



Ministero della Salute

Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Relazione tecnica

L'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni in legge 7 agosto 2012, n. 135, introduce una procedura, per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, in deroga alla procedura di cui all'art.8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai fini della determinazione delle tariffe massime in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera si ritiene di adottare, anche in via alternativa, i criteri stabiliti alle lettere a), b) e c) dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, che qui di seguito si riportano: “ *a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome*”.

Il presente decreto determina, quindi, le tariffe massime, valide per gli anni 2012-2014, ai sensi del citato decreto-legge 95 del 2012, tenuto conto, anche in via alternativa, dei criteri di cui al citato articolo 8-sexies, comma 5, lettere a), b) e c) del citato decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, provvedendo così ad aggiornare, le vigenti tariffe nazionali delle attività assistenziali diverse dalle funzioni assistenziali, di cui all'articolo 8-sexies, comma 2, del citato decreto legislativo 502 del 1992: Assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza; Assistenza specialistica ambulatoriale.

La presente relazione tecnica intende illustrare i contenuti del provvedimento, con particolare riguardo ai conseguenti effetti in termini di impatto finanziario atteso.

1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

1.A. RICOVERI OSPEDALIERI PER ACUTI

A normativa vigente, le tariffe massime nazionali per i ricoveri ospedalieri per acuti sono definite nel dm 30 giugno 1997 con riferimento al sistema di classificazione DRG 10[^]. Ai sensi del dm 18 dicembre 2008, a partire dal 1° gennaio 2009 le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti sono classificate secondo la revisione 24[^] del sistema DRG. A livello regionale sono state determinate le tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti classificati con il sistema DRG 24[^] revisione.

La remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn) avviene sulla base delle tariffe regionali; nelle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, tali tariffe sono ricondotte entro i livelli massimi stabiliti dal dm 30 giugno 1997, ad esclusione dei DRG nuovi introdotti dalla 24[^] revisione, rispetto alla 10[^] revisione.

Il presente decreto contiene i valori tariffari stabiliti con riferimento ai DRG 24[^] revisione, distintamente, come nei precedenti provvedimenti di fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per:

- a) i ricoveri ordinari di durata superiore ad 1 giornata;
- b) i ricoveri ordinari di durata pari a 0-1 giorno di pazienti trasferiti ad altra struttura o deceduti;
- c) i ricoveri diurni (tariffa per accesso, nel caso dei DRG medici; tariffa per episodio di ricovero, per i DRG chirurgici) e i ricoveri ordinari di durata pari a 0-1 giorno di pazienti non trasferiti ad altra struttura o deceduti;
- d) le giornate di ricovero ordinario oltre valore soglia.

I valori tariffari riportati in allegato al presente decreto sono stati determinati sulla base dei risultati di uno studio nazionale per la attribuzione dei costi ospedalieri ai DRG, 24[^] revisione (descritto nella Relazione metodologica citata nelle premesse del presente decreto). I criteri per procedere alla determinazione dei costi associati ai DRG 24[^] revisione nel contesto italiano sono stati definiti e condivisi nell'ambito delle attività congiunte di due Gruppi di lavoro (Gdl) misti, Stato-Regioni, l'uno dedicato all'aggiornamento dei sistemi di classificazione delle diagnosi e procedure ICD-9-CM e DRG (2007-2008) e l'altro all'approfondimento delle tematiche relative all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza sanitaria (2008-2011). In sintesi, tali criteri si basano su:

- ✓ l'adozione del metodo di determinazione dei costi per DRG "a cascata" ("top-down"), di attribuzione dei costi ospedalieri rilevati dai sistemi di contabilità generale e analitica esistenti e classificati per macro-voci ai ricoveri classificati per DRG 24[^] rev.;
- ✓ l'utilizzo dei dati di costo e di attività necessari a tal fine, rilevati presso un gruppo di ospedali del Ssn selezionati sulla base di criteri di efficienza, efficacia, qualità ed appropriatezza dell'assistenza erogata.

E' stato quindi definito un gruppo di 41 ospedali, pubblici e privati, distribuiti, proporzionalmente alla realtà italiana, su 3 classi di dimensione (121-350, 351-600 e oltre 600 posti-letto), provenienti dalle seguenti regioni: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Umbria, Puglia e Sicilia. Tali ospedali sono stati selezionati, dalle rispettive Regioni, da un elenco di strutture qualificate da valori entro soglie predeterminate di un *set* di indicatori *proxy* dei criteri sopra citati; la selezione ha considerato la disponibilità di dati di costo affidabili, nonché l'aver partecipato al precedente studio ministeriale del 2008 sui costi dei DRG, per la definizione dei pesi relativi dei DRG 24[^] rev. di cui al dm 18 dicembre 2008. Ciascun ospedale

selezionato ha partecipato al nuovo studio fornendo i propri dati di attività e di costo, relativi all'anno 2009, raccolti secondo una metodologia uniforme.

Tali dati sono stati quindi elaborati per calcolare il costo pieno di erogazione associato a ciascun DRG nel gruppo degli ospedali selezionati; sulla base di tali costi è stato definito, previa opportuna “normalizzazione” rispetto al totale dei ricoveri ordinari per acuti erogati nel complesso degli ospedali del Ssn nell'anno 2009, il **nuovo sistema italiano di pesi relativi associati alla revisione 24^ dei DRG**.

Sulla base di tali pesi relativi e del costo medio complessivo dei ricoveri osservato negli ospedali dello studio, normalizzato per allinearli alla casistica nazionale (in analogia alla normalizzazione operata nel calcolo del nuovo sistema italiano di pesi relativi dei DRG 24v.), sono stati determinati i **valori tariffari per DRG**, tenendo conto de:

- (i) il livello di complessità e di severità della casistica trattata nelle strutture incluse nello studio, tendenzialmente più elevato rispetto al complesso degli ospedali del Ssn;
- (ii) l'esigenza, in base alle indicazioni di programmazione sanitaria - da ultimo nel Patto per la salute 2010-2012 -, di promuovere una rilevante riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati (ricovero diurno vs ricovero ordinario; presa in carico ambulatoriale vs ricovero ospedaliero);
- (iii) l'esigenza di garantire il rispetto del vincolo di bilancio e delle compatibilità macroeconomiche dettate sia dalla normativa, sia dal contesto vigente nell'attuale fase del Ssn;
- (iv) i risultati dello studio condotto dall'Ocse nel 2009-2010¹, dal quale emerge una maggiore costosità relativa dei ricoveri ospedalieri per acuti in Italia rispetto ad altri Paesi e l'indicazione, quindi, di margini di miglioramento dell'efficienza produttiva negli ospedali del Ssn;
- (v) il tipo di DRG (medico/chirurgico; “ad alto rischio di inappropriatazza”, ex elenco allegato al Patto della salute del 3 dicembre 2009; “ad alta complessità”, ex elenco Tariffa Unica Convenzionale TUC anno 2010)

Ai fini della determinazione dei valori tariffari proposti, secondo quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, c.5, d.lgs. 502/92 e s.m.i., si è tenuto conto anche delle tariffe vigenti a livello regionale e inter-regionale (TUC 2009-2010).

Più in particolare, si è proceduto a definire i valori tariffari **delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti**, seguendo i criteri seguenti:

- le tariffe dei ricoveri ordinari di durata superiore a 1 giorno, sono stare determinate in base ai costi pieni per DRG. Fanno eccezione alcuni DRG, quali ad esempio quelli relativi ai trapianti, per i quali si è convenuto di fare riferimento ai valori della Tariffa unica convenzionale (TUC 2009), e quelli relativi all'area pediatrica, in considerazione dei riconosciuti limiti descrittivi del sistema DRG rispetto alla casistica pediatrica²;

¹ Cfr. F Koechlin, L Lorenzoni, P Schreyer (2010), Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study, *OECD Health Working Paper* n. 53, Paris. (<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>)

² Cfr. Progetto Mattoni, “Evoluzione del sistema DRG nazionale”.

- le tariffe dei ricoveri ordinari di 0-1 giorno di pazienti deceduti o trasferiti ad altro ospedale sono state determinate sulla base della composizione dei costi per macro-voce e delle durate di degenza medie specifiche per DRG;
- le tariffe dei ricoveri diurni sono state analogamente determinate sulla base della composizione dei costi per macro-voce e delle durate di degenza medie specifiche per DRG, ma escludendo le voci di costo non compatibili con i ricoveri diurni (es. costi delle terapie intensive e del pronto soccorso). In particolare:
 - le tariffe per i ricoveri attribuiti a DRG chirurgici sono state determinate sulla base del costo medio per giornata, incrementato delle componenti di costo relative all'intervento chirurgico e alle prestazioni pre e post intervento, specifici per DRG. Le tariffe non sono riportate per quei DRG chirurgici che includono ricoveri ritenuti non erogabili in regime di ricovero diurno;
 - le tariffe dei ricoveri attribuiti a DRG medici sono state determinate sulla base del costo medio per giornata, specifico per DRG;
- le tariffe per le giornate di degenza oltre valore-soglia sono state analogamente determinate sulla base della composizione dei costi e delle durate di degenza medie specifiche per DRG, escludendo alcune voci di costo remunerate dalla tariffa del ricovero entro valore soglia (es. sala operatoria), stimando il valore del costo marginale delle giornate di degenza ordinaria, specifico per DRG.

Gli effetti finanziari conseguenti all'introduzione dei nuovi valori tariffari si possono stimare valorizzando i ricoveri ospedalieri per acuti erogati dalle strutture private accreditate con il Ssn. E' infatti questa la componente di attività la cui remunerazione costituisce un costo a carico del Ssn suscettibile di modifiche per effetto delle variazioni tariffarie introdotte con il presente decreto. Nelle strutture ospedaliere pubbliche, la remunerazione dei ricoveri erogati in base alle tariffe per prestazione costituisce, infatti, una forma di trasferimento di risorse finanziarie tra enti interni al perimetro del Ssn, tale che l'aggiornamento tariffario in tale settore non produce nel breve periodo effetti sull'indebitamento netto della Pubblica Amministrazione, pur costituendo in ogni caso un fondamentale strumento di incentivazione al miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivo anche nel settore pubblico.

La **tabella 1** illustra, a livello regionale, la composizione e la valorizzazione con le tariffe fissate nel presente decreto dei ricoveri ospedalieri per acuti, ordinari e diurni, classificati con i DRG 24[^] rev., erogati nel 2010 (anno più recente per il quale si dispone di dati completi sui ricoveri ospedalieri) dall'insieme delle strutture private accreditate (Policlinici a gestione diretta di Università non statali, IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate).

Una valutazione comparativa diretta delle nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti fissate nel presente decreto, rispetto alle tariffe precedentemente vigenti a livello nazionale, non risulta effettuabile a causa delle modifiche intervenute nel sistema di riferimento utilizzato per classificazione dei ricoveri stessi; le tariffe ospedaliere fissate nel dm 30 giugno 1997 fanno riferimento alla revisione 10[^] dei DRG, in vigore nel Ssn dal 1994 fino al 2005 e non più utilizzabile per classificare i ricoveri nazionali.

Una valutazione comparativa può essere fatta solo con riferimento alle tariffe in vigore a livello regionale. Il confronto della valorizzazione complessiva a livello nazionale dei ricoveri ospedalieri per acuti, utilizzando le tariffe regionali vigenti nel 2010 (fonte Agenas) e le nuove tariffe proposte, evidenzia la complessiva sostenibilità in termini finanziari delle tariffe nazionali proposte, laddove lo scostamento medio complessivo è pari a -4.6% (**tabella 2**). La variabilità riscontrabile a livello regionale non viene riportata nel dettaglio, ancorché presa in considerazione, perché riflette anche l'impatto di: i) diverse politiche tariffarie regionali (che

possono ricomprendere anche classi tariffarie legate alla diversa complessità organizzativa e di attività degli erogatori); ii) diverse casistiche trattate dalle strutture private accreditate nelle varie regioni; iii) diverse quote di ricoveri inappropriati. I tre aspetti sopradescritti sono tutti modificabili da parte delle regioni, ai fini del rispetto delle indicazioni programmatiche e dei vincoli di bilancio vigenti, non appena entreranno in vigore le nuove tariffe.

**Tab. 1- Composizione delle attività di ricovero e della corrispondente valorizzazione sulla base delle tariffe proposte.
Strutture ospedaliere private accreditate- Italia, Anno 2010.**

Regione		Ricoveri Acuti ORDINARI			Ricoveri Acuti DIURNI			Ricoveri Acuti TOTALI			% valor.ne	% dimessi
		N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)		
010	Piemonte	72.736	301.611	260.982.695	27.599	57.872	33.636.318	100.335	359.483	294.619.013	4,6%	4,3%
030	Lombardia	368.207	2.004.169	1.449.086.171	77.683	182.004	78.873.128	445.890	2.186.173	1.527.959.299	23,8%	19,1%
041	P.A. Bolzano	1.390	16.511	3.973.864	248	248	348.349	1.638	16.759	4.322.213	0,1%	0,1%
042	P.A. Trento	5.459	31.693	15.163.747	4.110	4.594	5.066.629	9.569	36.287	20.230.376	0,3%	0,4%
050	Veneto	74.550	584.453	293.568.949	45.333	83.142	61.359.093	119.883	667.595	354.928.042	5,5%	5,1%
060	Friuli V.G.	10.215	59.559	32.776.064	8.462	11.353	12.512.263	18.677	70.912	45.288.327	0,7%	0,8%
070	Liguria	19.848	149.470	81.334.355	17.718	48.488	17.231.196	37.566	197.958	98.565.550	1,5%	1,6%
080	Emilia R.	82.184	392.532	302.048.098	30.750	45.976	43.017.888	112.934	438.508	345.065.987	5,4%	4,8%
090	Toscana	35.948	210.266	168.889.377	14.761	32.849	19.572.364	50.709	243.115	188.461.742	2,9%	2,2%
100	Umbria	5.936	18.811	21.007.694	3.975	3.975	4.861.454	9.911	22.786	25.869.148	0,4%	0,4%
110	Marche	20.210	95.893	59.415.668	11.522	12.720	13.506.329	31.732	108.613	72.921.997	1,1%	1,4%
120	Lazio	293.626	1.890.808	1.028.851.086	206.753	488.044	139.345.218	500.379	2.378.852	1.168.196.305	18,2%	21,5%
130	Abruzzo	23.519	139.922	85.290.139	9.380	14.242	12.169.421	32.899	154.164	97.459.560	1,5%	1,4%
140	Molise	13.793	83.055	61.631.170	7.216	17.326	6.446.754	21.009	100.381	68.077.923	1,1%	0,9%
150	Campania	237.062	969.641	655.952.989	98.908	265.813	93.324.248	335.970	1.235.454	749.277.237	11,7%	14,4%
160	Puglia	178.408	942.742	619.462.479	50.060	79.872	35.820.487	228.468	1.022.614	655.282.965	10,2%	9,8%
170	Basilicata	1.761	6.821	5.735.057				1.761	6.821	5.735.057	0,1%	0,1%
180	Calabria	42.511	244.874	144.677.460	10.635	13.724	10.857.524	53.146	258.598	155.534.985	2,4%	2,3%
190	Sicilia	120.903	706.087	405.122.963	57.085	86.353	49.495.258	177.988	792.440	454.618.222	7,1%	7,6%
200	Sardegna	22.574	130.118	61.154.689	16.691	20.228	19.027.293	39.265	150.346	80.181.982	1,3%	1,7%
Totale		1.630.840	8.979.036	5.756.124.712	698.889	1.468.823	656.471.216	2.329.729	10.447.859	6.412.595.928	100%	100%
		70,0%	85,9%	89,8%	30,0%	14,1%	10,2%	100%	100%	100%		
N.B.: esclusi i "neonati sani" dimessi dal Nido (87.896 ricoveri ordinari, per 49.221.760 euro; 8 ricoveri diurni, per errore di codifica)												

**Tab. 2- Confronto tra valorizzazione dei ricoveri ospedalieri per acuti con tariffe regionali vigenti e con tariffe nazionali proposte.
Strutture ospedaliere private accreditate* (anno 2010).**

Valoriz.ne con Tariffe Reg.li (euro)	5.930.879.470
Valoriz.ne con Tariffe Nuove (euro)	5.659.036.481
diff. Nuove Tariffe vs Tar Regionali (euro)	-271.842.989
diff. %	-4,6%

*Regioni incluse: Lombardia, PA Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna.

1.B RICOVERI OSPEDALIERI PER POST-ACUTI

Alla luce dei risultati dell'analisi comparativa svolta dei tariffari regionali vigenti, che ha evidenziato una elevata eterogeneità nella definizione sia delle prestazioni sia dei corrispondenti valori tariffari, e dei limitati dati disponibili sui costi dei ricoveri di riabilitazione, sono stati individuati i criteri per l'aggiornamento del tariffario nazionale di cui al presente decreto.

1.B.1 RICOVERI ORDINARI DI RIABILITAZIONE

La normativa nazionale vigente prevede una specifica tariffa giornaliera per ogni MDC, senza ulteriori distinzioni, né per le Unità operative dove la prestazione viene erogata, né per i ricoveri diurni; il valore soglia oltre il quale procedere all'abbattimento tariffario è unico per le varie MDC ed è fissato al 60° giorno di degenza, oltre il quale la remunerazione giornaliera è decurtata del 40%. Tale valore soglia non si applica ai ricoveri nelle Unità operative con codice 75 (neuro-riabilitazione) e codice 28 (unità spinali).

Con il presente decreto, si dispone di:

1. mantenere il valore soglia di 60 gg. stabilito dalla normativa vigente, per la MDC1;
2. abbassare il valore soglia a 40 gg. per la MDC 8;
3. abbassare il valore soglia a 30 gg. per le restanti MDC;
4. confermare l'abbattimento tariffario del 40% oltre i predetti valori soglia;
5. confermare la mancata applicazione dell'abbattimento oltre valore soglia delle tariffe giornaliere per i dimessi dai reparti con codice 28 e 75;
6. incrementare da 261,87 euro a 470,00 euro la remunerazione giornaliera per i ricoveri di pazienti caratterizzati da esigenze assistenziali elevate, senza prevedere alcun abbattimento tariffario. Sulla base della analisi delle delibere regionali e delle "Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione del 6 maggio 1998", nonché del documento "Piano di indirizzo per la riabilitazione" di cui all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio 2012, è stata individuata la definizione delle caratteristiche cliniche dei pazienti, i cui ricoveri sono classificati nella MDC1 laddove dimessi dai reparti con codice 28 e 75, in favore dei quali viene erogata una assistenza riabilitativa ad elevato livello di complessità.

Gli effetti finanziari connessi alle suddette disposizioni si possono stimare per confronto tra valorizzazione delle giornate di ricovero di riabilitazione erogate con le tariffe nazionali vigenti e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate (IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate, Policlinici a gestione diretta di Università non statali). Il risultato di tale confronto, illustrato nella **tabella 3.1.**, indica un **incremento** a livello nazionale di circa l'**1,6%**, pari a circa 24 mln di euro.

1.B.2 RICOVERI DIURNI DI RIABILITAZIONE (DH)

A normativa vigente, le tariffe per giornate di degenza in regime di ricovero per la riabilitazione non distinguono la diversa tipologia di ricoveri: ciclo diurno e regime ordinario.

Con il presente provvedimento si prevede l'introduzione di una tariffa specifica per la remunerazione dei ricoveri diurni di riabilitazione:

- fissata pari alla corrispondente tariffa giornaliera dei ricoveri ordinari abbattuta del 20%, in analogia alle modalità di remunerazione delle giornate di accesso in *day hospital* riabilitativo (reparti con codice 56) concordate dalle Regioni nell'ambito della Tariffa Unica Convenzionale;
- abbattuta di un ulteriore 40% per le giornate di degenza oltre il valore soglia fissato a livello regionale, in analogia a quanto previsto per i ricoveri ordinari.

Anche in questo caso, gli effetti finanziari connessi all'applicazione delle suddette disposizioni si possono stimare per confronto tra valorizzazione degli accessi di *Day Hospital* di riabilitazione erogati con le tariffe nazionali vigenti (dei ricoveri ordinari) e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate. Il risultato a livello nazionale di tale confronto, illustrato nella **tabella 3.2.**, indica un **decremento** di circa il **18%**, pari a circa 22 mln di euro.

Tab. 3 -Valorizzazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, per tipo di ricovero e per regione: confronto tra tariffe vigenti e nuove tariffe. Strutture ospedaliere private accreditate. Italia, anno 2010 (euro)

Tab. 3.1 – Ricoveri ordinari di riabilitazione

tipo ricovero		Ricoveri Ordinari					
regione	Tot. Giornate _ Ric Ord	Tot dimessi _ Ric Ord	Valorizz.ne _ Tar Naz.li vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar Naz.li	diff.za	diff.za %	
010	PIEMONTE	934.391	30.913	209.113.460	207.246.043	- 1.867.417	-0,9%
020	V AOSTA	12.549	498	3.015.614	3.133.726	118.112	3,9%
030	LOMBARDIA	1.721.031	69.791	414.826.861	427.032.523	12.205.662	2,9%
041	PA BOLZANO	42.066	1.771	10.406.911	10.813.328	406.416	3,9%
042	PA TRENTO	90.120	4.761	22.031.319	22.366.521	335.202	1,5%
050	VENETO	347.061	13.746	84.592.472	86.849.775	2.257.302	2,7%
060	FRIULI VG	24.675	1.013	5.774.186	5.917.591	143.406	2,5%
070	LIGURIA	59.805	3.424	14.470.281	14.792.143	321.862	2,2%
080	EMILIA R	325.097	13.168	74.832.673	75.475.333	642.660	0,9%
090	TOSCANA	167.484	7.413	41.070.589	42.665.175	1.594.586	3,9%
100	UMBRIA	8.139	597	1.927.202	2.004.200	76.997	4,0%
110	MARCHE	78.739	2.351	18.673.713	20.334.946	1.661.233	8,9%
120	LAZIO*	1.116.183	28.835	270.956.643	273.928.446	2.971.803	1,1%
130	ABRUZZO	110.259	3.956	27.175.939	27.969.914	793.975	2,9%
140	MOLISE	41.980	1.261	10.623.325	10.864.771	241.446	2,3%
150	CAMPANIA	373.545	9.495	91.544.681	92.108.084	563.403	0,6%
160	PUGLIA	322.625	14.015	75.778.269	76.295.364	517.095	0,7%
170	BASILICATA	20.185	580	4.907.536	4.974.069	66.533	1,4%
180	CALABRIA	147.995	4.180	35.067.639	35.371.636	303.997	0,9%
190	SICILIA	250.243	8.492	61.111.064	61.510.745	399.681	0,7%
200	SARDEGNA	30.895	1.605	7.442.404	7.649.258	206.854	2,8%
Totale		6.225.067	221.865	1.485.342.782	1.509.303.589	23.960.808	1,6%

Tab. 3.2 – Ricoveri di riabilitazione diurni e totali

tipo ricovero		Ricoveri Diurni (DH)						Ricoveri totali _ Riabilitazione			
regione	Tot giornate _ DH	Tot dimessi _ DH	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %	
010	PIEMONTE	24.113	978	5.944.181	4.901.061	- 1.043.120	-17,5%	215.057.642	212.147.104	- 2.910.537	-1,4%
020	V AOSTA	9	1	2.133	1.778	- 356	-16,7%	3.017.748	3.135.504	117.757	3,9%
030	LOMBARDIA	135.530	8.789	32.593.708	26.600.780	- 5.992.928	-18,4%	447.420.569	453.633.303	6.212.734	1,4%
041	PA BOLZANO							10.406.911	10.813.328	406.416	3,9%
042	PA TRENTO							22.031.319	22.366.521	335.202	1,5%
050	VENETO	91.030	7.021	20.744.666	16.715.284	- 4.029.382	-19,4%	105.337.139	103.565.059	- 1.772.080	-1,7%
060	FRIULI VG							5.774.186	5.917.591	143.406	2,5%
070	LIGURIA	1.758	209	407.671	334.445	- 73.226	-18,0%	14.877.953	15.126.588	248.635	1,7%
080	EMILIA R	14.927	789	3.212.326	2.457.197	- 755.129	-23,5%	78.044.999	77.932.529	- 112.470	-0,1%
090	TOSCANA	10.957	785	2.676.890	2.217.187	- 459.704	-17,2%	43.747.480	44.882.362	1.134.882	2,6%
100	UMBRIA							1.927.202	2.004.200	76.997	4,0%
110	MARCHE							18.673.713	20.334.946	1.661.233	8,9%
120	LAZIO*	159.779	10.764	38.786.813	32.073.581	- 6.713.232	-17,3%	309.743.456	306.002.027	- 3.741.429	-1,2%
130	ABRUZZO	2.146	64	527.574	433.716	- 93.859	-17,8%	27.703.514	28.403.630	700.116	2,5%
140	MOLISE							10.623.325	10.864.771	241.446	2,3%
150	CAMPANIA	48.545	1.715	11.767.103	9.470.651	- 2.296.452	-19,5%	103.311.783	101.578.735	- 1.733.049	-1,7%
160	PUGLIA	1.093	284	259.096	215.881	- 43.215	-16,7%	76.037.365	76.511.245	473.880	0,6%
170	BASILICATA	979	41	233.311	194.397	- 38.915	-16,7%	5.140.847	5.168.465	27.618	0,5%
180	CALABRIA	2.750	170	639.584	520.501	- 119.082	-18,6%	35.707.223	35.892.137	184.914	0,5%
190	SICILIA	11.430	459	2.827.693	2.250.230	- 577.463	-20,4%	63.938.757	63.760.975	- 177.782	-0,3%
200	SARDEGNA							7.442.404	7.649.258	206.854	2,8%
Totale complessivo		505.046	32.069	120.622.752	98.386.688	-22.236.064	-18,4%	1.605.965.533	1.607.690.277	1.724.744	0,1%
*Lazio: valorizzazione DH con tariffe naz.li vigenti stimata con tariffa media dei Ricoveri Ordinari											
		345.267	21.305	81.835.939	66.313.107	-15.522.832	-19,0%	1.296.222.078	1.301.688.250	5.466.172	0,4%
valori senza Lazio											

1.B.3 RICOVERI PER LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

La normativa vigente prevede per il settore della lungodegenza una specifica tariffa giornaliera per ogni MDC, senza ulteriori distinzioni; il valore soglia oltre il quale procedere all'abbattimento tariffario, del 30%, è unico per le varie MDC ed è fissato al 60° giorno di degenza.

Il presente decreto dispone di:

1. incrementare la tariffa giornaliera, portandola a **€ 154**, valore intermedio tra quelli adottati dalle Regioni incluse nella ricognizione tariffaria;
2. incrementare l'**abbattimento tariffario** per le giornate di degenza oltre il vigente valore soglia di 60 gg. dal 30% al 40%, al fine di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri e i processi di de-ospedalizzazione;
3. individuare una tariffa specifica per i ricoveri di **pazienti in stato vegetativo** o in stato di coscienza minima, che richiedono un elevato livello assistenziale, stabilita pari a **€ 262** per giornata. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata di ricovero.

Come per la riabilitazione ed il settore ospedaliero in genere, gli effetti finanziari conseguenti alla sopradescritta modifica si possono stimare per confronto tra valorizzazione delle giornate di ricovero di lungodegenza erogate con le tariffe nazionali vigenti e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate (IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate, Policlinici a gestione diretta di Università non statali). Il risultato di tale confronto indica un **incremento** complessivo di circa il **13%**, pari a circa 32 mln di euro, di cui circa 25 ascrivibili ai punti 1 e 2 e circa 7 al punto 3, come illustrato, rispettivamente, nelle tabelle 4 e 5.

La **tabella 4** illustra, per regione, la casistica trattata in regime di lungodegenza ospedaliera nel 2010 nelle strutture private accreditate e la rispettiva valorizzazione con le nuove tariffe di cui al presente decreto e con le tariffe vigenti (**punti 1 e 2**).

La **tabella 5** illustra la procedura di stima dell'impatto, distribuito tra regioni, dell'introduzione della tariffa maggiorata per i pazienti in coma vegetativo ricoverati nelle strutture di lungodegenza ospedaliera, con una durata media di degenza ipotizzata pari a 240 giornate (**punto 3**).

Tab. 4 - Valorizzazione dei ricoveri di lungodegenza ospedaliera, per regione: confronto tra tariffe vigenti e nuove tariffe. Strutture private accreditate. Italia, anno 2010 (euro)

Regioni	Tot. Giornate _ Ric Ord	Tot dimessi _ Ric Ord	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %	
010	PIEMONTE	299.184	6.541	39.358.053	43.250.346	3.892.293	9,9%
030	LOMBARDIA	157.980	5.633	21.631.921	24.102.663	2.470.742	11,4%
041	PA BOLZANO	36.380	1.313	4.995.755	5.571.720	575.965	11,5%
042	PA TRENTO	83.655	2.244	11.392.058	12.669.734	1.277.676	11,2%
050	VENETO	27.819	1.130	3.800.634	4.231.520	430.885	11,3%
060	FRIULI VG	749	31	101.459	112.636	11.176	11,0%
080	EMILIA R	309.034	12.106	42.091.681	46.815.384	4.723.703	11,2%
090	TOSCANA	75.976	2.361	10.239.008	11.346.905	1.107.897	10,8%
110	MARCHE	56.014	1.647	7.597.684	8.438.399	840.715	11,1%
120	LAZIO	334.590	7.975	43.608.885	47.762.792	4.153.907	9,5%
130	ABRUZZO	11.218	376	1.544.782	1.724.492	179.710	11,6%
150	CAMPANIA	295.339	7.011	39.308.054	43.373.268	4.065.214	10,3%
170	BASILICATA	6.031	145	824.499	918.179	93.679	11,4%
180	CALABRIA	40.764	1.384	5.432.108	5.996.452	564.344	10,4%
190	SICILIA	13.955	528	1.918.836	2.141.000	222.165	11,6%
200	SARDEGNA	27.687	976	3.807.336	4.248.275	440.939	11,6%
Totale	1.776.375	51.401	237.652.753	262.703.764	25.051.011	10,5%	

Tab. 5 - Stima dell'impatto delle nuove tariffe dei ricoveri di pazienti in stato di coma vegetativo nei reparti di lungodegenza ospedaliera, per regione. Strutture private accreditate. Italia, anno 2010.

regione	Dimessi tot. LgDeg.za (cod 60)	Stima casi di COMA veg.vo (0,5%)	Stima Giornate di degenza dei casi di COMA veg.vo (240gg/caso)	Stima di incremento Valorizz.ne (€)	
010	PIEMONTE	6.541	34	8.100	874.840
030	LOMBARDIA	5.633	29	6.976	753.398
041	PA BOLZANO	1.313	7	1.626	175.610
042	PA TRENTO	2.244	12	2.779	300.129
050	VENETO	1.130	6	1.399	151.134
060	FRIULI VG	31	0	38	4.146
080	EMILIA R	12.106	62	14.992	1.619.144
090	TOSCANA	2.361	12	2.924	315.777
110	MARCHE	1.647	8	2.040	220.282
120	LAZIO	7.975	41	9.876	1.066.634
130	ABRUZZO	376	2	466	50.289
150	CAMPANIA	7.011	36	8.682	937.702
170	BASILICATA	145	1	180	19.393
180	CALABRIA	1.384	7	1.714	185.106
190	SICILIA	528	3	654	70.619
200	SARDEGNA	976	5	1.209	130.537
totale	51.401	265	63.655	6.874.740	

1.C IMPATTO FINANZIARIO COMPLESSIVO OSPEDALIERA

Una valutazione puntuale dell'impatto finanziario complessivo dell'applicazione delle nuove tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera definite dal presente decreto sui livelli di spesa per l'acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati accreditati risulta ostacolata dalla eterogeneità dei valori e dei contesti locali di riferimento.

Da un lato, infatti, come illustrato nei paragrafi precedenti, le valutazioni comparative tra valorizzazioni dei ricoveri ospedalieri erogati possono farsi, pur con i limiti sopra descritti, rispetto alle tariffe regionali vigenti, per gli acuti, e rispetto alle tariffe nazionali vigenti, per i post-acuti; i risultati dei confronti, non sono quindi sommabili, ma sono tuttavia indicativi di una sostanziale complessiva sostenibilità dell'impatto delle nuove tariffe.

Dall'altro lato, l'impatto dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni non può correttamente e completamente valutarsi senza tenere conto delle modalità con le quali le tariffe sono utilizzate, in funzione delle regole per la remunerazione degli erogatori privati accreditati definite a livello regionale. Tali regole, che agiscono in senso opposto sul costo di acquisto delle prestazioni e con intensità diversa tra regioni, riguardano essenzialmente:

- (i) le *maggiorazioni* riconosciute ad alcune categorie di ospedali privati e il *finanziamento delle funzioni assistenziali* in aggiunta alla valorizzazione dei ricoveri erogati;
- (ii) la previsione di *fasce tariffarie* distinte per classi di erogatori (che in molte regioni portano all'applicazione di tariffe inferiori a quelle massime nei confronti degli erogatori privati e, in particolare, nei confronti delle case di cura accreditate);
- (iii) l'applicazione di *abbattimenti progressivi* sulle remunerazioni delle prestazioni erogate oltre i budget/tetti stabiliti preventivamente con gli erogatori.

Le informazioni disponibili non consentono una ricostruzione completa e puntuale dell'impatto specifico di tali regole a livello regionale, rappresentato in termini cumulativi nei dati di bilancio. Infatti, la somma delle voci B02195, B02220 dei flussi contabili CE, relativi all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privati, e quelle di mobilità v/Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e SMOM per la parte relativa ai ricoveri dell'anno 2010, riflettono gli effetti dell'applicazione delle tariffe ai ricoveri erogati e dell'applicazione delle regole. Pertanto, l'impatto specifico degli uni e degli altri effetti non è stimabile. Una valutazione di compatibilità complessiva delle nuove tariffe nazionali definite nel presente decreto ministeriale è possibile, tuttavia, confrontando la corrispondente valorizzazione totale dei ricoveri ospedalieri erogati dalle strutture private accreditate con i costi complessivamente sostenuti per l'acquisto delle prestazioni dalle stesse strutture, che scontano l'applicazione delle tariffe regionali con le regole sopradescritte ai punti (i),(ii) e (iii): i dati relativi all'anno 2010 indicano, a livello nazionale, uno scostamento negativo del 6,6% (corrispondente a circa euro 586 mln), tale da poter così valutare positivamente la congruità delle nuove tariffe proposte, con riferimento anche al riconoscimento di eventuali maggiorazioni e finanziamenti di funzioni assistenziali ad alcune categorie di ospedali privati accreditati, nel rispetto della vigente normativa, della programmazione regionale e dei vincoli di bilancio.

In conclusione, alla luce di quanto fin qui illustrato e in considerazione della rilevanza dell'impatto della presenza di budget predeterminati, che stabiliscano preventivamente i livelli e la composizione appropriati delle attività ospedaliere da acquistare presso gli erogatori privati accreditati ed i corrispondenti livelli di spesa, si ritiene garantita la neutralità dell'impatto finanziario delle nuove tariffe ospedaliere.

2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Con il presente decreto, si procede all'aggiornamento delle tariffe nazionali massime delle prestazioni incluse nel nomenclatore 1996, di cui ai decreti ministeriali 7 novembre 1991 e 22 luglio 1996, nelle more dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea), contenente la definizione del nuovo nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

In osservanza di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., ai fini dell'aggiornamento delle tariffe si è ritenuto di utilizzare i dati sui costi già disponibili forniti dalle Regioni e i risultati dell'analisi della variabilità tariffaria regionale.

a) I dati di costo messi a disposizione dalle Regioni fanno riferimento ad anni, a metodologie di calcolo e a settori diversi della specialistica ambulatoriale (in maniera spesso parziale, provenendo generalmente da studi campionari o svolti *ad hoc*), come emerge dal riepilogo di seguito riportato delle evidenze raccolte e delle rispettive fonti:

- i. Laboratorio: studi sui costi di tutte le prestazioni svolti con il metodo "Costilab" nelle Regioni Umbria (anno 2007) e Toscana (2004); studio svolto secondo il metodo Activity Based Costing nella Ausl di Cuneo, Piemonte (anno 2008); studio sui costi di tutte le prestazioni di laboratorio (ad eccezione di quelle svolte dal servizio immunotrasfusionale e di quelle di anatomia patologica) in un campione di strutture pubbliche e private accreditate in Veneto secondo una metodologia di *step-down cost accounting* (Anno 2007), condotto dalla Università Bocconi e reso disponibile dalla Regione Veneto.
- ii. Risonanze Magnetiche: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (Pisa, anno 2003-2004), del Veneto (Thiene, anno 2008), del Piemonte (Cuneo e Alba, anno 2008) e del Friuli (Azienda ospedaliera Cattinara, Trieste; e presidi ospedalieri di San Vito, Palmanova e Tolmezzo, anno 2006) effettuati
- iii. TAC: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (anno 2003-2004), del Veneto (2008), e del Piemonte (2008) e del Friuli (2007).
- iv. Ecografie: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (anno 2003-2004), del Veneto (2008) e del Friuli Venezia Giulia (anno 2006).
- v. Radioterapia: studio sulle relatività tra costi delle prestazioni svolto in Emilia Romagna (anno 2004); proposte tariffarie Liguria (Azienda ospedaliera S. Martino, Genova, anno 2008).
- vi. Endoscopie : studi sui costi di alcune prestazioni prodotti dalla Società scientifica e messi a disposizione dalla Campania (anni 2005-2007).
- vii. Dialisi: studio del Censis sulle caratteristiche dell'offerta di assistenza ai malati di insufficienza renale cronica (anno 2008).

b) L'analisi della variabilità tariffaria regionale è stata effettuata con riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica incluse nel dm 1996 e alle rispettive tariffe nazionali e regionali vigenti, classificate secondo la classificazione in tre livelli in uso nella Regione Emilia Romagna, ritenuta più adeguata rispetto alla classificazione in branche specialistiche. In particolare, al primo livello, tale classificazione distingue le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in 5 categorie: diagnostica, laboratorio, riabilitazione, terapeutiche, visite; per ciascuna categoria, il secondo livello distingue quindi da un minimo di 2 ad un massimo di 9 classi; per ciascuna di tali classi, il terzo livello distingue da un minimo di 1 ad un massimo di 5 raggruppamenti³.

³La classificazione proposta dalla Regione Emilia Romagna si basa sulla tipologia delle prestazioni, superando la distinzione iniziale in branche e si sostanzia nel seguente albero di classificazione delle prestazioni:

1° Livello	2° Livello	3° Livello
V – Visite	V1 - Prima Visita	V10 - Prima Visita
	V2 - Visita di Controllo	V20 - Visita di Controllo
	V3 - Osservazione Breve Intensiva	V30 - Osservazione Breve Intensiva
L- Laboratorio		L11 - Prelievo Sangue Venoso
		L12 - Prelievo Sangue Arterioso
		L13 - Prelievo Sangue Capillare
		L14 - Prelievo Microbiologico
		L15 - Prelievo Citologico
		L21 - Chimica Clinica Di Base
		L29 - Chimica Clinica
		L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base
		L39 - Ematologia/Coagulazione
		L41 - Immunoematologia e Trasfusionale Di Base
		L49 - Immunoematologia e Trasfusionale
		L51 - Microbiologia/Virologia Di Base
		L59 - Microbiologia/Virologia
		L60 - Anatomia Ed Istologia Patologica
		L70 - Genetica/Citogenetica
D – Diagnostica	D1 - Diagnostica con Radiazioni	D11 - Radiologia tradizionale RX
		D12 – Tac
		D13 - Diagnostica Vascolare
		D14 - Medicina Nucleare
	D2 -Diagnostica senza radiazioni	D21 – Ecografia
		D22 – Ecocolordoppler
		D23 – Elettromiografia
		D24 – Endoscopia
		D25 – RM
		D29 - Altra diagnostica strumentale
	D3 – Biopsia	D30 – Biopsia
	D9 - Altra Diagnostica	D90 - Altra diagnostica strumentale
T – Terapeutiche	T1 – Radioterapia	T10 – Radioterapia
	T2 – Dialisi	T20 – Dialisi
	T3 – Odontoiatria	T30 – Odontoiatria
	T4 – Trasfusioni	T40 – Trasfusioni
	T5 - Chirurgia Ambulatoriale	T50 - Chirurgia Ambulatoriale
	T9 - Altre prestazioni terapeutiche	T90 - Altre prestazioni terapeutiche
R – Riabilitazione	R1 – Diagnostiche	R10 – Diagnostiche
	R2 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.
	R3 - Terapia Fisica	R31 - Terapia Fisica
	R9 - Altra Riabilitazione	R90 - Altra Riabilitazione

L'approfondita analisi delle politiche tariffarie regionali ha evidenziato come l'ampia variabilità esistente riguardi non soltanto i livelli tariffari, ma anche la definizione stessa delle prestazioni incluse nei nomenclatori tariffari regionali.

L'analisi ha confermato, inoltre, come le logiche di revisione tariffaria seguite a livello regionale non siano strettamente ed unicamente correlate ad analisi dei costi, ma anche a:

- ↪ scelte di politica sanitaria regionale di perseguimento di obiettivi di incentivo/disincentivo dell'erogazione di determinate categorie di prestazioni (ad esempio, tipicamente, per favorire il passaggio della erogazione di alcune procedure, chirurgiche e non, dal *setting* ospedaliero a quello ambulatoriale, al fine di migliorare l'appropriatezza nell'uso delle più costose strutture ospedaliere);
- ↪ esiti di negoziazioni con categorie di professionisti e di erogatori;
- ↪ entità delle risorse rese disponibili dalle scelte allocative regionali per questo settore di attività assistenziale.

Alla luce di queste considerazioni e dei risultati delle analisi dei dati sopra esposti, è stato elaborato l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale incluse nei Lea, così come elencate nel nomenclatore ex dm 22 luglio 1996. L'aggiornamento è stato operato con riferimento alle classi di prestazioni definite dal terzo livello della sopra citata classificazione adottata dal GdI, rimodulando gli importi tariffari definiti nel dm 22 luglio 1996 per alcuni dei gruppi omogenei delle prestazioni individuate, come illustrato nello schema seguente.

Livelli Classificazione FA-RE	variazioni % medie vs TARIFFA DM 1996
D12 - TAC	-10%
D24 - ENDOSCOPIA	37,81%
D25 - RM	-25%
D30 - BIOPSIA	39,46%
T10 - RADIOTERAPIA	25%
T50 - CHIRURGIA AMB.	20%
L12 - PRELIEVO SANGUE ARTERIOSO	10,76%
L13 - PRELIEVO SANGUE CAPILLARE	171,32%
L15 - PRELIEVO CITOLOGICO	59,69%
L21 - CHIMICA CLINICA DI BASE	-16,4%
L29 - CHIMICA CLINICA	10,13%
L31 - EMATOLOGIA/COAGULAZIONE DI BASE	16,36%
L39 - EMATOLOGIA/COAGULAZIONE	5,14%
L51 - MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA DI BASE	28,67%
L59 - MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA	6,5%
L70 - GENETICA/CITOGENETICA	4,57%

I valori tariffari definiti con il presente provvedimento, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nel dm 1996, assorbono l'effetto dello sconto attualmente vigente nei confronti degli erogatori privati accreditati, previsto dall'articolo 1, comma 796, della legge 296/2006, nella misura del 20% e del 2% , rispettivamente, per le prestazioni di laboratorio e per le restanti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

L'impatto finanziario dell'aggiornamento tariffario proposto è stato valutato quella utilizzando i dati desunti dal sistema Tessera sanitaria (TS) per l'anno 2010, per tutte le regioni italiane. In particolare, sono stati elaborati i dati della specialistica ambulatoriale (al netto di prestazioni erogate in pronto soccorso):

- ✓ distinguendo i volumi di prestazioni erogati dai soggetti erogatori pubblici e privati e la rispettiva valorizzazione, con le tariffe regionali vigenti nel 2010, con le tariffe nazionali ex dm 1996 e con le nuove tariffe nazionali 2012;
- ✓ enucleando la quota dei consumi, in termini sia di quantità che di valore, non riconducibili al nomenclatore tariffario del 1996, in quanto riferite a prestazioni introdotte nei singoli nomenclatori regionali o a prestazioni non direttamente sovrapponibili in termini di codifica. Tale quota, in termini di volumi di prestazioni, è compresa tra lo 0,06% della Calabria e il 5,74% della Sicilia;
- ✓ valorizzando tali prestazioni, per i volumi erogati da strutture private accreditate, con le tariffe 1996 scontate, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e con le nuove tariffe 2012.

La tabella 6 riporta per regione tali dati, utilizzati per la valutazione dell'impatto, sia sul gettito del ticket per le strutture pubbliche, sia sul costo per l'acquisto delle prestazioni dalle strutture private accreditate.

Impatto sul gettito da ticket per le strutture pubbliche. In considerazione dell'effetto dell'aggiornamento tariffario sul gettito del ticket introitato nelle strutture pubbliche, la valutazione d'impatto deve includere anche tale stima⁴, illustrata nella **tabella 7**. Premesso che l'effetto complessivo dell'applicazione delle nuove tariffe 2012 ai volumi di prestazioni oggetto di modifica tariffaria erogate dalle strutture pubbliche si traduce in una **riduzione** della valorizzazione di circa l'8,5% in media (con valori variabili a livello regionale, ma tutti in riduzione), la stima dell'impatto sul gettito si basa sulle seguenti assunzioni:

- a) che le variazioni tariffarie non comportino una modifica della composizione percentuale delle ricette complessive con valore < o > di 36,15 euro;
- b) che la composizione delle prestazioni prescritte nella ricetta resti invariata.

Inoltre, considerando che solo al di sotto della soglia di 36,15 euro una riduzione tariffaria comporta anche una riduzione del ticket, la stima è riferita alle sole ricette di valore inferiore a tale soglia. In particolare, sono state selezionate le ricette per le quali la quota del valore delle prestazioni e del relativo ticket era attribuibile al 3° livello FARE oggetto di modifica tariffaria. Al valore dell'attuale gettito del ticket per la tipologia di ricette sopra descritta è stato quindi

⁴ La valutazione d'impatto dell'effetto ticket sul settore privato è già inclusa nella valorizzazione rappresentata nella colonna E della tabella 8 in quanto si traduce a livello complessivo in un minor rimborso da parte del SSN alle strutture private accreditate.

applicato il medesimo scostamento della valorizzazione delle prestazioni riscontrato, a livello regionale, per effetto dell'aggiornamento tariffario (cfr. colonna C della tabella 7).

La **riduzione di introito** per il settore pubblico è stimata in 19,8 mln di euro (colonna E, tabella 7)

Impatto sul costo per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati.

L'impatto finanziario dell'aggiornamento tariffario proposto è stato valutato con riferimento ai volumi dei consumi presso gli erogatori privati accreditati, per effetto delle medesime considerazioni già descritte per la valutazione d'impatto sul settore ospedaliero.

Al fine di evidenziare l'impatto finanziario complessivo dell'aggiornamento tariffario rispetto alle tariffe e agli sconti attualmente vigenti, per il settore privato, oltre al confronto tra valorizzazione delle prestazioni ex dm 1996 con le tariffe ivi previste e con le nuove tariffe, con riferimento alle stesse prestazioni è stato calcolato anche l'effetto prodotto dal vigente sconto, del 20% per le prestazioni di laboratorio e del 2% per tutte le altre prestazioni.

La **tabella 8** evidenzia:

- ✓ il minor costo derivante dall'applicazione dello sconto alle tariffe nazionali vigenti, per le predette prestazioni, pari a -208,00 mln di euro (colonna C);
- ✓ la differenza tra il valorizzazione delle prestazioni con le tariffe 1996 scontate e con le tariffe 2012, pari a una **riduzione di 6,5 mln di euro** a livello nazionale (colonna F). Il decremento è confermato in molte regioni, fatta eccezione per alcune regioni del Centro – Sud (di cui 5 in Piano di Rientro), per le quali l'impatto si traduce in termini di aumento della valorizzazione tariffaria;
- ✓ l'effetto combinato dell'abbattimento del gettito da ticket per le ricette di importo inferiore a 36 euro, per il settore pubblico (colonna G), e del minor costo delle prestazioni associato alle nuove tariffe 2012 rispetto alle tariffe vigenti scontate (colonna F), pari ad **incremento** dell'onere a carico del sistema di circa **13,3 mln di euro** (colonna H).

Tuttavia, in considerazione degli strumenti regolatori della spesa in capo alle regioni, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/1992 si ritiene che le tariffe di cui al presente decreto possano garantire in ogni caso un'invarianza di impatto derivante, sia dalla rimodulazione da parte delle regioni del proprio fabbisogno, stante l'avvio del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

TAB. 6 -VALUTAZIONE IMPATTO NUOVE TARIFFE SPECIALISTICA AMBULATORIALE SENZA EFFETTO TICKET

Regione	Quantità Prestazioni Tariffa Reg. 2010	Valore Prestazioni Tariffa Reg. 2010	% di prestazioni non attribuibili al Nomenclatore 96	% valore prestazioni non attribuibili al Nomenclatore 96	Valore Prestazioni* Tar Naz 1996	Valore Prestazioni* Tar Naz 2012	Impatto complessivo nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 non scontate su tutte le prestazioni in dm 1996 erogate da strutture pubbliche e private	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 1996 non scontate	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 2012	Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 non scontate
	A	B	C	D	E	F	G = F - E	H	I	L = I - H
Piemonte	74.248.682	1.070.725.389,39	3,74	13,20	739.022.372,42	706.595.721,65	-32.426.650,77	172.521.728,90	159.587.066,62	-12.934.662,28
Valle d'Aosta	1.624.216	15.865.283,64	5,22	12,48	11.856.513,53	11.043.004,16	-813.509,37	895.515,45	802.370,11	-93.145,34
Lombardia	128.263.237	1.772.659.536,29	4,24	16,15	1.407.444.190,46	1.317.944.479,87	-89.499.710,59	611.513.909,94	565.490.399,23	-46.023.510,71
PA Bolzano	5.776.875	74.256.658,17	3,85	9,68	62.237.789,91	60.590.504,83	-1.647.285,08	2.888.797,93	2.595.394,55	-293.403,38
PA Trento	6.553.201	77.832.469,70	2,10	14,28	61.044.033,91	58.547.179,43	-2.496.854,48	14.140.921,59	13.067.940,71	-1.072.980,88
Veneto	65.366.829	954.690.492,35	3,55	16,71	670.516.790,10	636.626.772,09	-33.890.018,01	224.040.409,24	206.774.261,08	-17.266.148,16
FVG	16.229.641	259.530.941,50	2,40	24,01	140.749.868,97	134.165.325,80	-6.584.543,17	29.100.896,36	26.035.920,91	-3.064.975,45
Liguria	20.682.854	209.343.918,46	4,26	8,92	191.044.305,43	182.688.877,46	-8.355.427,97	55.687.738,30	52.397.344,25	-3.290.394,05
Emilia R.	63.403.368	776.217.367,68	0,47	8,20	670.101.983,16	640.501.282,14	-29.600.701,02	85.874.267,02	79.198.353,25	-6.675.913,77
Toscana	45.387.885	510.425.415,66	2,52	13,11	433.955.370,48	407.341.134,94	-26.614.235,54	73.029.524,23	64.020.744,26	-9.008.779,97
Umbria	12.574.211	137.162.604,53	1,14	11,07	125.231.682,28	120.873.836,86	-4.357.845,42	8.484.392,72	7.092.148,24	-1.392.244,48
Marche	16.697.932	183.056.779,93	2,73	18,04	135.869.389,89	129.228.323,21	-6.641.066,68	26.854.214,11	24.953.913,60	-1.900.300,51
Lazio	83.491.564	954.903.545,24	0,11	2,10	877.472.104,51	830.884.178,25	-46.587.926,26	410.459.410,04	380.191.125,80	-30.268.284,24
Abruzzo	12.904.204	134.979.593,65	0,59	1,78	118.486.377,94	116.373.598,83	-2.112.779,11	16.679.279,40	16.554.825,28	-124.454,12
Molise	4.678.866	57.533.705,61	0,26	2,18	56.281.848,31	52.929.640,73	-3.352.207,58	28.858.324,94	26.325.662,18	-2.532.662,76
Campania	53.846.493	634.619.511,84	0,12	0,19	557.789.100,58	525.974.767,74	-31.814.332,84	443.962.330,35	412.752.895,96	-31.209.434,39
Puglia	51.344.914	498.569.095,19	0,12	0,31	481.722.886,53	454.486.755,95	-27.236.130,58	196.367.658,57	179.993.610,14	-16.374.048,43
Basilicata	8.660.733	107.920.878,17	5,51	8,71	89.916.636,58	86.121.485,98	-3.795.150,60	26.423.637,34	25.099.528,38	-1.324.108,96
Calabria	20.488.973	197.171.621,42	0,06	3,39	192.508.704,09	182.767.664,74	-9.741.039,35	70.162.133,09	63.216.231,01	-6.945.902,08
Sicilia	54.469.815	585.886.323,48	5,74	12,58	505.507.171,30	483.395.968,83	-22.111.202,47	324.168.530,84	305.829.355,87	-18.339.174,97
Sardegna	18.083.988	226.166.683,44	1,13	8,20	192.224.824,19	184.059.809,06	-8.165.015,13	68.632.772,43	64.290.247,81	-4.342.524,62
Totale	764.778.481	9.439.517.815,34			7.720.983.944,57	7.323.140.312,56	-397.843.632,01	2.890.746.392,79	2.676.269.339,23	-214.477.053,56

* solo prestazioni in dm 1996

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

TAB.7 - STIMA EFFETTO TICKET SETTORE PUBBLICO

Regione	valorizzazione con tariffe 1996 sole prestazioni (*)oggetto di modifica tariffaria erogate da strutture pubbliche	valorizzazione con tariffe 2012 sole prestazioni (*) oggetto di modifica tariffaria erogate da strutture pubbliche	effetto variazione tariffe 2012 vs 1996 settore pubblico	Ticket ricette imp < 36 euro (settore pubblico)	Perdita gettito ticket settore pubblico per variazioni tariffarie
	A	B	$C = (B-A)/A * 100$	D	$E = C * D$
Piemonte	245.015.512,88	225.523.524,39	-7,96%	26.037.547,45	-2.071.393,64
Valle d'Aosta	6.047.884,30	5.327.520,27	-11,91%	1.002.793,03	-119.442,77
Lombardia	384.387.744,34	340.911.544,46	-11,31%	39.532.212,37	-4.471.293,35
PA Bolzano	21.794.349,05	20.440.467,36	-6,21%	3.301.633,58	-205.100,01
PA Trento	17.836.119,61	17.022.755,87	-4,56%	2.215.737,95	-101.042,21
Veneto	194.492.141,55	179.064.762,21	-7,93%	24.681.961,20	-1.957.806,50
FVG	58.114.288,91	54.594.721,19	-6,06%	6.961.676,60	-421.619,07
Liguria	68.343.804,03	63.278.770,11	-7,41%	9.466.241,09	-701.553,46
Emilia R.	254.455.341,74	231.521.874,90	-9,01%	30.980.098,71	-2.792.164,08
Toscana	188.912.635,54	171.307.179,97	-9,32%	21.083.914,90	-1.964.886,71
Umbria	48.653.262,13	45.687.661,19	-6,10%	5.780.393,71	-352.336,93
Marche	47.572.452,59	42.831.686,42	-9,97%	7.661.049,86	-763.451,20
Lazio	235.149.845,64	218.830.203,63	-6,94%	19.362.286,64	-1.343.762,68
Abruzzo	48.206.969,45	46.218.644,46	-4,12%	2.793.542,18	-115.221,30
Molise	11.643.467,11	10.545.605,92	-9,43%	1.337.642,43	-126.126,15
Campania	30.332.071,45	29.727.172,99	-1,99%	2.587.541,14	-51.602,13
Puglia	134.376.285,16	123.514.203,01	-8,08%	8.801.131,86	-711.424,77
Basilicata	24.090.383,21	21.619.341,57	-10,26%	1.796.718,28	-184.296,18
Calabria	42.988.735,17	40.193.597,90	-6,50%	6.317.315,75	-410.753,30
Sicilia	57.522.608,14	53.750.580,64	-6,56%	8.638.651,81	-566.476,96
Sardegna	44.935.117,59	40.831.721,93	-9,13%	4.041.047,03	-369.021,29
Totale	2.164.871.019,59	1.982.743.540,40	-8,41%	234.381.137,57	-19.800.774,69

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

TAB. 8 - VALUTAZIONE IMPATTO NUOVE TARIFFE SPECIALISTICA AMBULATORIALE COMPRESO EFFETTO TICKET

Regione	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 1996 non scontate	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 1996 scontate	importo relativo allo sconto (legge 296/06, art.1, comma 796 lett.o)	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 2012	Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 non scontate	Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 scontate	Perdita gettito ticket settore pubblico per variazioni tariffarie (cfr. colonna E della tabella 7)	risparmio/onere al netto effetto ticket
	A	B	C = A - B	D	E = D - A	F = D - B	G	H = G - F
Piemonte	172.521.728,90	164.078.790,77	8.442.938,13	159.587.066,62	-12.934.662,28	-4.491.724,15	-2.071.393,64	2.420.330,50
Valle d'Aosta	895.515,45	877.605,14	17.910,31	802.370,11	-93.145,34	-75.235,03	-119.442,77	-44.207,74
Lombardia	611.513.909,94	565.397.126,57	46.116.783,37	565.490.399,23	-46.023.510,71	93.272,66	-4.471.293,35	-4.564.566,01
PA Bolzano	2.888.797,93	2.831.021,97	57.775,96	2.595.394,55	-293.403,38	-235.627,43	-205.100,01	30.527,41
PA Trento	14.140.921,59	13.500.006,79	640.914,80	13.067.940,71	-1.072.980,88	-432.066,08	-101.042,21	331.023,88
Veneto	224.040.409,24	211.540.786,54	12.499.622,70	206.774.261,08	-17.266.148,16	-4.766.525,46	-1.957.806,50	2.808.718,97
FVG	29.100.896,36	28.518.878,43	582.017,93	26.035.920,91	-3.064.975,45	-2.482.957,52	-421.619,07	2.061.338,46
Liguria	55.687.738,30	51.647.398,93	4.040.339,37	52.397.344,25	-3.290.394,05	749.945,32	-701.553,46	-1.451.498,78
Emilia R.	85.874.267,02	83.457.793,07	2.416.473,95	79.198.353,25	-6.675.913,77	-4.259.439,82	-2.792.164,08	1.467.275,73
Toscana	73.029.524,23	71.233.704,32	1.795.819,91	64.020.744,26	-9.008.779,97	-7.212.960,06	-1.964.886,71	5.248.073,35
Umbria	8.484.392,72	8.235.730,04	248.662,68	7.092.148,24	-1.392.244,48	-1.143.581,80	-352.336,93	791.244,87
Marche	26.854.214,11	24.201.724,56	2.652.489,55	24.953.913,60	-1.900.300,51	752.189,05	-763.451,20	-1.515.640,25
Lazio	410.459.410,04	377.616.318,36	32.843.091,68	380.191.125,80	-30.268.284,24	2.574.807,44	-1.343.762,68	-3.918.570,12
Abruzzo	16.679.279,40	15.192.221,58	1.487.057,82	16.554.825,28	-124.454,12	1.362.603,70	-115.221,30	-1.477.825,00
Molise	28.858.324,94	27.754.224,03	1.104.100,91	26.325.662,18	-2.532.662,76	-1.428.561,85	-126.126,15	1.302.435,70
Campania	443.962.330,35	408.024.835,25	35.937.495,10	412.752.895,96	-31.209.434,39	4.728.060,72	-51.602,13	-4.779.662,85
Puglia	196.367.658,57	178.577.765,78	17.789.892,79	179.993.610,14	-16.374.048,43	1.415.844,36	-711.424,77	-2.127.269,12
Basilicata	26.423.637,34	24.809.491,33	1.614.146,01	25.099.528,38	-1.324.108,96	290.037,05	-184.296,18	-474.333,23
Calabria	70.162.133,09	63.577.247,50	6.584.885,59	63.216.231,01	-6.945.902,08	-361.016,49	-410.753,30	-49.736,80
Sicilia	324.168.530,84	297.008.143,31	27.160.387,53	305.829.355,87	-18.339.174,97	8.821.212,56	-566.476,96	-9.387.689,52
Sardegna	68.632.772,43	64.679.329,65	3.953.442,78	64.290.247,81	-4.342.524,62	-389.081,84	-369.021,29	20.060,56
Totale	2.890.746.392,79	2.682.760.143,93	207.986.248,86	2.676.269.339,23	-214.477.053,56	-6.490.804,70	-19.800.774,69	-13.309.969,99

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

N.B.: il segno meno sulla colonna F indica un minore costo per il Ssn; il segno meno sulla colonna G indica una minore entrata; il segno meno sulla colonna H indica il maggior costo combinato dei due effetti precedenti.

CONCLUSIONI

In conclusione, pur nei limiti dei dati disponibili per stimare l'impatto complessivo dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni definite nel presente decreto, i risultati delle analisi valutative svolte ed illustrate nelle pagine precedenti portano a ritenere tale impatto compatibile, sia con l'attuale livello di spesa sostenuto dal sistema, sia con il quadro economico-finanziario esistente.