

## **IL SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE TRAMITE TARRIFFA PREDETERMINATA “DRG”: un bilancio sintetico dopo quasi due decenni dalla sua introduzione nel SSN.**

di Gabriele Ghirlanda

**Sommario:** 1. Introduzione 2. Breve storia dei DRG 3. La normativa nazionale del nuovo sistema di remunerazione 4. Impatto dei DRG sul SSN 5. Ripercussioni a livello regionale 6. Effetti sulle strutture ospedaliere 7. Spesa sanitaria e spesa ospedaliera 8. Un sistema basato sul controllo regionale 9. I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura 10. L’evoluzione del nuovo sistema tariffario nelle politiche regionali 11. Ricoveri in strutture di degenza per acuti 12. Ricoveri in regime di day hospital 13. Sistemi di classificazione delle strutture erogatrici 14. Finanziamento per funzione 15. La compensazione della mobilità sanitaria interregionale: evoluzione 16. La tariffa unica convenzionale 17. Conclusioni 18. Riferimenti bibliografici.

### *1. Introduzione.*

Il *Diagnosis-related group*, più semplicemente DRG<sup>1</sup>, è un sistema per la classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti: le malattie vengono associate ad un numero progressivo da 0 a 505, e sono successivamente raggruppate in macrocategorie omogenee di diagnosi<sup>2</sup>.

Tale raggruppamento viene effettuato in modo che ogni macrocategoria contenga un gruppo di malattie richiedenti un impiego omogeneo di variabili quali: il consumo di risorse; la durata della degenza; il profilo clinico specifico.

La classificazione per DRG si basa sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera<sup>3</sup> del paziente, costituendo la base determinante l’ammontare del finanziamento erogato dalla regione alle Aziende Ospedaliere: il Servizio Sanitario Nazionale<sup>4</sup> eroga infatti i finanziamenti sulla base delle attività ospedaliere rilevate, remunerando le prestazioni mediante tariffe predeterminate associate ai singoli DRG.

Il sistema DRG è definito “isorisorse”: descrive il livello di complessità dell’assistenza erogata secondo il principio che malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, comportano mediamente lo stesso utilizzo di risorse, umane e materiali. In tal modo diviene possibile predire la quantità ed il tipo di risorse impiegate per l’assistenza ai pazienti.

---

<sup>1</sup> l'equivalente italiano dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, altrimenti detti ROD

<sup>2</sup> Le macrocategorie sono in tutto 25 e sono definite *Major Diagnostic Category* “Gruppi Diagnostici Principali”, d’ora in avanti “MDC”.

<sup>3</sup> D’ora in Avanti “SDO”.

<sup>4</sup> D’ora in Avanti “SSN”.

L'assegnazione di un caso ad una MDC viene fatta in base alla diagnosi principale di dimissione, e costituisce solo la prima fase del processo di attribuzione del DRG corrispondente.

L'attribuzione di ogni singolo caso rilevato dalla SDO ad uno specifico DRG viene effettuata da un software apposito, il *DRG Grouper*: esso rileva la diagnosi principale dalla SDO, e in base a questa sceglie la MDC appropriata. Successivamente raccoglie e valuta ulteriori informazioni riguardanti eventuali interventi chirurgici o procedure, informazioni generali sul paziente<sup>5</sup> e su eventuali diagnosi secondarie. In base a queste informazioni attribuisce, infine, il DRG appropriato.

Uno dei vantaggi più evidenti del sistema DRG è che le informazioni necessarie all'attribuzione dei pazienti alle singole categorie sono ottenibili facilmente dal sistema informativo disponibile negli ospedali: per questo motivo il sistema è stato adottato dal Ministero della Salute, che può così reperire informazioni esaustive e qualitativamente valide in modo semplice, basandosi sulla SDO<sup>6</sup>, contenitore prezioso di tutte le informazioni sul paziente dalla sua accettazione alla dimissione.

Al momento in cui le regioni devono valutare i finanziamenti da erogare agli ospedali, tramite le Asl<sup>7</sup>, viene stimato il peso relativo di ogni singolo DRG: vale a dire il grado di impegno clinico e di costi che ciascun DRG implica rispetto al costo medio standard per ricovero. La remunerazione per ciascun DRG è in genere direttamente proporzionale al suo peso, ed è corrisposta in base a criteri predeterminati dal Ministero.

Le singole tariffe sono fissate a livello regionale, a partire dal costo medio dell'assistenza per tutti i pazienti appartenenti allo stesso DRG, in base quindi all'insieme delle prestazioni erogate. Tariffe così determinate divengono un valido strumento di programmazione sanitaria regionale, contribuendo ad una eventuale rimodulazione dell'indirizzo dell'attività ospedaliera in funzione di specifici obiettivi e priorità, ma necessitando di un'attività continua controllo<sup>8</sup> ed adeguamento-aggiornamento.<sup>9</sup>

## 2. Breve storia del sistema DRG.

E' quindi possibile affermare che i DRG costituiscono un sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri finalizzato al contenimento della spesa sanitaria, perseguito in base al principio di

---

<sup>5</sup> Relative a sesso, età, stato al momento della dimissione.

<sup>6</sup> In uso negli ospedali già dal 1991 come parte integrante della cartella clinica.

<sup>7</sup> Ogni Asl acquista prestazioni sanitarie da strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate, in seguito la regione eroga il rimborso alle Asl in base alle informazioni estratte dalle SDO ricevute dagli ospedali, secondo le tariffe predeterminate tramite DRG.

<sup>8</sup> La vigilanza sulla correttezza delle informazioni contenute nella SDO ed inviate dagli ospedali alla regione per il rimborso delle prestazioni erogate, controllo di cui sono incaricate le Regioni stesse.

<sup>9</sup> La normativa vigente in materia di sistemi di classificazione della casistica ospedaliera (Decreto ministeriale 21 novembre 2005, artt. 1-3) prevede infatti l'aggiornamento biennale della Classificazione ICD-9-CM e del sistema DRG. Da ultimo essi sono stati aggiornati dal Decreto ministeriale del 18 dicembre 2008.

erogare, da parte dello Stato, un quantitativo di risorse definite al termine di una diagnosi e corrispondenti alla prestazione sanitaria erogata..

L'introduzione, nell'ambito del SSN, del sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera basato su tariffe predeterminate per DRG costituisce un caso esemplare di *policy transfer*: rivolgersi ad esperienze estere innovative adattandole alla propria realtà nazionale, al proprio contesto politico, culturale e amministrativo, ossia a tutti gli elementi che ne condizionano accettabilità e fattibilità<sup>10</sup>.

Il paese "esportatore" sono gli Stati Uniti, dove infatti il sistema di pagamento prospettico associato ai DRG è stato introdotto sull'intero territorio dal 1983: prima nell'ambito del sistema di assistenza *Medicare*<sup>11</sup>, per poi estendersi anche al *Medicaid*<sup>12</sup>, e in alcuni contesti anche ai sistemi assicurativi privati.

Nella seconda metà degli anni Ottanta l'introduzione sperimentale dei DRG si è estesa rapidamente anche in ambito europeo, per finalità connesse tanto al finanziamento dell'assistenza ospedaliera e alla gestione interna degli ospedali, quanto alla programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari<sup>13</sup>.

L'opportunità per l'adozione in tempi rapidi di uno strumento tanto innovativo è stata offerta dal contesto politico-economico esistente, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, nella generalità dei paesi europei, e soprattutto in Italia. Il problema più serio riguardava la tendenziale (ed esponenziale) crescita della spesa sanitaria, associata a noti fattori demografici<sup>14</sup> e tecnologici<sup>15</sup>, in un contesto di altrettanto tendenziale rallentamento della crescita economica e di connessa riduzione delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria. A tale situazione è ricollegato l'orientamento delle politiche di sanità, riscontrato in gran parte dei paesi europei, verso forme di maggior controllo della spesa ospedaliera, con l'introduzione dei DRG o di sistemi analoghi per il controllo dei costi e della remunerazione delle prestazioni sanitarie<sup>16</sup>.

In Italia i problemi apparivano più gravi che altrove: crescita economica in forte rallentamento, moneta nazionale svalutata con conseguente fuoriuscita dell'Italia dal Sistema monetario europeo, disavanzo e deficit pubblico fuori controllo, grave emergenza in campo politico<sup>17</sup>. La necessità di correttivi rapidi ed efficaci porta all'emanazione della legge delega n. 421 del 1992, concernente le

---

<sup>10</sup> KIMBERLY J.R. e de POUVOURVILLE G., *The Migration of Managerial innovation Diagnosis-related groups and Health Care Administration in western Europe*, Jossey-Bass inc., San Francisco, 1993.

<sup>11</sup> Programma federale per l'assistenza sanitaria ai cittadini di oltre 65 anni d'età. Vedi CCH, *Medicare explained. Including Medicare catastrophic coverage act of 1988*, CCH, Chicago, 1988.

<sup>12</sup> Programma federale di assistenza agli indigenti. Vedi CCH, *Medicaid explained*, CCH, Chicago, 1990.

<sup>13</sup> HEALY J. e Mc KEE M., *The evolution of hospital systems*, in Mc KEE M. e HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002.

<sup>14</sup> Invecchiamento della popolazione e connesso incremento della domanda di assistenza sanitaria.

<sup>15</sup> Miglioramento delle pratiche cliniche che consentono un aumento medio della durata della vita, ma a costi sempre crescenti.

<sup>16</sup> TARONI F. e CURCIO RUBERTINI B., *I Diagnosis related groups (Drg) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Clueb, Bologna, 1991.

<sup>17</sup> KRUGMAN P.R. e OBSTFELD M., *Economia Internazionale*, vol. 2, HOEPLI editore, Milano, 2003.

misure da attivare nei principali settori critici, tra cui la sanità. A tale intervento seguì il decreto legislativo n. 502 del 1992 di riordino del SSN, che prevedeva l'introduzione di importanti innovazioni organizzativo-gestionali del comparto sanità, tra cui l'attribuzione di poteri ampi e forti ai *policy makers* sanitari<sup>18</sup>.

Gli adempimenti necessari all'avvio del nuovo sistema di remunerazione comportavano<sup>19</sup>: la determinazione dei contenuti e delle modalità di implementazione e di gestione del nuovo flusso informativo associato alla Scheda di dimissione ospedaliera<sup>20</sup>; l'individuazione dell'episodio di ricovero quale unità di misura delle prestazioni di assistenza ospedaliera e la scelta del sistema di classificazione dei ricoveri ordinari<sup>21</sup> e delle altre tipologie di ricovero; la definizione dei criteri per la determinazione delle tariffe e delle indicazioni per il loro utilizzo a livello regionale e locale<sup>22</sup>; la definizione delle caratteristiche dei sistemi di controllo da attivare parallelamente all'introduzione del sistema tariffario<sup>23</sup>.

Le caratteristiche del sistema ospedaliero italiano evidenziano, all'inizio degli anni Novanta, una serie di criticità: un diffuso esubero di capacità produttiva in termini di volume posti letto per acuti, disequamente distribuito sul territorio e rispetto alle esigenze; durate di degenza generalmente eccessive, soprattutto nelle strutture private, rispetto ai progressi in campo clinico; un livello di soddisfazione tanto dei pazienti che degli operatori tendenzialmente basso<sup>24</sup>; una generale e diffusa inefficienza nell'utilizzo degli ingenti volumi di risorse assorbite dal sistema ospedaliero e un livello di qualità dell'assistenza generalmente insoddisfacente.

Per tali ragioni, tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta, in analogia ad altri paesi europei, il nostro SSN avvia la sperimentazione del sistema di classificazione DRG per la valutazione delle attività di assistenza ospedaliera<sup>25</sup>: in Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria<sup>26</sup>.

Anche a livello nazionale, il Dipartimento della programmazione sanitaria del Ministero della sanità coordinava dal 1991 il "Progetto Rod", nell'ambito del quale il sistema DRG era utilizzato per classificare e valutare i dimessi su un campione di ospedali del SSN<sup>27</sup>.

---

<sup>18</sup> CARBONE C. e LECCI F., *La struttura del SSN*, in ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

<sup>19</sup> ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996.

<sup>20</sup> Introdotta dai Dm del 28 dicembre 1991 e del 26 luglio 1993. D'ora in avanti "SDO".

<sup>21</sup> Medicare DRG 10° versione.

<sup>22</sup> Fornite dal Dm del 15 aprile 1994.

<sup>23</sup> Linee guida n. 1 del 1995 e successiva.

<sup>24</sup> LORENZONI L., *La ricerca dell'efficienza*, in "Drg-Press", n. 8, 1994.

<sup>25</sup> CASAS M. e WILEY M., *Diagnosis related group in Europe: uses and perspectives*, Springer-Verlag, New York, 1993.

<sup>26</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>27</sup> ARCANGELI L. e TANGIANO T., *Programma Rod (Raggruppamenti omogenei di diagnosi). Primi risultati*, in "Press Drg", n. 8, pagg. 2-4, 1993.

Gli effetti attesi dichiarati, anche sulla base delle esperienze estere di riferimento, riguardavano<sup>28</sup>: il ridimensionamento e la razionalizzazione del sistema ospedaliero nazionale e il rallentamento della crescita (assoluta e relativa) della spesa sanitaria per gli ospedali; il perseguimento di una maggiore equità nella distribuzione tra le strutture del SSN delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera; il perseguimento di una maggiore equità nella distribuzione delle risorse ed una loro maggior efficienza di utilizzo generale; il contenimento del ricorso al ricovero ospedaliero e dei tempi di degenza, favorendo un maggior utilizzo delle prestazioni *out patient*<sup>29</sup> e di quelle riabilitative.

I sistemi di pagamento per le prestazioni sanitarie possono essere classificati in funzione del grado in cui apportano incrementi marginali di costo sopportati dal produttore piuttosto che dal finanziatore del servizio<sup>30</sup>. Ai due estremi dei modelli possibili: da un lato si pone il sistema di pagamento di tipo retrospettivo, in cui il rischio finanziario connesso all'attività produttiva è interamente assunto dal finanziatore; dall'altro il sistema prospettico, in cui l'onere è del tutto sostenuto dal produttore<sup>31</sup>. L'effettivo grado del trasferimento è connesso alle specifiche modalità di utilizzo delle tariffe e delle regolamentazioni adottate nell'applicazione del sistema di pagamento<sup>32</sup>.

Il passaggio che si è operato nel SSN, da un sistema di pagamento basato sul rimborso delle spese effettivamente impiegate ad uno fondato su tariffe per prestazione, può essere interpretato come volontà politica di decentramento delle responsabilità, in coerenza con l'avviata regionalizzazione del SSN stesso<sup>33</sup>. Questo implicava ovviamente il trasferimento dei rischi finanziari connessi all'erogazione delle attività ospedaliere dal SSN, ossia dalla collettività che lo finanzia attraverso i contributi e le imposte, verso i singoli produttori, cioè gli ospedali pubblici e privati<sup>34</sup>.

Il sistema di remunerazione retrospettivo<sup>35</sup>, in vigore al momento del passaggio ai Drg, aveva determinato il diffondersi di molte criticità tipiche del sistema di incentivi correlato ai meccanismi di finanziamento per fattori produttivi<sup>36</sup>. Questi meccanismi, pur offrendo una maggior possibilità di controllo e orientamento della spesa complessiva da parte del SSN finanziatore, producono una

---

<sup>28</sup> Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.

<sup>29</sup> Ricoveri diurni e prestazioni ambulatoriali; vedi DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996.

<sup>32</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>33</sup> FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> Rimborso a piè di lista dei costi sostenuti, per gli ospedali pubblici; tariffe per giornata di degenza negoziate a livello nazionale, per le strutture private. Vedi GRUPPO TECNICO ex Dm 22/06/2000, *L'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell'ambito del servizio sanitario nazionale*, in "Tendenze nuove", 2-3, pagg. 133-47; 2001.

<sup>36</sup> LORENZONI L., *La ricerca dell'efficienza*, in "Drg-Press", n. 8, 1994.

quasi totale assenza di incentivi, a livello delle singole strutture ospedaliere, a perseguire l'efficienza nell'acquisto-impiego dei fattori produttivi, poiché il finanziamento riconosciuto è del tutto indipendente dal volume e dalla tipologia di attività erogata e dal livello di efficienza raggiunto<sup>37</sup>.

Il cambiamento mirava quindi all'attivazione di stimoli, per la riduzione della spesa e per il miglioramento dell'efficienza nell'impiego delle risorse, associati al trasferimento del rischio finanziario verso l'ospedale: a fronte di tariffe determinate a priori, esso assorbe direttamente gli eventuali risparmi di costo nell'erogazione della prestazione rispetto al valore tariffario; sostiene gli eventuali eccessi di costo<sup>38</sup>.

Il rischio, per la singola struttura ospedaliera, è ora costituito dal doversi confrontare con la propria capacità di riduzione dei costi entro i livelli tariffari predeterminati, nonché di erogare volumi complessivi di attività che ammortizzino i costi fissi<sup>39</sup>. A questo si aggiunge la definizione della prestazione in termini di episodi di ricovero, piuttosto che di singola prestazione specialistica, e soprattutto i sistemi di controllo esterni sull'appropriatezza dei ricoveri attivati<sup>40</sup>.

Dall'altro lato, i conseguenti nuovi rischi per il SSN, in termini di impatto su qualità e costi dell'assistenza erogata, sono legati alle reazioni (virtuose e/o opportunistiche) delle singole strutture ospedaliere. Alcuni comportamenti opportunistici sono già stati richiamati: dimissioni precoci; frazionamento del trattamento in più episodi di ricovero; riduzione dell'assistenza prestata durante il ricovero; selezione dei ricoveri relativamente più vantaggiosi in termini di costi attesi-tariffa; selezione dei pazienti meno gravi a parità di DRG di attribuzione; manipolazione della codifica della scheda di dimissione per ottenere l'attribuzione di un DRG più remunerato<sup>41</sup>.

Comportamenti virtuosi possono tendere a<sup>42</sup>: incrementare i volumi di attività riducendo le liste d'attesa e/o aumentando la propria flessibilità di offerta ampliando la gamma di prestazioni attive oltre i ricoveri ordinari<sup>43</sup>; sfruttare le economie di scala selezionando le proprie aree di specializzazione; ridurre i propri costi intervenendo sull'organizzazione interna e sui profili di gestione dei pazienti, razionalizzando i consumi di prestazioni intermedie o migliorando l'uso delle risorse.

---

<sup>37</sup> ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996.

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

<sup>40</sup> DAMMACO G., *L'evoluzione del servizio sanitario in Italia e l'applicazione del controllo di gestione in una realtà locale*, Cacucci, Bari, 2007.

<sup>41</sup> LANGIANO T., *Drg: strategie, valutazione, monitoraggio*, Il pensiero scientifico, Roma, 1997.

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> Ad esempio: il *day hospital* o il *day surgery*; osservazione breve; chirurgia ambulatoriale; ospedalizzazione domiciliare; forme di collaborazione con la medicina del territorio per assicurare la continuità assistenziale. Vedi ibidem.

L'efficacia complessiva del passaggio al nuovo sistema di remunerazione è dunque strettamente dipendente dal livello di funzionalità degli incentivi e dei rischi innescati dalle tariffe, a sua volta dipendente dal modello adottato per il loro utilizzo<sup>44</sup>.

Ipotizzando due estremi: un utilizzo delle tariffe per DRG "limitato" a valorizzare l'attività ospedaliera, per programmare e controllare l'attività di spesa del sistema sanitario regionale e dei singoli presidi; oppure uno sfruttamento "assoluto" delle tariffe per determinare la remunerazione riconosciuta ai singoli istituti a fronte dell'azione prodotta<sup>45</sup>.

Nel primo caso gli obiettivi del livello di assistenza sanitaria sono definiti secondo qualità e quantità, e rispetto ad essi si determina la *performance* e il conseguente finanziamento, complessivo e di singolo ospedale. Qui, gli incentivi alla responsabilizzazione dei decisori ospedalieri, appaiono tanto più limitati quanto maggiormente il finanziamento riconosciuto al singolo ospedale consegue ai costi realmente sostenuti, indipendentemente dal finanziamento programmato<sup>46</sup>.

Nel secondo caso, la previsione di interventi regolamentari finalizzati solamente a limitare i possibili effetti negativi, con un totale affidamento ai meccanismi tariffari, sembra portare incentivi massimizzati al contenimento dai costi a livello locale<sup>47</sup>.

### 3. *La normativa nazionale del nuovo sistema di remunerazione.*

La normativa nazionale lascia alle regioni margini di variabilità relativamente ampi, che sono stati da queste largamente sfruttati, definendo nel corso degli anni modelli tariffari piuttosto differenziati, con implicazioni necessariamente diverse<sup>48</sup>.

L'art. 1 lettera l) della legge delega n. 421 del 1992 prevedeva l'introduzione di norme volte alla revisione ed al superamento del regime delle convenzioni sulla base di criteri di: integrazione con il servizio pubblico; incentivazione al contenimento dei costi sanitari; valorizzazione del volontariato; acquisizione delle prestazioni da parte di soggetti consortili secondo principi di qualità ed economicità. Il fine era assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta. Non era inizialmente previsto il passaggio ad un sistema di remunerazione basato su tariffe predeterminate, successivamente introdotto dal decreto legislativo n. 502 del 1992<sup>49</sup>.

Era tuttavia già specificato il concetto di acquisizione delle singole prestazioni, quindi anche il passaggio da un sistema di pagamento retrospettivo ad uno finalizzato alla remunerazione del prodotto.

---

<sup>44</sup> TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996.

<sup>45</sup> *Ibidem*.

<sup>46</sup> ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

<sup>49</sup> D'ora in avanti "d.lgs. 502/92".

Con l'art. 8 del succitato d.lgs. 502/92 si è stabilito esplicitamente il nuovo, ed attuale sistema di remunerazione, prescrivendo al comma 5:

-la Usl (oggi Asl) assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, comprese quelle riabilitative di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera, contemplate a livelli uniformi di assistenza;

-a tale scopo essa si avvale dei propri presidi, delle aziende ospedaliere, delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, secondo criteri di integrazione con il servizio pubblico<sup>50</sup>, e dei professionisti;

-con tali soggetti l'Usl<sup>51</sup> intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predefinito a fronte della prestazione resa.

Il comma 6 prescrive che il ministro della sanità stabilisca, con proprio decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni.

Il comma 7, infine, dispone che le regioni e le Usl, per quanto di propria competenza, adottano i provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti, fondati sulla modalità di pagamento a prestazione.

Anche l'art. 4 del d.lgs. 502/92 fa esplicito riferimento al sistema di pagamento tramite tariffe predeterminate. Al comma 7 di tale art., definendo i principi che le regioni devono seguire per disciplinare il finanziamento delle aziende ospedaliere, sono infatti individuate quattro componenti, tra cui gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione tenuto conto del costo delle prestazioni. La legge finanziaria per il 1995<sup>52</sup> ha parzialmente modificato quest'ultimo punto, definendo le prime modalità di utilizzo delle tariffe quale strumento per valorizzare il volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno, così da individuare il valore del conguaglio da riconoscere alle aziende ospedaliere<sup>53</sup>.

Le caratteristiche specifiche del sistema tariffario introdotto nel SSN sono dettagliatamente individuate dal Dm del 15 aprile 1994, il quale definisce i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera. Le caratteristiche principali del nuovo sistema di finanziamento delle attività sanitarie disposte dal Dm in questione possono essere riassunte in cinque punti:

1) Regionalizzazione. Coerentemente con il nuovo assetto organizzativo-gestionale introdotto dal d.lgs. 502/92, in particolare con la responsabilizzazione finanziaria delle regioni e delle province autonome, fu inizialmente esclusa la specificazione di un unico tariffario delle prestazioni. Dato

---

<sup>50</sup> Questo inciso è stato successivamente abolito dalla legge n. 725 del 23 dicembre 1994, d'ora in avanti "legge finanziaria per il 1995", che ha ampliato ulteriormente la gamma degli erogatori potenziali del SSN.

<sup>51</sup> Oggi Asl.

<sup>52</sup> Legge n. 715 del 1994.

<sup>53</sup> Questo a fine anno, a fronte dell'anticipazione concessa loro all'inizio dell'esercizio in funzione dei costi rilevati nell'anno precedente.



l'obbligo di far fronte con risorse proprie agli eventuali surplus di spesa rispetto alla quota di Fondo sanitario trasferite, e al riconoscimento degli strumenti a ciò necessari<sup>54</sup>, ogni regione e provincia autonoma era chiamata a determinare i propri livelli tariffari, validi per tutti i soggetti erogatori sul proprio territorio. Nel corso degli anni, però, tale caratteristica è stata modificata, nel senso di garantire un contenimento della variabilità interregionale delle tariffe: dalla legge n. 550 del 28 dicembre 1995, legge finanziaria per il 1996, che definiva le "massime" le tariffe fissate dal Ministero della sanità, vincolando le regioni a non abbassarle oltre il 20% nel fissare le proprie; fino al d.lgs. 229/99, da cui è stabilito che le tariffe massime sono determinate a livello nazionale e adattate a livello regionale<sup>55</sup>, e alla determinazione della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome del giugno 2003, che introduce la Tariffa unica convenzionata<sup>56</sup> per la compensazione della mobilità ospedaliera interregionale<sup>57</sup>.

2) Flessibilità delle tariffe. Il Dm del 15 aprile 1994 stabiliva che le tariffe fissate a livello regionale rappresentassero la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori.

Nell'ottica di introdurre nel SSN una forma di competizione interna, si lasciava la possibilità di procedere a negoziazioni su tutte le condizioni di scambio, compresi prezzi e d'acquisto, tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori<sup>58</sup>. Negli anni, l'applicazione di tale facoltà ha riguardato essenzialmente: l'articolazione delle tariffe per tipologia di strutture ospedaliere definita a livello regionale, inizialmente indicata dalle linee guida del Ministero della sanità n. 1/95, successivamente dettata dal d.lgs. 229/95<sup>59</sup>; la previsione di meccanismi di abbattimento dei livelli tariffari, a livello regionale, al fine di prevenire e di contenere eventuali espansioni del volume di ricoveri<sup>60</sup>.

3) Riferimento al costo standard. Il Dm del 15 aprile 1994 stabiliva che le regioni dovessero fissare le proprie tariffe basandosi sui costi effettivamente sostenuti dai propri erogatori sanitari. Perciò si dovevano avviare specifici sistemi di rilevazione presso un campione di soggetti erogatori, scelti come rappresentanti di situazioni con livelli di efficienza accettabili quali riferimento, in termini di qualità dei servizi e di costi da remunerare<sup>61</sup>. Il Dm in discussione individuava, inoltre, le componenti di costo standard di produzione delle singole prestazioni sanitarie<sup>62</sup> e stabiliva che a

---

<sup>54</sup> Il d.lgs. 502/92 introduce la possibilità di modificare le aliquote dei contributi sanitari e/o le quote di partecipazione al costo delle prestazioni da parte degli assistiti.

<sup>55</sup> Art. 8-sexies, comma 5 d.lgs. 229/99.

<sup>56</sup> D'ora in avanti "TUC".

<sup>57</sup> Determinazione modificata dalla stessa Conferenza il 16 dicembre 2004 e il 16 giugno 2005, come si vedrà successivamente.

<sup>58</sup> ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996.

<sup>59</sup> "Le regioni adottano il proprio tariffario articolando tali tariffe [nazionali] per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle stesse", art. 8-sexies comma 5 d.lgs. 229/99.

<sup>60</sup> Come proposto dalle Linee guida 1/95.

<sup>61</sup> FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

<sup>62</sup> Il costo del personale direttamente impiegato, dei materiali consumati, di manutenzione e di ammortamento della apparecchiature utilizzate, i costi generali dell'unità produttiva.

questo costo diretto, specifico per ogni singola prestazione, fosse aggiunta una quota percentuale per coprire i costi di funzionamento generale della struttura di appartenenza dell'unità produttiva. Alla discrezionalità della regione era lasciata la possibilità di finanziare mediante tariffe alcune eventuali componenti di costo ulteriori, quali quelli associati alla presenza di servizi obbligatori individuati nella programmazione nazionale e regionale, ovvero ad attività istituzionali di ricerca e didattica svolte per il SSN.

In alternativa, come suggerito dal Dm del 14 dicembre 1994<sup>63</sup>, per alimentare tali attività le regioni potevano ricorrere a programmi di finanziamento finalizzati. Sin dal suo avvio, il nuovo sistema di remunerazione è stato operativamente definibile come “misto”, dato che in esso le tariffe non finanziano la totalità delle attività ospedaliere<sup>64</sup>, ma si affiancano al finanziamento di funzioni assistenziali<sup>65</sup>. Il d.lgs. 229/99 ha poi formalizzato un sistema in cui le tariffe sono necessarie, per la determinazione dei budget ospedalieri, nel senso di valorizzare i volumi di attività previsti nei “programmi di attività” sottostanti agli accordi contrattuali, affiancandosi ai costi standard delle funzioni assistenziali<sup>66</sup>.

4) Uniformità nella definizione delle prestazioni. Nel definire le unità di scambio in base alle quali pagare gli erogatori del SSN, il Dm del 15 aprile 1994 precisava che le tariffe si applicano alle prestazioni ospedaliere “specialistiche, di diagnostica strumentali di laboratorio e riabilitative [...] in quanto previste dai livelli uniformi di assistenza”, sottolineando la subordinazione tra i due provvedimenti. In secondo luogo, individuava i sistemi di classificazione da utilizzare per la specificazione delle singole prestazioni rispetto cui fissare le tariffe. In particolare vennero individuate otto categorie di prestazioni<sup>67</sup>, per ciascuna delle quali venne specificata l'unità di misura ed il sistema di classificazione di riferimento. La maggiore innovazione riguardò l'assistenza ospedaliera, dove si abbandonò la giornata di degenza quale unità di misura indistinta cui attribuire un valore di scambio, per passare al singolo episodio di ricovero<sup>68</sup> classificato secondo il sistema DRG<sup>69</sup>. Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il decreto attuativo dell'estate 1996<sup>70</sup> ha introdotto l'utilizzo del sistema di classificazione ICD-9-CM<sup>71</sup>, integrato per poter includere e definire compiutamente le prestazioni ambulatoriali. Il Dm del 15 aprile 1994 e il d.lgs.

---

<sup>63</sup> Dm contenente le prime tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

<sup>64</sup> TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996.

<sup>65</sup> Così è stato successivamente previsto nell'art. 8-sexies del d.lgs. 229/99.

<sup>66</sup> ROVERESI MONACO F., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini, 2000.

<sup>67</sup> Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti; distinte prestazioni erogate in regime di degenza ovvero di ricovero diurno; di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza; di assistenza residenziale e semi-residenziale; di assistenza termale e di elisoccorso a trasporto assistito.

<sup>68</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

<sup>69</sup> Allora la versione 10°, vigente negli Stati Uniti; dal 2005 la versione 19°, come si vedrà in seguito.

<sup>70</sup> Dm del 22 luglio 1996.

<sup>71</sup> *International Classification of Diseases, 9° revision.*

229/99 hanno previsto un aggiornamento periodico<sup>72</sup> del sistema tariffario, al fine di tenere conto delle innovazioni assistenziali, dei livelli essenziali di assistenza<sup>73</sup> e delle variazioni dei costi delle prestazioni. Tuttavia solo nel 2002, con l'introduzione del sistema ICD-9-CM e la revisione dei contenuti e delle modalità di compilazione della SDO, e nel 2005<sup>74</sup>, con l'estensione del sistema ICD-9-CM versione 2002 sull'intero territorio nazionale e della versione 19° del *grouper CMS* (505 DRG) come strumento di riconduzione dai casi al sistema di classificazione DRG, si sono avuti "interventi di manutenzione"<sup>75</sup>.

5) Sistemi di controllo esterni. Per contenere i rischi connessi agli effetti distorsivi che accompagnano l'introduzione di sistemi di remunerazione a prestazione<sup>76</sup>, il Dm del 15 aprile 1994 prevede l'attivazione di una rete di controlli, che la generalità delle regioni ha provveduto ad eseguire più o meno velocemente ed efficacemente, nel corso dei primi anni di applicazione delle tariffe<sup>77</sup>.

Nel contesto italiano dell'inizio degli anni Novanta, l'applicabilità del nuovo sistema di remunerazione è risultata inevitabilmente, seppur in maniera variabile, vincolata nei modi e nei tempi alla situazione delle diverse realtà regionali<sup>78</sup>. In particolare sono risultate decisive le disponibilità e il grado di sviluppo dei sistemi informativi relativi alle attività erogate (SDO) e ai costi sostenuti (contabilità analitica) esistenti a livello regionale e locale<sup>79</sup>. La conoscenza tempestiva, corretta e completa dei dati sul volume e la tipologia di prestazioni ospedaliere erogate, nonché dei costi connessi, è presupposto basilare per la corretta gestione della programmazione, del funzionamento e del controllo del sistema tariffario ai vari livelli organizzativi<sup>80</sup>. Dove tali strumenti informativi erano già presenti in via sperimentale, l'avvio dei DRG è risultato meno

---

<sup>72</sup> Almeno triennale.

<sup>73</sup> D'ora in avanti "LEA": citati per la prima volta dal d.lgs. 502/92, ridefiniti dal d.lgs. 229/99, sono stati riformulati in una compiuta cornice legislativa dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Quest'ultima, all'art. 117, assegna allo Stato poteri legislativi esclusivi circa la "determinazione dei livelli delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Il Dpcm del 29 novembre 2001 ha dato concretezza ai "livelli essenziali delle prestazioni" definendo i LEA sanitari. Ferme restando le prestazioni definite in tale decreto, l'art. 1 comma 169 della legge n. 311 del 2004 (finanziaria 2005) ha previsto la determinazione di "standard quantitativi, qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito" funzionali a garantire l'erogazione uniforme dei LEA sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmata per il SSN.

<sup>74</sup> Intervento deciso dalla già citata Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome del 16 giugno 2005.

<sup>75</sup> Intendendo come tali interventi generalizzati, dato che, invece, a livello regionale si è assistito nel 2006 a veri adeguamenti dei tariffari regionali; vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>76</sup> Nonché in attuazione del capitolo 8 del Piano sanitario nazionale 1994-96.

<sup>77</sup> DAMMACO G., *L'evoluzione del servizio sanitario in Italia e l'applicazione del controllo di gestione in una realtà locale*, Cacucci, Bari, 2007.

<sup>78</sup> FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

<sup>79</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>80</sup> LANGIANO T., *Drg: strategie, valutazione, monitoraggio*, Il pensiero scientifico, Roma, 1997.

problematico e più controllato, rispetto ad altre realtà che ne erano prive, le quali hanno esperito percorsi più lenti e meno efficaci<sup>81</sup>.

#### 4. *Impatto dei DRG sul SSN.*

Il primo problema che sorge all'analisi degli effetti dell'introduzione nel SSN del sistema di remunerazione prospettica delle prestazioni sanitarie è costituito dalla variabilità: nei tempi e nei modi di recepimento da parte delle diverse regioni delle regole definite dall'art. 8 comma 6 del d.lgs. 502/92 e dei successivi decreti attuativi.

Come primo passo, l'analisi dei dati disponibili a livello nazionale può permettere di evidenziare macro fenomeni correlabili all'introduzione del nuovo sistema di pagamento. Successivamente, l'analisi delle realtà regionali dovrebbe consentire una descrizione della variabilità dei modelli regionali di applicazione e di utilizzo del pagamento a prestazione, nonché una stima delle differenze di intensità manifestatesi nell'utilizzo del pagamento a prestazione nelle diverse regioni.

I dati disponibili a livello nazionale riguardano innanzitutto l'offerta di assistenza ospedaliera, la cui descrizione è ricavabile dall'indice rappresentato dai posti letto per acuti<sup>82</sup>. Nel periodo 1996-2005 si assiste ad una diminuzione costante del numero totale di posti letto per acuti<sup>83</sup>, pari complessivamente al 36%, e della loro densità ogni 1000 abitanti<sup>84</sup>. La riduzione riguarda esclusivamente quelli di degenza ordinaria, mentre quelli di *day hospital* mostrano un *trend* incrementale<sup>85</sup>, da associare verosimilmente alle politiche messe in atto a livello nazionale e regionale al fine di ottenere lo spostamento di una maggior quota delle attività di ricovero dal regime di degenza ordinaria a quella diurna.

Analoga spiegazione può ritrovarsi nel significativo aumento dei posti-letto di *day hospital* registrato durante il 2002<sup>86</sup>: qui in particolare sono ipotizzabili le ripercussioni degli effetti strutturali prodotti dalle previsioni della legge n. 405 del 2001, individuante le 43 tipologie di Drg "a elevato rischio di inappropriatezza", da trattare cioè prioritariamente con il *day hospital*<sup>87</sup>.

La riduzione del numero totale dei posti letto nel periodo osservato varia da regione a regione e, in ciascuna di esse, riguarda prevalentemente i posti letto di degenza ordinaria. Generalmente, le regioni che hanno maggiormente riscontrato questa riduzione risultano essere Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Campania, Lazio: regioni in cui, nel 1996, insisteva il maggior numero

---

<sup>81</sup> TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996.

<sup>82</sup> Esclusi: gli istituti psichiatrici residuali; gli istituti di riabilitazione e i posti letto riferiti all'unità residuale manicomiale; all'unità spinale, di recupero e riabilitazione funzionale; lungodegenti; neuroriabilitazione.

<sup>83</sup> Da 306.734 a 195.954, vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>84</sup> Da 5,6 nel 1996 a 3,3 nel 2006, vedi OECD, *Health Statistics 2008*.

<sup>85</sup> Da 18.962 a 33.846, vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>86</sup> Da 18.962 nel 1996 a 25.634 nel 2002, vedi *Banca dati del Ministero della salute*, 2005

<sup>87</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

di posti letto totale<sup>88</sup>. In termini relativi, invece, le regioni nelle quali si è registrato il decremento maggiore sono Abruzzo e Provincia autonoma di Trento<sup>89</sup>. Per quanto riguarda i posti letto di *day hospital*, gli incrementi maggiori si registrano nel Lazio, in Liguria, in Lombardia, in Campania e in Sicilia<sup>90</sup>.

L'analisi dell'andamento dei posti letto per tipologia di istituti mostra che il decremento dei posti di degenza ordinaria ha riguardato prevalentemente i Presidi ospedalieri a gestione diretta e le Aziende ospedaliere, mentre ha riguardato in modo estremamente limitato gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Ospedali classificati, i Policlinici universitari e le case di cura private accreditate<sup>91</sup>. Il maggior incremento dei posti-letto *day hospital* si registra, per contro, nelle case di cura private accreditate, negli Ospedali classificati e nei Policlinici universitari<sup>92</sup>.

Un ulteriore strumento informativo che consente di descrivere a livello nazionale le caratteristiche e le eventuali variazioni intervenute nel merito circa la casistica ospedaliera è costituito dalla SDO<sup>93</sup>. Istituita dal Dm del 28 dicembre 1991 quale “strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati su tutto il territorio nazionale”, la SDO raccoglie tutte le informazioni necessarie e sufficienti per identificare l'attribuzione di ciascun ricovero al DRG appropriato. Pertanto essa costituisce il presupposto necessario per l'applicazione concreta del sistema di remunerazione mediante tariffe. Ai sensi del Dm del 26 luglio 1993, il flusso informativo concernente la SDO è stato organizzato in modo gerarchico<sup>94</sup>, determinando lo scambio necessario sia per determinare l'entità della remunerazione di singoli istituti, sia per conoscere i volumi delle prestazioni sanitarie erogate, le caratteristiche cliniche dei pazienti trattati e le modalità di trattamento adottate nelle strutture ospedaliere.

Uno dei più evidenti effetti dell'introduzione della remunerazione tariffaria è stato il progressivo e generalizzato impulso all'adozione della SDO e del pagamento a prestazione<sup>95</sup>. Questo permette

---

<sup>88</sup> La riduzione dei posti letto dal 1996 al 2004 è stata rispettivamente: Lombardia da 47569 a 32031; Veneto da 25630 a 15536; Emilia Romagna da 22593 a 14622; Piemonte da 20287 a 13223; Campania da 24696 a 15716; Lazio da 30974 a 19971. Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>89</sup> La riduzione dei posti letto dal 1996 al 2004 è stata rispettivamente: Abruzzo da 8677 a 4024; P.A. Trento da 5121 a 3404. Vedi *Ibidem*.

<sup>90</sup> Rispettivamente, gli incrementi % dei ricoveri in *day hospital* sul totale di ricoveri per acuti tra 1996 e 2005 sono: Lazio dal 10,94% al 14,89%; Liguria dal 8,22% al 19,68%; Lombardia dal 8,18% al 11,84%; Campania dal 6,52% al 20,6%; Sicilia dal 7,55% al 21,79%. Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008

<sup>91</sup> Rispettivamente, nel periodo 1996-2006, nelle strutture pubbliche il numero dei posti letto ordinari è passato da 208.034 a 184.263 (-11,40%), nelle strutture private da 49876 a 48894 (-1,97%). Vedi MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario Statistico del SSN, Attività Gestionali ed Economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere*, pag. 57, 2006.

<sup>92</sup> Rispettivamente, nel periodo 1996-2006, nelle strutture pubbliche il numero dei posti letto *day hospital* è passato da 24291 a 27462 (+11,55%), nelle strutture private da 2042 a 3289 (+37,92%). Vedi *Ibidem*.

<sup>93</sup> LANGIANO T., *Drg: strategie, valutazione, monitoraggio*, Il pensiero scientifico, Roma, 1997.

<sup>94</sup> Gli istituti di cura trasmettono le informazioni alle regioni; queste le trasmettono a loro volta al Ministero della Sanità; vedi Dm del 26 luglio 1993.

<sup>95</sup> ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996.

di rilevare come nel periodo 1994-2006<sup>96</sup> l'introduzione del pagamento a prestazione tramite DRG si è associata allo spostamento di una quota rilevante di ricoveri dal regime di degenza ordinaria a quello diurno: sinteticamente, i volumi di attività di quest'ultimo sono sensibilmente aumentati. Tale aumento costituisce una diretta conseguenza del pagamento a prestazione: l'equilibrio fra il miglioramento della produttività delle strutture di ricovero e l'assicurazione di adeguati livelli di appropriatezza nell'uso dell'ospedale non può essere garantito dal sistema tariffario in sé, bensì dall'esercizio di una costante azione di controllo esterno da parte dei finanziatori: regioni e Asl<sup>97</sup>.

L'effetto del nuovo sistema di remunerazione sull'efficienza tecnico-amministrativa è stato netto, con una riduzione della durata media della degenza<sup>98</sup>: una tendenza acceleratasi dopo la promulgazione del Dm del 14 dicembre 1994, che determinava le tariffe delle prestazioni ospedaliere. L'intensità del fenomeno, precoce e costante, manifesta l'efficacia del metodo basato su DRG<sup>99</sup>, quanto gli ampi margini di miglioramento dell'efficienza<sup>100</sup>.

La combinazione della riduzione della degenza media relativa ai ricoveri ordinari con l'incremento dell'attività nell'ambito dei ricoveri diurni ha determinato un significativo aumento delle proporzioni di giornate di degenza erogate<sup>101</sup>.

La complessità della casistica trattata negli ospedali nazionali, misurata attraverso il valore medio di pesi relativi associati al sistema di classificazione DRG, tra 1994 e 2001 è stata caratterizzata da un andamento opposto rispetto alla durata media della degenza<sup>102</sup>: lo scarto più sensibile, nel periodo 1996-97, è imputabile all'adozione di una nuova scala di pesi relativi specifici per DRG introdotta dal Dm del 30 giugno 1997. La misura della complessità è direttamente influenzata dalla selezione delle informazioni riportate nella SDO, in particolare dalla diagnosi principale di dimissione, dalle procedure chirurgiche e dalle diagnosi secondarie<sup>103</sup>. Pertanto, il progressivo miglioramento delle modalità di compilazione della SDO, sia in termini che di completezza delle informazioni<sup>104</sup> spiega una quota approssimabile dell'incremento del valore.

La variazione nel tempo della casistica delle prestazioni sanitarie erogate, rappresentata mediante le Categorie diagnostiche maggiori<sup>105</sup> ed i singoli DRG, evidenzia alcuni fenomeni riferibili in parte

---

<sup>96</sup> Vedi note 83-86..

<sup>97</sup> FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

<sup>98</sup> Da 8.03 giorni nel 1995 a 6.7 giorni nel 2005, vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>99</sup> L'effetto sulla degenza media si è registrato dal primo anno di vigenza e perdura tutt'ora.

<sup>100</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

<sup>101</sup> Ibidem.

<sup>102</sup> Ibidem.

<sup>103</sup> GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003.

<sup>104</sup> Compreso il rischi di comportamenti opportunistici.

<sup>105</sup> *Major Diagnostic Categorie, "Mdc"*.

al trasferimento di quote verso il regime diurno, in parte a variazioni nelle modalità di compilazione della SDO<sup>106</sup>.

Dai dati disponibili emergono un incremento relativo dei DRG chirurgici ed una relativa diminuzione dei DRG medici<sup>107</sup>. Questo fenomeno può essere complessivamente considerato come la conseguenza dello spostamento in regime di ricovero *day hospital* della casistica meno complessa e specifica di natura medica, come già evidenziato in precedenza: in particolare si riduce la numerosità assoluta dei DRG aspecifici e chirurgici di bassa complessità<sup>108</sup>.

In conclusione, i dati relativi all'attività ospedaliera, aggregati a livello nazionale, consentono di rilevare i seguenti fenomeni, successivi all'introduzione della remunerazione tariffaria: incremento significativo dei volumi di attività di ricovero, soprattutto per i ricoveri diurni; netta e persistente riduzione della durata media della degenza; incremento significativo della complessità media della casistica trattata in ricovero ordinario; incremento relativo dei casi chirurgici nell'ambito dei ricoveri ordinari; variazione significativa della composizione della casistica in ricovero ordinario.

##### *5. Ripercussioni a livello regionale.*

In tutte le regioni<sup>109</sup> si è realizzata una riduzione del numero dei ricoveri ordinari, nel nord in modo mediamente più intenso che nel centro e nel sud<sup>110</sup>.

Esiste una forte correlazione fra l'andamento dei ricoveri ordinari e l'attuazione da parte regionale di sistemi di controllo esterno<sup>111</sup>.

Il marcato aumento della linea d'attività ospedaliera rappresentata dai casi di ricovero diurno ha interessato quasi tutte le regioni, eccetto Veneto e Lombardia<sup>112</sup>, mentre la riduzione della durata media delle degenze ne ha riguardato il complesso<sup>113</sup>.

I dati regionali confermano che la forte riduzione della degenza media si è realizzata negli anni immediatamente successivi all'introduzione del pagamento a prestazione<sup>114</sup>; inoltre, le regioni per le quali è stata più contenuta la riduzione della durata media della degenza sono anche quelle che

---

<sup>106</sup> Ibidem.

<sup>107</sup> Al 2005, vedi Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera-SDO, vari anni; vedi anche *Annuario ISTAT 2008*, cap. 3, tab. 3.10, pag. 99.

<sup>108</sup> Ibidem.

<sup>109</sup> Tranne Abruzzo, Molise, Sicilia.

<sup>110</sup> Nord: da 4.467.386 nel 1996 a 3.391.321 nel 2005; Centro da 1.972.743 a 1.505.105; Sud da 2.572.320 a 2.000.059, vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>111</sup> DAMMACO G., *L'evoluzione del servizio sanitario in Italia e l'applicazione del controllo di gestione in una realtà locale*, Cacucci, Bari, 2007.

<sup>112</sup> Veneto da 3021 nel 1996 a 2327 nel 2005, Lombardia da 4650 nel 1996 a 4479 nel 2005, vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>113</sup> Vedi nota 108.

<sup>114</sup> GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003.

hanno esperito nello stesso periodo una marcata riduzione dei ricoveri<sup>115</sup>. Qui, evidentemente, l'efficacia dell'azione di controllo esterno da parte delle regioni finanziatrici ha determinato un ricorso meno frequente ai ricoveri non-appropriati, tipicamente a bassa complessità e a breve durata della degenza<sup>116</sup>.

#### 6. Effetti sulle strutture ospedaliere.

Comportamenti e conseguenze, derivanti dall'introduzione del nuovo meccanismo a tarifficazione, sono risultati particolarmente differenziati tra le diverse tipologie di erogatori di prestazioni sanitarie<sup>117</sup>:

-il numero dei ricoveri ordinari si è sensibilmente ridotto sia nei presidi Asl sia nelle aziende ospedaliere, compresi IRCCS ed i policlinici universitari, sia negli Ospedali classificati, mentre è aumentato nelle case di cura private accreditate<sup>118</sup>;

-il numero di ricoveri diurni aumenta in tutte le tipologie di erogatori, ma con intensità radicalmente diversa, dato che rispetto alle Aziende ospedaliere e ai presidi Asl, le case di cura private accreditate e gli Ospedali classificati presentano un incremento più che doppio<sup>119</sup>;

-la durata di degenza media si è ridotta mediamente in tutte le tipologie di istituti, ma in modo molto più netto nelle aziende ospedaliere, compresi i Policlinici universitari e le case di cura private accreditate, rispetto ai presidi Asl ed agli ospedali classificati<sup>120</sup>.

Il sistema di remunerazione a prestazione è stato operativamente applicato alle aziende ospedaliere ed agli erogatori privati, ma con qualche ritardo ai presidi Asl<sup>121</sup>: questo spiega l'effetto molto più limitato che ha prodotto sulla durata di degenza media rilevata presso questa categoria di ospedali del SSN.

Considerando l'andamento quantitativo dei ricoveri quale principale manifestazione degli effetti del controllo esterno, è forse sorprendente che il contenimento del numero dei ricoveri ordinari si sia manifestato nei presidi delle Asl più che nelle Aziende ospedaliere e non si sia manifestato

---

<sup>115</sup> Ad esempio Valle d'Aosta, Veneto, Toscana, Calabria. Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>116</sup> FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003.

<sup>117</sup> DAMMACO G., *Riflessioni sulla sanità in Italia, libera scelta tra servizio pubblico e privato*, Cacucci, Bari, 2008

<sup>118</sup> Nel periodo 1998-2001, nei primi c'è stata una riduzione del -5% (da 3.656.268 a 3.471.804); nelle seconde un aumento del +9,5% (da 1.154.347 a 1.263.973). Vedi Ministero della salute, Banca dati, Schede di dimissione ospedaliera-SDO, vari anni.

<sup>119</sup> Vedi nota 118.

<sup>120</sup> Per il periodo 1996-2005, nelle strutture pubbliche la durata media delle degenze è passata da 8,61 a 7,53 giorni, nelle strutture private da 15,39 a 9,06 giornate. Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>121</sup> PAGANO E. e GUERRUCCI D., *La formazione del conto economico consolidato delle Asl ed Aziende ospedaliere*, relazione presentata al convegno "La sanità tra Stato e mercato", Padova, 13 e 14 ottobre 2000.



affatto presso gli enti erogatori privati (dove anzi è aumentato)<sup>122</sup>. Bisogna però considerare che nelle case di cura accreditate e nelle aziende ospedaliere, con una capacità produttiva immutata e con una forte riduzione della degenza media, gli incentivi del sistema di pagamento prospettico, relativamente all'incremento dei ricoveri, sono stati annullati<sup>123</sup> o sensibilmente contenuti<sup>124</sup> dal fondamentale controllo esterno delle regioni<sup>125</sup>.

### 7. Spesa sanitaria e spesa ospedaliera.

Lo schema di conto consolidato della Sanità presenta la sintesi delle entrate e delle uscite correnti delle amministrazioni pubbliche che svolgono attività in campo sanitario, elaborata dall'Istat a partire dai dati inviati dalle diverse amministrazioni<sup>126</sup>. Per le Asl e le aziende ospedaliere si utilizza il conto riclassificato rispetto allo schema del Sespro96<sup>127</sup>.

In Italia, il riordino del SSN operato a partire dai primi anni Novanta, ha comportato una profonda revisione del sistema contabile adottato dalle nuove aziende sanitarie, soprattutto a seguito del passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale previsto dal d.lgs. 502/92<sup>128</sup>.

Come già accennato, il trend della spesa pubblica in sanità presenta un incremento costante<sup>129</sup>, mentre a livello regionale l'andamento è molto diversificato da realtà a realtà, con gruppi di regioni in linea e gruppi discostantisi dalla media nazionale<sup>130</sup>.

La spesa sanitaria per l'assistenza ospedaliera mostra una chiara tendenza ascendente, in buona parte grazie alla voce "assistenza farmaceutica ospedaliera"<sup>131</sup>, con un maggiore aumento proporzionale per le case di cura private rispetto alla spesa per l'Assistenza ospedaliera a gestione

---

<sup>122</sup> Per il periodo 1996-2005, mentre i ricoveri ordinari nelle strutture pubbliche sono diminuiti del 25% (da 9.182.468 a 6.880.836), quelli nelle strutture private sono aumentati del 6,5% (da 1.244.549 a 1.332.867). Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All, 2008*.

<sup>123</sup> Come nel caso delle Aziende ospedaliere e degli IRCCS.

<sup>124</sup> Come nel caso delle case di cura accediate.

<sup>125</sup> FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003.

<sup>126</sup> PAGANO E. e GUERRUCCI D., *La formazione del conto economico consolidato delle Asl ed Aziende ospedaliere*, relazione presentata al convegno "La sanità tra Stato e mercato", Padova, 13 e 14 ottobre 2000.

<sup>127</sup> I conti della Sanità di fonte Istat afferiscono al Sespro96, il sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale-1996: uno dei conti satellite collegati al sistema dei conti nazionali, previsti dal Sec95 per riunire tutti i flussi contenuti nelle diverse sezioni dei conti nazionali che si riferiscono allo stesso fenomeno economico. Il Sec95, sistema europeo di conti nazionali e regionali-1995, è uno schema statistico elaborato dall'Eurostat per tenere conto delle esigenze informative derivanti dall'adozione di politiche comuni. Vedi GIOVANELLI L., *Contabilità dello stato e sistema europeo dei conti (SEC95) nella prospettiva comunitaria*, Giuffrè, Milano, 2007.

<sup>128</sup> Ibidem.

<sup>129</sup> Nel periodo 1998-2006 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 42,79% (da 57,418 a 100,362 miliardi di €). Vedi *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All, 2008*.

<sup>130</sup> Vedi ibidem.

<sup>131</sup> Passata da 9.772 milioni di € nel 1990 a 17.099 milioni di € nel 2009, sfiorando per altro il tetto di spesa programmato nel Fondo Sanitario Nazionale (16,4%), attestandosi cioè al 17,4% del FSN. Vedi ibidem.

diretta<sup>132</sup>. E' tuttavia riscontrabile un percettibile effetto contenitivo del nuovo sistema di remunerazione a tariffa: il tasso di incremento della spesa ospedaliera, nel periodo considerato, è risultato inferiore rispetto a quello della spesa sanitaria complessiva<sup>133</sup>, con anche una riduzione della spesa ospedaliera sulla spesa sanitaria totale<sup>134</sup>.

#### 8. Un sistema basato sul controllo regionale.

Nelle aziende sanitarie pubbliche “i portatori di interessi” istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro<sup>135</sup>: la prima, in particolare, partecipa al governo dell'azienda sanitaria attraverso la rappresentanza politica. A seguito del processo di regionalizzazione del SSN le regioni possono essere considerate le prevalenti rappresentanti della popolazione, difatti esse sono divenute<sup>136</sup>: responsabili in via esclusiva dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari; direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, sulla base delle esigenze specifiche del territorio nazionale. Inoltre esse hanno il compito di ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del sistema sanitario regionale<sup>137</sup>; di delineare le politiche complessive del sistema; di progettare norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Per guidare il gruppo sanitario pubblico ed il complessivo SSR, quasi la totalità delle regioni ha istituito un'Agenzia sanitaria regionale<sup>138</sup>. Le scelte regionali, in merito alle concrete funzioni attribuite alle ASR, sono molto differenziate<sup>139</sup>: consulenti delle aziende; centri studi indipendenti con compiti di osservatorio sul SSR; tecnostuttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio regionali; soggetti di attività operative, ovvero di ricerca e studio.

Ad oggi, il modello regionale di finanziamento dei SSR più diffuso<sup>140</sup> prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate vendano prestazioni sanitarie alle singole ASL, le quali successivamente vengono rimborsate attraverso tariffe predeterminate con sistema DRG da parte della regione (ossia da parte dello Stato, tramite il FSN). Più in dettaglio: le strutture ospedaliere

---

<sup>132</sup> Nel periodo 1990-2006 la spesa sanitaria pubblica per la gestione diretta è cresciuta di circa il 4%, mentre quella per le case di cura private è cresciuta di circa il 5,6%. Vedi *ibidem*.

<sup>133</sup> Nel periodo 1990-2006 la spesa sanitaria complessiva è cresciuta ad un tasso annuo prossimo all'1,38%, mentre la spesa ospedaliera è cresciuta ad un tasso annuo prossimo allo 0,63% annuo. Vedi elaborazioni sui dati contenuti nel *Dati Istat sull'Attività Ospedaliera, Health For All*, 2008.

<sup>134</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>135</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, pag. 28.

<sup>136</sup> CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

<sup>137</sup> D'ora in avanti “SSR”.

<sup>138</sup> D'ora in avanti “ASR”.

<sup>139</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002* Egea, Milano, 2002, cap. VII.

<sup>140</sup> Il così detto “Modello Lombardia”.

inviando le SDO alla regione, che attraverso apposito *software*<sup>141</sup> attribuisce il DRG corrispondente ed eroga la conseguente remunerazione per la prestazione fornita.

Risulta pertanto evidente che l'attività di controllo affidata alle regioni sia centrale per garantire la sostenibilità e l'efficienza economica e di servizio del sistema: verificare che le SDO inviate dagli ospedali siano veridiche e non manipolate per "gonfiare" i costi DRG rimborsati alle strutture ospedaliere da parte delle regioni. La regione dovrebbe verificare la corrispondenza tra i tracciati informatici delle SDO e le singole cartelle cliniche dei pazienti trattati, così da accertare che la prestazione remunerata sulla base delle SDO sia effettivamente stata applicata al paziente.

Questa fondamentale funzione è svolta dalle regioni in modo non troppo soddisfacente: il controllo dell'enorme flusso di dati informatici ha un costo considerevolmente elevato, in termini di risorse economiche e di personale. Pertanto, non sempre le regioni optano per investire risorse in tale fondamentale attività, con conseguenze potenzialmente esiziali per il proprio SSR, e conseguentemente anche per le finanze statali<sup>142</sup>.

### *9. I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura.*

Ad oggi, in Italia, solo sette regioni presentano un bilancio della spesa sanitaria in attivo: tutte le altre regioni sono, più o meno gravemente, "in rosso"<sup>143</sup>. Molte di queste regioni sono state doverosamente forzate ad adottare drastici piani di rientro che permettano, se non il totale, almeno il tendenziale ripiano dei disavanzi accumulati nel settore sanitario<sup>144</sup>.

La legge n. 405 del 2001 ha attribuito alle regioni l'onere della copertura del finanziamento dei servizi sanitari. In particolare l'art. 4 della citata legge stabilisce che gli eventuali disavanzi di gestione, accertati o stimati, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite dalle leggi regionali. Queste possono prevedere alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale

---

<sup>141</sup> Il *DRG grouper*, come già visto.

<sup>142</sup> Negli Stati Uniti, paese d'ideazione del sistema a DRG, le prestazioni sanitarie sono (per ora) quasi totalmente rimborsate da assicurazioni private. Conseguentemente sono questi soggetti privati ad essere incaricati del controllo: compito che svolgono in modo approfondito, capillare e minuzioso, essendo per natura orientati ad un'ottica puramente di mercato d'efficienze economica, non contemplando neppure remotamente di operare in perdita (diversamente da uno Stato, che può permettersi, entro certi limiti, di perseguire finalità redistributive e di protezione sociale).

<sup>143</sup> Le sole regioni il cui bilancio della sanità regionale sia in attivo sono: Lombardia (9,435 milioni di €); Prov. Aut. Bolzano (17,488); Friuli V. G. (23,716); Veneto (2,216); Emilia Romagna (12,804); Marche (24,303); Umbria (13,268); Toscana (95,152). Tutte le altre regioni presentano bilanci nettamente negativi: Valle d'Aosta (-14,432); Prov. Aut. Trento (-1.652); Piemonte (-96,117); Lazio (-1.406,79); Abruzzo (-117,306); Campania (-697,268); Sicilia (-524,385). Vedi Dati economici del Ministero della Salute, 2008.

<sup>144</sup> Si pensi alla Sicilia, che con la legge regionale n.5 del 14 aprile 2009 ha avviato una radicale riforma del SSR siciliano, con la riduzione delle aziende sanitarie da 29 a 17, l'eliminazione di Ausl a favore di una Asp (azienda sanitaria provinciale) per ogni provincia, per un totale di 20 distretti ospedalieri regionali, il riconoscimento della parità tra strutture pubbliche e private, introduzione del merito per le strutture capaci di assistere i pazienti provenienti da altre Regioni.

all'imposta sull'irpef o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

Il 16 dicembre 2004 è stato sancito un accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che ha definito le iniziative idonee per la copertura dei disavanzi<sup>145</sup>. Il principio di piena responsabilità delle regioni sulla copertura dei disavanzi è stato in parte derogato dalle ultime leggi finanziarie: ad esempio, la legge finanziaria per il 2006<sup>146</sup> ha previsto fondi ulteriori per la copertura dei disavanzi regionali pregressi 2001-2003<sup>147</sup>.

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee: le regioni del centro-nord hanno optato per un'aliquota progressiva; quelle meridionali, generalmente, per un'aliquota proporzionale<sup>148</sup>.

Alcune regioni<sup>149</sup> hanno deliberato aumenti di aliquota irap per alcuni soggetti giuridici, tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi, prevedendo contemporaneamente agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti<sup>150</sup>.

Altre misure di copertura dei disavanzi sono costituite dalla compartecipazione alla spesa sanitaria: oltre al *ticket* sul pronto soccorso, presente in quasi tutte le regioni, tali politiche si sono focalizzate sui farmaci<sup>151</sup>. In generale, infatti, l'assistenza farmaceutica convenzionata è uno dei *target* per le azioni di copertura dei disavanzi<sup>152</sup>: in parte perché due misure esplicitamente previste dalla legge n. 405 del 2001 fanno ad essa riferimento<sup>153</sup>; in parte per l'esistenza di un tetto di spesa<sup>154</sup> delle assegnazioni complessive da parte dello Stato centrale per la spesa gestita dalle farmacie aperte al pubblico e per la spesa farmaceutica totale<sup>155</sup>, inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio attraverso canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati. Inoltre, la legge n. 326 del 2003 ha previsto che le regioni siano tenute a coprire lo sfondamento del primo tetto<sup>156</sup>, nonostante il correttivo operato dalla legge finanziaria per il 2005<sup>157</sup>, secondo cui tale obbligo non sussiste in caso di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo.

Un'ultima misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dal citato accordo del 16 dicembre 2004, è rappresentata dalla dimissione del patrimonio "sanitario" e la relativa cartolarizzazione. La

---

<sup>145</sup> JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005.

<sup>146</sup> Legge n. 296 del 2006.

<sup>147</sup> 2 miliardi di euro, così come previsto dalla legge finanziaria per il 2005, legge n.311 del 2004.

<sup>148</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, pag. 134.

<sup>149</sup> Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Sicilia e Campania.

<sup>150</sup> *Ibidem*, pag. 139.

<sup>151</sup> OTTO M. e PARUZZOLO S., *Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica*, Egea, Milano, 2004.

<sup>152</sup> Vedi tab. 3.19 pag 142

<sup>153</sup> "Compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci".

<sup>154</sup> 13% circa.

<sup>155</sup> 16% circa.

<sup>156</sup> Per il 40% del valore.

<sup>157</sup> Legge n. 311 del 2004.

regione Lazio è stata fin'ora l'unica ad aver puntato sull'alienazione delle strutture ospedaliere<sup>158</sup>, ma anche Sicilia, Sardegna ed Abruzzo hanno dichiarato la volontà di avviare operazioni di *sale and lease back*, con l'alienazione da parte delle aziende sanitarie dei propri immobili, compresi gli ospedali, attraverso un'asta internazionale<sup>159</sup>.

Non sono riconosciute come forme di copertura dei disavanzi<sup>160</sup>:

-la cartolarizzazione dei crediti finalizzata a recuperare liquidità, con cui le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici, come ad esempio la regione, allo scopo non di ridurre il disavanzo, bensì di generare un *stock* di liquidità necessario all'allentamento delle tensioni di cassa<sup>161</sup>;

-le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori<sup>162</sup>.

Infine, con riguardo al comportamento delle aziende sanitarie, è possibile notare che l'aziendalizzazione ha prodotto problemi di disallineamento della responsabilità (nonostante i numerosi meccanismi di controllo e responsabilizzazione)<sup>163</sup>: il finanziamento della sanità è in capo alle regioni, mentre le decisioni di spesa sono in capo alle aziende sanitarie, rischiando cioè di far "rimbalzare indietro" le conseguenze delle decisioni di spesa delle aziende sanitarie, prima sull'amministrazione regionale e poi, da parte di quest'ultima, sul governo centrale, tuttora percepito (nonostante tutto) come responsabile di ultima istanza dei disavanzi della sanità<sup>164</sup>.

Si nota qui brevemente che, seppur la legge n.42 del 5 maggio 2009<sup>165</sup> abbia introdotto il così detto "federalismo fiscale", prevedente il coordinamento dei centri di spesa con i centri di prelievo<sup>166</sup> e la sostituzione della spesa storica<sup>167</sup> con la spesa standard<sup>168</sup>, esso per diventare effettivo necessiterà di una serie di provvedimenti che si snodano nell'arco di 7 anni<sup>169</sup>. Inoltre, le

---

<sup>158</sup> La Regione Lazio, infatti, ha creato una società, la GEPR, che ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle Asl. A partire dal 2000, la Regione ha iniziato a rimborsare all'azienda le quote anticipate. Vedi legge regione Lazio n. 37 del 1998 e DGR Lazio n. 5000 del 5 ottobre 1999.

<sup>159</sup> JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005.

<sup>160</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>161</sup> Un'esperienza del genere è stata esperita dalla regione Lazio nel 2003, dove sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM, la delegata delle Asl a pagare i canoni di *leasing*, nei confronti della regione.

<sup>162</sup> Come ad esempio è accaduto alla regione Campania, che nel 2004 ha visto la cessione dei crediti vantati dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata nei confronti delle Asl.

<sup>163</sup> LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005.

<sup>164</sup> DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

<sup>165</sup> Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 6 maggio 2009, in vigore dal 21 maggio 2009.

<sup>166</sup> Le spese generate da inefficienze saranno a carico della Regione in questione, che dovrà provvedere alla loro copertura aumentando la pressione fiscale o spostando risorse all'interno del proprio bilancio. Vedi MINISTERO DELLA SALUTE, *Libro Bianco sul futuro del modello sociale*, pag. 43, 2009.

<sup>167</sup> Basata sulla continuità dei livelli di spesa raggiunti l'anno precedente, così innescando pesanti e perversi meccanismi inflattivi: più una regione spende (più accresce il suo disavanzo), più fondi riceverà dallo Stato l'anno successivo, a scapito delle regioni virtuose, che vedranno "congelate" o diminuite le risorse loro assegnate, mortificandone la buona gestione, disincentivando l'efficacia, l'efficienza e l'economicità.

<sup>168</sup> Il fabbisogno sanitario delle regioni sarà soddisfatto con riferimento al costo di servizi erogati in condizioni di buona efficienza appropriatezza: risorse assegnate in base alla performance, non alla spesa precedente.

<sup>169</sup> 2 anni per l'attuazione e 5 di regime transitorio

eccedenze di spesa regionale relative ai LEA continueranno ad essere alimentate da risorse statali, mediante un fondo perequativo<sup>170</sup> rivolto alle regioni meno virtuose, che non saranno dunque vincolate ad un perseguimento globale dell'efficienza.

Pertanto, il lungo tempo di attuazione, che potrebbe incontrare rallentamenti, forza ad una *waiting observation*, in attesa di poter riscontrare i benefici attesi dall'importante riforma fiscale pubblica avviata.

#### 10. *L'evoluzione del nuovo sistema tariffario nelle politiche regionali.*

L'accordo tra Stato e regioni dell'8 agosto 2001<sup>171</sup> ha reso operativo il principio introdotto dal d.lgs. n. 229/99 di riordino del SSN, che sancisce la contestualità fra definizione dei LEA e determinazione del fabbisogno finanziario. Quest'ultimo rappresenta il tetto massimo delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle regioni perché queste assicurino ai propri cittadini le prestazioni sanitarie previste dai LEA<sup>172</sup>.

L'applicazione di tale principio, successivamente codificato dalle legge n. 405 del 2001, impone alle regioni di adottare misure di copertura dell'eventuale maggior fabbisogno con interventi di incremento delle proprie entrate<sup>173</sup> o con provvedimenti idonei a contenere la spesa. Fra questi ultimi, dal 2003, sono ammesse anche le manovre di riduzione delle tariffe o dei volumi di attività previsti dagli accordi contrattuali<sup>174</sup>: viene esplicitamente riconosciuta ai sistemi di remunerazione a prestazione la capacità di controllo della spesa che ne avevano determinato l'introduzione con il d.lgs. 502/92.

La maggior parte delle regioni ha definito il proprio tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera prendendo a base le tariffe stabilite del Ministero della Sanità con il Dm del 30 giugno 1997, applicando loro incrementi o abbattimenti molto diversificati<sup>175</sup>, nonché operando specifiche modifiche in corrispondenza di determinate prestazioni ritenute critiche. Tuttavia il modello comune di riferimento ha permesso di trovare in ogni regione la medesima struttura tariffaria<sup>176</sup>

---

<sup>170</sup> Art. 8 nota 2 legge n.42 del 5 maggio 2009; art. 119 Cost. Italiana.

<sup>171</sup> Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001.

<sup>172</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>173</sup> Come l'imposizione di tasse regionali o l'introduzione di "ticket".

<sup>174</sup> Ibidem.

<sup>175</sup> Adottati con leggi regionali, istituenti o modificanti i tariffari regionali.

<sup>176</sup> Vedi tab. 24.

## 11. Ricoveri in strutture di degenza per acuti.

A oggi, in riferimento alle prestazioni di ricovero, le regioni possono<sup>177</sup>: adottare le tariffe indicate dal ministero della salute, eventualmente modificate per eccesso o difetto in base a tipo di struttura erogatrice o tipo di ricovero; definire proprie tariffe regionali, mantenendo invariati i pesi nazionali e modulando unicamente il valore per punto DRG, ricostruendo i costi standard di produzione attribuibili a dati DRG e da questi ricavare i valori tariffari di tutti gli altri DRG (tramite il sistema dei pesi relativi indicato dal Ministero); definire proprie tariffe regionali sulla base di analisi di costo svolte su strutture del proprio territorio, o attraverso la stima di costi standard di produzione di un *panel* di ospedali<sup>178</sup>.

A oggi, tutte le regioni hanno determinato le remunerazioni in base al tariffario introdotto dal Dm del 1997, con sistematici aggiornamenti: o variazioni percentuali, o accorpamenti di prestazioni e/o revisioni di gruppi di prestazioni. Nelle regioni che hanno preso come base di riferimento il Dm del 30 giugno 1997, mantenendo inalterati i pesi relativi qui riportati, le rimodulazioni della tariffa normativa di riferimento portano ad evidenziare una *range* di variabilità interregionale che appare compreso tra incrementi del 16% ed abbattimenti del 30%, se si tiene conto dei differenti livelli tariffari applicati alle diverse classi di ospedali<sup>179</sup>.

Anche tra le regioni che hanno adottato un proprio modello di determinazione delle tariffe si registrano notevoli differenze del valore attribuito al peso unitario<sup>180</sup>, la misura in base al quale sono determinate le tariffe associate ai singoli DRG attraverso pesi relativi<sup>181</sup>. Alcune regioni hanno effettuato una rimodulazione del proprio tariffario, prevedendo un incremento delle tariffe per prestazioni di alta specializzazione ed un costante abbattimento, viceversa, delle tariffe delle prestazioni a più alto rischio di inappropriatazza<sup>182</sup>.

La variabilità che si riscontra fra i livelli tariffari delle regioni non sembra giustificata da differenze marcate dei costi di produzione delle prestazioni di degenza, quanto piuttosto dall'impiego della leva tariffaria per il conseguimento di obiettivi di controllo dell'offerta ospedaliera<sup>183</sup>. Va inoltre considerato il fatto che non solo il tariffario ministeriale del 1997 non è sempre remunerativo, in particolare per le prestazioni di alta specialità, ma soprattutto la quota di erogazioni inappropriatamente erogata in regime ordinario comporta costi di produzione più bassi

---

<sup>177</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>178</sup> Depurati dai costi attribuibili a prestazioni erogate in regime ambulatoriale, attribuiti a ciascun DRG attraverso specifici algoritmi e considerato il *case mix* rilevato.

<sup>179</sup> Ibidem.

<sup>180</sup> Ad esempio, dai 2116 euro della Toscana ai 2618 delle Lombardia. Vedi: <http://www.e-drg.it/>

<sup>181</sup> In base al Dm del 30 giugno 1997.

<sup>182</sup> In particolare sono state ridimensionate le tariffe associate ai 43 DRG elencati nell'allegato 2 c) al Dpcm del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

<sup>183</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

della tariffa riconosciuta<sup>184</sup>. Ad ogni modo, anche in questo caso, il sistema di incrementi/abbattimenti giunge ad essere guidato più da esigenze di controllo dell'offerta sanitaria che non dall'effettiva conoscenza dell'entità del disallineamento fra tariffe ministeriali e costi di produzione<sup>185</sup>.

Ulteriore fattore di variabilità fra i tariffari regionali, indicativo di una tendenziale e progressiva divergenza dei sistemi corrispondenti, è associato all'introduzione di criteri particolari di remunerazione per specifiche tipologie di prestazioni<sup>186</sup>. La maggior parte di questa categoria di interventi puntuali è dovuta ad oggettive esigenze di manutenzione del sistema, il quale spesso non tiene conto dell'evoluzione dei modelli assistenziali, delle più recenti tecnologie disponibili e delle variazioni subite dai costi di trattamento<sup>187</sup>. Nel corso del tempo sono state apportate, in gran parte delle regioni, numerose modifiche tariffarie, in particolare per i DRG di alta specialità, per i trapianti, per la cardiologia interventistica e per la lungodegenza<sup>188</sup>.

Infine, un ultimo importante fattore di variabilità interregionale riguarda il sistema di classificazione adottato. Spinte dall'esigenza di aggiornarsi, molte regioni, soprattutto del centro-nord, oltre ad aver adottato la 19° versione DRG già prima del 2006, hanno effettivamente ricorso a propri modelli di determinazione delle tariffe. Questo ha accentuato la differenziazione rispetto alle rimanenti regioni non sufficientemente attrezzate per il cambiamento, che richiede impegno e risorse per l'adeguamento dei sistemi informativi, la formazione degli operatori e l'aggiornamento dei sistemi tariffari<sup>189</sup>.

## 12. Ricoveri in regime di *day hospital*.

Nel caso dei ricoveri medici diurni, le soluzioni regionali non si discostano di molto dall'impianto del Dm del 30 giugno 1997: le tariffe vengono in genere rimodulate con i medesimi criteri utilizzati per i ricoveri ordinari<sup>190</sup>. Fa eccezione la regione Emilia Romagna, che prevede una tariffa forfetaria per i *day hospital* medici fino a tre accessi, mentre per i cicli superiori viene applicata una tariffa pari all'80% di quella relativa ai ricoveri ordinari con durate della degenza compresa fra 2 giorni ed il valore soglia<sup>191</sup>. Per i ricoveri diurni chirurgici, il tariffario nazionale del 1997 prevede una tariffa che pur includendo il costo della sala operatoria è comunque lontana dalla corrispondente tariffa del ricovero ordinario. Molte regioni modificano nei tariffari locali tale

---

<sup>184</sup> Ibidem.

<sup>185</sup> FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003.

<sup>186</sup> GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.

<sup>187</sup> Ibidem.

<sup>188</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004, pag. 123, tab. 3.

<sup>189</sup> Ibidem.

<sup>190</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>191</sup> Ibidem.



impostazione, prevedendo per le prestazioni chirurgiche diurne tariffe onnicomprensive pari o di poco inferiori a quelle corrispondenti alle stesse procedure praticate in regime di degenza ordinaria<sup>192</sup>.

Ad esempio, la Toscana ha fissato per tutta la casistica chirurgica trattata in *day surgery* tariffe pari al 75% di quelle previste per la degenza ordinaria, mentre l'Emilia Romagna attua per alcuni DRG rivalutazioni fino al 160%, così da favorire il passaggio al regime di degenza diurna<sup>193</sup>. La particolare impostazione dei tariffari, volta a favorire l'attività di *day surgery*, è spesso supportata dalla regolamentazione di tale modalità di trattamento effettuata attraverso l'adozione di Linee guida da parte delle regioni<sup>194</sup>. Questo anche a seguito dell'emanazione di Linee guida da parte della Conferenza Stato-Regioni dell'11 luglio del 2002<sup>195</sup>. In tali documenti sono definite le diverse modalità di assistenza chirurgica a ciclo diurno e sono fissati i corrispondenti standard organizzativi cui devono attenersi gli erogatori pubblici e privati; vengono inoltre definite le procedure e gli interventi ICD-9-CM praticabili in *day surgery*, i criteri di selezione dei pazienti, gli aspetti medico legali, la regolazione delle fasi di ammissione-cura-dimissione, i criteri per la valutazione dell'attività ed i controlli di qualità.

Nelle realtà regionali in cui sono state deliberate linee guida per la chirurgia diurna, affiancate dalla formulazione di tariffari *ad hoc*, lo spostamento dei casi chirurgici dal regime di degenza ordinaria alla *day surgery* è stato considerevole<sup>196</sup>.

### 13. Sistemi di classificazione delle strutture erogatrici.

Un ulteriore elemento di differenziazione tra i tariffari, come già notato, può essere dato dalla facoltà delle regioni di modulare le tariffe in funzione delle diverse tipologie di erogatori. Quasi tutti i SSR definiscono una possibile differenziazione tariffaria per tipologia di azienda, secondo due criteri principali di classificazione delle strutture<sup>197</sup>:

-presenza o meno di caratteristiche organizzative<sup>198</sup> e/o tipologie di attività complesse/specialistiche;

---

<sup>192</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006, Egea, Milano, 2006.

<sup>193</sup> Ibidem.

<sup>194</sup> FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003.

<sup>195</sup> Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

<sup>196</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006, Egea, Milano, 2006.

<sup>197</sup> Ibidem.

<sup>198</sup> Ad esempio: dotazione posti letto o presenza di Pronto soccorso.

-tipologia di azienda, come ad esempio, azienda ospedaliera, presidio ospedaliero, struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata.

Quindi, un criterio comune di classificazione può risultare essere la presenza di Dipartimenti di Emergenza o di reparti ad alta specializzazione, poiché il differenziale tariffario applicato in funzione della classe di appartenenza varia, all'incirca, dal -30% al +16%, rispetto alle corrispondenti tariffe base<sup>199</sup>: l'assegnazione alla classe di erogatore determina sostanzialmente il livello tariffario applicato ai singoli ospedali.

Il criterio della complessità del *mix* di servizi, applicato in modo estensivo, porta di fatto a rivalutare le tariffe delle aziende ospedaliere. Nei confronti di queste ultime il sistema di remunerazione a prestazione risulta effettivamente utilizzato, dando come conseguenza la tendenziale maggior correlazione dei livelli tariffari con i costi di produzione: questo perché dal loro allineamento dipende l'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie, costernate oggetto di attenzione sia da parte della regione che dell'azienda stessa<sup>200</sup>.

Non è semplice individuare se la ricerca di adeguati livelli di efficienza da parte delle aziende sia conseguente all'utilizzo delle tariffe o, piuttosto, siano le dinamiche dei costi a determinare gli adeguamenti tariffari da parte delle regioni<sup>201</sup>. E' possibile ipotizzare che entrambi i fattori siano influenti, seppure in proporzioni diverse a seconda dei vari ambiti territoriali, producendo nel complesso un effettivo miglioramento della *performance*<sup>202</sup>.

Con riferimento ai presidi a gestione diretta, le conseguenze in termini di remuneratività delle tariffe sono meno rilevanti, poiché in questa categoria di erogatori si deve constatare la sostanziale non applicazione del sistema di remunerazione a prestazione, se non a tempi recentissimi, e se non per la quota di attività relativa alla mobilità sanitaria<sup>203</sup>. Ciò nonostante, i presidi a gestione diretta hanno dimostrato un *trend* di miglioramento dell'efficienza produttiva del tutto analoghi a quelli mostrati dalle aziende ospedaliere<sup>204</sup>: in parte frutto della componente di attività erogata ai non residenti, assoggettata al pagamento a prestazione; in parte per il probabile effetto indotto dal confronto con altre tipologie di ospedali, il così detto *spill over*<sup>205</sup>.

Nei primi dieci anni trascorsi dall'introduzione del nuovo sistema tariffario, ed in quelli successivi, si è assistito ad un notevole sviluppo dei sistemi informativi e degli strumenti di valutazione dell'attività ospedaliera, i quali hanno verosimilmente favorito la diffusione di standard

---

<sup>199</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>200</sup> GRUPPO TECNICO ex Dm 22/06/2000, *L'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell'ambito del servizio sanitario nazionale*, in "Tendenze nuove", 2-3, pagg. 133-47; 2001.

<sup>201</sup> LORENZONI L., *La ricerca dell'efficienza*, in "Drg-Press", n. 8, 1994.

<sup>202</sup> CUCCURULLO C., *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: meccanismi di governance*, Cedam, Padova, 2005.

<sup>203</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano, 2007.

<sup>204</sup> Ibidem.

<sup>205</sup> Per una completa definizione del concetto di *spill over* vedi KRUGMAN P.R. e OBSTFELD M., *Economia Internazionale*, vol. 1, HOEPLI editore, Milano, 2003.

di qualità e d'efficienza nell'erogazione delle prestazioni<sup>206</sup>: questo grazie al sostegno di programmi di formazione, nonché di iniziative di confronto delle esperienze che hanno promosso un vero e proprio progresso culturale fra gli operatori del SSN. A livello regionale e di Asl sono state frequentemente attivate apposite strutture dedicate al controllo esterno degli erogatori, a cui spesso sono state affiancate funzioni di controllo interno dei presidi a gestione diretta<sup>207</sup>.

#### 14. *Finanziamento per funzione.*

L'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni prevede la possibilità di remunerare l'attività ospedaliera, oltre che mediante tariffe per prestazioni, anche mediante le funzioni assistenziali. Questa modalità è stata ritenuta maggiormente in grado di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione di attività strategiche sul piano di tutela della salute, oltreché essere più funzionale allo svolgimento di particolari compiti istituzionali non subordinabili a volumi predefiniti di prestazioni<sup>208</sup>. Le principali funzioni assistenziali individuate dalle regioni sono<sup>209</sup>: emergenza-urgenza; pronto soccorso; attività di prelievo e trapianti; terapie intensive e funzioni didattiche.

Nelle Asl si sono diffusi modelli di *budget* aziendale che, nell'includere attività e obiettivi sia del territorio, sia dell'ospedale, sia della loro integrazione, puntano di fatto ad ottenere per altra via i medesimi risultati perseguiti dalle "funzioni assistenziali composite" (modello quasi consolidato)<sup>210</sup>.

La variabilità complessivamente riscontrata nell'utilizzo del finanziamento per prestazione è in parte conseguente alle diverse scelte delle regioni circa l'utilizzo alternativo dei diversi strumenti possibili. Ad esempio, la presenza di Dipartimenti di emergenza, di pronto soccorso o di terapie intensive può essere utilizzata o per articolare le tariffe per classi di strutture erogatrici, oppure per individuare funzioni assistenziali da finanziare distintamente, in assenza di classificazione delle strutture<sup>211</sup>: la regione Veneto, che non classifica le strutture ospedaliere per livelli di *service-mix*, finanzia tuttavia per funzione anche alcune specialità<sup>212</sup>.

E' però frequente l'uso improprio della classificazione delle strutture e del finanziamento a funzione per consentire l'equilibrio di bilancio complessivo delle aziende ospedaliere per le quali il

---

<sup>206</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004.

<sup>207</sup> GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.

<sup>208</sup> GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003.

<sup>209</sup> Vedi Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *Sintesi dei sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere*, Roma, 2003.

<sup>210</sup> PAGANO E. e GUERRUCCI D., *La formazione del conto economico consolidato delle Asl ed Aziende ospedaliere*, relazione presentata al convegno "La sanità tra Stato e mercato", Padova, 13 e 14 ottobre 2000.

<sup>211</sup> LORENZINI S. e PETRETTO A., *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in FIORENTINI G., *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, pagg. 93-159, 2000.

<sup>212</sup> Come la neuro-chirurgia, l'ematologia, l'angiologia, le malattie infettive.

finanziamento a prestazione è effettivamente applicato<sup>213</sup>. Analogamente, nella negoziazione con gli erogatori privati, spesso si utilizzano congiuntamente tutti gli strumenti disponibili<sup>214</sup> per raggiungere un equilibrio finanziario generale, indipendentemente dalla coerenza interna tra le varie componenti della remunerazione impiegate<sup>215</sup>.

#### 15. *La compensazione della mobilità sanitaria interregionale: evoluzione.*

Il sistema di remunerazione a prestazione introdotto dal d.lgs. 502/92 ha trovato la sua prima concreta attuazione nella compensazione della mobilità sanitaria.

Nel marzo 1994, il Ministero della salute emanava la circolare n. 100/Scps/4.4583 che, riprendendo un documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni alla fine del 1993, fissava le regole in base alle quali dare attuazione alla compensazione della mobilità sanitaria. Ogni regione doveva seguire le procedure ivi previste per notificare gli addebiti per prestazioni erogate dalle strutture presenti sul proprio territorio, a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva), alle regioni di residenza di questi ultimi, stabilendo il principio che fosse sempre la regione ad effettuare i controlli tecnico-contabili sul complesso degli addebiti ricevuti (mobilità passiva). Per valorizzare i ricoveri ordinari, la circolare stabiliva che i casi fossero identificati in base alla SDO<sup>216</sup> e classificati a partire dalle informazioni in essa contenute sotto forma di raggruppamenti diagnostici: era la classificazione DRG versione 8°. Le tariffe, considerando che all'epoca mancava ancora un tariffario nazionale di riferimento, erano connesse ad uno specifico tariffario costruito con criteri empirici semplificati<sup>217</sup>.

Le regioni incontrarono notevoli difficoltà per l'impianto in tempi brevi del necessario sistema informativo e d'archivio dei dimessi non residenti, per classificarli secondo DRG e applicare le relative tariffe, ma il bilancio finanziario fu incoraggiante<sup>218</sup>: alla fine del 1995 al Conferenza Stato-Regioni confermava il nuovo modello di compensazione.

Tuttavia, considerando che la legge n. 724 del 1994 aveva imposto alle regioni di attivare sul proprio territorio il nuovo sistema remunerativo delle prestazioni sanitarie, eventualmente applicando le tariffe a tal fine fissate dal Dm del 14 dicembre 1994, fu introdotta una variante

---

<sup>213</sup> PAGANO E. e GUERRUCCI D., *La formazione del conto economico consolidato delle Asl ed Aziende ospedaliera*, relazione presentata al convegno "La sanità tra Stato e mercato", Padova, 13 e 14 ottobre 2000.

<sup>214</sup> Tariffe, classificazioni delle strutture, contratti.

<sup>215</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>216</sup> Si ricorda, istituita con il Dm del 28 dicembre 1991.

<sup>217</sup> Sinteticamente: utilizzava la scala relativa dei DRG, divisa in 9 intervalli, fissando una tariffa per ogni intervallo di peso, cosicché a tutti i DRG con peso relativo incluso nello stesso intervallo era associata la medesima tariffa.

LORENZONI L., *La ricerca dell'efficienza*, in "Drg-Press", n. 8, 1994

<sup>218</sup> Solo 5 regioni non erano riuscite a produrre gli addebiti; vedi FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999.

prevedente che le regioni avrebbero applicato ai pazienti provenienti da altre regioni il proprio tariffario regionale<sup>219</sup>.

Il passaggio da un criterio di remunerazione della mobilità interregionale basato su un tariffario unico nazionale, ad un sistema affidato a tariffari regionali, non conseguì solo dalla considerazione pratica della disponibilità del primo rispetto al secondo, ma suscitò un confronto acceso su principi stessi della compensazione<sup>220</sup>. L'entità dei flussi di mobilità sanitaria e l'evoluzione del fenomeno, sia qualitativamente che quantitativamente<sup>221</sup>, hanno spinto le regioni ad un accordo di equilibrio.

#### 16. *La tariffa unica convenzionale*<sup>222</sup>.

A seguito dell'accordo firmato dai Presidenti delle regioni il 19 giugno del 2003, si è tornati alla TUC, recuperando il concetto secondo cui la compensazione della mobilità sanitaria avviene sulla base di un accordo tra regioni volto a governare il fenomeno, nel rispetto di alcuni principi predeterminati<sup>223</sup>.

Il nuovo sistema di compensazione nasce con riferimenti ai costi di produzione delle prestazioni, ma si basa sul tariffario ministeriale del 1997, pur essendo evidenti i limiti di uno strumento sviluppato su dati di costo e di attività rilevati nel 1995 su un campione di ospedali<sup>224</sup>. A partire dall'esigenza di adeguare le tariffe alle dinamiche di costo caratterizzanti il settore sanitario, si introducono criteri di modulazione coerenti con i principi statuiti dall'accordo<sup>225</sup>:

-scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di media-bassa complessità e, in particolare, per i ricoveri in regime ordinario attribuiti ai 43 DRG "ad elevato rischio di inappropriatazza" e per altre tipologie di ricovero a medesimo rischio;

-garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;

-prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione, strutture selezionate per la specificità delle patologie trattate e/o per l'impiego di tecnologie innovative.

---

<sup>219</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

<sup>220</sup> Da una lato, chi ricordava come nel documento tecnico della Conferenza Stato-Regioni del 25 novembre 1993, si sottolineava che per le prestazioni effettuate presso le strutture pubbliche si stabilisce un corrispettivo unico nazionale, solo per la compensazione della mobilità, senza costituire riferimento per tariffe e a costi reali delle prestazioni; dall'altro, chi invocava la coerenza con l'impianto del sistema di remunerazione introdotto dal d.lgs. 502/92, che fissava la determinazione delle tariffe ai costi medi di produzione delle prestazioni, sostenendo quindi l'applicazione di tariffari regionali. Vedi FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>221</sup> Il valore finanziario globale della mobilità sanitaria per prestazioni di ricovero è passato da poco più di 3.000 miliardi nel 1997 a oltre 5.100 miliardi di lire nel 2002; vedi FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004, tab. 7. ,pag. 139.

<sup>222</sup> D'ora in avanti "TUC".

<sup>223</sup> FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005.

<sup>224</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

<sup>225</sup> Ibidem.

Tale soluzione risponde alle principali problematiche emerse nel corso degli anni, definendo la funzione assegnata alla mobilità. In primo luogo, le regioni devono garantire l'offerta di prestazioni di media-bassa specialità con le proprie strutture, anche in considerazione dell'elevato rischio di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori presentato dal settore in questione: sfruttare la mobilità per espandere la propria attività, in presenza di tetti ai volumi di prestazioni rimborsate che valgono per i soli pazienti residenti<sup>226</sup>.

In secondo luogo, però, vanno inibite le tendenze "autarchiche" nei settori dell'alta specialità, evitando un sovradimensionamento dell'offerta che comporterebbe il rischio di un ingiustificato aumento dei volumi, con un'esposizione al pericolo di inadeguatezza clinica proprio per i residenti in realtà non fornite di un bacino naturale di dimensioni adeguate<sup>227</sup>. Questo è probabilmente il senso di una specifica misura di sostegno per i centri di alta qualificazione, che devono consolidare la loro capacità di attrazione per raggiungere volumi di attività necessari ad un'assistenza di qualità<sup>228</sup>.

Il sistema di remunerazione delle mobilità ospedaliera interregionale adottato nel 2003, modificato nel 2004<sup>229</sup>, è stato ulteriormente aggiornato nel 2005<sup>230</sup> dalla Conferenza Stato-Regioni, che introducendo il sistema di classificazione ICD-9-CM versione 2002<sup>231</sup> e la versione 19° del *Groupers* CMS (DRG 505)<sup>232</sup>, ha influito anche sui sistemi di compensazione della mobilità interregionale. L'aggiornamento della TUC ha portato all'individuazione delle tariffe per i nuovi DRG generati dall'adozione della 19° versione e la revisione tariffaria dei DRG modificati: come notato, essa si basa su 505 DRG raggruppati in funzione di classi delle prestazioni di ricovero già individuate nel 2003<sup>233</sup>. Ulteriore aspetto della TUC 2006 riguarda l'*upgrade* dei sistemi di classificazione di remunerazione delle prestazioni, collegato alla creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario<sup>234</sup>, con l'obiettivo specifico di sviluppo focalizzato sulla gestione del flusso informativo relativo ai ricoveri in *day hospital* ed il superamento dei limiti derivanti dalla classificazione DRG in specifici settori di attività<sup>235</sup>.

---

<sup>226</sup> FRANCE G., *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003.

<sup>227</sup> GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.

<sup>228</sup> FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004.

<sup>229</sup> Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2004.

<sup>230</sup> Accordi approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 giugno 2005 e il 15 dicembre 2005.

<sup>231</sup> Per la codifica nella SDO delle diagnosi e degli interventi effettuati.

<sup>232</sup> Come strumento di riconduzione dei casi al sistema di classificazione DRG. La versione 19° ha introdotto le seguenti modifiche: 15 DRG non sono più validi; 28 DRG sono introdotti *ex novo*; 10 DRG sono modificati nella loro logica di attribuzione e/o nella loro descrizione e/o nel loro contenuto analitico. Le modifiche sono intervenute soprattutto nelle aree: cardiologia interventistica; interventi ortopedici; ustioni; alcoolismo.

<sup>233</sup> ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

<sup>234</sup> Definito NSIS-Progetto Mattoni; vedi CARBONE C. e LECCI F., *La struttura del SSN*, in ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

<sup>235</sup> Soprattutto in ambito pediatrico, di lungodegenza e psichiatrico.

## 17. Conclusioni.

In Italia il dibattito sui DRG ed il loro futuro nel SSN si è innescato immediatamente a seguito della decisione di introdurli come base per il nuovo sistema di remunerazione degli ospedali, e prosegue tuttora, in merito alle possibili modifiche o ricalibrature.

Alcuni effetti attesi dell'introduzione del pagamento a prestazione si sono indubbiamente realizzati nel corso dell'ultimo decennio: radicale incremento della disponibilità di informazioni relative all'attività ospedaliera; miglioramento generalizzato dell'efficienza organizzativa dell'ospedale e razionalizzazione dei suoi processi produttivi; introduzione diffusa di moderni sistemi di gestione aziendale negli ospedali. Anche finanziariamente, i dati disponibili sembrano indicare un relativo contenimento della dinamica inflativa della spesa ospedaliera. Peraltro, il principale effetto avverso atteso, l'incremento del numero dei ricoveri, è stato efficacemente contrastato dall'attivazione dei controlli esterni da parte delle regioni.

La principale caratteristica di un sistema di pagamento a prestazione è la sua relativa specificità rispetto alle condizioni cliniche trattate ed ai trattamenti erogati. Per tale ragione, una delle esigenze prioritarie, al fine di garantire l'appropriatezza e l'equità del sistema di remunerazione consiste nel costante aggiornamento delle tre componenti fondamentali del sistema stesso: la classificazione delle prestazioni; la componente tariffaria; il sistema di controllo.

Il parziale immobilismo degli ultimi anni, con il raffreddamento dell'iniziativa in questo settore da parte del livello centrale e l'ancora tiepido coordinamento fra le iniziative regionali, ha prodotto alcune discrasie negative: difficoltà nell'interpretazione delle informazioni dato il disallineamento dei sistemi di classificazione adottati dalle singole regioni; ritardi nell'aggiornamento del sistema di classificazione, con il rischio di non rappresentare appropriatamente la casistica trattata ed i trattamenti erogati; divergenza fra i costi di produzione ospedalieri e le corrispondenti tariffe.

Il sistema di remunerazione della prestazione sanitaria tramite tariffe DRG si presenta quindi come un indispensabile ed irrinunciabile strumento di gestione organizzativo-finanziaria, che necessita però costanti ed attenti interventi di "manutenzione"

## 18. Riferimenti Bibliografici.

ACAHRD P. O., *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 1999;

AIOP, *Ospedali & Salute. Terzo rapporto annuale 2005*, Angeli, Milano, 2006;

ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004;

-*L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006;

- L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano, 2007;
- ARCANGELI L. e BARITELLI A., *Politiche pro-concorrenziali e governo del SSN*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, Ministero del Tesoro, Roma, 1996;
- ARCANGELI L. e TANGIANO T., *Programma Rod (Raggruppamenti omogenei di diagnosi). Primi risultati*, in "Press Drg", n. 8, pagg. 2-4, 1993;
- BALDUZZI R. (a cura di), *La sanità italiana tra LEA, tutela della salute e progetto di devolution*, Giuffrè, Milano, 2004;
- BALDUZZI R. e G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel D.Lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001;
- BALDUZZI R. e G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della giornata nazionale di studio, Genova, 15 gennaio 2002*, Giuffrè, Milano, 2002;
- BOMPIANI A., *Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza della sanità*, in "Sanità pubblica" suppl. 4, 1996;
- BRENNA A. e FRANCE G., *Sistemi di compensazione delle prestazioni ospedaliere*, Franco Angeli, Milano, 1990;
- BRUSONI M. e FROSINI F., *Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme*, Egea, Milano, 2002;
- BUGLIONE E., *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Milano, 2001;
- CARBONE C. e LECCI F., *La struttura del SSN*, in ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004;
- CASAS M. e WILEY M., *Diagnosis related group in Europe: uses and perspectives*, Sprinter-Verlag, New York, 1993;
- CAVICCHI I., *Sanità*, Dedalo, Bari, 2005;
- CENSIS, *Il mercato sanitario in Europa: il ruolo dell'ospedalità privata*, Roma, 1999;
- CENTRO VITTORIO BACHELET, *Il nuovo welfare state dopo la riforma del titolo V: Sanità e assistenza a confronto. Atti del convegno, Roma 17 maggio 2002*, Giuffrè, Dilani, 2002;
- COMMISSIONE di studio sulla day surgery e la chirurgia ambulatoriale, *Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno*, Rapporto Ministero Sanità, Roma, 2001;
- CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari : contributo alla nozione di servizio pubblico*, Maggioli, Rimini, 2004;
- CRIVELLINI M., *Sanità e salute: un conflitto di interessi. I sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti*, Angeli, Milano, 2004;
- CUCCURULLO C., *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità : meccanismi di governance*, Cedam, Padova, 2005;



- CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Giuffrè, Milano, 2005;
- DAMMACO G., *L'evoluzione del servizio sanitario in Italia e l'applicazione del controllo di gestione in una realtà locale*, Cacucci, Bari, 2007;
- Riflessioni sulla sanità in Italia, libera scelta tra servizio pubblico e privato*, Cacucci, Bari, 2008;
- DIRINDIN N., *Governare il federalismo: le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma, 2001;
- FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007;
- FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007;
- FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005;
- *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma, 2007;
- FRANCE G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato: il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè, Milano, 1999;
- *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in FIORENTINI G., *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, pagg. 73-101, 2003;
- *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in "Rapporto sanità 2003", Il Mulino, Bologna, 2003;
- GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003;
- GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008;
- GIORGETTI R., *Il servizio sanitario: guida alla normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli, Rimini, 1998;
- GRUPPO TECNICO ex Dm 22/06/2000, *L'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera nell'ambito del servizio sanitario nazionale*, in "Tendenze nuove", 2-3, pagg. 133-47; 2001;
- HEALY J. e Mc KEE M., *The evolution of hospital systems*, in Mc KEE M. e HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002;
- JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, 2004;
- JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005;
- JORIO E., *Diritto sanitario*, Giuffrè, Milano, 2006;
- KIMBERLY J.R. e de POUVOURVILLE G., *The Migration of Managerial innovation* *Diagnosis-related groups and Health Care Administration in western Europe*, Jossey-Bass inc., San Francisco, 1993;
- LANGIANO T., *Drg: strategie, valutazione, monitoraggio*, Il pensiero scientifico, Roma, 1997;

- LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005;
- LORENZINI S. e PETRETTO A., *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in FIORENTINI G., *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, pagg. 93-159, 2000;
- LORENZONI L., *La ricerca dell'efficienza*, in "Drg-Press", n. 8, 1994;
- MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna 1998;
- MARINO I., *Sanità e salute: analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Italianieuropei, Roma, 2007;
- MINISTERO DELLA SALUTE, Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale*, Istit. Poligraf. e Zecca dello Stato, Roma, 2002;
- ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007;
- OTTO M. e PARUZZOLO S., *Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica*, Egea, Milano, 2004;
- PAGANO E. e GUERRUCCI D., *La formazione del conto economico consolidato delle Asl ed Aziende ospedaliere*, relazione presentata al convegno "La sanità tra Stato e mercato", Padova, 13 e 14 ottobre 2000;
- PELISSERO G., *Competition in health systems. In Italy, in the European Union, in the world*, Associazione italiana ospedalità privata, Roma, 2002;
- ROVERESI MONACO F., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini, 2000;
- RUSSEL L.B., *Medicare's new hospital system: is it working?*, The Brooking Insitute, Washington, 1989;
- STERPI S., *La definizione dei fabbisogni finanziari attraverso la quota capitaria ponderata*, in "Politiche sanitarie", n. 3, 2003;
- TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996;
- TARONI F. e CURCIO RUBERTINI B., *I Diagnosis related groups (Drg) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Clueb, Bologna, 1991;
- VIANI G., *Manuale di legislazione sanitaria*, Angeli, Milano, 2002.