard omogenei, un processo di verifica sostanziale, un reale riconoscimento delle migliori performance ed un supporto al miglioramento per le organizzazioni meno efficienti.

## ***I sistemi di finanziamento***

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

L'influenza ed il governo regionale dei comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie verso gli obiettivi di politica sanitaria regionale, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, può avvenire attraverso<sup>7</sup>:

- meccanismi tipici della gerarchia pubblica (command and control);
- stimoli esterni che simulano l'azione esercitata dal mercato prevedendo una misurazione degli output dell'azienda e il collegamento a questi ultimi dei flussi di risorse che all'azienda afferiscono.

L'utilizzo dei secondi assolve a due funzioni distinte ma collegate. Da una parte possono stimolare la ricerca di più elevati livelli di efficienza e di efficacia dell'azione; dall'altra possono essere utilizzati per orientare i comportamenti delle aziende attraverso l'azione esercitata dalle convenienze economiche<sup>8</sup>.

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

Alle regioni è stata lasciata la facoltà di modulare la combinazione tra i due criteri di finanziamento ed eventualmente di integrarli con logiche di finanziamento per funzione (per riconoscere l'esigenza di andare a remunerare delle attività specifiche, indipendentemente dalle prestazioni erogate) e di riequilibrio<sup>9</sup> (per smussare gli effetti redistributivi del nuovo sistema di finanziamento).

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

### ***I sistemi tariffari delle regioni italiane***

In seguito alla riforma dei primi anni novanta, a livello nazionale è stato definito un tariffario per le prestazioni di ricovero (DM 78 del 30 giugno 1997). Tale tariffario rappresentava la

---

<sup>7</sup> Per un maggior approfondimento sul tema si veda Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.

<sup>8</sup> Per un maggiore approfondimento sul tema si veda: Barnum H, Joseph Kutzin, Helen Saxenian (1995), «Incentives and provider payment methods», *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 10, 1, p 23-45; Busse R., Schereyog J. (2006), «Cost accounting to determine process: how well do prices reflect costs in German DRG-system? », *Health care management science*, agosto.

<sup>9</sup> Per un maggior approfondimento sul tema si veda Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.

remunerazione massima che le Regioni potevano adottare<sup>10</sup>. Riguardo alla mobilità dei pazienti, successivamente, il 10 dicembre 2003 un'intesa interistituzionale tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome ha approvato il "Testo Unico per la compensazione della mobilità interregionale della mobilità sanitaria" (TUC). Tale intesa stabilisce le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate a soggetti provenienti da altre regioni<sup>11</sup>.

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

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

Le Regioni hanno provveduto con modalità e tempistiche diverse (Tabella 5). Otto regioni su ventuno hanno definito un proprio sistema tariffario: due hanno adottato il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia)<sup>12</sup> e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria)<sup>13</sup>. Le restanti tredici regioni hanno basato il proprio tariffario su quello nazionale (DM 78/97).

Confrontando le singole tariffe regionali<sup>14</sup> in vigore nel 2007 con quelle nazionali (DM 97) sono emerse forti differenze interregionali (cfr. Figura 9): se in Veneto e in Basilicata il tariffario nazionale è stato mediamente abbattuto, rispettivamente, del 14,7% e del 13,2%, in Umbria ed in Friuli Venezia Giulia è stato incrementato, rispettivamente, del 35,2% e del 34,1%. In generale, solo 6 regioni hanno tariffe più elevate di quelle previste nel DM 97. Diversa appare la situazione se il confronto dei tariffari regionali viene fatto rispetto alle tariffe TUC. In questo caso tutte le regioni risultano avere tariffe più elevate ad eccezione di Basilicata e Veneto.

---

<sup>10</sup> Si segnala che nel corso dell'ultimo anno è stato approvato il nuovo nomenclatore per le prestazioni di ricovero erogate in regime ordinario e diurno (DM del 18 dicembre 2008) con applicazione dal 1 gennaio 2009.

<sup>11</sup> Tali tariffe sono applicate per la determinazione dei saldi della mobilità tra le Regioni. Gli erogatori pubblici o privati che erogano le prestazioni a pazienti provenienti da altre regioni sono remunerati in base al tariffario regionale e non a quello TUC.

<sup>12</sup> I sistemi tariffari di Piemonte e Sicilia, nonostante abbiano mantenuto i pesi ministeriali, sono classificati come tariffari regionali perché hanno variato il valore per punto DRG utilizzando una metodologia di studio dei costi standard di produzione di determinati DRG da cui sono stati ricostruiti i valori tariffari di tutti gli altri.

<sup>13</sup> Il metodo analitico si basa su analisi di costo svolte nelle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un *panel* di ospedali (idealmente scelti in virtù del fatto che li si reputa delle *best practice*), depurati dai costi attribuibili a prestazioni erogate in regime ambulatoriale, e la successiva attribuzione a ciascun DRG attraverso specifici algoritmi e tenuto conto del case-mix rilevato.

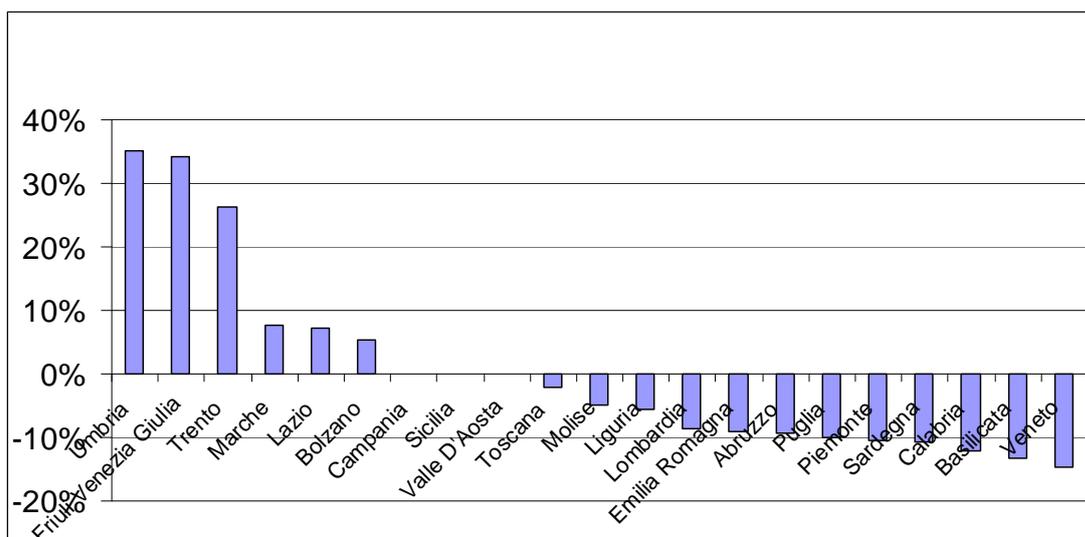
<sup>14</sup> Nel caso di tariffari differenziati per le diverse tipologie di strutture (infra) è stato considerato quello con le valorizzazioni più elevate (ovvero quello generalmente applicato ai produttori puri di prestazioni ospedaliere di grandi dimensioni e/o caratterizzati da un elevato livello di complessità – AO, IRCCS, policlinici a gestione diretta ecc.).

Tabella 5. Caratteristiche dei tariffari per le prestazioni di ricovero adottati nei SSR

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

Fonte: Assobiomedica 2005

Figura 9. Scostamento medio pesato del tariffario 2007 regionale da DM '97 (regime ord.)

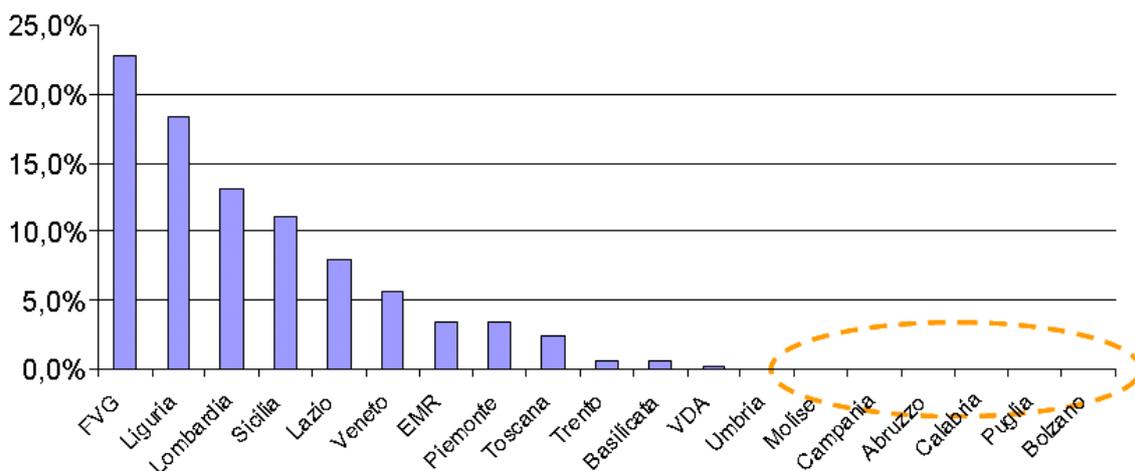


Fonte: nostra elaborazione su tariffario regionali, scostamento calcolato come media degli scostamenti tariffari dei singoli DRG ponderati in base all'incidenza dei volumi a livello nazionale

Anche con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si evidenziano elevate differenze regionali. Comparando le tariffe della branca di laboratorio (codice 90-91), le cui

attività rappresentano circa il 75% dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si evince che rispetto alle tariffe nazionali (approvate con il DM 96): 4 regioni presentano incrementi medi di più del 10% (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia e Sicilia), un gruppo di 8 regioni incrementi medi compresi tra l'1 e il 10% (Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Trento, Basilicata e Valle D'Aosta) e le restanti regioni applicano le tariffe previste dal DM '96<sup>15</sup> (Figura 10).

Figura 10. Scostamento medio del tariffario regionale 2007 da DM '96 (prestazioni di laboratorio – codice 90-91)



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

#### Grado di investimento ed utilizzo dei sistemi tariffari

L'analisi sul "grado di investimento" sul sistema tariffario da parte delle regioni si è focalizzata sulle prestazioni di ricovero. Le dimensioni analizzate sono state:

- la frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali.
- la rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni;
- il riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG;
- la presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati.

Di seguito si presentano, per ciascuna dimensione di analisi i principali risultati emersi.

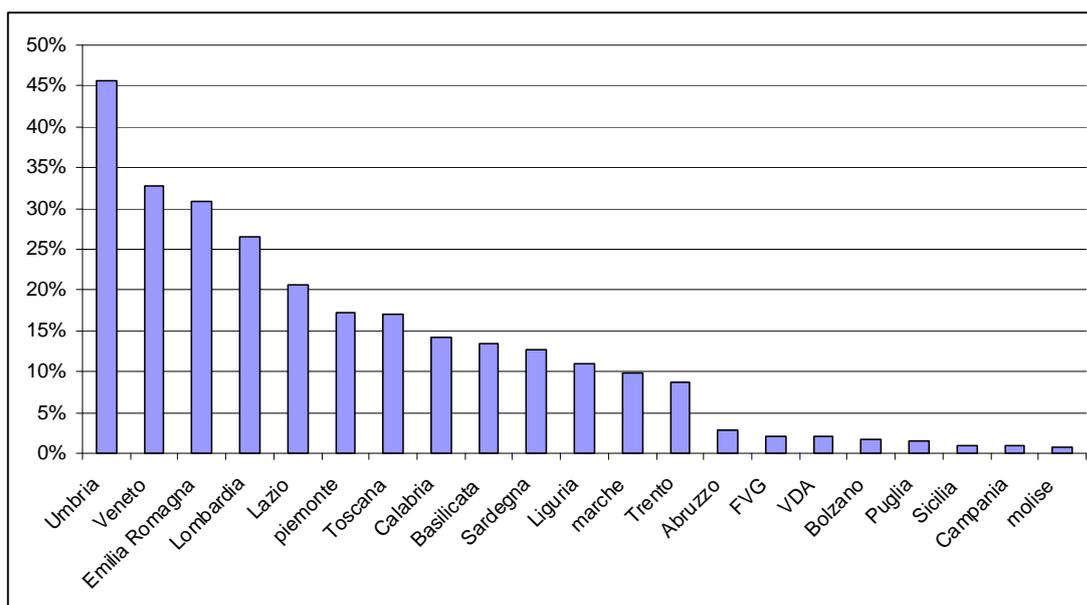
- *Frequenza delle revisioni e degli aggiornamenti dei tariffari regionali.* La prima dimensione di analisi è rappresentata dal grado di aggiornamento dei tariffari regionali, che viene interpretato come indicativo della sistematicità di manutenzione del tariffario da parte dei SSR. In quest'ottica sono stati costruiti i seguenti 3 indicatori: numero di aggiornamenti effettuati sul tariffario a partire dall'anno 2000, numero di DRG eliminati; numero di nuovi DRG introdotti oltre al DRG 492. Dall'analisi dei dati raccolti si possono evidenziare alcuni

<sup>15</sup> Si segnala che, per motivi metodologici, l'elaborazione esclude due regioni: Marche, che ha utilizzato dei codici differenti per la branca di laboratorio, e Sardegna per l'impossibilità di recupero della delibera di definizione del tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

comportamenti opposti. Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Toscana e Veneto, che nel corso degli ultimi anni, hanno aggiornato il proprio tariffario regionale almeno cinque volte e hanno apportato un numero di cambiamenti al nomenclatore superiore a 40 (eliminazione di DRG non più validi e introduzione di nuovi DRG) Campania, Molise e Puglia, invece, sono le regioni che hanno limitato gli aggiornamenti agli adempimenti nazionali e non hanno apportato modifiche al nomenclatore.

- *Rimodulazione delle tariffe in base ad analisi dei costi delle prestazioni.* Le regioni che, secondo quanto emerso dalla ricerca di Assobiomedica (2005, cfr Tabella 5), hanno adottato un metodo analitico di determinazione del tariffario regionale dovrebbero essere quelle che hanno maggiormente investito sulla rimodulazione delle tariffe a partire dai costi effettivi delle prestazioni. Per avere conferma di ciò è stata svolta un'analisi della dispersione degli scostamenti tra valorizzazioni regionali e nazionali in termini di deviazione standard dal tariffario nazionale<sup>16</sup>. L'analisi ha confermato (Figura 11) che le regioni con deviazione standard più elevate (maggiore del 17%) sono quelle che hanno utilizzato il metodo analitico (Umbria, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio, e Toscana), con l'aggiunta del Piemonte.

Figura 11. Variabilità degli scostamenti tariffari 2007 dei SSR (deviazione standard) dal tariffario nazionale (DM '97)



Fonte: elaborazioni OASI su tariffari regionali

- *Riconoscimento di possibili differenze di costo tra erogatori e tra ricoveri che rientrano nel medesimo DRG.* Per questa dimensione di analisi sono stati analizzati i seguenti indicatori: presenza di una differenziazione tariffaria in base alla tipologia di erogatore; numero di differenziazioni tariffarie all'interno del medesimo DRG; presenza di prestazioni con rimborso extra-tariffa. Quindici regioni su ventuno hanno previsto differenziazioni tariffarie

<sup>16</sup> Anche in questo caso, quando erano presenti più tariffari regionali è stato considerato quello con le valorizzazioni più elevate, ovvero quello generalmente applicato ai produttori puri di prestazioni ospedaliere di grandi dimensioni e/o caratterizzati da un elevato livello di complessità (AO, AOU, IRCCS, Policlinici a gestione diretta).

per tipologia di struttura di ricovero<sup>17</sup>, nonostante le differenze in termini di criteri di classificazione delle strutture e di tariffe applicate alle diverse classi. Con riferimento, invece, al riconoscimento di differenziali di costo all'interno del medesimo DRG, si distingue in modo evidente il caso della regione Lombardia che oltre ai rimborsi extra-tariffa prevede una differenziazione tariffaria per ben 18 DRG. Seguono Bolzano (6), Campania (4), Toscana (3).

- *Presenza di strumenti formali di controllo delle prestazioni di ricovero erogate e di penalizzazioni di eventuali comportamenti inappropriati.* Riguardo alle azioni di penalizzazione dei comportamenti opportunistici collegati al finanziamento a tariffa per prestazione, le regioni, al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, hanno puntato su quattro tipologie di azioni, combinandole in base alle esigenze del contesto regionale. In particolare, tra le politiche regionali più adottate, si evidenzia: (i) l'incentivazione dei regimi alternativi al ricovero ordinario per alcuni specifici DRG attraverso il riconoscimento di tariffe incrementate, pari, in alcuni casi, alle tariffe del ricovero ordinario (14 regioni su 21); (ii) l'individuazione di valori soglia per i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza al di sopra dei quali le tariffe subiscono dei decrementi (13 regioni su 21); (iii) e l'attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale (Lombardia, Emilia Romagna e Veneto) con compiti specifici di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni (ad esempio, il controllo dei DRG più remunerativi, casi con degenza anomala o casi ripetuti)

Una volta posizionate le regioni in funzione del "grado di investimento" sul sistema tariffario si è cercato di comprendere l'effettivo utilizzo del sistema tariffario per i ricoveri come criterio di riparto del FSR. A questo fine sono stati costruiti i seguenti due indicatori a partire dai dati disponibili nei flussi informativi ministeriali<sup>18</sup>:

- incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere (AO, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura accreditate) sul totale dei posti letto disponibili nel SSR;
  - incidenza della remunerazione a tariffa percepita dalle strutture pubbliche e private della regione per assistenza ospedaliera sul totale del FSR.
- *Incidenza dei posti letto di erogatori "puri" di prestazioni sul totale dei posti letto utilizzati del SSR<sup>19</sup>.* L'indicatore così calcolato rappresenta una misura del grado di separazione acquirente-fornitore all'interno di ciascun SSR.(Figura 12). La Lombardia risulta essere la regione in cui l'indice assume il valore più elevato (99%), seguita da Lazio e Sicilia (74%), Friuli VG (71%), Campania (67%) e Calabria (64%).

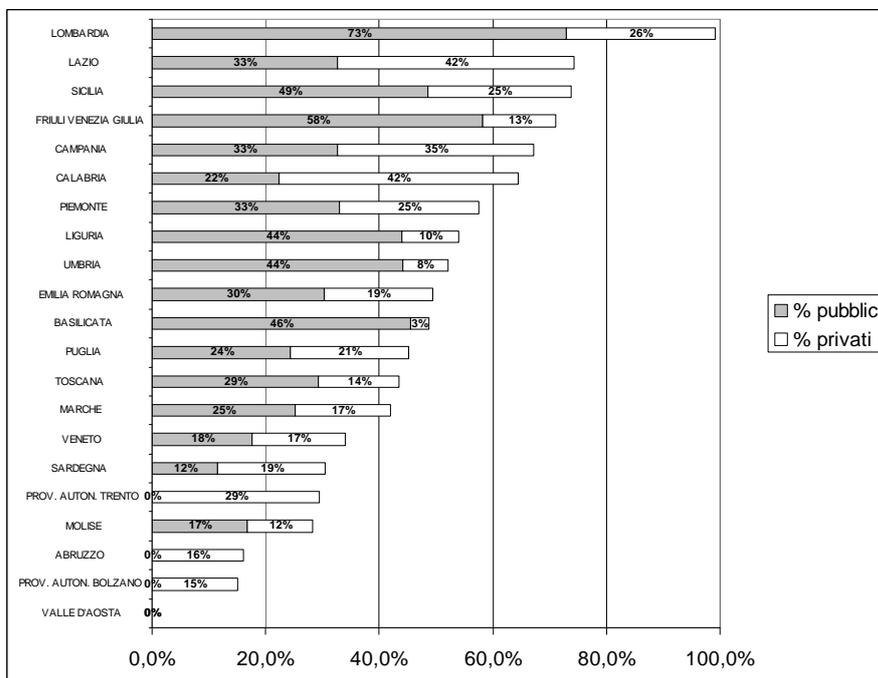
---

<sup>17</sup> Si segnala peraltro che l'assenza di una differenziazione tariffaria non implica necessariamente che la Regione non consideri l'impatto sulla struttura dei costi determinato dallo svolgimento di specifiche funzioni o servizi. L'assenza di differenziazioni tariffarie potrebbe essere infatti compensata da un più ampio ricorso al finanziamento a forfait di specifiche funzioni (ad esempio, le funzioni di emergenza/Urgenza).

<sup>18</sup> In particolare per il primo indicatore è stato utilizzato l'Annuario Statistico del Ministero della Salute – anno 2005, per il secondo il Conto Economico delle aziende sanitarie del 2005.

<sup>19</sup> In Figura 12 vengono riportati i dati sui PL utilizzati nelle strutture di ricovero (pubbliche e private accreditate), questi dati risultano diversi dal valore dei PL previsti che sono stati presentati nella prima parte del presente documento.

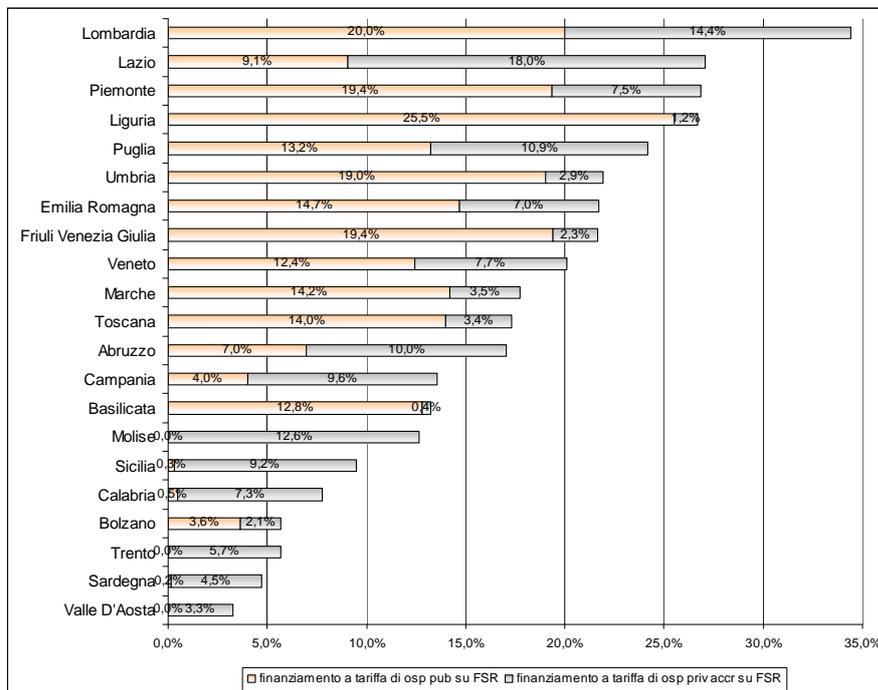
Figura 12. Incidenza dei posti letto di erogatori "puri" di prestazioni sul totale posti letto utilizzati del SSR



Fonte: nostra elaborazione su dati dell'Annuario Statistico del Ministero della Salute – anno 2005. Sono stati classificati come pubblici i posti letto delle AO, nonché di tutti gli ex-politriclinici universitari e degli IRCCS; come privati i posti letto delle case di cura accreditate e degli ospedali qualificati e classificati

- *Incidenza del finanziamento a tariffa delle strutture pubbliche e private della regione per assistenza ospedaliera sul totale del FSR.* Dall'analisi dei risultati emerge (cfr. Figura 13) un'elevata variabilità interregionale delle incidenze complessive delle prestazioni di ricovero remunerate a tariffa ed erogate da ospedali pubblici e privati accreditati delle regione con un massimo rappresentato dalla Lombardia (34,4%) e un minimo dalla Valle d'Aosta (3,3%). Tale variabilità non è pienamente spiegata dalla diversa presenza di erogatori puri di prestazioni (cfr. Figura 12) e sembra, quindi, conseguenza di esplicite scelte regionali rispetto all'utilizzo del criterio tariffario nel riparto del FSR. Emblematici sotto questo punto di vista sono i casi della Sicilia e della Campania, in cui all'ampia presenza di erogatori puri di prestazioni non corrisponde un'incidenza della quota di FSR ripartita a tariffa.

Figura 13. Incidenza del finanziamento a tariffa per ricoveri ospedalieri sul FSR (2005)



Fonte: Elaborazione OASI su dati CE Ministero della Salute

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

La prima posiziona le regioni in base a: (i) grado di investimento ("alto" per le regioni attive su due o più dimensioni; "basso" per le regioni non attive o attive solo in una dimensione); (ii) presenza di soggetti teoricamente finanziati a tariffa ("alta" nelle regioni che presentano un'incidenza dei posti letto dei produttori puri di prestazioni ospedaliere sul totale dei posti letto disponibili nel SSR maggiore rispetto alla media nazionale (61%); "bassa" per valori inferiori alla media nazionale).

Si configurano in questo modo quattro cluster di SSR (Figura 14):

- *Regioni "coerentemente passive"*: in queste realtà regionali, coerentemente alla scelta di un'organizzazione del SSR caratterizzata da una limitata presenza di erogatori "puri", non si è investito sul sistema di finanziamento a tariffa, che rappresenta un criterio marginale di riparto delle risorse finanziarie; il governo del SSR sembra essere garantito da strumenti di indirizzo diversi (Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Trento e Valle d'Aosta);
- *Regioni "capogruppo"*: questo è il caso dei SSR (Emilia R., Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria e Veneto) in cui, pur avendo una limitata presenza di erogatori "puri", si è investito nel sistema di finanziamento a tariffa al fine di avviare analisi quantitative e qualitative delle attività svolte dalle strutture del proprio territorio e sviluppare sistemi di programmazione e controllo aziendali e di gruppo, basati su processi di confronto e logiche di competizione ed emulazione tra le strutture;

- *Regioni “incentivanti”*: queste sono le regioni, che avendo un’organizzazione del proprio SSR orientata al quasi-mercato, ne hanno enfatizzato le caratteristiche investendo in modo sistematico sull’aggiornamento e la modulazione del tariffario; quest’ultimo sembra avere una forte valenza di strumento per orientare i comportamenti dei produttori verso gli obiettivi della regione (Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia);
- *Regioni “limitatamente attive”*: a questo cluster appartengono alcune regioni che, pur essendo caratterizzate da una presenza di produttori “puri” superiore alla media nazionale, non sembrano utilizzare il sistema tariffario per orientarne i comportamenti (Sicilia, Campania, Calabria). In queste situazioni è possibile ipotizzare che vengano utilizzati strumenti diversi da quelli “automatici” del quasi-mercato, strumenti che enfatizzano la programmazione ex-ante e negoziazione ex-post della regione con gli erogatori e che non fanno necessariamente riferimento alla misurazione degli output prodotti. Tale approccio può essere conseguenza di scelte regionali, ma può derivare anche da possibili carenze dei sistemi informativi in termini di affidabilità e tempestività dei dati raccolti.

Figura 14. Posizionamento SSR rispetto al grado di investimento sui sistemi tariffari e la presenza di erogatori teoricamente finanziati a tariffa

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

Nella seconda matrice (Figura 15) le regioni sono posizionate in base: (i) al grado di investimento sul sistema tariffario; (ii) all’effettivo utilizzo del sistema tariffario come strumento di finanziamento degli erogatori pubblici e privati accreditati (“alto” se l’incidenza dei finanziamenti a tariffa per i ricoveri ospedalieri sul totale del FSR risulta superiore alla media nazionale (21%); basso nel caso opposto).

Figura 15. Posizionamento SSR rispetto al grado di investimento sui sistemi tariffari e effettivo utilizzo del sistema tariffario per finanziare gli erogatori

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

La seconda matrice (Figura 15) conferma il posizionamento di alcune regioni nei quadranti “alto-alto” (3) e “basso-basso” (9). Allo stesso tempo si evidenzia come:

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

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

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

In generale, l’analisi ha consentito di individuare le Regioni in cui il sistema tariffario ha maggiori potenzialità di fungere da strumento di orientamento dei comportamenti, attraverso l’azione esercitata dalle convenienze economiche, ovvero le Regioni definite come “incentivanti” (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Liguria, Piemonte e Umbria).

### **Il CERGAS Bocconi - [www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)**

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e Sociale) è stato fondato nel 1978 per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo.

Il Centro utilizza i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell’economia aziendale e del management pubblico per supportare le istituzioni e le aziende che rispondono ai bisogni di salute, di benessere e di sviluppo delle persone. Particolare attenzione è rivolta alle dinamiche evolutive delle aziende del sistema di *welfare* e ai loro processi di innovazione, monitorati e verificati tramite appositi Osservatori a carattere settoriale. I materiali e i rapporti relativi all’attività di ricerca sono disponibili sul sito.

#### **Team di ricerca**

Al progetto hanno partecipato i seguenti ricercatori CERGAS: Eugenio Anessi Pessina, Manuela Brusoni, Elena Cantù, Clara Carbone, Francesca Lecci, Francesco Longo, Anna Prenestini.

#### **Per informazioni e chiarimenti:**

CERGAS - Università Bocconi - Via Roentgen 1 - 20136 Milano

Tel.: 02-5836.2596-2602-5261 - Fax: 02-5836.2598 - E-mail: [cergas.oasi@unibocconi.it](mailto:cergas.oasi@unibocconi.it)