Anno II numero 5 maggio_giugno 2003
Bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

5

Editoriale_Il sistema dei Lea va a regime **Forum**_Quali garanzie con il federalismo? Interventi di Girolamo Sirchia, Fabio Gava e Giovanni Bissoni **Focus on**_Livelli essenziali di assistenza: la prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi; le differenze fra le Regioni hanno radici antiche; conta la quantità ma anche la qualità; un sintetico profilo internazionale **Assr on line**_Tanti sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere. Documenti: indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

ASSR AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

5

monitor

Editoriale

Il sistema dei Lea va a regime
di *Laura Pellegrini* e *Franco Toniolo* **pagina 2**

Forum

Quali garanzie con il federalismo?
Interventi di Girolamo Sirchia, Fabio Gava e Giovanni Bissoni **pagina 7**

Focus on | **Livelli essenziali di assistenza**

La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi **pagina 11**

Le differenze fra le Regioni hanno radici antiche **pagina 24**

Conta la quantità ma anche la qualità **pagina 31**

Un sintetico profilo internazionale **pagina 35**

Assr on line

Tanti sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere **pagina 54**

Documenti. Indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali **pagina 95**

monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

Bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

Anno 11 Numero 5
maggio_giugno 2003

Direttore
Laura Pellegrini

Direttore responsabile
Maria Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico
Giovanna Baraldi, Lucio Capurso, Giovanni Costa, Franco Cuccurullo, Francesco Di Stanislao, Gian Franco Gensini, Renato Guarini, Rocco Mangia, Maurizio Mauri, Ubaldo Montaguti, Filippo Palumbo, Bruno Rusticali, Erasmo Santesso, Irinus Serafin, Federico Spandonaro, Alberto Spanò

Editore
ASSR (Agenzia per i servizi sanitari regionali),
Piazza G. Marconi 25, 00144 Roma
Tel. 06.54.95.11
www.assr.it

Redazione, progetto grafico e impaginazione
Italpromo Esis Publishing
Via del Commercio 36,
00154 Roma
Tel. 06.57.29.98.1

Stampa
Union Printing Srl, Viterbo

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di agosto 2003

ASSR AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

Il sistema dei Lea va a regime

di **Laura Pellegrini** e **Franco Toniolo**

È stata portata a termine dalle Regioni, con una metodologia concordata a livello nazionale, la prima rilevazione dei dati analitici riguardanti le tipologie delle prestazioni erogate, il loro numero e i loro costi nei tre ambiti della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera in cui si articola il complesso delle attività del Servizio sanitario nazionale.

I dati si riferiscono all'anno 2001. Ma ora che è stato messo a punto il meccanismo di rilevazione, ci si attende che possano essere acquisiti, in tempi non troppo lunghi, anche quelli degli anni successivi.

Il sistema informativo sanitario, attivo da oltre vent'anni, si è polarizzato, com'è noto, sulle informazioni che riguardano le grandi aree dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza specialistica e dell'assistenza farmaceutica, con un'attenzione marginale ai dati relativi alle molteplici attività della prevenzione e dell'assistenza territoriale, peraltro di più complessa acquisizione.

Per quanto riguarda il profilo della spesa, le informazioni acquisite dal sistema, essendo essenzialmente basate sugli aggregati di bilancio (spese per il personale, per beni e servizi, ecc.) hanno reso sempre problematica ogni analisi volta a relazionare i costi alle diverse funzioni assistenziali, alle singole strutture e alle specifiche tipologie di prestazioni.

Solo da qualche anno l'introduzione nelle aziende sanitarie della contabilità analitica per centro di costo ha consentito di ottenere nuove informazioni di dettaglio sui costi delle prestazioni, rendendo possibile, tra l'altro, il benchmarking tra le aziende e tra settori della medesima azienda.

I dati informativi sul numero delle prestazioni per tipologie e per costo, ora forniti dalle Regioni, hanno il pregio di riguardare l'universo sanitario e di essere tra loro confrontabili. Essi costituiscono, perciò, un'acquisizione di grande importanza (anche se va messa in conto la possibilità che il loro grado di affidabilità non sia in questa fase elevatissimo) perché consentono l'avvio del monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza partendo da riferimenti comuni e condivisi.

Il sistema di monitoraggio – dopo l'emanazione della disciplina generale della materia, mediante l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000 sul federalismo fiscale – sta andando dunque a regime seguendo il percorso indicato negli accordi tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001 e del 22 novembre 2001 che hanno previsto, appunto, una preliminare fase di rilevazione sperimentale sui "livelli effettivamente erogati" e sulla loro "corrispondenza ai valori di spesa stimati e previsti", da parte dell'apposito tavolo di lavoro costituito dai Ministeri della salute e dell'economia e dalle Regioni, con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

La prossima tappa dovrebbe riguardare l'aggiustamento della disciplina tecnica sul monitoraggio contenuta nel D.M. 12 dicembre 2001, in un'ottica di semplificazione, così da rendere più agevole il meccanismo di rilevazione nelle diverse realtà locali.

In questo numero della rivista è riportata una sintesi dei dati della rilevazione regionale sulle prestazioni e sui costi, corredata da una nota illustrativa.

Integrano la pubblicazione alcuni articoli di approfondimento sul tema dei livelli essenziali di assistenza.

Il primo articolo muove dall'osservazione delle differenze che si riscontrano nella quantità e qualità di prestazioni erogate nelle diverse Regioni per evidenziare che non si tratta di un prodotto recente del federalismo bensì di un retaggio storico; le differenze tra le Regioni erano, infatti, un tempo molto maggiori e negli anni più recenti si sono venute attenuando soprattutto per effetto del graduale allineamento, su parametri capitari omogenei, delle quote di finanziamento attribuite dallo Stato alle Regioni per la sanità, superando il criterio della spesa storica. È evidente, dunque, che la prima garanzia sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza da parte delle Regioni poggia sulla disponibilità di risorse non dissimili.

Molto si discute, inoltre, sugli indicatori e sui parametri da assumere per il monitoraggio dei livelli.

Il D.M. 12 dicembre 2001, prima citato, affer-

ma che gli indicatori sono "informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti", mentre i parametri sono "valori numerici espressi come misure di posizione o di dispersione, con i quali confrontare il valore numerico dell'indicatore".

Essendo questo il meccanismo della verifica, ci si chiede: devono essere i parametri, con i quali gli indicatori vanno confrontati, omogenei e vincolanti per tutte le Regioni? I livelli essenziali di assistenza devono essere, insomma, anche uniformi?

La circostanza che l'espressione "livelli essenziali" abbia avuto nel tempo alterne formulazioni (livelli essenziali, livelli minimi, livelli essenziali uniformi, ecc.) è indicativa di una certa difficoltà a dare una risposta univoca.

Nel dibattito in corso sui temi dell'uniformità e della variabilità è stato sottolineato che "la devoluzione ha luogo per consentire differenziazioni" (France), e che, anzi, la possibilità che i sistemi di erogazione siano localmente strutturati in maniera diversa, "corrisponde alle più moderne teorie di governo dei sistemi complessi" (Vanara).

Sicuramente il problema è, dunque, quello di trovare un punto di equilibrio accettabile tra l'uniformità, che è avvertita dai cittadini come un'esigenza fondamentale in materia di sanità (come del resto in tutti gli ambiti che attengono ai "diritti civili e sociali") e la diversità che discende dai bisogni specifici e dalle scelte organizzative dei livelli istituzionali locali.

È da sottolineare che nel decreto legislativo n. 56 sul federalismo fiscale è previsto che il sistema di garanzia debba comprendere, assieme alla definizione di procedure per l'individuazione delle Regioni che non rispettano o non convergono verso i parametri stabiliti, anche la determinazione di limiti di accettabilità delle differenze "entro intervalli di oscillazione dei valori di riferimento".

Con ciò, potrebbe considerarsi sostanzialmente chiarito, anche nel quadro della normativa attuale, che una certa variabilità non è da considerare anomala, ma è accettabile e fisiologica.

Altro aspetto connesso con i precedenti riguarda i possibili interventi dello Stato in caso di inadempimento delle Regioni.

Il decreto legislativo n. 56 ha previsto la possibilità di vincolare una parte non superiore al tre per cento delle quote di finanziamento della sanità, sia che derivino da compartecipazioni che da trasferimenti perequativi, per far fronte agli interventi necessari ai fini dell'adeguamento ai parametri stabiliti.

Inoltre, nel sistema dei rapporti tra Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni, disciplinato dalla legge 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica del titolo V della Costituzione, è prevista la possibilità di dare luogo ad interventi sostitutivi, da parte del Governo, per talune fattispecie di particolare rilievo, tra cui rientra la "tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali".

Ma non si può non sottolineare che la materia dei rapporti tra Stato e Regioni non è, in questa fase, stabilmente definita, sicché la problematica in esame, ancora per qualche tempo, continuerà ad essere aperta a possibili modifiche.

È, però, logico attendersi che, soprattutto nell'ottica di finanziamenti omogenei, rimanga ferma la scelta di apprestare, a livello nazionale, gli indispensabili meccanismi di intervento, a garanzia della quantità e qualità delle prestazioni da fornire ai cittadini in ogni parte del paese.

Il secondo articolo della rivista è dedicato al tema della qualità delle prestazioni. Conta, infat-

ti, il numero delle prestazioni di cui i cittadini fruiscono per misurare il grado di soddisfacimento dei loro bisogni di cure. Ma conta anche, si potrebbe dire soprattutto, la qualità di queste prestazioni.

Esistono, in proposito, indicatori generali di risultato e di buon funzionamento dei servizi (liste di attesa, mortalità infantile, mortalità evitabile, incidenza di malattie infettive, ecc.), nonché indicatori della qualità delle procedure assistenziali (protocolli di dimissione ospedaliera protetta, rilevazione del gradimento degli utenti, ecc.).

Esistono, soprattutto, i principi fondamentali che sono alla base del buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale e che vanno uniformemente preservati, come vincolo non eludibile:

1. il principio di dignità umana, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
2. il principio del bisogno di salute;
3. il principio dell'equità all'accesso all'assistenza;
4. il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze;
5. il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il problema della definizione delle prestazioni che devono essere garantite a tutti i cittadini, nell'ambito delle risorse disponibili, ha impegnato ed impegna da molti anni le istituzioni pubbliche di tutti i paesi.

Commissioni di studio sono state incaricate di elaborare i principi ed i criteri per la selezione dei servizi e delle prestazioni da considerare "essenziali". Gli elementi comuni che emergono da questi studi sono i seguenti:

- nessuna Commissione, ad eccezione che nello Stato dell'Oregon, ha utilizzato il termine razionamento delle prestazioni né per qualificare, né per descrivere l'oggetto della propria attività, preferendo parlare di priorità ovvero di scelte difficili;
- tutte le Commissioni hanno riconosciuto all'assistenza sanitaria il carattere di bene fondamentale e concordano nel ritenere che le scelte allocative a livello collettivo ed individuale devono essere guidate da principi etici ed ispirate a valori sociali;
- alcune Commissioni hanno discusso sull'opportunità che l'esplicitazione sempre maggiore dei Lea potesse implicare la rivendicazione di diritti soggettivi anche sul piano legale (vedi Usa);
- tutte le Commissioni hanno indicato criteri per l'individuazione dei Lea, riconducibili all'efficacia clinica e all'appropriatezza dell'uso delle prestazioni e dei servizi garantiti, anche se si riconosce che detti criteri sono, in molti casi, tanto limpidi nella logica quanto problematici nell'applicazione pratica.

Nel terzo articolo della rivista si effettua la disamina dei sistemi sanitari in alcuni tra i principali paesi, sia di tipo federale che unitario, con particolare riguardo alla problematica dei livelli essenziali di assistenza, al fine di fornire qualche significativo elemento di confronto con la nostra realtà.

Infine, prima del Focus on, sono riportate nella rivista le risposte date dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia, dall' Assessore alla Sanità della Regione Veneto e Coordinatore degli Assessori regionali alla Sanità Fabio Gava e dall' Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna Giovanni Bissoni a tre domande che riguardano aspetti significativi del federalismo in

sanità (quali compiti allo Stato, come realizzare un monitoraggio puntuale sui livelli assicurati, come garantire le risorse finanziarie indispensabili).

Integra la trattazione della problematica dei livelli essenziali di assistenza una sintetica rassegna delle differenti normative regionali che fissano i criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture pubbliche e private e le procedure di controllo.

Quali garanzie con il federalismo?

La prospettiva del federalismo fiscale determina forti preoccupazioni circa la possibilità che tutti i cittadini possano continuare ad avere accesso, in futuro, a livelli di assistenza uniformi in ogni parte del paese.

Nel contesto degli approfondimenti sul tema dei livelli essenziali di assistenza e più in generale delle garanzie per la sanità con il federalismo, "Monitor" ha rivolto al Ministro della Salute Girolamo Sirchia, all'Assessore alla Sanità della Regione Veneto e Coordinatore degli Assessori regionali alla Sanità, Fabio Gava e all'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, Giovanni Bissoni, le seguenti tre domande:

1) Uno dei grandi temi attualmente in discussione riguarda l'ampiezza delle attribuzioni dello Stato in materia di sanità: quali funzioni è bene che lo Stato eserciti al fine di orientare la sanità delle Regioni verso obiettivi strategici comuni e condivisi?

2) La recente rilevazione dei dati analitici sulle tipologie delle prestazioni erogate dalle Regioni, sul loro numero e sui costi si è rivelata alquanto laboriosa, per diffuse carenze dei sistemi informativi locali. Che cosa si può fare per rendere più puntuali, trasparenti e confrontabili i dati di tutte le Regioni circa l'assistenza che forniscono ai cittadini?

3) Il sistema perequativo attivato dal decreto legislativo n. 56 sul federalismo fiscale, al fine di consentire prestazioni omogenee a fronte di entrate differenti, ha carattere transitorio, essendo prevista la graduale riduzione delle quote di perequazione a partire dall'anno 2002 fino al totale azzeramento nell'anno 2013. La transitorietà del meccanismo è compatibile con la previsione che i livelli essenziali di assistenza debbono essere permanentemente garantiti da tutte le Regioni?

Riportiamo di seguito le risposte ricevute.

GIROLAMO SIRCHIA

1) Va detto innanzitutto che nel nuovo assetto politico istituzionale il raggiungimento di obiettivi specifici in materia sanitaria non può prescindere dalla concertazione con le Amministrazioni regionali, titolari della programmazione ed organizzazione dei servizi. Il Ministero, in questo contesto, si pone quale garante della salute dei cittadini, definendo norme generali, determinando i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, verificando l'attuazione delle prestazioni sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Il compito di definire gli obiettivi per attuare la garanzia costituzionale del fondamentale diritto alla salute è affidato al Piano sanitario nazionale.
2) Le difficoltà, che saranno superate dal prossimo anno, sono dipese in gran parte dalla modulistica non ancora allineata al nuovo sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie definito dal decreto del 2001 sui Livelli essenziali. Il Tavolo di monitoraggio dei Lea ha dovuto ricorrere a una rilevazione straordinaria per acquisire comunque le informazioni analitiche ritenute necessarie per verificare, a fronte dei costi sostenuti, quali e quante prestazioni sono state erogate nelle diverse aree di interesse. L'obiettivo del Ministero, però, è quello di ricondurre la rilevazione a un flusso ordinario del Sistema informativo sanitario, facendo tesoro dell'esperienza maturata in questi due anni. Sappiamo bene che in alcuni settori, come quello dell'assistenza territoriale (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale), l'abitudine e la cultura della "misurazione" sono ancora poco diffuse e gli strumenti per "dare conto" dell'attività svolta e dei costi sostenuti sono poco sviluppati, ma proprio in questi settori il Ssn dovrà misurarsi, negli anni a venire, con le sfide più difficili e per farlo dovrà avere tutte le informazioni necessarie per governare il sistema. Lo sviluppo del nuovo Sistema informativo, quindi, rappresenta un investimento di interesse primario per tutto il Ssn.
3) Occorre non perdere di vista l'obiettivo finale: piena attuazione alla garanzia costituzionale del diritto alla salute. Il federalismo fiscale è e deve essere considerato uno strumento per l'attuazione di questo obiettivo.
   In attesa della definizione legislativa dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale, è stata costituita l'Alta Commissione di studio per il coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario che dovrà indicare gli strumenti per conciliare i diversi interessi in campo, tenendo conto, in ogni caso, della necessità costituzionale di garantire i livelli essenziali su tutto il territorio nazionale.

FABIO GAVA

1) Non sono pochi a temere che la norma costituzionale che attribuisce allo Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", non sia da sola sufficiente a preservare, nella prospettiva della piena devoluzione, l'attuale quadro di sostanziale omogeneità del sistema sanitario.Viene considerata perciò più rassicurante la previsione contenuta nel disegno di legge in itinere che introdurrà nuove modifiche costituzionali, di attribuire allo Stato anche il compito di emanare "norme generali sulla tutela della salute".
   Questa espressione è molto ampia ed implica la possibilità che vengano fissate anche le regole in tema di organizzazione dei servizi. In tal sen-

so essa non è accettabile perché rappresenta un arretramento rispetto al principio, ormai acquisito, che in materia di organizzazione le Regioni devono avere piena autonomia.

Diverso sarebbe, invece, il giudizio rispetto ad una formulazione che attribuisca allo Stato la definizione "degli obiettivi generali sulla tutela della salute", ossia di strategie ed orientamenti comuni per i principali settori della sanità. Lo strumento adeguato esiste già ed è il piano sanitario nazionale.

In sintesi mi sembra che la procedura di monitoraggio dei Lea, (che si è andata affinando in quest'ultimo periodo grazie al particolare impegno delle Regioni) ed il Piano sanitario nazionale (nella configurazione che ha ora assunto di "progetto strategico per la salute") possano essere considerati come strumenti più che idonei che lo Stato ha a disposizione per orientare le politiche regionali in sanità verso obiettivi generali, comuni e condivisi, nell'interesse di tutti i cittadini.

2) La disciplina in materia di flussi informativi, dalle strutture sanitarie che erogano l'assistenza alle Regioni e al Ministero della salute, è stata aggiornata diverse volte nel corso degli anni.

Il sistema informativo sanitario, nel complesso, è andato da tempo a regime consentendo di avere informazioni omogenee da tutte le Regioni sullo stato dell'organizzazione, sulle principali attività e sui bilanci, anche se un certo appesantimento nel suo funzionamento è stato determinato dalla grande mole di dati, non tutti indispensabili e dalla frequenza troppo ravvicinata di molte rilevazioni. Le priorità sono ora cambiate ed è venuta in evidenza, particolarmente, la necessità di un monitoraggio degli elementi significativi in materia di garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Diverse Regioni dispongono già di tutte le informazioni necessarie avendo realizzato la rete informatica dei servizi territoriali. Altre dovranno farlo, ma non si tratta di impresa impossibile, date le straordinarie potenzialità dell'informatica.

Se si vuole operare con successo, bisognerà, però, essere molto selettivi nella scelta delle cose che è indispensabile rilevare. Mi sembra, in proposito, che a livello tecnico, in sede ministeriale, si stia lavorando con questa consapevolezza.

3) Il dibattito sul federalismo fiscale è tutt'ora aperto; non vi sono quindi, al momento, elementi certi circa le soluzioni che saranno individuate in materia di finanziamenti. Quel che si può dire con certezza è, però, che le regole stabilite con il decreto legislativo n. 56 del 2000 non sono ritenute da nessuno intangibili. Si tratterà, perciò, di graduare nel tempo, in modo realistico, gli interventi perequativi, in vista del conseguimento del necessario equilibrio tra risorse e fabbisogno nelle singole Regioni, ossia della possibilità di garantire in modo autonomo i livelli essenziali di assistenza secondo le previsioni contenute nelle norme costituzionali.

Non va esclusa la possibilità che in qualche Regione l'equilibrio finanziario non si realizzi del tutto nell'arco temporale previsto. In tal caso mi sembra ragionevole ritenere che la sede naturale per l'attuazione degli interventi di sostegno eventualmente ancora necessari sia quella dello Stato, attraverso lo strumento della fiscalità generale.

GIOVANNI BISSONI

1) La definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza in quanto espressione dei diritti di cittadinanza di tutti gli italiani da un lato, e la garanzia che l'organizzazione ed il funzionamento del sistema sanitario siano rispettosi dei principi fondamentali di universalità nell'accesso, globalità nella copertura

e solidarietà nel finanziamento propri del Servizio sanitario nazionale dall'altro, sono i due elementi fondamentali che caratterizzano il ruolo del governo centrale in un sistema "federale". Per realizzare tutto questo, ovviamente è necessario un governo delle risorse finanziarie che sia in grado di compensare efficacemente le grandi differenze fra le regioni italiane in termini economici, sociali e demografici.

2) Ci sono certamente disomogeneità fra regioni rispetto alla qualità, alla completezza e quindi anche alla confrontabilità delle informazioni cliniche, epidemiologiche e finanziarie, e molti ritardi devono essere ancora superati. Se questo è spiegabile con le ampie differenze nello stadio evolutivo dei diversi servizi entro e fra le regioni, questi ritardi vanno rapidamente colmati, attraverso un programma nazionale di modernizzazione degli strumenti informativi del Ssn. Due osservazioni vanno però tenute presenti a questo proposito. La prima raccomandazione è di non riporre eccessive speranze nella "potenza" di tecnologie informatiche, soprattutto se governate dal centro. Dal momento che il sistema informativo è principalmente e necessariamente il riflesso del sistema organizzativo che ha il compito di rappresentare, sovrapporre un potentissimo sistema informatico ad un sistema organizzativo inadeguato non risolverà il problema. La seconda osservazione è che la qualità delle informazioni migliora con il loro uso, e con la loro restituzione ai produttori di dati sotto forma di analisi, osservazioni, studi. L'esempio della introduzione e dell'uso della Scheda di dimissione ospedaliera, ora su buoni livelli di qualità e più che soddisfacente dal punto di vista della completezza della rilevazione, è illuminante. Mentre si lavora per migliorare la qualità, la Assr deve quindi comunque continuare nell'utile lavoro avviato di analisi e confronto degli aspetti epidemiologici e finanziari dei livelli essenziali di assistenza nelle diverse regioni, comunque necessari per un impegno che continuerà nel tempo.

3) Ho già accennato alle grandi differenze fra regioni sia in termini di sviluppo economico e quindi anche di capacità fiscale, sia in termini di caratteristiche demografiche e sociali, e quindi anche di fabbisogno sanitario. Il fondo perequativo interregionale deve necessariamente tener conto di entrambe queste differenze per poter sostenere e dare senso al diritto, ora costituzionalmente tutelato, alle prestazioni ed ai servizi ricompresi nei livelli essenziali di assistenza.
Se è utile e giusto introdurre nel sistema di perequazione alcuni incentivi per favorire il raggiungimento della autosufficienza da parte di ciascuna regione (quali ad esempio una perequazione "incompleta" delle capacità fiscali e l'esaurimento progressivo del fondo), i tempi previsti dal d.lgs. 56/2000 non sembrano invece affatto realistici per raggiungere gli obiettivi desiderati.

La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi

Il presente documento, predisposto il 18 luglio 2003 dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria, di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001, riguarda i dati di attività e di spesa dell'anno 2001 ed è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 luglio 2003.

1. PREMESSA

Come è noto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 è entrato in vigore il 23 febbraio 2002 e, pertanto, il monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza, così come previsto nel punto 5.2 dell'accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, potrà essere effettuato con riferimento all'assistenza erogata nell'anno 2002 e, quindi, non prima della metà dell'anno 2003, quando si renderanno disponibili le informazioni necessarie.

Il Tavolo di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza ha ritenuto però opportuno procedere alla rilevazione dei dati relativi all'assistenza erogata nelle varie Regioni anche con riferimento all'anno 2001, così come risulta indicato nella relazione presentata alla Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2002, per poter esprimere una prima valutazione tra i finanziamenti stabiliti in sede di accordo dell'8 agosto 2001 e i Lea erogati.

Il D.M. 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione dell'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti.

Al fine, però, di consentire alle Regioni di adeguare i propri sistemi informativi regionali per la rilevazione dei dati oggi non disponibili, il tavolo di monitoraggio dei Lea ha ritenuto che gli indicatori previsti dal sopraindicato D.M. 12 dicembre 2001 debbano essere utilizzati con gradualità, selezionando dapprima solo quelli che realmente possono essere forniti dalle aziende sanitarie di tutto il territorio nazionale.

Premesso quanto sopra, con riferimento all'anno 2001, il Tavolo ha ritenuto di:

1) rilevare solo i dati relativi ad alcuni indicatori tra quelli presenti nel D.M. 12 dicembre 2001, con l'obiettivo di utilizzarli a regime, eventualmente aggiornandoli ed integrandoli, con riferimento all'assistenza erogata nell'anno 2003, considerando anche l'anno 2002 ancora un anno di transizione, tenuto conto dei tempi previsti per gli adempimenti regionali previsti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001;
2) eliminare dalla scheda utilizzata per la rilevazione effettuata nell'anno 2001 presso le

11 Regioni che vi hanno partecipato le informazioni relative alle "risorse umane utilizzate" per erogare i livelli di assistenza, considerata l'effettiva difficoltà di definire il numero di operatori equivalenti, e le informazioni relative alla distinzione tra assistenza erogata direttamente o attraverso strutture accreditate;

3) rilevare, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, informazioni in merito alla complessità della casistica trattata (peso medio dei ricoveri per bambini ed anziani, indice di attrazione e indice di fuga).

2. LETTURA E ANALISI DEI DATI RILEVATI

2.1 La Lettura

La rilevazione, come sottolineato in premessa, ha avuto carattere sperimentale tenuto conto che il flusso informativo del Ministero della salute non poteva fornire i dati che il Tavolo ha deciso di rilevare, in quanto in corso di adeguamento ai Livelli Essenziali di Assistenza adottati con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

Le Regioni hanno partecipato attivamente alla rilevazione di notevole complessità, in quanto per la prima volta venivano richiesti dati non presenti nei flussi attuali e ciò ha comportato, in alcuni casi e per alcune voci, lacunosità e criticità nell'acquisizione del dato, nonché una variabilità tra le Regioni stesse, che testimonia una diversa modalità di informazione, su cui si sono fortemente impegnate le Regioni nel ridurre le differenze nei sistemi di rilevazione dei costi

Ciò evidenzia la necessità di omogeneizzare le tipologie dei servizi e delle prestazioni oggetto di rilevazione.

Le elaborazioni effettuate trovano, quindi, un limite nell'utilizzo, in prima istanza, della popolazione assoluta e non tengono conto della variabilità dei consumi dovuti alle diverse fasce di età, ai costi strutturali, ai livelli di efficienza.

Conseguentemente non consentono di effettuare comparazioni fra le Regioni su elementi di dettaglio per singoli livelli assistenziali.

Si sottolinea, infine, che gli esiti della rilevazione, riferendosi all'anno 2001, non possono corrispondere pienamente ai contenuti del D.P.C.M. del 29 novembre 2001, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", anche in considerazione di quanto esposto nella Relazione presentata da questo Tavolo il 15 aprile 2003 sulla successiva attività da sviluppare in ordine al monitoraggio dei Lea per perseguire i livelli di appropriatezza delle prestazioni di cui all'Allegato 2C del suddetto D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

Il Tavolo presenta i risultati di questo lavoro, come contributo di studio, oltre che di ricerca, al dibattito in corso sulla congruità dei costi dei Lea.

Infatti i dati rilevati, se letti sotto il profilo del dato complessivo per macrolivelli, rappresentano un riferimento significativo, in termini di prospettiva, per l'anno 2002 della distribuzione territoriale delle prestazioni erogate e soprattutto un momento di confronto tra le Regioni stesse finalizzato ad un'analisi comparata.

Tale analisi deve costituire il punto di inizio di un lavoro, che dovrà condurre alla definizione, già per l'anno 2002, di un modello funzionale che tenga conto di quanto emerso dalla rilevazione dei dati 2001, anche valutando la possibilità di approfondimenti di specifici livelli di assistenza.

Il processo, quindi, come riportato nella Relazione presentata alla Conferenza Stato Regioni del 15 aprile 2003, dovrà condurre alla individuazione di un set di indicatori da utilizzare all'interno del sistema di monitoraggio per stabilire anche il "sistema di regole" da rispettare a garanzia dei Lea.

Dalla valutazione anche delle criticità emerse verranno proposte modifiche ed integrazioni alla scheda di rilevazione, allo scopo di fornire un quadro di sintesi il più completo possibile e il più vicino alla realtà della assistenza sanitaria erogata nelle Regioni.

2.2. Analisi dei dati rilevati

La rilevazione dei costi sostenuti, comprensiva degli ammortamenti, e delle prestazioni erogate nell'anno 2001 ha riguardato 18 Regioni, rappresentative dell'89,85 % della popolazione italiana (non sono pervenuti i dati delle Regioni Molise e Sicilia e della Provincia Autonoma di Bolzano).

La qualità dei dati trasmessi dalle Regioni è migliorata rispetto alla precedente rilevazione effettuata con riferimento ai costi sostenuti nell'anno 2000, anche se per alcune tipologie di assistenza persistono ancora difficoltà a rilevare in modo uniforme ed omogeneo i dati, sia a causa del diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali sia per la differente organizzazione dell'offerta dei servizi, tenuto conto della diversa tipologia impiegata per la rilevazione 2001, non sono possibili confronti tra le due rilevazioni.

Di seguito vengono presentati i risultati dell'analisi e del confronto dei dati contenuti nelle schede, dettagliati per ciascun livello di assistenza.

I costi dei Livelli di Assistenza sono espressi in lire, perché si riferiscono all'anno 2001 e riportano, per le

Regioni rilevate, il costo medio complessivo pro-capite dei Lea per residenti. Il valore totale dei costi complessivi risulta comunque rappresentativo della situazione dell'anno 2001.

I costi sono stati rilevati secondo la metodologia adottata dal tavolo e riportata nelle precedenti relazioni.

I° LIVELLO
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Il primo livello comprende le seguenti aree di assistenza:

1. attività di igiene e sanità pubblica
2. Agenzia Regionale per l'Ambiente
3. igiene degli alimenti e della nutrizione
4. prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
5. sanità pubblica veterinaria
6. attività di prevenzione rivolte alla persona
7. servizio medico legale.

Il valore medio rilevato del costo del livello è pari al 4,32% dei costi complessivi, corrispondente ad un costo medio pro-capite di lire 115.176.

Al riguardo si evidenzia quanto segue:

- dodici Regioni presentano nel 2001 valori superiori al 4%, di cui 4 presentano valori superiori al 5% (di quest'ultime, due Regioni, presentano valori elevati per gli alti costi della sanità veterinaria e dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente)
- il valore medio rilevato del 4,32% è sicuramente sottostimato, per la difficoltà da parte di alcune Regioni a determinare i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alla persona e al servizio medico legale, attività che precedentemente al D.P.C.M. del 29 novembre 2001 venivano comprese nell'area dell'assistenza distrettuale.

II° LIVELLO
ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il secondo livello comprende le seguenti aree di assistenza:

1. assistenza di base
2. attività di emergenza sanitaria
3. assistenza farmaceutica
4. assistenza integrativa
5. assistenza specialistica ambulatoriale
6. assistenza protesica
7. assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
8. assistenza territoriale semiresidenziale
9. assistenza territoriale residenziale
10. assistenza termale
11. assistenza penitenziaria

Il valore medio del costo dell'assistenza distrettuale è pari al 47,60 per cento dei costi complessivi, corrispondente ad un costo medio pro-capite di lire 1.268.163. Il livello presenta un andamento abbastanza omogeneo nei dati complessivi.

Nell'ambito dell'assistenza di base non si riscontrano sostanziali differenze tra i costi registrati nelle attività di medicina generale e pediatria delle diverse Regioni, in quanto tali aree sono omogeneamente remunerate secondo quanto previsto dalla convenzione nazionale. Alcune limitate variazioni dipendono dal diverso rapporto esistente tra numero di medici e popolazione assistita che influenza alcuni costi variabili e dal numero di prestazioni aggiuntive erogate, in base a previsioni contenute nella disciplina nazionale, regionale e aziendale.

La situazione è più differenziata per quanto riguarda l'attività di guardia medica in riferimento al rapporto fra numero di medici e popolazione servita ed al relativo costo pro-capite, ed è legata presumibilmente alle particolari caratteristiche del territorio considerato e quindi alla conseguente diversa organizzazione del servizio.

Il costo medio pro-capite dell'assistenza di base è pari a lire 157.231.

L'assistenza farmaceutica presenta valori molto differenziati; a fronte di un costo medio pro-capite di lire 401.256, si registra una forbice che va da lire 301.159 della Provincia di Trento a lire 489.635 della Liguria. Ovviamente i costi dell'assistenza farmaceutica hanno una diretta correlazione con la struttura della popolazione ed, in particolare, con i maggiori consumi della popolazione anziana e, pertanto, il costo medio pro-capite sarebbe risultato più significativo se si fosse utilizzata la popolazione pesata. Si deve, inoltre, far presente che i costi, per la maggior parte delle Regioni, sono comprensivi anche di quelli relativi alla distribuzione diretta dei farmaci.

Per l'assistenza specialistica si riscontrano nei valori regionali significative variabilità, attribuibili in parte ad oggettive difficoltà nella quantificazione dei costi complessivi e nella determinazione del numero di prestazioni.

Il costo medio pro-capite è pari a lire 314.390, con un massimo di lire 414.747 della provincia di Trento ed un minimo di lire 198.620 della Puglia. Detta variabilità può essere collegata ad una diversa organizzazione dei servizi sanitari e dei relativi flussi informativi, per cui i costi di alcune prestazioni specialistiche potrebbero essere stati attribuiti all'assistenza ospedaliera o ad altre at-

tività distrettuali.

Per le aree dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semi-residenziale e residenziale va posto in particolare evidenza il più alto grado di variabilità dei dati. Anche qui ha pesato il fattore di disomogeneità delle fonti informative regionali, ma è presumibile che i valori osservati riflettano una effettiva variabilità nel grado di copertura del bisogno assistenziale. In questo settore si manifesta l'effetto delle politiche di integrazione socio-sanitaria che vedono le Regioni presentare situazioni molto diversificate.

Nello specifico, per l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (assistenza domiciliare, assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale ai tossicodipendenti, ai disabili psichiatrici, attività dei consultori) si osserva un costo medio pro-capite pari a lire 112.783. Non è possibile l'analisi dei sottolivelli per l'elevata difficoltà a confrontare dati analitici sull'Adi, l'Adp e l'assistenza domiciliare alle diverse tipologie di utenti.

Questo, può significare che:

a) gli interventi sono estremamente differenziati da Regione a Regione;
b) l dato non viene registrato come dato singolo ma nel complesso più generale dell'assistenza territoriale.

Per l'assistenza semiresidenziale (a favore di anziani non autosufficienti, soggetti con problemi psichiatrici, disabili, tossicodipendenti, malati terminali e persone affette da Aids) il costo-procapite è pari a lire 70.715. Si deve, al riguardo, precisare che alcune Regioni hanno registrato difficoltà a rilevare il dato disaggregato rispetto a quello dell'assistenza residenziale.

Per l'assistenza residenziale si osserva un costo medio pro-capite di lire 142.115, con un minimo di lire 64.641 della Calabria ed un massimo di lire 395.942 della Provincia di Trento.

Come si può osservare, l'elevata variabilità richiede valutazioni più approfondite su ciò che viene erogato nel livello, anche in considerazione che la residenzialità, particolarmente per gli anziani, diventa di estrema e basilare importanza per raggiungere l'obiettivo delle deospedalizzazione improprie.

La limitatezza dei dati nell'articolazione delle diverse tipologie di utenti non consente una valutazione approfondita dei sotto-livelli: anziani, soggetti con problemi psichiatrici, disabili, tossicodipendenti, ecc. e comunque anche nei pochi dati presenti si riscontra una elevata variabilità che impedisce la elaborazione di dati medi.

Si osserva che la compilazione dei sottolivelli diventa un aspetto importante per il governo dei Lea, particolarmente per quelli sociosanitari, e, pertanto, è auspicabile, per questa parte, un maggior sostegno alle Regioni per la definizione di queste prestazioni che ad oggi sono registrate con difficoltà e spesso individuate solo nei macro-livelli.

Nella voce "altro" sono compresi i costi relativi all'attività di emergenza sanitaria, all'assistenza integrativa, all'assistenza protesica, all'assistenza termale e all'assistenza penitenziaria. Il costo medio pro-capite è pari a lire 69.673.

III° LIVELLO
ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il costo pro-capite medio del livello dell'assistenza ospedaliera è pari a lire 1.280.686.

L'incidenza percentuale media sul totale dei costi è pari al 48,07%, con un minimo di 43,83% della Regione Emilia Romagna ed un massimo di 53,81% della Valle d'Aosta.

Solo 2 regioni (Emilia Romagna e Toscana) presentano una incidenza inferiore al 45% (rispettivamente 43,8%, e 44,4%), 3 regioni (Liguria, Marche e Umbria) hanno una incidenza di poco superiore. Delle rimanenti, 5 regioni (Valle d'Aosta, P.A. Trento, Lazio, Abruzzo e Calabria) presentano una incidenza superiore al 50%.

Al fine di valutare le differenze si è proceduto ad analizzare l'offerta, misurata in termini di posti letto e relativo tasso di utilizzo, e la domanda, misurata in termini di tasso di ospedalizzazione; il peso medio dei ricoveri è disponibile solo per bambini e anziani.

Posti letto

Il dato è stato fornito da 17 Regioni (manca la Valle d'Aosta); la Regione Abruzzo ha comunicato il numero di posti letto per il regime ordinario e di day hospital, senza distinguere tra acuti e riabilitazione.

La normativa vigente prevede una dotazione di posti letto non superiore a 5 per 1000 abitanti, di cui almeno 1 di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, indicando una riserva di almeno il 10% dei p.l. per le attività di day hospital.

Nel gruppo di Regioni considerate il complessivo numero di posti letto, ottenuto sommando il numero di posti letto per acuti e di riabilitazione/lungodegenza, è pari a 5,05 per 1000 abitanti, quindi leggermente superiore al valore previsto dalla normativa, con un minimo di 3,97 p.l. (Umbria) ed un massimo di 5,66 p.l. (Abruzzo).

Per quanto riguarda la riabilitazione, con l'eccezione

di 2 Regioni (Piemonte e Lazio) che dispongono di oltre 1 p.l. per 1000 ab., in tutte le altre il numero è inferiore all'unità.

La disponibilità di posti di day hospital per acuti in 9 regioni è pari a circa il 10% dei posti letto per acuti, nelle altre regioni la disponibilità è inferiore.

Il tasso di utilizzo dei posti letto, disponibile solo per 13 Regioni, è pari, nel complesso, a 78,62 con un minimo di 69,29 (Friuli Venezia Giulia) ed un massimo di 92,23 (P.A. Trento). In 5 regioni (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Campania, Puglia, Basilicata) è inferiore a 75.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione complessivo (217,04 per 1000 ab.) è molto superiore a quanto previsto dalla normativa (160 per 1000 ab.); tuttavia si deve tener presente che tale indicatore risente sia dell'inclusione dei ricoveri relativi ai neonati sani in occasione della nascita, sia delle modalità di compilazione della scheda di dimissione per il day hospital medico (frequentemente, ancorché la normativa preveda la compilazione di una scheda per ciclo di accessi, viene compilata una scheda per ciascun accesso, in tal modo moltiplicando fittiziamente il numero di ricoveri).

Il tasso di ospedalizzazione varia da un minimo pari a 185,6 (Friuli Venezia Giulia) ad un massimo di 247,4 (Liguria) ricoveri per 1000 ab.

Con riferimento ai ricoveri con durata di degenza di una giornata, si osserva un tasso di ospedalizzazione compreso tra 11,5 (Piemonte) e 32,1 (Campania).

Peso medio

Il modello prevedeva l'indicazione del peso medio dei ricoveri di bambini e anziani, senza peraltro indicare la versione dei Drg utilizzata.

Il peso medio per i bambini è pari a 0,64 (minimo 0,52 in Valle d'Aosta e massimo 0,83 in Emilia Romagna).

Il peso medio per gli anziani è pari a 1,22, minimo 1,08 (Friuli Venezia Giulia) e massimo 1,40 (Umbria).

Confrontando i valori per le 13 regioni in cui il dato è disponibile, si osserva che il peso medio dei ricoveri degli anziani è pari a circa il doppio di quello dei bambini.

Conclusioni

Il quadro generale che si può desumere dai dati disponibili indica:

- i costi dell'assistenza ospedaliera (48,07% dei costi complessivi) sono più elevati di quanto sarebbe auspicabile;
- il totale complessivo di posti letto (5,05 per 1000 ab.) è leggermente superiore a quanto previsto, ma si rileva eccesso di posti per acuti e carenza di posti di riabilitazione e per entrambe le tipologie si riscontra carenza di posti letto di day hospital;
- il tasso di ospedalizzazione (217,04 per 1000 ab.) è molto più elevato di quanto previsto dalla normativa vigente, anche se il dato potrebbe risentire, come già detto, delle modalità di raccolta ed elaborazione dei dati sui ricoveri;
- il peso medio dei ricoveri degli anziani è circa doppio rispetto ai bambini.

Allegati

1) Costi pro-capite per livelli di assistenza
2) Ripartizione percentuale dei costi dei singoli livelli sul totale dei costi
3) Indicatori di costo, di attività e di struttura.

Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire) - Anno 2001

Livelli di Assistenza	Regioni Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	114.235	187.633	100.830	-	103.597	114.447	75.161	90.857	108.006
B Assistenza distrettuale	1.268.163	1.350.141	1.249.903	1.235.089	-	1.396.450	1.213.021	1.255.638	1.452.811	1.383.454
* Assistenza di base	157.231	152.977	159.175	140.897	-	166.816	148.639	141.376	141.094	152.621
- Guardia Medica (compresa Guardia turistica)	19.290	17.525	18.600	9.648	-	22.164	13.393	15.059	12.167	12.416
- Medicina generale	116.150	115.069	117.566	116.197	-	117.706	114.416	111.730	105.987	118.676
- Pediatria di libera scelta	21.791	20.383	23.008	15.052	-	26.946	20.830	14.588	22.940	21.529
* Assistenza farmaceutica	401.256	393.680	343.353	383.209	-	301.159	342.326	354.313	489.635	375.242
* Assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	400.698	341.966	317.804	-	414.747	293.388	330.492	395.161	396.124
* Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	64.375	140.299	83.093	-	117.876	106.776	143.950	158.921	77.352
* Assistenza territoriale semi-residenziale (Disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	90.954	20.732	55.013	-	7.634	77.125	107.217	13.879	120.540
* Assistenza territoriale residenziale (Disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	141.589	75.234	198.985	-	395.942	185.689	115.885	199.334	169.485
* Altro	69.673	105.868	169.145	56.090	-	-7.723	59.077	62.404	54.786	92.088
C Assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.258.222	1.674.449	1.172.418	-	1.514.326	1.276.836	1.318.684	1.290.372	1.164.027
TOTALE	2.664.024	2.722.598	3.111.985	2.508.337	-	3.014.373	2.604.304	2.649.483	2.834.040	2.655.487

Note:
1: Per le regioni Piemonte, Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sardegna i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alle persone non sono riportati nel livello dell'assistenza sanitaria collettiva ma sono compresi nel livello dell'assistenza distrettuale.
2: Per la regione Emilia-Romagna i costi relativi all'assistenza riabilitativa ambulatoriale non sono compresi nel microlivello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" ma nel livello della specialistica.
3: Nella voce "Altro" sono compresi i costi relativi a "Attività di emergenza sanitaria", "Assistenza integrativa", "Assistenza protesica", "Assistenza termale", "Assistenza penitenziaria"
4: Per la Provincia Autonoma di Trento il valore negativo nella voce "Altro" si riferisce al solo saldo della mobilità in quanto i relativi costi sono compresi negli altri livelli di assistenza.
5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.

Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
125.531	130.250	107.950	79.928	112.484	-	95.948	79.744	158.232	117.866	-	170.465
1.368.552	1.277.737	1.337.632	1.258.686	1.197.114	-	1.268.131	1.122.247	1.130.675	1.176.668	-	1.152.983
149.576	150.813	169.046	149.571	166.152	-	163.295	149.123	182.860	165.437	-	180.683
13.715	13.078	27.190	7.390	26.669	-	19.472	16.435	49.411	17.193	-	35.696
115.054	122.413	121.154	118.718	115.492	-	124.736	103.928	113.476	118.322	-	120.054
20.807	15.322	20.702	23.464	23.991	-	19.087	28.761	19.973	29.922	-	24.934
398.010	390.130	430.911	460.832	439.215	-	427.287	456.031	387.686	441.796	-	407.791
374.761	350.112	404.169	274.076	229.100	-	234.514	198.620	215.532	254.261	-	233.502
161.641	109.433	97.084	143.325	92.288	-	126.410	127.689	94.663	117.866	-	67.059
101.771	69.686	37.978	59.955	63.426	-	124.680	45.436	89.807	56.928	-	130.105
135.347	106.137	112.660	104.256	140.727	-	129.563	103.907	101.923	64.641	-	76.764
47.447	101.425	85.783	66.669	66.205	-	62.382	41.441	58.204	75.739	-	57.078
1.194.229	1.166.526	1.185.925	1.346.325	1.335.196	-	1.211.923	1.189.161	1.149.301	1.300.793	-	1.303.628
2.688.312	2.574.513	2.631.507	2.684.939	2.644.795	-	2.576.002	2.391.153	2.438.208	2.595.327	-	2.627.076

Tabella 2 - Ripartizione percentuale dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale - Ann

Livelli di Assistenza	Regioni Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria	Emilia Romagna
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	4,20%	6,03%	4,02%	-	3,44%	4,39%	2,84%	3,21%	4,07%
B Assistenza distrettuale	47,60%	49,59%	40,16%	49,24%	-	46,33%	46,58%	47,39%	51,26%	52,10%
* Assistenza di base	5,90%	5,62%	5,11%	5,62%	-	5,53%	5,71%	5,34%	4,98%	5,75%
- Guardia Medica (compresa Guardia turistica)	0,72%	0,64%	0,60%	0,38%	-	0,74%	0,51%	0,57%	0,43%	0,47%
- Medicina generale	4,36%	4,23%	3,78%	4,63%	-	3,90%	4,39%	4,22%	3,74%	4,47%
- Pediatria di libera scelta	0,82%	0,75%	0,74%	0,60%	-	0,89%	0,80%	0,55%	0,81%	0,81%
* Assistenza farmaceutica	15,06%	14,46%	11,03%	15,28%	-	9,99%	13,14%	13,37%	17,28%	14,13%
* Assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	14,72%	10,99%	12,67%	-	13,76%	11,27%	12,47%	13,94%	14,92%
* Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	2,36%	4,51%	3,31%	-	3,91%	4,10%	5,43%	5,61%	2,91%
* Assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	3,34%	0,67%	2,19%	-	0,25%	2,96%	4,05%	0,49%	4,54%
* Assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	5,33%	5,20%	2,42%	7,93%	-	13,14%	7,13%	4,37%	7,03%	6,38%
* Altro	2,62%	3,89%	5,44%	2,24%	-	-0,26%	2,27%	2,36%	1,93%	3,47%
C Assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	46,21%	53,81%	46,74%	-	50,24%	49,03%	49,77%	45,53%	43,83%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Note:
1: Per le regioni Piemonte, Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sardegna i costi relativi alle attività di prevenzione rivolte alle persone non sono riportati nel livello dell'assistenza sanitaria collettiva ma sono compresi nel livello dell'assistenza distrettuale.
2: Per la regione Emilia-Romagna i costi relativi all'assistenza riabilitativa ambulatoriale non sono compresi nel microlivello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" ma nel livello della specialistica.
3: Nella voce "Altro" sono compresi i costi relativi a "Attività di emergenza sanitaria", "Assistenza integrativa", "Assistenza protesica", "Assistenza termale", "Assistenza penitenziaria"
4: Per la Provincia Autonoma di Trento il valore negativo nella voce "Altro" si riferisce al solo saldo della mobilità in quanto i relativi costi sono compresi negli altri livelli di assistenza.
5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.

o 2001

Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
4,67%	5,06%	4,10%	2,98%	4,25%	-	3,72%	3,33%	6,49%	4,54%	-	6,49%
50,91%	49,63%	50,83%	46,88%	45,26%	-	49,23%	46,93%	46,37%	45,34%	-	43,89%
5,56%	5,86%	6,42%	5,57%	6,28%	-	6,34%	6,24%	7,50%	6,37%	-	6,88%
0,51%	0,51%	1,03%	0,28%	1,01%	-	0,76%	0,69%	2,03%	0,66%	-	1,36%
4,28%	4,75%	4,60%	4,42%	4,37%	-	4,84%	4,35%	4,65%	4,56%	-	4,57%
0,77%	0,60%	0,79%	0,87%	0,91%	-	0,74%	1,20%	0,82%	1,15%	-	0,95%
14,81%	15,15%	16,38%	17,16%	16,61%	-	16,59%	19,07%	15,90%	17,02%	-	15,52%
13,94%	13,60%	15,36%	10,21%	8,66%	-	9,10%	8,31%	8,84%	9,80%	-	8,89%
6,01%	4,25%	3,69%	5,34%	3,49%	-	4,91%	5,34%	3,88%	4,54%	-	2,55%
3,79%	2,71%	1,44%	2,23%	2,40%	-	4,84%	1,90%	3,68%	2,19%	-	4,95%
5,03%	4,12%	4,28%	3,88%	5,32%	-	5,03%	4,35%	4,18%	2,49%	-	2,92%
1,76%	3,94%	3,26%	2,48%	2,50%	-	2,42%	1,73%	2,39%	2,92%	-	2,17%
44,42%	45,31%	45,07%	50,14%	50,48%	-	47,05%	49,73%	47,14%	50,12%	-	49,62%
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-	100,0%

Tabella 3 - Indicatori di costo, di attività e di struttura - Anno 2001

Livelli di Assistenza	Indicatori	Regioni Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
A ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO										
	% pap-test sulla popolazione femminile compresa fra 25-65 anni	-	11,5%	21,1%	10,3%	-	24,1%	21,2%	28,8%	6,9%
	% mammografie sulla popolazione femminile compresa fra 45-69 anni	-	13,3%	23,0%	23,2%	-	17,0%	19,1%	27,7%	29,9%
B ASSISTENZA DISTRETTUALE										
Guardia Medica (compresa Guardia turistica)	Numero medici per 10.000 abitanti	2,7	1,2	2,2	3,3	-	4,0	1,7	1,1	1,4
Medicina generale	Numero medici per 10.000 abitanti >13 anni	9,4	8,9	8,6	7,9	-	7,8	8,8	9,0	9,7
Pediatria di libera scelta	Numero medici per 10.000 abitanti <=13 anni	9,2	8,3	10,2	8,6	-	10,5	9,1	8,8	10,5
Assistenza farmaceutica territoriale	Costo medio per ricetta	54.620	58.229	57.526	62.246	-	48.315	52.976	56.114	56.695
	Numero ricette pro-capite	7,6	6,7	6,0	6,1	-	5,2	6,3	6,4	8,1
Assistenza specialistica ambulatoriale	Costo medio per prestazione	26.084	39.951	35.363	21.475	-	27.720	19.634	29.930	37.151
	Numero di prestazioni pro-capite	12,6	10,0	9,7	14,5	-	14,9	15,0	11,1	10,3
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	ADI - Utenti per 10.000 abitanti	-	-	1.173,4	119,5	-	394,1	326,7	261,3	74,6
	- di cui: anziani non autosufficienti Utenti per 10.000 abitanti	-	-	880,0	-	-	186,4	-	-	-
	- di cui: altri Utenti per 10.000 abitanti	-	-	293,4	-	-	207,7	-	-	-
	Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	-	-	-	7,4	-	-
	Assistenza presso SERT, consultori, psichiatria ed altre attività Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	-	-	-	481,0	-	1.515,5
Assistenza territoriale semi-residenziale	- anziani non autosufficienti Utenti per 10.000 ab.	-	-	-	2,3	-	-	3,8	0,6	5,2
	- persone con problemi psichiatrici Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	6,9	-	5,1	-	17,1	3,5
	- disabili Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	7,0	-	-	10,3	1,1	8,0
	- tossicodipendenti e alcolisti Utenti per 10.000 abitanti	-	-	5,1	0,3	-	-	-	-	1,3
	- altri utenti per 10.000 abitanti	-	-	-		-	-	-	-	-
Assistenza territoriale residenziale	- anziani non autosufficienti Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	77,4	-	81,8	45,3	103,4	22,3
	- persone con problemi psichiatrici Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	5,2	-	1,4	-	7,7	5,6
	- disabili Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	6,3	-	2,3	4,8	-	10,5
	- tossicodipendenti e alcolisti Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	3,2	-	2,6	-	-	4,5
	- altri Utenti per 10.000 abitanti	-	-	-	0,1	-	0,1	-	-	-

Note:
1: Alcune Regioni non hanno fornito il dato richiesto.
2: Per la regione Valle d'Aosta nel numero degli utenti assistiti ADI e ADP è compresa anche l'attività infermieristica a domicilio.
3: Per la regione Abruzzo i posti letto sono comprensivi anche di quelli della riabilitazione.
4: Per la regione Veneto il numero di utenti del microlivello "assistenza territoriale presso Sert, consultori, ecc" comprende anche gli utenti dell'assistenza semiresidenziale.
5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
17,3%	10,9%	16,7%	8,6%	1,7%	11,6%	-	-	1,5%	22,3%	-	-	-
24,2%	21,2%	21,5%	7,7%	4,1%	14,6%	-	-	4,5%	21,1%	-	-	-
2,5	3,0	2,6	2,7	1,1	3,0	-	3,2	2,6	7,9	6,0	-	-
9,0	9,8	7,6	8,2	10,2	9,6	-	7,8	9,5	10,5	10,0	-	-
10,9	10,2	7,9	9,5	10,2	11,1	-	7,7	9,2	9,7	9,4	-	-
51.969	50.437	48.973	57.649	56.515	-	-	53.073	56.332	49.551	53.196	-	58.741
7,3	7,4	7,9	7,6	8,1	6,2	-	8,0	7,7	7,8	8,3	-	6,9
29.136	33.408	21.748	24.640	20.278	30.556	-	17.518	21.608	30.742	22.851	-	-
13,5	11,2	16,0	16,6	13,4	7,5	-	13,1	9,2	6,9	13,4	-	-
138,9	47,2	39,2	122,7	-	177,3	-	13,7	65,1	48,3	22,2	-	-
77,0	5,8	32,5	106,2	178,4	175,0	-	11,3	39,2	47,8	9,8	-	-
61,9	41,4	6,7	16,5	-	2,4	-	2,4	25,8	0,6	12,4	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
766,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7,8	2,6	0,3	-	-	0,7	-	-	0,0	-	-	-	-
9,0	4,3	3,3	-	3,1	1,5	-	-	2,8	-	-	-	-
6,0	2,8	5,1	-	5,0	-	-	-	1,4		-	-	-
0,5	-	2,4	-	-	1,2	-	-	2,5	-	-	-	-
0,1	-	0,6	-	-	1,5	-	-	0,1	-	-	-	-
54,5	28,5	18,2	-	14,5	23,8	-	-	2,8	-	-	-	-
-	1,8	4,2	-	9,9	4,7	-	-	9,8	-	-	-	-
2,4	2,9	2,0	-	3,6	-	-	-	4,3	-	-	-	-
3,7	-	-	-	-	4,1	-	-	2,3	-	-	-	-
0,4	-	-	-	-	2,1	-	-	1,1	-	-	-	-

segue a pag. 22

segue da pag. 21

Tabella 3 - Indicatori di costo, di attività e di struttura - Anno 2001

Livelli di Assistenza	Indicatori	Regioni Media	Piemonte	Valle D'Aosta	Lombardia	Bolzano	Trento	Veneto	Friuli Ven.Giulia	Liguria
C ASSISTENZA OSPEDALIERA										
	Posti letto acuti D.O. per 1.000 abitanti	4,13	3,55	-	4,57	-	3,76	3,88	4,44	4,51
	Posti letto acuti per D.H. per 1.000 abitanti	0,38	0,45	-	0,41	-	0,31	0,44	0,44	0,49
	Posti letto di riabilitazione D.O. per 1.000 abitanti	0,51	1,02	-	0,56	-	0,70	0,54	0,25	0,19
	Posti letto di riabilitazione D.H. per 1.000 abitanti	0,03	0,02	-	0,04	-	0,15	0,03	0,01	0,01
	Tasso di utilizzo	78,62	77,34	-	-	-	92,23	84,39	69,29	-
	Tasso di ospedalizzazione complessivo	217,04	191,58	208,49	216,74	-	206,26	208,76	185,64	247,44
	Tasso di ospedalizzazione per D.O.	-	128,90	139,27	138,87	-	143,40	139,07	122,21	154,46
	Tasso di ospedalizzazione per D.H.	-	51,13	55,81	53,06	-	46,64	56,53	39,73	72,26
	Tasso di ospedalizzazione per degenze 0 -1 giorno	-	11,55	13,42	24,81	-	16,22	13,16	23,70	20,73
	Degenza media	8,03	9,36	8,90	-	-	8,82	8,74	7,70	-
	Costo medio per dimesso	5.667.910	6.275.594	7.703.006	5.121.921	-	5.970.883	6.149.607	7.083.195	5.231.091
	Costo medio per posto letto	245.274.453	233.654.099	-	197.347.469	-	254.383.872	262.220.133	262.880.057	254.380.015
	Costo medio per giornata di degenza	891.919	827.719	1.047.333	-	-	755.662	851.328	1.039.435	-
	Peso medio del ricovero dei bambini	0,64	0,60	0,52	-	-	-	-	0,62	0,74
	Peso medio del ricovero degli anziani	1,22	1,32	1,31	-	-	-	-	1,08	1,12
	Saldo mobilità	-	-1,83	-10,11	5,45	-	-	6,18	2,42	1,97

Note:
1: Alcune Regioni non hanno fornito il dato richiesto.
2: Per la regione Valle d'Aosta nel numero degli utenti assistiti ADI e ADP è compresa anche l'attività infermieristica a domicilio.
3: Per la regione Abruzzo i posti letto sono comprensivi anche di quelli della riabilitazione.
4: Per la regione Veneto il numero di utenti del microlivello "assistenza territoriale presso Sert, consultori, ecc" comprende anche gli utenti dell'assistenza semiresidenziale.
5: I dati della Provincia Autonoma di Bolzano, della Regione Molise e della Regione Siciliana non sono pervenuti.

Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
4,14	4,16	3,33	4,45	3,98	5,60	-	3,32	4,21	4,19	4,30	-	5,11
0,47	0,45	0,53	0,37	0,49	0,06	-	0,18	0,29	0,22	0,43	-	0,03
0,29	0,30	0,09	0,35	0,96	-	-	0,53	0,11	-	0,43	-	0,10
0,03	0,02	0,02	0,003	0,06	-	-	-	0,01	-	-	-	-
82,81	74,30	87,52	79,18	80,66	86,16	-	73,04	73,94	69,72	-	-	
212,63	196,03	237,59	219,43	210,09	-	-	223,66	240,38	229,60	-	-	225,35
129,23	132,10	136,07	152,89	-	-	-	147,58	174,42	161,38	-	-	139,64
62,98	48,85	75,57	49,79	-	-	-	44,03	42,11	47,29	-	-	66,86
20,42	15,09	25,95	16,75	-	-	-	32,06	23,85	20,92	-	-	18,84
8,47	7,53	6,47	8,90	8,93	6,35	-	5,85	5,89	6,52	-	-	6,88
5.415.443	5.741.934	5.098.379	5.665.169	5.690.262	4.679.573	-	5.331.957	4.763.570	4.945.570	-	-	5.487.322
227.909.514	241.871.487	304.729.257	236.870.448	222.821.352	231.653.728	-	281.066.460	243.393.359	220.404.351	-	-	248.805.650
754.050	891.911	953.900	819.650	756.860	736.643	-	1.054.247	901.857	866.061	-	-	1.122.135
0,83	0,67	0,60	0,60	0,72	0,56	-	0,59	0,61	0,60	-	-	0,70
1,15	1,35	1,40	1,31	1,28	1,17	-	1,20	1,20	1,18	-	-	1,11
6,39	5,04	3,15	-1,25	2,19	1,06	-	-4,91	-1,85	-12,91	-	-	-3,21

Le differenze fra le Regioni hanno radici antiche

La lunga storia della definizione dei livelli di assistenza nel sistema sanitario italiano è strettamente connessa al sistema di finanziamento e di governo della spesa sanitaria. Se si passano in rassegna i principali cambiamenti intervenuti nel sistema di finanziamento e nella definizione dei livelli di assistenza dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) fino alle attuali prospettive federalistiche, si può osservare che il processo di realizzazione del Ssn è stato inizialmente caratterizzato da una situazione di profondi squilibri territoriali nelle diverse Regioni, che si è andata successivamente attenuando. L'ipotesi di fondo che si può formulare è che la garanzia di livelli di assistenza uniformi a tutti i cittadini non può prescindere da una disponibilità di risorse non difforme nelle diverse parti del Paese.

IL PRIMO DECENNIO – GLI ANNI '80

Livelli di assistenza

Il concetto di "livelli di assistenza" è stato introdotto nel nostro ordinamento all'atto della istituzione del Servizio sanitario nazionale, nella legge 833/78, all'art. 3: "La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini". L'art. 4 precisava che dovevano essere superati gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese.

I livelli previsti dalla legge 833 coincidevano con l'ambito generale di assistenza sanitaria, nell'intento di unificare nella unità sanitaria locale tutte le prestazioni sanitarie precedentemente erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

Si abbandonava il sistema mutualistico, che presentava regimi differenziati di assistenza per categorie ed ambiti geografici per creare un sistema sanitario universalistico nelle garanzie, con copertura sanitaria estesa a tutta la popolazione italiana.

Sistema di finanziamento

Con la predetta finalità l'art. 52 della legge n. 833/78 istituiva un unico Fondo sanitario nazionale (che sostituiva il precedente Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera previsto dalla legge 386/75), gestito dallo Stato e ripartito dal Cipe. La norma stabiliva i criteri per il riparto delle somme tra le Regioni, da effettuarsi sulla base di "indici e standard che devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazione fra le Regioni". Le Regioni, a loro volta, dovevano provvedere al riparto tra le Unità sanitarie locali, sentiti i Comuni, secondo parametri che dovevano "garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale".

Il Fsn nasceva con due importanti compiti: il contenimento dell'incontrollato aumento della spesa sanitaria derivante dalla crisi del sistema mutualistico; il riequilibrio di situazioni regionali allora fortemente squilibrate, con la spesa minore registrata nelle regioni meridionali. Un'indagine del Ministero della sanità del 1980 evidenziava la presenza di uno scarto che raggiungeva quasi il 100% tra la spesa sanitaria più elevata (Lazio: 230.000 lire) e quella con minore spesa (Molise: 117.000 lire).

Nello stesso anno 1978, per determinare le risorse finanziarie necessarie a sostenere il nuovo sistema, veniva effettuata una ricognizione della spesa precedentemente sostenuta dagli enti mutualistici e dagli enti locali per l'erogazione dell'assistenza sanitaria. La somma accertata ammontava, con riferimento all'anno 1977, a circa 9 miliardi di lire.

I criteri di riparto del fondo sono stati modificati più volte dalle leggi finanziarie, fino all'introduzione di una quota capitarla uniforme, in base alla legge 662/96. Fin dall'inizio, la ripartizione del Fondo sanitario nazionale è avvenuta sostanzialmente sulla base del criterio della "spesa storica", con qualche correttivo, anche per la difficoltà di definire gli "indici e standard" che dovevano garantire l'uniformità dei livelli di prestazioni sanitarie sul territorio.

Fondamentalmente, il criterio della spesa storica veniva corretto con alcuni parametri quali: la popolazione residente per fasce d'età e i principali indicatori di rischio sanitario (mortalità infantile e mortalità degli ultrasessantacinquenni, frequenza degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali). Il fondo distribuito alle Regioni aveva un vincolo di destinazione alla sanità.

La legge 887/1984 (finanziaria 1985) operava un tentativo di diversificare i criteri di riparto delle risorse tenendo conto, per i diversi settori di attività, dei consumi per fasce di età della popolazione e di indicatori epidemiologici.

Malgrado questi deboli correttivi, il sistema finanziario continuava ad essere ancorato alla spesa storica delle Regioni, anche se il riferimento non riguardava più l'anno 1977 ma l'anno 1985.

Differenze territoriali

In questa fase i divari di spesa tra le Regioni erano davvero consistenti, lasciando intravedere significative differenze nel grado di copertura sanitaria; obiettivo dichiarato della programmazione era sin dalla legge 833/78, quello di pervenire ad un effettivo riequilibrio in tutto il paese. Il principio della tutela omogenea dei livelli di assistenza veniva, d'altra parte, preso in considerazione essenzialmente in termini di allocazione di risorse, finanziarie o di struttura (la legge 595/85 aveva introdotto precisi standard di dotazione di posti letto per mille abitanti; il D.M. 19 settembre 1988 aveva previsto standard uniformi di dotazione di personale).

La tabella 1 costituisce una fotografia della diversa distribuzione della spesa pro-capite. É facile rilevare la differente composizione della spesa tra le Regioni negli anni 1980 e 1986, che nel tempo si attenua sensibilmente (ad esempio Veneto, Emilia-Romagna e Toscana spendono molto di più, nell'anno 1980, rispetto alla media nazionale; questo scostamento tende a persistere nel tempo ma con entità sempre minore. Campania e Puglia, spendono meno rispetto alla media nazionale nell'anno 1980. La

Tabella 1 - Trend della spesa sanitaria pro-capite

Regione	Spesa pro-capite (Lire)	Scostamento % dalla media nazionale	Spesa pro-capite (Lire)	Scostamento % dalla media nazionale	Spesa pro-capite (Lire)	Scostamento % dalla media nazionale	Spesa pro-capite (Lire)	Scostamento % dalla media nazionale
	1980		1986		1995		2001	
Piemonte	288.566	-10,83	773.000	-1,53	1.618.003	-0,75	2.626.063	3,29
Valle D'Aosta	266.290	-17,71	742.000	-5,48	1.767.087	8,39	3.047.158	19,85
Lombardia	310.562	-4,03	738.000	-5,99	1.647.270	1,04	2.479.198	-2,49
Prov. Aut. Bolzano	332.198	2,65	781.000	-0,51	1.908.247	17,05	3.206.869	26,14
Prov. Aut. Trento	404.978	25,14	879.000	11,97	1.770.500	8,60	2.769.355	8,93
Veneto	358.901	10,90	828.000	5,48	1.637.077	0,42	2.552.534	0,40
Friuli V. Giulia	401.742	24,14	902.000	14,90	1.649.144	1,16	2.472.402	-2,75
Liguria	391.785	21,07	878.000	11,85	1.794.643	10,08	2.762.848	8,67
Emilia Romagna	370.432	14,47	883.000	12,48	1.842.525	13,02	2.595.046	2,07
Toscana	372.965	15,25	854.000	8,79	1.703.004	4,46	2.588.163	1,80
Umbria	325.837	0,69	789.000	0,51	1.612.498	-1,09	2.508.089	-1,35
Marche	320.745	-0,89	861.000	9,68	1.726.695	5,91	2.554.514	0,48
Lazio	346.831	7,17	855.000	8,92	1.725.393	5,83	2.670.306	5,03
Abruzzo	339.824	5,01	786.000	0,13	1.501.303	-7,91	2.539.914	-0,10
Molise	260.766	-19,42	715.000	-8,92	1.481.510	-9,13	2.663.239	4,75
Campania	296.595	-8,35	739.000	-5,86	1.484.004	-8,97	2.523.573	-0,74
Puglia	305.634	-5,56	722.000	-8,03	1.539.616	-5,56	2.321.670	-8,68
Basilicata	272.226	-15,88	668.000	-14,90	1.508.974	-7,44	2.403.816	-5,45
Calabria	280.162	-13,43	705.000	-10,19	1.496.331	-8,22	2.516.723	-1,01
Sicilia	273.586	-15,46	731.000	-6,88	1.500.380	-7,97	2.457.313	-3,35
Sardegna	311.226	-3,83	709.000	-9,68	1.690.255	3,68	2.493.935	-1,91
Italia	323.613		785.000		1.630.306		2.542.381	

variabilità della spesa tende ad abbassarsi e nell'anno 2001 tutte le Regioni si sono avvicinate rispetto alla media della spesa nazionale).

Gli squilibri più ampi si rilevano tra le Regioni del Nord-Est e del Centro, posizionate su valori di spesa procapite superiore alla media nazionale e le Regioni meridionali con valori nettamente inferiori alla media.

IL SECONDO DECENNIO – GLI ANNI '90

Livelli di assistenza

All'inizio degli anni '90 si cominciano a delineare tutti i presupposti che portano alla nuova riforma sanitaria.

Nella normativa di riforma, i livelli di assistenza sono richiamati nell'esplicito intento di conciliare le pressanti esigenze di risanamento dei conti pubblici con la necessità di una tutela uniforme della salute.

A fronte della scarsità delle risorse a disposizione e di una crescente domanda di salute, si rendeva necessario, infatti, selezionare l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Ssn si impegnava ad erogare a tutti i cittadini in correlazione con le risorse pubbliche a disposizione.

Risultava altrettanto importante modificare le modalità di riparto delle risorse tra le Regioni, adottando un sistema che le responsabilizzasse nel controllo della spesa, a fronte di una più sostanziale attribuzione di poteri programmatori sull'insieme dei servizi sanitari.

La legge 30 dicembre 1991, n. 412: "Disposizioni in materia di finanza pubblica", affidava, infatti, al Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la determinazione, con effetto dal 1 gennaio 1992, dei "livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitario di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992" (art. 4, comma 1).

Questi contenuti sostanziali sono stati ripresi e sviluppati nelle norme di riforma del Servizio sanitario nazionale, adottate con il decreto legislativo 502/1992, come modificato dal d.lgs. 517/93. Esse prevedono quanto segue: "Il Piano sanitario nazionale definisce i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale". La loro individuazione è effettuata "sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al valore delle risorse a disposizione" (art. 1, comma 4).

Sistema di finanziamento

La riforma del 1992 definiva nuovi principi di riparto del Fsn (art. 12 d.lgs. 502/92), basata sulla determinazione di una "quota capitaria di finanziamento", da attribuire alle Regioni "sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie da assicurare su tutto il territorio nazionale, con riferimento ai seguenti elementi: popolazione residente; mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni…; consistenza numerica delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali". Il Fsn doveva altresì assicurare, nel corso del primo triennio di applicazione, quote di finanziamento destinate alle Regioni che presentavano servizi e prestazioni eccedenti rispetto a quelli da garantire a tutti i cittadini rapportati allo standard di riferimento.

Si definiva, in questo modo, un nuovo sistema nel quale i livelli essenziali di assistenza costituivano un contenuto fondamentale del Piano sanitario nazionale, che ciascuna Regione si impegnava a garantire. Si riconosceva, altresì, l'esistenza di "livelli superiori di assistenza" erogati in alcune Regioni, che venivano transitoriamente finanziate solo per il primo triennio, cui poteva seguire la scelta delle Regioni stesse di mantenere i livelli eccedenti con proprie risorse autonome (art. 13 d.lgs. 502/92).

La riforma introduceva anche una nuova modalità di finanziamento delle strutture ospedaliere, di tipo prospettico, basata su tariffe prefissate per episodio di ricovero, prevedendo che la prestazione non fosse più identificata con la giornata di degenza ma con l'episodio di ricovero. Alle Regioni veniva affidato il compito di definire le remunerazioni per Drg, in relazione a tariffe di riferimento stabilite a livello nazionale.

La riforma degli anni '92-'93 si basava su alcuni principi molto innovativi, tra cui un'ampia regionalizzazione nel governo della sanità e l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e degli ospedali a maggiore complessità. Si riconosceva, inoltre, alle Regioni, nel rispetto delle profonde diversità delle situazioni territoriali, ampia autonomia nella individuazione delle soluzioni più appropriate ed efficienti per il soddisfacimento dei bisogni sanitarie delle rispettive popolazioni.

Questo processo, anche se non del tutto completo sul piano degli strumenti organizzativi e soprattutto su quello finanziario, implicava la possibilità di scelte differenti nei modelli di servizi, ma anche nella stessa tipologia dell'offerta, da parte delle Regioni, per tener conto delle caratteristiche generali delle stesse e dei bisogni della popolazione.

Il sistema di riparto del Fsn previsto dal d.lgs. 502/92, basato su una quota capitaria netta, non bilanciata rispetto ai diversi elementi del bisogno, è stato superato dalla legge n. 662/1996 cui si è fatto prima riferimento, che

introduceva un sistema di "pesatura" della quota.

La predetta legge affidava al Cipe l'incarico di stabilire i "pesi" da attribuire ad una serie di elementi posti alla base del finanziamento: popolazione residente; frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali utili a definire i bisogni sanitari delle Regioni; indicatori epidemiologici territoriali.

La legge 662/96 sanciva, dunque, il definitivo abbandono del criterio della "spesa storica" e l'adozione di un criterio di ripartizione non più legato prevalentemente al lato dell'offerta, quanto piuttosto ai livelli di domanda attesa, all'entità della popolazione residente e alle fasce di età da un lato, e ai livelli di assistenza sanitaria, dall'altro. La definizione di giusti "pesi", non è risultata tuttavia pacifica, considerata la difficoltà di tener conto di variabili molto diverse. Di fatto tale elemento di difficoltà ha costituito, finora, il principale oggetto di contrattazione tra Stato e Regioni e tra Regioni, in particolare rispetto alla variabile della popolazione anziana.

Il criterio della quota capitaria ponderata tramite i criteri della L. 662/96 rimane, comunque, la base per il riparto del Fsn fino all'approvazione del d.lgs. 56 del 2000, sul federalismo fiscale che introduce nuove prospettive nel sistema.

Differenze territoriali

Nel periodo sopra considerato si assiste ad una drastica riduzione dei divari nella spesa pro-capite tra le Regioni, con un massimo del 30% tra la Regione che spende di più (Bolzano) e quella che spende di meno (Basilicata), come emerge dai dati generali di spesa tra l'anno 1986 e l'anno 1995.

L'obiettivo di una "uguale spesa pro-capite" è quindi molto vicino, ma la ricerca della equità delle garanzia va molto oltre, e richiede il passaggio dal "livello di spesa" alla definizione di livelli di garanzia, che possono riguardare aspetti quantitativi e strutturali, e ancor più quelli qualitativi (tipologia e qualità delle prestazioni; standard di dotazione; benefici in termini di salute).

La rilevazione sulla spesa sanitaria nel periodo 1995-2001 indica il forte incremento della spesa sanitaria (che cresce complessivamente di oltre il 57%, con un incremento medio annuo del 7.9%), peraltro in linea con quanto accade negli altri Paesi industrializzati.

Le differenze tra le realtà regionali diminuiscono in modo rilevante rispetto al decennio precedente, ma rimangono comunque significative: le relative dinamiche non consentono, peraltro, di identificare facilmente le migliori performance dell'uno rispetto all'altro.

In particolare vi sono significative variazioni nei livelli di spesa per il personale, per beni e servizi, per l'assistenza specialistica e per l'assistenza ospedaliera. La difformità più ampia si registra sulla spesa dell'assistenza ad erogazione diretta (da Bolzano con + 63.8% rispetto alla media nazionale, alla Sicilia con –18.8%).

La spesa complessiva per il ricorso a strutture private convenzionate/accreditate aumenta, nel 2000, in alcune Regioni (in particolare in Campania ed Abruzzo). Decresce invece, in altre Regioni, tra cui la Lombardia, malgrado il sistema ad "accreditamento aperto", in quanto vi è compensazione tra la crescita della spesa ospedaliera, specialistica convenzionata e farmaceutica rispetto all'altra assistenza in convenzione.

LA FASE ATTUALE
LA SVOLTA DEL FEDERALISMO FISCALE E LA DEFINIZIONE DEI LEA

Livelli di assistenza

La fase attuale è caratterizzata dalle istanze federalistiche, che hanno avuto una prima realizzazione nel decreto legislativo n. 56 del 2000 sul federalismo fiscale e nella riforma del Titolo V della Costituzione, di cui alla legge costituzionale n. 3/2001.

La spinta federalistica ha reso importante ed urgente definire i livelli di assistenza. La piena autonomia e responsabilità attribuita alle Regioni sul piano finanziario e il conseguente obbligo di ripianare gli eventuali deficit di gestione delle aziende sanitarie, ha portato le stesse Regioni a richiedere un preciso impegno da parte del Governo nell'indicazione degli ambiti di assistenza da assicurare.

Si intendeva definire un "anno zero" nel quale fossero individuati gli impegni e i diritti delle parti contraenti (Stato e Regioni), anche per poter attribuire la responsabilità di ulteriori spese al livello istituzionale che le ha determinate.

L'accordo tra Stato e Regioni siglato l'8 agosto 2001 ha operato in due direzioni fondamentali:

- da un lato ha individuato una serie di diritti e doveri delle parti contraenti, tra cui l'obbligo per il Governo di definire i livelli entro tempi rapidi (30 novembre 2001), in relazione alle risorse stabilite nello stesso accordo, tramite uno specifico accordo tra Stato e Regioni, da recepirsi successivamente con un atto avente forza normativa (D.P.C.M.);
- dall'altro, ha fissato l'entità delle risorse da attribuire al Ssn, e ha stabilito la necessità di un nuovo riequilibrio nel riparto delle risorse tra le Regioni, che tenga anche conto della "necessità di incentiva-

re i comportamenti virtuosi, di rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi" (art. 16). Le Regioni si sono impegnate, pertanto, a rivedere i parametri di ponderazione della legge 662/96.

I Lea sono stati definiti in seguito con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2002, i cui contenuti sono stati recepiti con il D.P.C.M. 29 novembre 2001. La scelta di fondo è stata quella di confermare le garanzie esistenti (effettuando una ricognizione dell'esistente e confermando le liste positive già esistenti in alcuni settori: farmaceutica, specialistica ambulatoriale, protesi, dietetici) e di formulare alcune liste negative:

2.A breve lista negativa, basata principalmente sui criteri dell'efficacia clinica e della essenzialità;

2.B una lista parzialmente negativa, basata principalmente sull'appropriatezza clinica;

2. C una lista che riguarda principalmente l'appropriatezza organizzativa. Riporta l'elenco di 43 Drg "ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità".

Si discute, tuttavia, sulla capacità dei livelli, così determinati, di contenere la crescita della spesa sanitaria, e soprattutto di rapportarsi con precisione alle risorse stabilite dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, nel quale si esplicita che ogni spesa aggiuntiva deve essere imputata al livello istituzionale che l'ha determinata.

Sistema di finanziamento

Il sistema di finanziamento doveva modificarsi radicalmente con il sistema introdotto dal decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, sul federalismo fiscale, che sostituiva il tradizionale sistema di "finanza derivata" dei servizi sanitari, realizzata tramite trasferimenti erariali a favore delle Regioni a statuto ordinario, con l'assegnazione diretta alle stesse del gettito derivante da talune imposte.

Per assicurare i livelli essenziali di assistenza, il decreto prevedeva, nel primo triennio, un vincolo di destinazione delle risorse erariali, da parte delle Regioni, in misura non inferiore alla quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale. La rimozione del vincolo era collegata, in seguito, all'attivazione di adeguati sistemi di monitoraggio e di verifica dell'assistenza erogata.

La rimozione di tale vincolo, ad opera della legge n. 388/2000, ha parzialmente innovato questo sistema di regole, conferendo fin dall'inizio alle Regioni autonomia nelle scelte sulle risorse e sulle spese (anche se il vincolo è stato sostituito da un "impegno", di contenuto analogo, assunto dalle Regioni).

Il nuovo sistema non poteva non tener conto delle significative differenze esistenti tra le Regioni nella capacità fiscale e anche nel fabbisogno di risorse: a tale fine veniva istituito un "fondo perequativo nazionale," ossia di solidarietà interregionale, con la previsione di graduale diminuzione negli anni degli importi assegnati alle Regioni deficitarie, fino ad una completa cessazione nell'anno 2003.

Si tratta, come è ben noto, di un sistema che attualmente è in fase di profonda discussione.

Nel frattempo l'allocazione delle risorse è avvenuta, anche per gli anni 2000, 2001 e 2002 sulla base dei principi della legge 662/96, pur con diversi "correttivi".

In particolare per l'anno 2001, sulla scorta dell'Accordo stipulato tra Stato e Regioni il 3 agosto 2000 sull'entità delle risorse da destinare al finanziamento della sanità e sulla responsabilità dei disavanzi di spesa, si è previsto l'accantonamento di una quota di 1.000 miliardi di lire per correggere gli effetti distorsivi imputabili al sistema della pesatura.

Le modalità di riparto del Fsn per l'anno 2003 hanno acceso un ampio dibattito; le Regioni non hanno accettato la proposta avanzata dal Ministero della salute e hanno scelto di determinare autonomamente i criteri, arrivando ad un faticoso accordo interregionale nella riunione di Fiuggi del gennaio 2003. Tra i fattori previsti per "pesare" la quota di risorse, è stato previsto un incentivo per l'impegno all'appropriatezza e alla efficienza dei servizi.

Un'analisi del complesso dibattito sulle modalità per "ponderare" la quota capitaria esula dalla finalità di questo breve lavoro, che intende solo evidenziare come, nel corso degli anni, sia stato superato il criterio della spesa storica e le risorse siano state gradualmente allineate su parametri tendenzialmente omogenei nelle Regioni, in rapporto alle caratteristiche demografiche della popolazione.

Differenze territoriali

Come è noto, alla base dell'accordo e del successivo decreto di definizione dei Lea c'è una specifica ricognizione dei costi attuali per livelli e sotto-livelli di assistenza, effettuata da un apposito "Tavolo di lavoro" a composizione paritetica istituito presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2001, con il preciso compito di associare i diversi livelli di assistenza ai relativi costi, per verificare la congruità delle risorse finanziarie destinate al Ssn e i livelli di assistenza da garan-

tire ai cittadini.

Nell'ottobre dello stesso anno è stata attuata una prima rilevazione attraverso l'identificazione di un set minimo ma significativo di informazioni, in grado di fornire un quadro complessivo sufficientemente accurato e completo per la definizione dei costi dei livelli di assistenza.

I risultati di questa ricognizione, ormai ben nota, hanno evidenziato notevoli differenze nei volumi, nella tipologia e nei costi delle prestazioni erogate dalle Regioni che hanno inviato i dati e che costituiscono un nucleo di 11 Regioni, tutte del centro–nord, con l'unica eccezione della Puglia (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Umbria, Toscana, Marche, Lazio, Puglia).

Pur considerando che una parte della variabilità è condizionata dalla disomogeneità delle fonti informative e della parziale comparabilità dei flussi informativi, sono emerse differenze troppo rilevanti, per non risultare sostanziali nel grado di erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Questi primi risultati hanno portato il Tavolo di lavoro a definire i valori orientativi di riferimento per l'utilizzo ottimale delle risorse per livelli di assistenza (5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 49,5% per l'assistenza distrettuale con riferimenti anche per le principali aree di attività; 49,7% per l'assistenza ospedaliera). I valori non costituiscono vincoli alle Regioni per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, tranne per quelli previsti da disposizioni normative come l'assistenza farmaceutica, per la quale il vincolo di una spesa non superiore al 13% del totale della spesa sanitaria è previsto dalla legge n. 405 del 2001.

Dopo la prima rilevazione, che ha riguardato i dati di attività e di spesa dell'anno 2000 ed acquisito informazioni di 11 Regioni, è stata effettuata, con una metodologia concordata, la nuova rilevazione che riguarda l'anno 2001. Le nuove informazioni riguardano questa volta 18 Regioni e sono più organiche e confrontabili. I dati continuano ad evidenziare la permanenza di sensibili differenze tra le Regioni.

La diversificazione dei sistemi regionali è un tema lungamente discusso e studiato, da molti punti di vista, e principalmente nelle differenze sui "modelli" regionali complessivi (ed in particolare le scelte sul rapporto pubblico-privato), sulle differenze nella spesa sanitaria (in questo ambito viene in rilievo l'importante passaggio dal criterio della spesa storica a quello della quota capitaria pesata, e in prospettiva anche l'autonomia delle Regioni nel definire nuove modalità di finanziamento della spesa

Tabella 2 - Posti-letto ospedalieri, 1986

Regione	Posti letto pubblici	Posti letto accreditati	Totale posti letto	Posti per 1.000 abitanti
Piemonte	28.960	5.591	34.551	7,87
Valle D'Aosta	569	0	569	5,00
Lombardia	55.493	10.262	65.755	7,41
Prov. Aut. Bolzano	2.790	321	3.111	7,14
Prov. Aut. Trento	3.872	425	4.297	9,67
Veneto	41.764	3.757	45.521	10,41
Friuli V. Giulia	12.406	736	13.142	10,82
Liguria	17.172	644	17.816	10,13
Emilia Romagna	29.281	4.457	33.738	8,58
Toscana	26.077	2.899	28.976	8,11
Umbria	5.728	260	5.988	7,32
Marche	10.870	1.590	12.460	8,73
Lazio	25.331	14.183	39.514	7,72
Abruzzo	8.568	2.113	10.681	8,52
Molise	1.787	148	1.935	5,79
Campania	24.481	8.240	32.721	5,75
Puglia	30.064	7.161	37.225	9,25
Basilicata	3.139	60	3.199	5,16
Calabria	11.486	2.975	14.461	6,76
Sicilia	25.716	2.958	28.674	5,61
Sardegna	9.435	1.445	10.880	6,62
Italia	374.989	70.225	445.214	7,77

Tabella 3 - Posti-letto ospedalieri, 2001

Regione	Posti letto pubblici	Posti letto accreditati	Totale posti letto	Posti per 1.000 abitanti
Piemonte	17.440	3.637	21.077	4,90
Valle D'Aosta	514	0	514	4,30
Lombardia	40.771	8.942	49.713	5,50
Prov. Aut. Bolzano	2.222	259	2.481	5,40
Prov. Aut. Trento	2.427	433	2.860	6,00
Veneto	21.855	1.262	23.117	5,10
Friuli V. Giulia	5.771	636	6.407	5,40
Liguria	8.526	128	8.654	5,40
Emilia Romagna	17.435	4.844	22.279	5,50
Toscana	14.956	2.353	17.309	4,90
Umbria	3.466	262	3.728	4,40
Marche	6.490	1.074	7.564	5,10
Lazio	21.843	9.729	31.572	5,90
Abruzzo	5.483	295	5.778	4,50
Molise	1.478	93	1.571	4,80
Campania	15.151	6.754	21.905	3,80
Puglia	17.069	1.968	19.037	4,70
Basilicata	2.577	60	2.637	4,40
Calabria	6.471	3.361	9.832	4,80
Sicilia	17.561	3.725	21.286	4,20
Sardegna	6.802	1.502	8.304	5,00
Italia	236.308	51.317	287.625	5,00

sanitaria), sulle differenze nelle strutture di offerta e nei volumi e tipologia delle prestazioni.

I nuovi criteri di finanziamento, fondati su quote capitarie tendenzialmente omogenee, hanno attenuato tali differenze, pur rimanendo rilevanti nella dinamica delle singole componenti.

Per quanto riguarda i volumi delle prestazioni e le strutture d'offerta, si riportano alcuni significativi dati sulle strutture ospedaliere (tabelle 2 e 3), per rilevare che anche in questo settore la necessità di contenimento delle spese e la presenza di standard programmatori ha portato ad una sensibile riduzione delle differenze.

Questi effetti, rilevabili sui dati generali, derivano dalle politiche sanitarie di responsabilizzazione diretta delle Regioni, anche nell'ambito del Patto di stabilità e crescita stipulato dal nostro Paese per l'adesione all'Unione Europea e – per quanto riguarda le aree di offerta – in relazione agli standard definiti dalla programmazione nazionale (in limitati ambiti: la dotazione di posti letto ospedalieri in ricovero ordinario per acuti e per post acuzie e in day hospital; l'assistenza domiciliare integrata da assicurare ad almeno il 2% degli anziani non autosufficienti), e – più in generale – agli obiettivi della stessa programmazione.

Considerazioni conclusive

Il sistema sanitario nazionale si è mosso finora, anche se lentamente, verso un'attenuazione delle "grandi" differenze. Nell'ambito dell'attuale devoluzione di poteri questo orientamento può modificarsi, e pertanto richiede di ricercare un nuovo punto di equilibrio tra i sistemi regionali che si muovono in ambiti di autonomia più ampia. Rispetto a questa esigenza lo strumento dei Lea costituisce un elemento di base, ma non appare in sé sufficiente.

Va, comunque, osservato che le diversità e gli squilibri che si riscontrano tra i servizi e le prestazioni erogati nelle diverse Regioni non costituiscono un prodotto recente del federalismo, bensì un retaggio storico. I più accentuati squilibri nella spesa sanitaria esistenti tra le singole Regioni nel primo decennio di vita del Servizio sanitario nazionale sono andati riducendosi successivamente, soprattutto per effetto del graduale allineamento, su parametri capitari tendenzialmente omogenei, delle quote di finanziamento attribuite dallo Stato alle Regioni per la sanità, superando il criterio della spesa storica.

È evidente, dunque, che la prima garanzia per il rispetto dei livelli essenziali di assistenza da parte delle Regioni si fonda sulla disponibilità di risorse non dissimili.

Conta la quantità ma anche la qualità

Nel decreto legislativo n. 502 del 1992 (art. 1), è stabilito che sono a carico del Ssn "le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate". Il concetto viene ulteriormente marcato nel prosieguo dello stesso articolo, con la precisazione che sono, per converso, esclusi dai livelli essenziali di assistenza (Lea) ... le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che "non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza", ovvero quello "dell'economicità nell'impiego delle risorse".

Sul piano normativo è, quindi, molto chiaro che l'erogazione dei Lea non è garantita in termini generali ed incondizionati, ma è strettamente correlata ad un effettivo bisogno ed alla congruenza tra lo stato di salute di uno specifico paziente e la prestazione. Ove non vi fossero le evidenze di efficacia e appropriatezza, la prestazione non potrebbe essere posta a carico del Ssn. Pertanto, se è vero che i Lea sono praticamente elenchi di prestazioni e servizi disponibili per i cittadini, le verifiche inerenti alla garanzia della loro erogazione dovrebbero essere fatte non solo in riferimento ad aspetti quantitativi, quanto invece agli elementi di tipo qualitativo, in riferimento ai principi sopra esposti.

Vi sono nelle normative vigenti molti altri riferimenti al tema della qualità, tra i quali ricordiamo, in particolare:

- l'articolo 10 del decreto legislativo n. 502, in cui si stabilisce che "allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza … è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo …" oltre a prevedersi la predisposizione di "indicatori di efficienza e di qualità";
- il successivo art. 14 dello stesso decreto legislativo, ove viene trattata la qualità, evidenziandone alcuni specifici aspetti: personalizzazione, umanizzazione dell'assistenza, diritto all'informazione, prestazioni alberghiere, andamento delle attività di prevenzione delle malattie (comma 1); viene inoltre espressa la necessità che le valutazioni si realizzino con la partecipazione ed il coinvolgimento diretto dei cittadini, e tramite loro associazioni e organizzazioni di difesa.

Ciò rende evidente come oggi la qualità sia considerata una caratteristica intrinseca ed ineludibile dei servizi sanitari; ma tale concetto può essere declinato in molti modi diversi e, conseguentemente, dovrebbe essere verificato con metodologie e strumenti diversi. A tale proposito, crediamo utile in questo contesto precisare meglio il concetto di qualità.

La "Raccomandazione N° R (97) 17 del Comitato dei Ministri d'Europa agli Stati Membri sullo sviluppo e l'attivazione di Sistemi di Miglioramento della Qualità (Smq) dell'Assistenza Sanitaria", costituisce un importante riferimento per i paesi membri dell'Unione Europea, sia come definizioni generali che come metodologie utilizzate. Nel glossario di questo documento si afferma che:

"Le componenti potenziali della qualità dell'assistenza sanitaria comprendono:

- l'accessibilità
- l'efficacia
- l'efficienza
- la soddisfazione dei pazienti
- la sicurezza dell'ambiente di cura
- l'appropriatezza delle cure
- la valutazione del grado in cui l'assistenza sanitaria è fornita ed i risultati ottenuti".

Nello stesso documento vi sono altre due definizioni particolarmente utili:

- la qualità dell'assistenza sanitaria è il grado con cui il trattamento fornito migliora le probabilità del paziente di raggiungere i risultati desiderati e diminuisce le probabilità di risultati indesiderati, tenendo conto del corrente stato delle conoscenze;
- l'efficienza, ossia la valutazione dei risultati di una procedura medica in relazione ai mezzi utilizzati (denaro, risorse e tempo), il rapporto fra i costi ed i risultati raggiunti, il rapporto fra i costi ed i vantaggi per la popolazione interessata (tassi inferiori di morbilità e mortalità, riduzione nella sofferenza dell'individuo, minori diseguaglianze nell'affrontare lo stato di malattia, etc.).

Le definizioni riportate, seppur significative ed autorevoli, non possono in realtà essere considerate esaustive, perché non sono citati altri importanti aspetti quali la dignità umana, l'equità, la solidarietà, l'etica professionale (si veda a tale proposito la "Carta di Lubiana", approvata nel 1996 dalla Conferenza sulle Riforme Sanitarie in Europa) o la scientificità, la competenza, l'affidabilità, (presenti nei "7 principi di Tavistock", 2000, citati anche nel recente Piano Sanitario Nazionale 2003-2005), ed altri ancora che potrebbero essere considerati.

Tutto ciò ci fa comprendere come parlare di "qualità in sanità", significa in realtà considerare molti fattori diversi e, conseguentemente, diversi strumenti e metodologie per la verifica e la valutazione.

Attualmente, nella normativa nazionale troviamo degli strumenti di misura a livello di sistema generale essenzialmente in tre decreti, contenenti una serie di indicatori:

- decreto del Ministro della sanità 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale" in applicazione dell'articolo 10 del D.Lgs 502/92;
- decreto del Ministro della sanità 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" in applicazione dell'articolo 14 del D.Lgs 502/92;
- decreto del Ministro della salute del 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria".

La lettura analitica di tali documenti evidenzia la previsione di un numero consistente di indicatori di tipo epidemiologico-descrittivo, utilizzati di solito per valutare lo "stato di salute delle popolazioni", che leggono in realtà una serie di fenomeni frutto di fattori diversi (invecchiamento, stato socio-economico, scolarizzazione, presenza di programmi di medicina sociale ecc.); inoltre, una particolare attenzione è posta agli aspetti economici (costi dei servizi). Vi sono, inoltre, indicatori su processi organizzativi e assistenziali (senza analisi del risultato prodotto) e alcuni indicatori di caratteristiche strutturali e tecnologiche.

Gli indicatori di esito (risultato di salute) sono in numero molto ridotto e ciò costituisce un apparente paradosso.

Infatti, è evidente che gli elementi che dovrebbero essere misurati per capire se un servizio è di buona qualità sono i risultati, e trattandosi di un servizio sanitario, dovrebbero essere i risultati di salute. In realtà è molto difficile misurare i risultati di salute, sia perché per lo stesso problema possono essere considerati aspetti diversi (mortalità, morbilità, sofferenza, grado di inabilità, ecc.), sia perché i dati da considerare possono variare nel tempo (durante il ricovero o dopo la dimissione, a distanza di alcuni mesi o anni), sia perché non è sempre facile correlare i risultati con gli effettivi fattori causali.

Inoltre, non basta misurare gli esiti immediati (ad esempio, la sopravvivenza ad un episodio di malattia o ad un intervento chirurgico) ma sarebbe necessario verificare anche quelli a distanza (un determinato approccio diagnostico o terapeutico può dare una sopravvivenza maggiore nelle settimane immediatamente successive, ma dare una sopravvivenza minore a distanza di mesi od anni).

Per questi motivi, nei casi in cui è difficile o oggettivamente impossibile verificare i risultati, si misurano i "processi", ovvero la sequenza definita di azioni finalizzate, identificati comunque tra quelli strettamente correlati ai risultati di salute (es. uso di determinati farmaci nei pazienti con scompenso cardiaco, determinati tempi e percorsi riabilitativi nei pazienti con ictus ecc.).

Un ulteriore fattore da considerare è che la maggioranza delle attività di misurazione e valutazione si basa su l'analisi dei dati provenienti dai flussi informativi di sistema. Ove tali dati dovessero presentare una ridotta affidabilità, i principi stessi del sistema verrebbero ad essere indeboliti. L'affidabilità dei flussi informativi si basa su una serie di prerequisiti (reti, procedure informatiche, procedure di controllo ecc.) che dovrebbero essere in grado, se ben gestite e continuamente mantenute, di fornire dati con le caratteristiche attese.

I sistemi informativi sono divenuti parte integrante dei sistemi sanitari regionali e nazionale, soprattutto come supporto alle decisioni strategiche e le recenti normative

di interesse sanitario hanno ribadito la fondamentale importanza della presenza di dati precisi, affidabili, pertinenti e specifici. I dati, nelle loro diverse forme (dati di spesa, tassi, risultati di salute, attività, ecc.), sono divenuti strumenti di controllo del sistema, sia a livello gestionale che a livello programmatorio.

Ma, nonostante i nostri sistemi informativi abbiano raggiunto livelli di complessità e raffinatezza notevoli, la qualità dei dati in ingresso e le procedure di controllo sugli stessi sembrano essere spesso ancora inadeguati.

Vi sono alcune Regioni che su questo punto hanno molto investito e lavorato, ma in altre stenta a maturare una vera "cultura" del dato, intesa come attenzione alla qualità oggettiva e significativa dei dati raccolti ed utilizzati. I dati, comunque prodotti e raccolti, vengono utilizzati per le scelte strategiche di alto impatto sul sistema, con il rischio di determinare scelte non eque, in quanto non basate su situazioni effettivamente comparabili.

Il decreto del Ministro della salute del 12 dicembre 2001 ("Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"), agli articoli 4, 5 e 6, sottolinea l'importanza della corretta raccolta e validazione dei dati ai diversi livelli (Azienda, Regione, Ministero), ma dai risultati finora prodotti i processi previsti non sembrano in grado di garantire sufficientemente l'affidabilità dei sistemi.

Il miglioramento di questa situazione richiede l'utilizzo di vari strumenti, alcuni strutturali (reti informatiche, diffusione capillare dei computer, ecc.), alcuni procedurali (procedure adeguate di selezione, raccolta, inserimento e validazione dei dati), alcuni culturali ("cultura" del dato, capacità di selezionare i dati significativi per i fenomeni da osservare, formazione del personale, non solo quello direttamente addetto all'imputazione/elaborazione, ma anche quello che produce le informazioni, ecc.).

Su questi temi l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha recentemente attivato delle ricerche, proprio per validare, assieme alle Regioni, strumenti e metodologie che ritorneranno utili anche al livello nazionale.

Vogliamo infine soffermarci su alcuni altri aspetti inerenti i rapporti tra la quantità di prestazioni e la popolazione di riferimento, ossia tra domanda e bisogni. Come noto, la domanda non è direttamente correlabile al bisogno, per una serie di motivi tra i quali ricordiamo:

- il bisogno sanitario non espresso, per mancata capacità di riconoscere (da parte del paziente o della sua famiglia, ma anche del medico) determinati problemi di salute;
- le richieste di prestazioni non appropriate per inadeguate conoscenze, per "consumismo" sanitario, medicina "difensiva";
- la presenza di facilità o difficoltà di accesso alle prestazioni (distanze, orari o procedure per l'accesso, costo).

Numerosi studi hanno evidenziato una relazione diretta tra l'incremento dell'offerta (numero di medici, di tecnologie, di posti letto, di prestazioni) e l'incremento della domanda, che ha portato al noto aforisma che "in sanità è l'offerta che determina la domanda". In realtà, senza voler banalizzare il problema, vi sono evidenze che non possono non preoccupare, poiché l'incremento dell'offerta da parte delle strutture si accompagna progressivamente non solo ad un incremento della domanda, ma anche ad una riduzione dell'appropriatezza.

Lo studio delle liste di attesa ha portato in evidenza la contraddizione tra i paradossi della relazione tra domanda e offerta, perché si è evidenziato che nelle prestazioni dove vi sono i tempi di attesa più lunghi, spesso si trovano i tassi di inappropriatezza più alti.

Il problema è stato considerato in Conferenza Stato-Regioni, dove si è utilizzato il concetto di "appropriatezza" non solo come prerequisito già indicato dal D.M. 12/12/2001, ma anche per differenziare la priorità di accesso alle prestazioni, e quindi, di fatto, modulando il diritto alle prestazioni, quanto meno in ordine temporale: "Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato. Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa." (Accordo Stato-Regioni del 11/7/2002).

Tale indicazione è nata dalla constatazione, evidenziata da esperienze internazionali e anche da alcune esperienze italiane, che inseguire solo l'incremento della produttività per rispondere alla domanda e ridurre i tempi di attesa non porta a maggiore salute, ma a maggiore spesa e rischio di maggiore inappropriatezza, e quindi, come conseguenza paradossale, maggiore spreco e maggiore inefficienza (aumento dei costi senza un aumento della salute).

Infatti, come già accennato nella definizione all'inizio, il concetto di efficienza non può essere espresso solo dal rapporto tra prestazioni o servizi prodotti e i costi sostenuti per tale produzione. Questo rapporto definisce solo il costo unitario, e permette di misurare la produttività. Il concetto di efficienza deve essere rappresentato dal rapporto tra il risultato che si è determinato (come stato di

salute o comunque risultato positivo prodotto) ed i costi sostenuti per ottenerlo.

Ciò è particolarmente importante in sanità, dove i fattori di qualità da considerare (come descritto precedentemente) sono assolutamente particolari e specifici.

Così facendo, è possibile correlare i risultati con i costi sostenuti e, quindi, verificare se è possibile produrre migliori risultati a parità di costi, ovvero gli stessi risultati riducendo i costi, ma sempre focalizzandosi sul risultato di salute, per i singoli o per le popolazioni.

Svolgere grandi quantità di prestazioni su persone che da quelle prestazioni non trarranno benefici significativi, costituisce non solo un'azione priva di logica, ma uno spreco oggettivo (perché comunque consuma risorse) e quindi, considerando che le risorse disponibili sono limitate, determina un danno oggettivo per i malati che avrebbero potuto trarre un giovamento se le risorse fossero state utilizzate per accertamenti necessari o cure efficaci.

Ciò rende evidente, quindi, come sia rischioso considerare i soli dati quantitativi descrittivi, senza una correlazione con i problemi trattati ed un'analisi dei risultati prodotti.

Pertanto, il numero di ricoverati in una determinata specialità può non fornirci informazioni utili sulla qualità dell'assistenza dei pazienti con determinate patologie, se non riusciamo ad ottenere informazioni più precise, ad esempio rispetto al livello di gravità di quei pazienti ed ai risultati di salute ottenuti.

Ugualmente, il numero di apparecchi per TAC o RNM presenti in un determinato territorio non ci fornisce informazioni sulla qualità dell'assistenza dei pazienti che avrebbero bisogno di quegli strumenti diagnostici (si veda il problema delle liste di attesa senza criteri di priorità) ed il numero di coronarografie eseguite da un centro cardiologico non ci rassicura né rispetto al fatto che i cardiopatici con bisogno di approfondimento diagnostico trovino questa possibilità, né soprattutto che la trovino quelli che avrebbero più bisogno e nei tempi più congrui.

D'altra parte, i dati quantitativi sono i più facili da ottenere e permettono di avere un quadro generale dell'offerta teorica (ad esempio il numero di TAC), dei consumi (indipendentemente dall'appropriatezza), dei costi (non necessariamente correlati a efficacia, appropriatezza, accessibilità, equità).

A questo proposito, vogliamo considerare un problema particolare, ossia quello dei farmaci.

Il farmaco è per definizione una sostanza chimica in grado di determinare cambiamenti nell'organismo. Esso viene prescritto quando, nella valutazione del medico, i benefici che lo specifico paziente può trarre dalla sua assunzione superano in modo significativo i disturbi od i danni che lo stesso paziente può, anche solo teoricamente, ricevere.

I danni da farmaci sono sempre potenzialmente presenti, ma l'uso smodato di farmaci, determinato talvolta da una logica consumistica dei cittadini e da una pericolosa facilità prescrittiva dei medici, non può non preoccupare in quanto, anche solo in termini di probabilità statistica, il determinarsi di eventi indesiderati cresce in modo esponenziale.

Se poi si considera che tale incremento di rischio spesso non trova motivazioni logiche, per assenza di situazioni patologiche significative che possano trarre sicuramente beneficio dalla specifica terapia, si arriva al paradosso di somministrare sostanze che non daranno alcun beneficio a quello specifico paziente, ma potrebbero sicuramente determinargli dei danni. Ciò premesso, si deve considerare come un consumo elevato di farmaci in una popolazione è più facilmente espressione di un incremento di rischio piuttosto che di garanzia di cura.

In conclusione, crediamo sia oggi a tutti ben chiara la complessità dei problemi e la necessità di utilizzare strumenti e metodi diversi per misurare e valutare l'applicazione e la garanzia dei Lea, ed in particolare sarebbe opportuno che l'attenzione si spostasse progressivamente dalla prevalente attenzione alla quantità di prestazioni/servizi/farmaci ecc. anche verso i risultati di salute dei singoli e delle popolazioni.

Ciò richiede azioni di programmazione forti e mirate, gestione congruente e razionale delle aziende, azioni professionali coerenti e responsabili, partecipazione cosciente e attiva dei cittadini, dei loro familiari e dei loro rappresentanti. Gli strumenti dovranno essere vari, in funzione dei diversi fattori sottoposti a valutazione, avendo altresì chiaro che ogni tipo di approccio ha dei punti di forza e dei punti di debolezza, dei costi, oltre a livelli diversi di ragionevole praticabilità.

Ricordiamo inoltre che gli strumenti fondamentali di verifica devono poter dare una lettura nazionale dei fattori considerati, in modo affidabile e comparabile tra le diverse Regioni, e questa potrebbe essere la priorità da considerare.

Un sintetico profilo internazionale

esistenza o meno di una lista positiva o negativa di prestazioni e servizi, sebbene generalmente motivata dalle stesse preoccupazioni di contenimento dei costi e accompagnata da dibattiti politici simili, non implica di per sé che in un paese o nell'altro vi sia una definizione concettuale di livelli essenziali di assistenza confrontabile a quella adottata nel nostro paese.

L'analisi che segue affronta il tema dei livelli essenziali di assistenza in ambito internazionale mediante un sintetico profilo complessivo di diversi paesi (Canada, Australia, Germania, Svizzera, Austria, Spagna, Francia, Gran Bretagna) che riguarda sia le modalità di decisione su ciò che la collettività ritiene debba essere garantito a ciascuno dei suoi componenti, sia le garanzie e il ruolo dei diversi livelli istituzionali, e degli altri soggetti coinvolti, nonché sulle implicazioni economiche.

Questo approccio implica una preliminare distinzione relativa all'assetto istituzionale dei paesi dei quali si tratta, in particolare riguardo ai sistemi di tipo federale e non, comprendendo tra i primi Canada, Australia, Germania, Austria, Svizzera e tra gli altri, Spagna, Francia, Gran Bretagna.

canada

Sistema federale che si articola in 10 Province e 3 Territori che si differenziano per numero di abitanti e per reddito pro-capite.
Netta separazione di poteri tra il Governo federale ed i governi delle Province che hanno da sempre difeso la loro sovranità. Ogni livello è sovrano nella propria area di giurisdizione. La Costituzione stabilisce che le Province possono legiferare in maniera esclusiva su alcune tematiche compresa la salute.
Alcuni poteri sono concorrenti o congiunti; i poteri fiscali delle Province sono più limitati di quelli del governo federale.
Il ruolo del Governo federale riguarda la definizione e la regolazione dei principi e degli standard nazionali del sistema sanitario, assistendo i servizi sanitari provinciali attraverso trasferimenti finanziari ed espletando le funzioni per le quali è costituzionalmente responsabile (erogazione diretta dei servizi sanitari ad alcuni gruppi di popolazione quali i veterani ed il personale militare), la protezione e la promozione della salute e la prevenzione.
Ogni Provincia o Territorio ha la responsabilità di gestire i servizi sanitari attraverso le proprie strutture amministrative che pianificano, finanziano e valutano l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, dei servizi sanitari medici ed affini.

La legislazione federale in materia di assicurazione malattia è contenuta nel Canada Health Act (Cha) del 1984 che definisce, quale obiettivo del sistema sanitario, quello di proteggere, promuovere e ripristinare il benessere fisico e mentale dei residenti del Canada e di facilitare un ragionevole accesso ai servizi sanitari senza barriere economiche o di altro tipo.

Il Cha stabilisce anche i criteri ed i requisiti che le Province ed i Territori devono soddisfare per accedere ai trasferimenti federali secondo il Canada Health and Social Transfer (Chst).

Lo spending power del Governo federale, il potere di spendere anche nei settori di cui le Province possiedono la giurisdizione esclusiva, è basato sul principio costituzionale che afferma che tutti i governi devono fornire "livelli di servizi pubblici ragionevolmente paragonabili, con livelli di imposizione ragionevolmente paragonabili".

Caratteristiche del sistema sanitario canadese

Il sistema sanitario canadese è caratterizzato dall'integrazione degli schemi assicurativi delle Province e dei Territori. Tutti gli schemi assicurativi, per l'assistenza ospedaliera e medica, sono

vincolati all'adesione ai principi nazionali fissati a livello federale; ciò corrisponde alla distribuzione dei poteri tra governo e province stabilita dalla Costituzione.

Lo sviluppo del sistema sanitario nazionale, noto come Medicare, è frutto di un'evoluzione durata circa 50 anni ed iniziata quando, nel 1947, la provincia del Saskatchewan introdusse un piano di assicurazione pubblica per l'assistenza ospedaliera.

Il Canada Health Act stabilisce i principi cui devono uniformarsi i sistemi sanitari provinciali:

- tutti i residenti assicurati di una provincia o territorio hanno diritto ai servizi sanitari forniti attraverso il Piano assicurativo sanitario provinciale o territoriale in condizioni di uniformità (universalità);
- ogni piano assicurativo sanitario deve riguardare tutti i servizi assicurati forniti dagli ospedali e dai medici per potere accedere ai trasferimenti federali (globalità);
- tutti i servizi sanitari assicurati devono essere forniti senza barriere dirette o indirette quali: contributi al momento della fruizione, discriminazione sulla base dell'età o delle condizioni economiche (accessibilità);
- la copertura del sistema assicurativo non cessa in caso di spostamenti all'interno del Canada o all'estero (portabilità);
- il piano assicurativo provinciale o territoriale deve essere amministrato e gestito senza fine di lucro da un'autorità pubblica responsabile verso i propri livelli di governo (amministrazione pubblica).

La definizione dei principi, associata allo spending power, ha consentito al Canada di sviluppare un sistema sanitario nazionale che – sebbene composto dai programmi assicurativi delle Province e dei Territori – mostra le medesime caratteristiche fondamentali in tutto il paese e nello stesso tempo riflette le priorità di ciascuna Provincia, tanto che i sistemi delle diverse Province risultano diversificati sia nella struttura organizzativa che nella regolazione, nella gestione e nel finanziamento.

Tutti i residenti aventi diritto sono coperti dai piani assicurativi provinciali cui sono iscritti.

L'assistenza sanitaria universalmente riconosciuta comprende, come minimo, l'assistenza ospedaliera e medica clinicamente necessarie. Il contenuto delle "necessità" non è mai stato definito e non c'è accordo sulla definizione di prestazioni minime, conseguentemente esiste qualche differenza tra le Province rispetto ai servizi ospedalieri e medici coperti.

Sistema di erogazione

Il Canada Health Act prevede due tipi di servizi:

- i servizi sanitari, erogati alle persone coperte dagli schemi assicurativi che includono l'assistenza medica, ospedaliera, la chirurgia odontoiatrica.
  Generalmente i servizi sanitari di tipo medico sono stabiliti dai medici in relazione ai piani assicurativi presenti nelle Province o nei Territori; l'assistenza ospedaliera comprende i servizi sia intra che extraospedalieri come il ricovero, l'assistenza infermieristica, le procedure diagnostiche (radiologia e test ematici), i farmaci somministrati in ospedale, l'uso delle sale operatorie e delle attrezzature anestesiologiche; la chirurgia odontoiatrica comprende le prestazioni per le quali sia appropriata l'erogazione in ambiente ospedaliero;
- i servizi ulteriori, che includono alcuni aspetti delle cure di lungo termine e la parte sanitaria dell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale.
  I medici generici e di famiglia garantiscono la maggior parte delle cure primarie, operando privatamente (sia singolarmente che in gruppi), in centri di salute o in gruppi associati a dipartimenti ospedalieri. I medici che lavorano privatamente sono pagati a prestazione direttamente dal piano assicurativo provinciale.

La scelta del medico è libera. In alcuni casi, tuttavia, esistono restrizioni dovute a carenza di medici o ad eccesso del loro utilizzo. Similmente è organizzata l'assistenza specialistica ambulatoriale.

I medici generici e di famiglia controllano l'accesso agli specialisti, ai ricoveri, alla diagnostica, agli altri trattamenti.

L'assistenza ospedaliera è assicurata per la maggior parte da ospedali gestiti da istituzioni no profit e, limitatamente, da cliniche private.

Per i servizi coperti dal Cha non sono ammesse forme di partecipazione alla spesa in quanto esse vengono considerate barriere all'accesso alle cure. L'eventuale previsione di esborsi extra tariffari o di ticket da parte dei cittadini comporta una riduzione dei trasferimenti federali alla provincia responsabile, commisurata al loro ammontare.

Le Province ed i Territori possono erogare servizi aggiuntivi a quelli previsti dal Cha (trasporti in ambulanza, servizi oculistici, dentistici) per tutta la popolazione o per gruppi, parzialmente o totalmente coperti dal piano assicurativo provinciale.

Altri servizi, non coperti da assicurazione, in quanto non rispondenti ai criteri della "necessità medica", sono a carico del paziente e riguardano la scelta delle camere ospedaliere, i servizi infermieristici privati, ecc.

Sistema di finanziamento

L'assistenza sanitaria viene prevalentemente finanziata tramite tassazione provinciale e federale. L'imposizione fiscale avviene sotto forma di imposte sul reddito personale e societario.

Alcune Province utilizzano metodi ausiliari di finanziamento: imposte sulle vendite, ritenute sugli stipendi, ricavi delle lotterie, che confluiscono nelle entrate della provincia e che non sono specificatamente destinati all'assistenza sanitaria. È da rilevare, comunque, che essi assumono un ruolo marginale nel finanziamento complessivo del servizio sanitario.

Solo due Province, l'Alberta e la Columbia Britannica, utilizzano come metodo ausiliario di finanziamento premi assicurativi sanitari destinati alla popolazione a basso reddito. I premi non sono determinati sulla base del rischio ed il loro pagamento anticipato non costituisce condizione necessaria per ottenere le cure.

Tra il 1977 e il 1996 il contributo federale per i servizi sanitari è stato aggregato a quello dell'istruzione post secondaria e incanalato mediante il trasferimento di fondi in blocchi. Tale contributo federale, calcolato indipendentemente dai costi provinciali, si basava su un ammontare uguale pro capite (il contributo era anche adeguato alle fluttuazioni del Prodotto interno lordo).

Nel 1996-1997, il Canada Health and Social Transfer (Chst) è stato ampliato fino a comprendere i finanziamenti destinati ai tre programmi sociali (includendo il Cap destinato agli individui, alle famiglie bisognose e ai minori). I contributi del Governo federale alle Province sono stati parametrati sulle quote storiche fino al 1998 e, successivamente, calibrati secondo un coefficiente correttivo del parametro della popolazione provinciale.

australia

Sistema politico su tre livelli: Governo federale (chiamato Commonwealth), 6 Stati e 2 Governi territoriali, enti locali.
La Costituzione australiana non definisce specificamente i ruoli di ogni livello di Governo in relazione alla sanità, per cui c'è un certo grado di sovrapposizione tra questi. Ciò porta ad una sorta di tensione tra Commonwealth e Stati, che caratterizza il sistema sanitario.
La Costituzione elenca specificamente i poteri del Governo federale, le materie oggetto di legislazione concorrente e quelle per le quali il potere legislativo spetta esclusivamente al Parlamento federale. Nel momento in cui la legge di uno Stato è in contrasto con una legge federale, prevale quella federale.
Nell'ambito delle materie sottoposte a legislazione concorrente rientrano alcune materie sanitarie, quali l'erogazione di benefici in denaro per gli acquisti di farmaci e in caso di ricovero ospedaliero, nonché l'assistenza medica privata e le cure odontoiatriche.
Sia i 6 Stati che i 2 Governi territoriali finanziano e garantiscono i servizi sanitari e sono essenzialmente autonomi nell'amministrazione di questi.
Gli enti locali sono molto diversi tra di loro sia per dimensione che per capacità economica. Sono responsabili solo per alcuni servizi pubblici e per la sorveglianza sanitaria, ma non per i servizi clinici. Sono, inoltre, coinvolti nella prevenzione attraverso programmi di immunizzazione e supporto ai centri di screening materno- infantile.
Il ruolo degli enti locali varia da Stato a Stato.

Caratteristiche del sistema sanitario australiano

Il sistema sanitario si è sviluppato in modo differente in ogni Stato quanto a politiche, strutture organizzative, spesa pro-capite e distribuzione delle risorse.

Nel corso del tempo gli Stati hanno ceduto alcuni poteri al Commonwealth, che ha assunto un ruolo di leadership nelle politiche sanitarie, espandendo il suo intervento sul versante finanziario e della regolazione.

Il sistema sanitario australiano è:

- basato su un sistema di assicurazione pubblica chiamato "Medicare", che riguarda tutta la popolazione (coprendo integralmente l'assistenza ospedaliera pubblica ed in parte il costo per la medicina generale, per le cure extra ospedaliere ed i farmaci)
- caratterizzato da un forte decentramento e da una pluralità di attori
- universale per l'accesso alle cure sanitarie e indipendente dal reddito.

Il Commonwealth finanzia ed amministra i tre sottoprogrammi di Medicare, nell'ambito dei quali si definiscono i servizi garantiti alla popolazione:

- *Medicare benefits and general practice development* per l'assistenza medica extraospedaliera;
- *Pharmaceutical benefits scheme* (Pbs) per l'assistenza farmaceutica extraospedaliera;
- *Acute care* per l'assistenza ospedaliera nelle strutture pubbliche.

Il *Medicare* dà diritto al libero accesso all'assistenza medica e specialistica extraospedaliera, infermieristica e al ricovero negli ospedali pubblici, presso i quali è gratuita anche l'assistenza ambulatoriale.

Il *Medicare Benefits scheme* comprende le visite mediche generali e specialistiche, la diagnostica di laboratorio e per immagini, i test optometrici, le procedure mediche e chi-

rurgiche praticate dai medici. Non comprende l'assistenza odontoiatrica, i servizi di trasporto in ambulanza, l'assistenza domiciliare, la fisioterapia, la terapia occupazionale e del linguaggio, i servizi chiropratici e podologici, gli ausili acustici ed ottici e le protesi, la chirurgia estetica, le terapie erogate dagli psicologi e, in generale, i trattamenti medici considerati non clinicamente necessari.

L'assistenza farmaceutica è garantita mediante una lista di farmaci dei quali viene stabilito a livello federale il costo per i consumatori (*Pharmaceutical benefits scheme*).

Il programma *Acute care* ha l'obiettivo di garantire che l'assistenza ospedaliera, settore di competenza degli Stati, sia assicurata a tutti i pazienti, senza alcun onere, in base alle necessità cliniche, entro tempi appropriati e secondo determinati standard di qualità ed è associato ad un finanziamento federale vincolato.

L'adozione delle nuove tecnologie mediche e dei nuovi farmaci è regolata con un sistema a due stadi: il Therapeutic Goods Administration a livello federale (nell'ambito del Commonwealth Department of Health), che ne esamina preventivamente sicurezza ed efficacia prima di approvarne l'utilizzo, e la Medical Services Advisory Committee, che valuta il rapporto costo-efficacia e si esprime sull'inclusione o meno tra le procedure coperte dal *Medicare*.

Non vi sono limiti alla quantità di servizi che una persona può utilizzare è non c'è razionamento, anche se in alcuni Stati è attivo un pubblico dibattito sull'opportunità e le modalità di selezione delle priorità del sistema sanitario. Una forma di razionamento "implicito" deriva dalle liste di attesa degli ospedali pubblici.

Sistema di erogazione

È caratterizzato dalla presenza di un mix di erogatori pubblici e privati, con prevalenza del privato nel settore delle cure primarie. Gli Stati e i Territori gestiscono direttamente gli ospedali pubblici e i programmi di salute pubblica.

L'erogazione dei servizi avviene attraverso un complesso sistema regolatorio e di negoziazione svolto per la parte più significativa dal Governo federale direttamente o tramite organismi (agenzie).

Il sistema australiano limita i poteri di regolazione e pianificazione dei diversi livelli di governo, favorendo lo sviluppo di meccanismi di collaborazione trasversale tra Commonwealth e Stati (agreements) per le politiche di maggiore rilevanza.

Le cure primarie sono garantite per lo più da medici indipendenti, mentre un piccolo numero di medici è dipendente del Commonwealth, dei singoli Stati o dei Governi locali. La maggioranza dei medici opera in gruppi e solo il 14,5% pratica singolarmente.

La scelta del medico è libera e non richiede l'iscrizione ad un elenco, il paziente può consultare più di un medico. Se il paziente si rivolge ad un medico aderente al *Medicare benefit scheme* l'accesso è gratuito, e il medico è remunerato dal Medicare. Negli altri casi il paziente ha diritto al rimborso dell'85% della tariffa stabilita da Medicare; qualora l'onorario richiesto dal medico sia superiore, la differenza è a carico del paziente.

Se la spesa di una persona o della famiglia supera un importo massimo, annualmente determinato, tutte le ulteriori prestazioni per quell'anno sono rimborsate al 100%.

L'assistenza specialistica è assicurata da professionisti sia presso i propri studi che presso i dipartimenti ospedalieri, è gratuita se il paziente è stato indirizzato da un medico di base.

Medicare rimborsa l'85% della tariffa per la consultazione specialistica extra-ospedaliera.

L'assistenza farmaceutica riguarda i farmaci generici inclusi nel Pbs. I consumatori sono chiamati ad un co-payment che a gennaio 2001 era pari a 21,9 Aud (circa 11.8 Euro) per prescrizione fino ad una tetto annuale di 669,7 Aud (circa 360 Euro), raggiunto il quale la quota di co-payment scende a 3,5 Aud (circa 2 Euro) per prescrizione. I pensionati ed altre categorie protette godono di una riduzione sia della quota di co-payment, che è pari a 3,5 Aud a prescrizione, sia della soglia di spesa annuale, che è pari a 182 Aud (circa 98 Euro), superata la quale non sono più tenuti al pagamento.

L'assistenza ospedaliera è assicurata mediante ospedali pubblici (circa 2/3 del totale) e privati, di dimensioni assai variabili, che vanno da 10 posti letto per quelli di comunità a 1000 e più posti letto per gli ospedali di insegnamento.

Gli ospedali pubblici hanno un grado di complessità tecnologica e strutturale più elevato di quelli privati.

Nel 1997 la dotazione media di posti letto per acuti era di 4 per 1000 abitanti.

La distribuzione e i parametri di attività sono estremamente diversificati da Stato a Stato.

I pazienti possono scegliere di essere trattati come pazienti privati negli ospedali pubblici e privati con una parziale copertura di Medicare.

Per il ricovero in ospedali privati Medicare rimborsa il 75% delle spese mediche, la restante parte può essere interamente o parzialmente rimborsata dall'assicurazione privata, così come i costi alberghieri che sono a carico del paziente. Generalmente i tempi di attesa per i pazienti privati sono inferiori.

Il prolungato tempo di attesa per la chirurgia di elezio-

ne negli ospedali pubblici è divenuto una questione politica, in quanto attribuito a carenze di finanziamento degli ospedali pubblici. Gli Stati sostengono che, a fronte dell'accresciuta domanda, i fondi dovrebbero essere incrementati dal Commonwealth che, da parte sua, sostiene invece che spetta agli Stati accrescere la loro quota di finanziamento.

Sistema di finanziamento

Il Sistema sanitario australiano si finanzia prevalentemente attraverso la tassazione generale e in parte con il supporto dell'imposta Medicare. Il Commonwealth stabilisce il livello di tassazione in base al reddito degli individui: pari nel 2001 al 17% (per i redditi tra 5.201 Aud e 20.700 Aud), al 30 % (tra 20.701 e 50.000 Aud, al 42% (tra 50.001 e 60.000 Aud) e al 47% (oltre i 60.001 Aud). Vi sono, inoltre, tasse statali indirette e tasse locali. È importante ricordare, a questo proposito, che l'Australia dal 1 luglio 2000, ha implementato un nuovo sistema di tassazione conosciuto come Gts che sostituisce molte delle tasse statali e locali (10% sui beni e servizi).

Il finanziamento di Medicare viene amministrato dalla Health Insurance Commission. L'imposta Medicare, stabilita dal governo federale, è pari a 1.5% del reddito imponibile superiore a una certa soglia o al 2.5% per i redditi più alti che non prevedono assicurazioni private sanitarie. Si noti che l'imposta Medicare è completamente sostenuta dal lavoratore, senza alcuna partecipazione del datore di lavoro.

La stipula di assicurazioni private aggiuntive (riguardante nel 2001 il 45% della popolazione) è incentivata dal Governo, soprattutto per la popolazione più giovane ed in buona salute, allo scopo di conservare il mercato delle assicurazioni private e di promuovere il contenimento dei premi attraverso il miglioramento del profilo di rischio.

germania

Stato federale a repubblica parlamentare composto da 16 Länder.
Il Governo esercita sia poteri esclusivi che concorrenti con i Länder, che possiedono un potere legislativo generale e residuale in materia sanitaria e sono responsabili dell'amministrazione.
La Costituzione prevede che il Governo ed i Länder legiferino in maniera concorrente (alternativa) in tema di assistenza sanitaria.
Il Governo esercita la sua competenza legislativa quando c'è la necessità di tutelare l'unità giuridica ed economica dello Stato e di garantire "condizioni paragonabili".
Le responsabilità in tema di assistenza sanitaria sono divise fra tre diversi livelli: federale (Bund), statale (Länder) e locale (Gemeinden).
Il Governo federale non ha alcun ruolo né per ciò che riguarda il finanziamento né per ciò che riguarda l'erogazione dell'assistenza ma è responsabile della struttura legislativa (il Bundersrat approva le leggi su tale materia la cui stesura compete al governo), della politica generale e della giurisdizione delle assicurazioni sanitarie (controllo sul sistema assicurativo sanitario).

I Länder approvano la legislazione federale, attraverso la loro rappresentanza nella Camera Alta e controllano che le leggi federali siano applicate; legiferano su alcuni settori, quali questioni relative alle professioni mediche (regolazione degli standard della formazione universitaria e dell'iscrizione alle facoltà di medicina), alla salute ed alla prevenzione; monitorano le mutue sanitarie e le associazioni dei medici regionali e locali. Compete loro anche la pianificazione ed il finanziamento degli ospedali di proprietà dei singoli Länder; decidono, inoltre, quali sono le prestazioni di igiene pubblica da erogare. I Governi locali sono responsabili dei servizi sanitari pubblici, della gestione e, parzialmente, degli investimenti negli ospedali locali. I Länder finanziano la spesa per gli investimenti in tutti gli ospedali che siano inclusi nel piano sanitario del land.

Caratteristiche del sistema sanitario tedesco

Il Governo regolamenta il sistema di assicurazione sanitaria sociale attraverso il *Codice Sozialgesetzbuch*, soggetto a periodici aggiornamenti, disciplinando l'iscrizione alle mutue, le prestazioni che queste devono garantire, la loro organizzazione, i meccanismi di finanziamento.

La legge prevede che l'assistenza sanitaria sia strettamente correlata ai principi di universalità, accessibilità, trasferibilità e globalità.

È forte in Germania il concetto di solidarietà e di uniformità tra i vari Länder, che implica che tutti i cittadini debbano poter usufruire dell'assistenza sanitaria in modo uniforme.

Il sistema sanitario tedesco si fonda su un modello di tipo mutualistico-assicurativo, basato sui principi di solidarietà, di decentramento e di finanziamento attraverso contributi obbligatori e caratterizzato dalla distribuzione delle responsabilità tra Governo federale, Länder e istituzioni corporative (rappresentative dei professionisti, degli erogatori e degli assicuratori).

Tutti coloro che hanno un reddito inferiore ad un livello prestabilito sono obbligati ad iscriversi al sistema assicurativo pubblico. Al di sopra della soglia di reddito, la popolazione può optare per l'assicurazione privata. È pre-

visto un ulteriore schema assicurativo per i lavoratori autonomi, che in precedenza non siano stati dipendenti, e per i dipendenti pubblici di ruolo attivi o in pensione.

Sono 52 le assicurazioni private presenti sul territorio che coprono circa 7 milioni di abitanti; sono, invece, circa 400 le mutue statutarie. Le mutue ed i medici sono obbligati a costituirsi in associazioni (istituzioni corporative). Le associazioni di mutue sono presenti sia a livello di land che a livello nazionale.

L'88% della popolazione è coperta dal sistema assicurativo obbligatorio, il 9% da assicurazioni private, il 2% da altri schemi assicurativi, lo 0,2% non è assicurato; i familiari a carico hanno copertura totale.

La maggior parte dei lavoratori è libera di scegliere a quale mutua iscriversi.

Nonostante la disciplina dell'assistenza sanitaria sia contenuta nel Codice, le tipologie di assistenza garantite sono definite per lo più genericamente, come:

- prevenzione,
- screening,
- terapie (assistenza ambulatoriale, odontoiatrica, farmaceutica, dentisti, dispositivi medici, assistenza ospedaliera, nursing home, riabilitazione),
- trasporti.

In realtà il Codice è più dettagliato per le aree della prevenzione e degli screening, meno per le altre.

La specificazione del contenuto delle garanzie enunciate nel Codice avviene attraverso un sistema di negoziazione tra le istituzioni corporative professionali e degli assicuratori e tra queste ultime e gli ospedali (non rappresentati in istituzioni corporative). Tuttavia, una legge del 1989 standardizza i servizi offerti dalle varie mutue.

Per l'assistenza ambulatoriale le principali sedi di questa negoziazione sono a livello nazionale:

- la Commissione Federale dei Medici e dei Fondi malattia (*Bundesausschuss*), le cui competenze sono andate estendendosi nel tempo, dalla elaborazione di linee guida volte a orientare i comportamenti dei medici in materia di prescrizioni farmaceutiche, di ausili medici, di trattamenti non medici, di linee guida di base per la pianificazione della distribuzione dei medici in relazione ai bisogni a livello di Länder, al technology assessment riguardo alle prestazioni ambulatoriali garantite, ad una lista positiva delle prestazioni erogabili dai non medici, alle linee guida per la definizione delle prestazioni riabilitative da garantire.
  La Commissione federale è articolata in numerose sottocommissioni, una delle quali si occupa della valutazione di efficacia delle nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche da includere nella copertura obbligatoria e della rivalutazione di quelle già incluse.
- la Commissione di valutazione (*Bewertungsausschuss*) negozia la Scala uniforme dei valori che si pone come base per stabilire le tariffe per l'assistenza ambulatoriale, riguardanti le procedure già incluse nella copertura e quelle nuove. Ha altresì il compito di descrivere le tecnologie rimborsabili e le relative indicazioni d'uso. La scala uniforme viene anche utilizzata per correggere casi di sotto utilizzo o sovra utilizzo di servizi, attraverso il bilanciamento dei relativi valori.

Per l'assistenza ospedaliera, non essendovi istituzioni corporative, la negoziazione avviene tra fondi e singoli ospedali. Solo dal 2000 sono state previste:

- una Commissione per l'assistenza ospedaliera, cui partecipano rappresentanti degli ospedali e dei fondi, con compiti di manutenzione e aggiornamento della lista delle prestazioni (casi-procedure);
- una Commissione di coordinamento tra quest'ultima e la Commissione Federale per l'assistenza ambulatoriale, incaricata di identificare le aree di sovra e sotto utilizzo e di approvare linee guida cliniche.

La responsabilità di vigilare sulle mutue, sugli erogatori e sulle associazioni e l'arbitrato su eventuali controversie sono delegati alla "Concertazione in assistenza sanitaria" e alla "Commissione federale permanente medici e mutue".

A giugno del 2003 è iniziata la discussione presso il Governo tedesco di una proposta complessiva di riforma sanitaria che prevede cambiamenti nel sistema di contribuzione dei lavoratori, nel rapporto con le associazioni professionali dei medici nonché nell'assetto dei fondi di previdenza. Il nuovo ordinamento, che - se approvato - dovrebbe andare in vigore a partire dal gennaio 2004, prevede di incidere, inoltre, sul mercato farmaceutico introducendo un ticket del 10%, con un minimo di 5 e un massimo di 10 Euro, su tutte le singole prescrizioni, mentre 10 Euro al giorno saranno a carico del paziente anche nel caso di ricoveri ospedalieri, fino ad un massimo di 28 giorni l'anno.

Sistema di erogazione

Il sistema di erogazione è caratterizzato dalla netta separazione tra i servizi di salute pubblica erogati dal sistema pubblico, l'assistenza sanitaria primaria e ambulatoriale specialistica fornita attraverso gli studi medici e l'assistenza ospedaliera, tradizionalmente limitata ai ricoveri.

Tutta l'assistenza ambulatoriale, sia primaria che specialistica, è stata organizzata sugli ambulatori medici. La

maggioranza dei medici esercita singolarmente, solo il 25% in gruppo. Essi offrono quasi tutte le specialità e possono accogliere sia i pazienti assicurati che privati.

I cittadini sono liberi di scegliere i medici a cui richiedere le prestazioni, sia tra i medici di base che tra gli specialisti. Il medico di famiglia non può essere cambiato durante il trimestre corrispondente al periodo per il quale il medico viene rimborsato.

Gli ospedali tradizionalmente erogano assistenza esclusivamente in regime di ricovero, solo quelli universitari possono erogare assistenza ambulatoriale. Recentemente è stata prevista la negoziazione con le mutue per alcuni trattamenti specialistici in regime ambulatoriale (per es. chemioterapia) e per la day-surgery.

La rete ospedaliera consta di circa 2260 ospedali con circa 572.000 posti letto (7,1 posti letto per acuti per 1000 abitanti nel 1997), con tendenza alla diminuzione, per la maggioranza pubblici o privati no profit. Inoltre vi sono circa 1400 istituzioni di ricovero, che erogano servizi preventivi o riabilitativi, per la maggioranza privati for profit.

È prevista una partecipazione al costo da parte del cittadino per l'assistenza farmaceutica.

Nel 2002 questa era variabile da 4 a 5 Euro a confezione in relazione alla dimensione; per l'assistenza ospedaliera (in acuzie e riabilitazione) a 9 Euro al giorno per i primi 14 giorni/per anno; per ogni trasporto in ambulanza a 13 Euro; per i trattamenti non medici al 15% della tariffa; per le cure dentistiche e protesiche dal 35 al 50%. Alcune categorie (a basso reddito, malati cronici) godono di riduzioni della partecipazione al costo, sotto forma di tetti massimi di spesa o di esenzioni per tipologie di trattamenti/servizi. In casi di eccezionali esborsi per partecipazione al costo è ammessa la deducibilità degli oneri.

Sistema di finanziamento

In Germania la copertura della spesa sanitaria ha come perno un sistema di carattere prevalentemente solidaristico. Alla base del circuito assicurativo-finanziario si pone la protezione sociale (*Sozialversicherung*) che copre l'86,9% della popolazione; un ulteriore 2,4% (prevalentemente dipendenti pubblici) fruisce di una copertura di natura comunque statale o parastatale. Nel 2000 operavano circa 400 fondi malattie e per equalizzare la differenza nei contributi raccolti e nelle spese dei diversi fondi è previsto uno schema di compensazione.

I contributi versati alle mutue statutarie sono suddivisi tra datore di lavoro e lavoratore e commisurati al reddito da lavoro; il valore medio dei contributi nel 2002 era pari a circa il 7% del reddito imponibile sotto la soglia (14% in totale).

I dati del Federal Statistical Office mostrano che nel 1998 il 66,4% del finanziamento del servizio sanitario derivava dalle assicurazioni obbligatorie, l'11% dalla partecipazione alla spesa dei cittadini, il 7,7% dalle assicurazioni private, il 4,1% dai datori di lavoro e l'8,4% da bilanci pubblici.

svizzera

Stato federale organizzato su tre livelli istituzionali: la Confederazione, i Cantoni (26) e i Comuni (2900), fondato sui principi del federalismo e del liberalismo.
La Costituzione federale stabilisce una elevata autonomia per i Cantoni, le cui competenze sono definite in forma residuale e, nei limiti previsti da ciascun Cantone, per i Comuni.
Ogni Cantone ha una sua Costituzione ed una legislazione propria, con competenza generale in materia sanitaria. La popolazione cantonale può richiedere referendum ed organizzare petizioni popolari, alcuni Cantoni ammettono sia petizioni per la promulgazione o la modifica di leggi, sia referendum per l'approvazione di decisioni di spesa adottate dal parlamento.
Petizioni per il cambiamento della Costituzione Federale possono essere formulate dalla popolazione (quorum di 10.000 firme in 18 mesi) dai Cantoni e dai membri del Parlamento (cosiddette petizioni di Stato). Ogni emendamento della Costituzione deve essere sottoposto al voto della popolazione.
Ai tre livelli di governo sono assegnate responsabilità e capacità fiscali e finanziarie proprie.
Il governo centrale non interviene per limitare il normale svolgersi delle dinamiche di mercato se non nei casi in cui sia chiaro che l'interesse comune non possa essere sufficientemente perseguito.
La Confederazione (che svolge le funzioni di governo centrale) è responsabile delle politiche di difesa, della previdenza sociale, agricole, dei trasporti pubblici, delle relazioni con l'estero e di parte della politica sanitaria.

La Costituzione Federale elenca compiutamente le responsabilità del governo federale che, per quanto riguarda la materia sanitaria, riguardano principalmente:

- eradicazione delle malattie trasmissibili o molto diffuse o virulente dell'uomo e degli animali
- promozione ed esercizio dello sport
- previdenza sociale
- disciplina delle professioni mediche
- promozione della scienza, della ricerca e dell'educazione universitaria post-secondaria
- ingegneria genetica, medicina riproduttiva, trapian-

ti e ricerca medica
- statistica sanitaria
- protezione dei lavoratori
- protezione dell'ambiente
- relazioni internazionali.

I Cantoni si occupano di una parte prevalente della sanità e dell'istruzione secondaria e superiore. Ai Comuni spetta principalmente la gestione dell'istruzione primaria e dell'assistenza agli anziani. A tutte queste responsabilità corrisponde generalmente, per ogni livello di governo, una capacità legislativa propria.

Caratteristiche del sistema sanitario svizzero

La Svizzera non dispone di un Servizio sanitario nazionale, né di un sistema assicurativo simile a quello tedesco.

La descrizione del quadro generale della sanità svizzera risulta particolarmente complessa, sia per la eterogeneità dei sistemi cantonali, sia per la forte componente privata nella gestione e nel finanziamento dei servizi sanitari.

Il primo riferimento storico normativo può essere fatto risalire alla Costituzione del 1848. Il Governo centrale non aveva alcun potere legislativo in materia e tutta l'attività relativa alla politica sanitaria era demandata ai singoli Cantoni. Nel 1911 venne promulgata una legge confederale che pose le basi del sistema sanitario svizzero, la legge sull'assicurazione malattia e gli infortuni (Lami). Con essa è stato istituito un sistema di assicurazione privata volontaria (lasciando ai Cantoni la facoltà di imporre l'obbligatorietà) con premi indipendenti dal reddito, prevedendo una forma di sussidio da parte della Confederazione alle assicurazioni private (chiamate casse malati) in modo da agevolare lo sviluppo del sistema. La Lami ha lasciato ampio spazio al mercato e notevole autonomia ai Cantoni. Essi infatti, possono incidere su di un impianto base, che non prevede forme di sostegno alle categorie meno abbienti, introducendo forme di cofinanziamento dei premi per gli assicurati con bassi redditi.

I Cantoni possono altresì organizzare e gestire l'offerta di servizi sanitari, accreditare e sovvenzionare ospedali privati, nonché accordarsi con le assicurazioni per la fissazione del tipo e dei costi delle prestazioni erogate.

La Lami ha introdotto una disciplina coerente con uno Stato ad alta vocazione federalista, che di fatto ha prodotto un'ampia divaricazione nei modelli di politica sanitaria adottati dai Cantoni e forti disparità tra cittadini di località diverse e, all'interno di uno stesso Cantone, tra cittadini appartenenti a classi di reddito diverse.

In seguito ad un ampio e lungo dibattito a livello confederale e sotto la spinta dell'evoluzione dell'economia e della tecnologia (con l'aumento esponenziale dei costi), si è giunti in Svizzera ad una riforma (approvata anche tramite un referendum popolare) che in qualche modo ha cercato di rendere più omogeneo il trattamento dei cittadini della Confederazione ed il loro accesso alla salute ed allo stesso tempo di ridurre i costi del sistema.

La riforma approvata nel 1994, entrata in vigore nel 1996, è stata attuata tramite la legge federale sull'assicurazione malattia (Lamal), e si basa su tre principi ispiratori:
- aumento dell'equità, attraverso l'introduzione di un "contratto standard" - che garantisce un pacchetto di benefici minimi - che i cittadini di tutti i Cantoni sono obbligati a stipulare (diritti e obbligatorietà dell'assicurazione);
- contenimento dei costi, attribuendo alla Confederazione la capacità di verificare le modalità di gestione, fornitura e tariffazione dei servizi sanitari (definizione e regolazione delle tariffe mediante la negoziazione tra fornitori, assicurazioni, Confederazione);
- miglioramento dell'efficienza dei mercati tramite politiche di sostegno alla concorrenza (libertà di scelta del fornitore di prestazioni).

La Lamal ha comportato, dal punto di vista istituzionale, una diminuzione dell'autonomia in materia sanitaria da parte dei Cantoni e dei Comuni. Con essa il livello centrale si assume maggiori responsabilità politiche (principalmente nella verifica dell'erogazione dei servizi e nella regolamentazione delle tariffe), senza però aumentare i suoi impegni finanziari. La legge, infatti, obbliga i Cantoni a pianificare i servizi ospedalieri e a limitare il numero di erogatori da rimborsare. Definisce anche le condizioni generali che tutti i servizi devono soddisfare per accedere ai rimborsi.

Ciò ha rappresentato un motivo di aspri dibattiti tra i vari livelli istituzionali, rendendo necessari ulteriori aggiustamenti della riforma.

Sistema di erogazione

L'assistenza ambulatoriale viene fornita da medici indipendenti, i cittadini sono liberi di scegliere qualsiasi medico. La legge del '96 ha introdotto la possibilità di sperimentare modelli di "managed care" per cui le persone possono stipulare polizze assicurative che prevedono un numero limitato di fornitori (similmente a quanto avviene negli Stati Uniti con le Hmo), con premi ridotti; tuttavia tale pratica non sembra abbia trovato ampia diffusione.

L'assistenza ospedaliera è erogata da ospedali pubblici e privati. Gli ospedali pubblici possono essere gestiti dai

Cantoni presso i quali si trovano, dai Comuni o da associazioni di questi o da fondazioni indipendenti.

L'assistenza farmaceutica è regolata a due livelli: quello intercantonale (*Intercantonal Office for the Control of Medicines*) che ha competenza in materia di registrazione e regolazione generale e quello federale (*Federal Office for Social Insurance*) cui compete la redazione della lista dei farmaci ammessi al rimborso ed il relativo prezzo massimo.

Le compagnie autorizzate ad offrire l'assicurazione obbligatoria non possono selezionare gli iscritti, ma possono offrire polizze supplementari integrative. Dal 1996 in poi si è assistito ad una concentrazione delle compagnie che si sono inoltre, associate a livello cantonale ed intercantonale per la negoziazione delle tariffe per gli erogatori.

Sistema di finanziamento

Anche dal punto di vista finanziario i tre livelli di governo dispongono di risorse proprie derivanti dal prelievo fiscale e conseguentemente hanno una diversa capacità di spesa relativa alle competenze loro attribuite.

La Svizzera, pur essendo uno Stato di piccole dimensioni (la popolazione totale è di circa 7 milioni di abitanti), si caratterizza per una forte decentralizzazione delle competenze e della fiscalità.

I 26 Cantoni, che hanno una popolazione al di sotto dei 300 mila abitanti, godono di una forte autonomia. In un tale contesto si riscontrano notevoli differenze nelle economie dei Cantoni e quindi forti disparità nella capacità di spesa pubblica. Per ovviare a tali problemi sono previsti sistemi di perequazione tramite trasferimenti dallo Stato centrale ai Cantoni e tra Cantoni.

Nell'anno 2000 il Governo federale ha impiegato risorse pari al 32,4% della spesa pubblica di tutta la Confederazione elvetica; i Cantoni il 40,4%; i Comuni il 27,3% (fonte: *Amministrazione Federale delle Finanze*). Questi dati evidenziano che i tre livelli disponevano dei fondi pubblici in proporzioni simili.

Nello stesso anno il sistema sanitario svizzero era finanziato dal settore pubblico per una quota del 25,6%, così distribuita tra i tre livelli istituzionali: i Cantoni ne hanno in carico il 55,9%, le municipalità il 33,5%, lo Stato federale il 10,6% (circa il 2,5% della spesa sanitaria complessiva).

Il maggiore finanziamento proviene dai privati tramite i premi pagati alle assicurazioni (poco più del 30%) e tramite i pagamenti diretti (franchigie assicurative o pagamenti personali, per una quota di poco inferiore al 30%); con una quota che eccede il 60% la spesa privata complessiva rappresenta la voce principale della spesa sanitaria totale.

austria

Repubblica federale composta da 9 Länder. Ogni Länder (Stato) è suddiviso in distretti che a loro volta sono suddivisi in comunità locali.
La Costituzione austriaca – intesa come l'insieme delle leggi costituzionali che regolano diversi aspetti dell'organizzazione statale – stabilisce che la responsabilità per quasi tutte le aree del sistema sanitario, tranne alcune eccezioni, è attribuita al Governo federale. Tra le eccezioni c'è la disciplina del settore ospedaliero, per il quale il Governo federale è responsabile solo della legislazione di base e della supervisione, mentre ai Länder spetta la regolamentazione di dettaglio. Il livello federale ha la competenza in materia di legislazione sulle assicurazioni sociali. L'attività di coordinamento, controllo e partecipazione alle politiche sanitarie da parte delle autorità federali avviene attraverso accordi governativi con i Länder. Questo tipo di concertazione "verticale" si è andato sviluppando a partire dagli anni '70 e tra le sue espressioni più rilevanti vi sono l'accordo su finanziamento, pianificazione e controllo degli ospedali (Krazaf) e successivamente l'Accordo tra Governo federale e Länder del 1997 sulla riforma del sistema sanitario e di finanziamento degli ospedali (*in attuazione dell'art.15-a della Costituzione austriaca- B-VG*).

La Costituzione non stabilisce esplicitamente il diritto alla tutela della salute, ma lo Stato federale ha sempre riconosciuto, attraverso la legislazione ordinaria, la cura della salute come finalità generale della sua politica sociale.

Caratteristiche del sistema sanitario austriaco

Il Servizio sanitario si basa su un sistema di assicurazione obbligatoria (*Krankenkasse-KK*), che è parte di un complessivo sistema di previdenza sociale (*Socialversicherung*). Questo include anche l'assicurazione infortuni, i contributi malattia e il piano pensionistico ed è regolato dalla *Allgmein Sozialversicherunggesetz* (Asvg).

Il sistema di previdenza sociale è un'entità distinta dal sistema sanitario e su di esso il Governo federale ha potere legislativo e regolamentare, che viene esercitato tramite delega dai fondi assicurativi, che sono enti autonomi.

La copertura assicurativa è vicina al 100% della popolazione ed il contributo assicurativo è, in linea di massima, diviso a metà tra datore di lavoro e lavoratore. La definizione dell'aliquota contributiva è fissata dalla legge federale, che prevede aliquote diverse a seconda del tipo di fondo e regola anche un meccanismo di perequazione finanziaria.

I cittadini non possono scegliere tra i diversi fondi,

essendo vincolati al fondo corrispondente alla loro occupazione o professione. D'altro canto, i fondi assicurativi, che godono di autonomia amministrativa, non possono selezionare gli assicurati in base al rischio e sono obbligati dalla legge a fornire le prestazioni ed a provvedere alle contrattazioni per l'erogazione dei servizi.

I fondi, complessivamente 27, classificati per gruppi occupazionali e per territorio, sono riuniti in una organizzazione, la "Federation of Austrian Social Security Institutions", che ne tutela gli interessi generali e li rappresenta nelle contrattazioni.

L'iscrizione ad un fondo abilita il cittadino a godere della relativa copertura in termini di servizi o di denaro.

La copertura assicurativa (secondo l'Asvg) che riguarda la maggioranza della popolazione, comprende:

1) le cure primarie, inclusa la fisioterapia, la logoterapia e la psicoterapia;
2) i farmaci ed altri ausili terapeutici;
3) i trattamenti odontoiatrici e le protesi dentarie;
4) le cure ospedaliere;
5) l'assistenza medica domiciliare;
6) la riabilitazione medica;
7) la protezione della salute e la prevenzione;
8) la diagnosi precoce e promozione della salute;
9) le spese di viaggi e di trasporto;
10) gli assegni di malattia e di maternità.

Ciò che è incluso nella copertura è fornito senza limiti, indipendentemente dal reddito personale e dall'entità dei contributi pagati.

I fondi assicurativi hanno un ruolo importante nella pianificazione e nella regolazione del sistema sanitario, intervenendo nella definizione delle liste dei farmaci, degli altri prodotti terapeutici e dei servizi che rientrano nella copertura assicurativa.

Per ogni nuova prestazione/servizio da includere nella copertura obbligatoria, i fondi negoziano con le associazioni professionali (Austrian Medical Association, Austrian Association of Midwives ed altre) le condizioni di accesso, la distribuzione dei fornitori, le percentuali di rimborso e gli standard di qualità.

Sistema di erogazione

Il sistema di erogazione dell'assistenza primaria è caratterizzato principalmente dalla contrattazione tra medici, "imprese individuali", e fondi assicurativi. Un ruolo minore, ma pure significativo, hanno i dipartimenti ambulatoriali ospedalieri e le strutture di tipo ospedaliero (outpatient clinics). Queste, gestite dai fondi assicurativi, effettuano attività diagnostiche e terapeutiche per pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Per evitare squilibri nell'accesso all'assistenza il numero dei medici da contrattualizzare, la loro localizzazione, il tipo di servizi da erogare, la remunerazione sono oggetto di specifici piani regionali (location plan), concordati tra i fondi e le associazioni di categoria.

I cittadini iscritti ad un determinato fondo hanno libera scelta tra i medici (generici o specialisti) a contratto con quel fondo, senza limitazioni geografiche. L'accesso a medici non contrattualizzati comporta il pagamento da parte del cittadino, che può essere rimborsato nei limiti dell'80% della remunerazione negoziata per i medici.

Nel 1997 è stato introdotto un ticket per l'accesso alle cure primarie, pari a 3,63 Euro per ciascun voucher assicurativo, che abilita il possessore all'accesso al medico per tre mesi.

L'assistenza odontoiatrica è assicurata da professionisti contrattualizzati e dalle cliniche dentistiche (outpatient clinics) e include trattamenti conservativi, chirurgici, ortodontici e protesi mobili.

Le protesi fisse sono incluse nella copertura assicurativa solo in casi eccezionali; dal 1999 sono disponibili presso le cliniche dentistiche con una partecipazione alla spesa.

I dipartimenti ospedalieri rappresentano un'importante interfaccia del sistema sanitario, sono accessibili direttamente da parte dei pazienti muniti di voucher e una parte di essi garantisce prestazioni di emergenza, acuzie e post-acuzie, servizi preventivi; alcuni funzionano ad orario continuo.

Dal 2001 è stato previsto un ticket pari a circa 18 Euro (con un limite di circa 72 Euro per anno), in caso di accesso diretto, e pari a circa 11 Euro, in caso di accesso indicato dal medico di fiducia.

L'assistenza farmaceutica è regolata a livello federale ed erogata attraverso farmacie territoriali ed ospedaliere.

La lista dei farmaci è approvata dal Ministro federale (in attuazione del Medicines Act) che determina anche il prezzo dei medicinali (prezzo massimo economicamente giustificabile). La Federazione delle Istituzioni di previdenza sociale approva l'inclusione dei farmaci registrati nella Lista dei farmaci e prodotti terapeutici erogabili. Questa procedura comporta generalmente un ribasso del prezzo massimo essendo la Federazione il maggiore acquirente.

Nel 2001 il ticket sui farmaci era pari a 3,4 Euro per confezione di farmaco incluso nella copertura assicurativa; per altri prodotti terapeutici la partecipazione al costo variava dal 10 al 20% del prezzo, in relazione al fondo assicurativo, entro un tetto di 20,42 Euro.

L'assistenza in regime di ricovero viene erogata prin-

cipalmente da organizzazioni pubbliche e private no profit, assoggettate alla regolamentazione generale che obbliga a curare tutti i pazienti.

Il Federal Hospital Act obbliga ciascun Land ad assicurare le cure ospedaliere nel proprio territorio, cosicché i Länder definiscono la struttura dei servizi di assistenza ospedaliera, sia in termini quantitativi che qualitativi, in accordo con il piano per gli ospedali e gli investimenti tecnologici (Okap/Ggp), e determinano o approvano i relativi budget.

Da circa dieci anni è previsto un co-payment per i ricoveri per non più di 28 giorni all'anno (nel 2000 era pari mediamente a circa 5,09 Euro al giorno).

Forme di co-payment sono state introdotte nel 1996 per i cicli di riabilitazione e le cure termali.

Sono previsti vari tipi di esenzione dalle diverse forme di co-payment, generalmente per anziani, soggetti a basso reddito, o soggetti inclusi in programmi di protezione sociale, ed è prevista la deducibilità dei relativi oneri.

Vi sono alcune differenze nei trattamenti operati dai diversi fondi riguardo alle percentuali di partecipazione alla spesa per le cure primarie ed alla deducibilità delle spese sanitarie.

Di notevole rilevanza sono i programmi di medicina preventiva - gestiti direttamente e indirettamente a livello federale tramite servizi pubblici decentrati - riguardanti:

- la maternità e l'infanzia (mother – child passport) che copre 5 ceck-up in gravidanza e 5 controlli del neonato nel primo anno di vita
- il controllo sanitario per l'età scolastica
- il controllo per gli adulti di età superiore ai 19 anni, che prevede uno screening annuale mirato alla evidenziazione di condizioni di rischio
- le vaccinazioni.

Dal 1997 si è avviata l'attuazione di un consistente pacchetto di riforme con l'obiettivo di rendere finanziariamente sostenibile il sistema senza compromettere l'equità e la solidarietà. La riforma del settore ospedaliero, che viene affrontato sia per i profili strutturali, sia per quelli del finanziamento - con la creazione di appositi fondi - e quella dell'assicurazione di qualità costituiscono un aspetto saliente del pacchetto.

Sistema di finanziamento

I flussi finanziari del sistema sanitario austriaco sono difficili da quantificare in relazione alle caratteristiche della regolazione e della compensazione. In generale, circa il 70% dei finanziamenti deriva dai contributi e dalla tassazione generale, mentre il 30% deriva dai privati.

spagna

Monarchia parlamentare costituita da uno Stato centrale, 17 Comunità autonome, con i relativi governi e parlamenti, 50 province e più di 8000 comuni, comprende inoltre due città del Nord-Africa (Ceuta e Melilla) con uno statuto di autonomia.
Ognuna delle Comunità autonome ha una propria legge di base, lo Statuto di Autonomia; i 17 statuti di autonomia e la Costituzione del 1978 rappresentano il quadro costituzionale della Spagna, nell'ambito del quale sono stabilite le aree di esclusiva responsabilità rispettivamente dello Stato centrale e delle Comunità autonome e quelle ripartite.
Sono previsti due organismi di coordinamento tra Stato centrale e comunità: il Consiglio interterritoriale del Sistema sanitario nazionale, con funzioni consultive, e il Consiglio delle politiche finanziarie e fiscali, nel cui ambito vengono discussi e concordati i cambiamenti nel sistema regionale di allocazione delle risorse sanitarie. Attraverso questi organismi avviene una sorta di negoziazione multilaterale.

La ripartizione delle competenze in materia sanitaria, definita genericamente dalla Costituzione (fissazione delle "basi", coordinamento generale della sanità e legislazione farmaceutica a livello nazionale) ha generato un notevole contenzioso, che ha portato alla prima norma fondamentale concernente l'organizzazione sanitaria rappresentata dalla legge n.14 del 25 aprile 1986, successivamente integrata dal Decreto Legge n.10 del 17 giugno 1996 e dalla legge n.15 del 25 aprile 1997.

La legge sanitaria del 1986 ha previsto sostanzialmente un modello di gestione diretta dei servizi sanitari pubblici, con possibilità di convenzioni con centri privati. Il decreto del 1996 e la legge del 1997 hanno invece autorizzato forme di gestione indiretta degli istituti attraverso la costituzione di enti di carattere pubblico, come consorzi, fondazioni e imprese pubbliche.

Caratteristiche del sistema sanitario spagnolo

I principi generali del Sistema sanitario nazionale, definiti dalla Costituzione e dalla Legge generale del 1986, sono:

- Copertura generale della popolazione e libero accesso alle cure
- Finanziamento pubblico basato prevalentemente sulla fiscalità generale
- Integrazione delle differenti reti di servizi sanitari nella struttura del sistema sanitario nazionale
- Devoluzione politica alle Comunità autonome e organizzazione regionale dei servizi sanitari in aree

e zone sanitarie
- Sviluppo di un nuovo modello di cure primarie, tale da privilegiare l'integrazione a tale livello delle attività di promozione della salute, di prevenzione, e di riabilitazione.

Lo Stato centrale assume la responsabilità di talune aree strategiche quali:
- coordinamento generale e legislazione di base
- finanziamento e regolazione degli aspetti finanziari del sistema previdenziale
- definizione delle prestazioni e dei servizi garantiti dal Servizio sanitario nazionale
- rapporti internazionali
- politica del farmaco
- formazione pre e post laurea
- politica del personale dipendente.

La Legge del 1986, ha consentito a ciascuna Comunità di costituire e gestire un servizio sanitario per la Comunità e anche per gli enti locali minori, che a loro volta possono, previa autorizzazione della Comunità, attivare e gestire servizi sanitari.

Agli inizi del 2002 sette Comunità Autonome avevano ormai competenza piena in materia di programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria pubblica (per il 63 % della popolazione), mentre lo Stato gestiva l'assistenza sanitaria per le altre 10 Comunità (per il 38% della popolazione) attraverso l'Insalud (Istituto Nacional de la Salud, ente pubblico dipendente dal Ministero della sanità).

Il Governo spagnolo ha previsto il completamento del decentramento nel 2002 e la corrispondente trasformazione di Insalud in "Istituto Nacional de Gestion sanitaria" (Real decreto 840/2002), mantenendo la personalità giuridica ma riducendone la dimensione.

Ogni livello di governo elabora un piano sanitario: di area, regionale (di Comunità), statale, attraverso un processo di ampia partecipazione sociale; i piani regionali e statale sono sottoposti ai rispettivi parlamenti. Il primo piano sanitario statale è stato emanato nel 1995 e ha delineato le aree di priorità e i programmi intersettoriali (tra diverse amministrazioni).

Con atto legislativo il governo ha contemporaneamente definito i servizi e le prestazioni che devono essere forniti in tutte le regioni dal Sistema sanitario nazionale e ha fissato i requisiti minimi per le attività sanitarie.

La definizione di ciò che è garantito dal Servizio sanitario nazionale è stata operata con il Decreto n.63/95, con la finalità di completare la carta dei diritti dei cittadini inclusa nella Legge mediante una lista esplicita dei servizi garantiti dal sistema sanitario pubblico in tutto il paese. In altri termini si mantengono i servizi che erano già disponibili precedentemente e si rendono universali quelli che non erano ancora disponibili per tutti, e si regola l'introduzione di nuovi servizi e tecnologie secondo criteri di efficacia, sicurezza, qualità ed efficienza.

I servizi garantiti sono definiti come:
1) cure primarie, che includono la medicina generale e pediatrica ambulatoriale e domiciliare, i programmi per la promozione della salute, per la prevenzione delle malattie e la riabilitazione
2) assistenza farmaceutica
3) servizi "complementari" che includono protesi, prodotti ortopedici, dietetici, ausili.

Sono esplicitamente esclusi:
1) psicoanalisi e ipnosi
2) chirurgia per il cambiamento di sesso
3) trattamenti termali e riposo terapeutico
4) chirurgia plastica non correlata ad incidenti, malattie o malformazioni congenite
5) cure odontoiatriche, con l'eccezione delle estrazioni dentarie e delle attività educative.

L'inclusione delle cure odontoiatriche per i bambini è stata prevista dalla Comunità Basca (dal 1988) e dalla Navarra (1990).

Una lista negativa dei farmaci di non provata efficacia è stata introdotta dal 1993, aggiornata nel 1998 e successivamente abbandonata perché inefficace.

I criteri di esclusione dalla copertura da parte del sistema pubblico sono:
- mancanza di evidenze scientifiche sulla sicurezza e l'efficacia clinica o evidenza che la prestazione è ridondante rispetto ad una già disponibile
- impossibilità di stabilire chiaramente che la prestazione sia efficace nella prevenzione, nel trattamento o nella cura della malattia o che contribuisca significativamente alla conservazione o al miglioramento dell'aspettativa di vita, all'autonomia o all'eliminazione o al sollievo dal dolore e dalla sofferenza;
- classificazione della prestazione come "attività di svago", correlata principalmente al riposo o al comfort, per esempio sport, idroterapia, centri residenziali, terme.

L'inclusione di nuove tecnologie mediche viene valutata per efficienza ed efficacia a livello nazionale dall'Agenzia di Health Technology Assessment (cinque Comunità autonome, tuttavia hanno sviluppato proprie agenzie).

Sistema di erogazione

Nell'ambito di ciascuna Comunità le strutture di base del sistema sanitario sono costituite dalle aree, definite sulla base di standard geografici, socio-economici, fattori

demografici, epidemiologici, sociali (impiego,trasporti, livello dei servizi esistente), con una popolazione che, di regola, non deve essere inferiore a 200.000 o superiore a 250.000 abitanti. Nell'ambito dei suoi confini geografici ogni area, gestita da un team di manager designato dal governo regionale o centrale (a seconda dei poteri devoluti alla Comunità), è responsabile della gestione dei servizi, delle prestazioni e dei programmi dei servizi sanitari, in particolare delle cure primarie, delle cure ambulatoriali specialistiche e delle cure ospedaliere.

Le più piccole unità organizzative del sistema sono le zone, definite in relazione alla densità della popolazione, alle caratteristiche epidemiologiche, alle risorse sanitarie ed ai servizi disponibili, nonché all'accessibilità dei servizi in un tempo massimo standard.

Le zone costituiscono lo scheletro territoriale per l'erogazione delle cure primarie, in quanto in genere sono organizzate intorno ad un singolo centro di cure primarie (Centro de Salud), che costituisce anche il principale centro gestionale in quanto coordina la prevenzione, la promozione e le altre attività sanitarie, incluse quelle di comunità.

Il sistema di erogazione dell'assistenza primaria è stato oggetto di una riforma implementata a partire dal 1984, con l'organizzazione delle Eap (*Equipe de Atencion Primaria- Eap*), team di personale dipendente a tempo pieno, con compiti di promozione della salute, di prevenzione, di assistenza e riabilitazione. I team, costituiti da medici generici, pediatri e infermieri, operano nei centri di cure primarie e sono diretti da un coordinatore medico con responsabilità cliniche e gestionali. Tale tipologia organizzativa nel 2000 aveva quasi completamente sostituito il precedente sistema erogativo (basato sui rapporti individuali, su una remunerazione pro-capite per liste di pazienti e su funzioni solo curative) portando il tempo di attesa per l'accesso alle cure primarie per il 92% dei pazienti a 0-1 giorni (dati riferiti al 1997).

L'assistenza primaria comprende la medicina generale e pediatrica, quella di comunità, alcune cure odontoiatriche (preventive, estrazioni, cure per le donne gravide), ed anche i servizi di emergenza presso i centri di cure primarie e a domicilio.

L'assistenza specialistica è erogata da ospedali pubblici e da una rete di centri ambulatoriali organizzata diversamente nelle varie Comunità.

L'assistenza ospedaliera è fornita da strutture pubbliche e private; i dati del 1995 mostrano una percentuale di posti letto per acuti di 3,1 per 1000 abitanti, tra le più basse in Europa.

In Spagna non ci sono sistemi di partecipazione alla spesa da parte del cittadino per l'assistenza primaria e in regime di ricovero. La popolazione di età inferiore ai 65 anni, che non è affetta da malattie croniche o disabilità permanenti, è tenuta al pagamento del 40% del prezzo dei farmaci prescritti, a parte un pacchetto di farmaci per malattie croniche, per i quali la partecipazione è del 10%, con un tetto di circa 500 Pst aggiornato annualmente.

Sistema di finanziamento

Il sistema di finanziamento del servizio sanitario è stato oggetto di diversi cambiamenti, connessi alla politica di decentramento in materia fiscale e amministrativa complessiva ed ha richiesto un complicato processo di concertazione tra lo Stato ed i Governi autonomi. Con la legge n. 21 del 27 dicembre 2001 è stato individuato un nuovo sistema, in vigore dal 1 gennaio 2002, che regola i poteri impositivi delle Comunità autonome correlandoli all'ampiezza delle competenze trasferite.

francia

Repubblica semipresidenziale con elezione diretta del Presidente della Repubblica, articolata in 22 Regioni.
Gli organi costituzionali tra i quali sono divisi i poteri sono il Presidente, il Primo Ministro ed il Parlamento. La direzione del governo è divisa tra Presidente e Primo Ministro.
Anche se la Costituzione del 1958 sancisce l'indivisibilità dello Stato-nazione e di conseguenza il rifiuto a qualsiasi forma di federalismo, si sta assistendo negli ultimi anni ad un progressivo processo di decentramento.
Dal punto di vista legislativo alcuni territori e dipartimenti d'oltremare (si veda ad esempio la Nuova Caledonia nel 1998) e la Corsica (nel 2002) hanno ottenuto alcuni ambiti di autonomia. Il processo sembra condurre ad una revisione della Costituzione che possa far convivere coerentemente queste spinte autonomiste con i principi generali di indivisibilità dello Stato, di universalità e di eguaglianza tra i cittadini.
Anche dal punto di vista amministrativo lo Stato francese si sta evolvendo attraverso un processo di decentramento. Gli effetti più evidenti di tale fenomeno possono essere riscontrati nella sempre maggiore autonomia amministrativa concessa agli enti locali (anche in ambito sanitario) e ad altre istituzioni pubbliche, come ad esempio le scuole, nell'ambito della recente riforma della scuola.

Caratteristiche del sistema sanitario francese

Il sistema sanitario francese è basato sulla "Sécurité Sociale", sistema di protezione sociale che assicura i cittadini contro diversi rischi, compresi quelli sanitari ed è articolato secondo tre schemi assicurativi principali che coprono circa il 96% della popolazione. Lo schema gene-

rale, la Cassa Nazionale di Associazione Malattia dei lavoratori dipendenti (Cnamts), copre circa l' 84% della popolazione; lo schema degli agricoltori copre il 7%; lo schema dei lavoratori autonomi copre il 5%.

I cittadini non possono scegliere se aderire o meno allo schema assicurativo, né a quale degli schemi aderire, in quanto vengono automaticamente assegnati ad uno schema in relazione al luogo di residenza ed alla professione.

I contributi sono versati in relazione al reddito, in parte dal lavoratore ed in parte dal datore di lavoro; questi garantiscono una copertura totale o parziale delle spese sanitarie.

Nel 2000 l'86% della popolazione francese aveva un'assicurazione volontaria complementare. La qualità delle assicurazioni volontarie è molto diversificata, generalmente migliori sono i contratti delle persone con elevato reddito.

L'organizzazione del sistema sanitario è di tipo centralista, con attribuzione al livello centrale dei più ampi poteri programmatori e regolatori, ed è articolata su base regionale e dipartimentale. Dal 1996, accanto agli uffici regionali per la sanità (Drass), sono state create le Agenzie regionali per l'assistenza ospedaliera (Arh), a composizione mista Stato-assicurazioni.

Esse hanno il compito di applicare le politiche ospedaliere elaborate dal Governo definendo le politiche regionali dell'offerta ospedaliera, mediante gli schemi regionali di organizzazione sanitaria (Sros) e le carte sanitarie; di analizzare e coordinare l'attività delle strutture pubbliche e private; di determinare le relative risorse attraverso un sistema di budget contrattato.

L'assicurazione sanitaria obbligatoria copre con diverse modalità i servizi sanitari. Generalmente le prestazioni sono pagate dai pazienti al momento della fruizione e successivamente rimborsate, eccetto che per la quota di partecipazione alla spesa.

I servizi ambulatoriali ed ospedalieri privati, remunerati a prestazione, sono coperti se prescritti o forniti da medici, dentisti, ostetriche o altri professionisti e strutture, registrati dal sistema assicurativo.

Inoltre essi devono essere inclusi in una delle due liste positive approvate dal Ministero della salute relative, rispettivamente, alle procedure/prestazioni ed ai farmaci e presidi medici. Le procedure/prestazioni, i farmaci ed i presidi medici sono inclusi nelle liste positive sulla base della loro efficacia clinica. La valutazione delle procedure/prestazioni è effettuata dall'Agenzia Nazionale per l'accreditamento e la valutazione delle cure sanitarie (Anaes) e la loro inclusione nella lista positiva è stabilita mediante un accordo tra gli schemi assicurativi e le professioni (rappresentate nell'ambito della Commissione permanente sul tariffario ufficiale delle procedure professionali).

Il tariffario nazionale stabilisce l'onorario dei medici a seconda della prestazione ed il relativo rimborso garantito dalle assicurazioni (sociali o private). I medici generici e gli specialisti che vi aderiscono hanno dei benefici pensionistici e assicurativi. Coloro che, in relazione al principio della médecine libéral, applicano autonomamente le tariffe, non usufruiscono di questi benefici.

La valutazione dei farmaci e dei dispositivi è effettuata da una Commissione sulla trasparenza, che supporta la Commissione economica per i prodotti medici.

La copertura assicurativa riguarda tutti i servizi diagnostici e terapeutici erogati nell'ambito degli ospedali pubblici, dove, tuttavia, alcune procedure, come la chirurgia estetica, non possono essere eseguite.

Sistema di erogazione

Il sistema di erogazione è caratterizzato dalla presenza di soggetti sia pubblici che privati; principalmente pubblica è l'assistenza ospedaliera, privata è quella extra-ospedaliera.

In Francia è valido il principio della médecine libéral. I pazienti hanno la libera scelta dell'erogatore, possono rivolgersi ad un medico generico o ad uno specialista, senza alcuna richiesta specifica, senza limiti al numero di visite e possono accedere liberamente al ricovero nell'ospedale pubblico o privato di loro scelta.

Le barriere a tale libera scelta sono rappresentate dalla onerosità della partecipazione alla spesa o dalla indisponibilità di offerta nelle aree periferiche e rurali del paese.

L'assistenza ambulatoriale è assicurata prevalentemente da medici, dentisti ed altri professionisti che esercitano privatamente.

Circa il 38% dei medici generici lavora in gruppi, il 10% dei medici ha aderito ad uno schema tipo "gate keeping" introdotto nel 1987, che comporta la stabilizzazione della scelta del medico (medico di riferimento) da parte del paziente. In tal caso non è dovuto il pagamento del ticket per le visite mediche, normalmente pari al 30% dell'onorario.

L'assistenza specialistica diagnostica è assicurata da specialisti che operano privatamente e dai dipartimenti ospedalieri per esterni. Per i test di laboratorio il ticket è pari a circa il 40% della tariffa.

Anche per i farmaci è prevista una partecipazione al costo, che raggiunge un massimo del 65% per i farmaci di valore terapeutico discutibile.

Sono esentati dalla partecipazione i cittadini affetti da

patologie importanti quali: diabete, cancro, ed altre.

L'assistenza ospedaliera è assicurata attraverso ospedali pubblici, privati no profit e privati.

È prevista una partecipazione alla spesa per i ricoveri ospedalieri non correlati alla maternità, per la sistemazione alberghiera e per eventuali altri comfort (stanze singole).

È previsto, inoltre, il pagamento delle differenze di costo rispetto alle tariffe ufficiali di rimborso delle protesi e delle lenti, il pagamento delle procedure e dei farmaci ottenuti senza prescrizione medica o non incluse nelle liste positive.

In generale, il co-payment deriva, per una parte, da decisioni esplicite sulla ripartizione dei costi delle prestazioni e, per l'altra, da decisioni implicite relative al mancato inserimento di prestazioni nelle liste positive rimborsabili.

Tutte le forme di co-payment possono essere coperte con le assicurazioni volontarie, anche se il livello dei rimborsi varia tra le diverse polizze.

Sistema di finanziamento

Il finanziamento si basa principalmente sui contributi assicurativi, stabiliti in percentuale sul reddito annualmente a livello parlamentare, nonché sulla tassazione finalizzata, effettuata a livello nazionale secondo percentuali stabilite anch'esse annualmente a livello parlamentare.

Non è prevista tassazione locale per finanziare servizi sanitari, mentre con essa le autorità locali finanziano servizi non sanitari per la popolazione anziana ed i disabili.

Vi sono sistemi di compensazione del rischio tra i diversi schemi assicurativi obbligatori, che prendono in considerazione le differenze demografiche della popolazione iscritta e il bilancio tra contributi riscossi e spese sostenute.

regno unito

Il Regno Unito è una monarchia costituzionale composta da quattro paesi: Inghilterra (divisa in contee, con l'area grande di Londra che gode di particolare autonomia), Galles (divisa in contee), Scozia (divisa in regioni) ed Irlanda del Nord (divisa in distretti).
L'organo legislativo statale è il parlamento, composto da due camere.
Il Galles e la Scozia hanno delle Assemblee legislative (istituite nel 1997) con potestà legislative esclusive in materie definite come la sanità, l'educazione, i trasporti, il governo locale, l'ambiente ed altre.
In Irlanda del Nord l'Assemblea, creata nel 1999, è stata sospesa nel 2002 per essere definitivamente destituita nell'aprile del 2003.
Il grado di autonomia e il tipo di organizzazione dei tre paesi in questione varia in base agli esiti delle contrattazioni che i singoli paesi hanno svolto con lo Stato centrale.
In tutti i paesi la sanità è principalmente finanziata attraverso la tassazione nazionale.
Il Servizio sanitario inglese (Nhs), istituito con il *Nhs Act* nel 1946 è stato oggetto di diverse riforme, la più recente del governo Blair, oggi in corso di implementazione.

Aspetto saliente dell'ultima riforma (Libro bianco del 1997, Health Act del 1999) è la riorganizzazione dell'intero sistema secondo il principio della sussidiarietà, attraverso una modifica progressiva, dei ruoli dei diversi soggetti coinvolti nella pianificazione, nel controllo, nella committenza, nell'acquisto e nella fornitura dei servizi.

Il livello centrale (Department of Health-Doh) è responsabile del management di tutto il sistema sanitario, dello sviluppo delle politiche sanitarie e della gestione dell'innovazione del Nhs, della regolazione e dell'attività ispettiva (attraverso la Commission for Health Improvement); ha quattro Direzioni regionali per l'assistenza sanitaria e sociale, responsabili del monitoraggio delle performance delle nuove Health Authorities.

Le nuove autorità sanitarie locali (Strategic Health Authorities- Stha) sono responsabili dello sviluppo delle strategie per i servizi sanitari locali, gestiscono l'Nhs localmente e garantiscono che le priorità nazionali siano integrate nella pianificazione locale.

Caratteristiche del sistema sanitario

Il Servizio sanitario inglese risulta oggi profondamente modificato rispetto al modello originario, a seguito delle riforme introdotte nel corso del tempo, che hanno investito diversi aspetti del sistema.

Per delineare le caratteristiche attuali del sistema sanitario inglese, occorre focalizzare alcuni aspetti essenziali di tali riforme.

La riforma del 1990 era caratterizzata da una separazione netta tra ruolo di determinazione dei bisogni sanitari della popolazione e controllo del loro soddisfacimento, da un lato, e ruolo di produzione delle prestazioni, dall'altro, nonché dal principio della contrattazione tra acquirenti e produttori. L'organizzazione era basata su Uffici regionali governativi, su autorità sanitarie locali

(Ha), con il compito di gestire la rete dei servizi, su medici generici, in parte dotati di poteri di acquisto dei servizi per i loro pazienti (fundholder), e Trust (Nhs Trust), aziende ospedaliere dotate di autonomia gestionale.

Il Libro Bianco del dicembre 1997 ha abbandonato il sistema dei cosiddetti "mercati interni" per introdurre un sistema denominato "integrated care". Per superare la frammentazione che caratterizzava il sistema precedente, il Libro Bianco ha imposto a tutti gli agenti del sistema di lavorare congiuntamente a livello locale, aderendo ad un programma comune.

Con l'ultimo piano (Nhs plan) del luglio 2000 il governo traccia il cammino della riforma integrando le nuove priorità con i principi fondanti del Nhs, che possono essere così sintetizzati:

- universalità di accesso basata sui bisogni clinici e non sulla disponibilità economica
- globalità dei servizi offerti
- dimensionamento dei servizi sui bisogni e sulle preferenze della persona
- capacità di soddisfare i bisogni delle diverse popolazioni ai differenti livelli di organizzazione
- miglioramento continuo della qualità
- finanziamento pubblico basato principalmente sulla fiscalità generale.

La definizione degli standard nazionali prevede tre principali filoni di attività:

- servizi assistenziali per particolari condizioni e malattie, nell'ambito del National Service Framework (Nsfs),
- standard clinici, affidati al National Institute for Clinical Excellence (Nice), che ha il compito di indicare i trattamenti e le procedure migliori e più efficaci,
- obiettivi nazionali quali: la riduzione dei tempi d'attesa, il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle condizioni dei pazienti ricoverati, nuovi servizi volti a sostenere il mantenimento dell'autonomia personale, e il miglioramento dell'efficienza.

Le norme non definiscono esplicitamente i servizi che l'Nhs deve garantire, imponendo un certo numero di responsabilità al livello centrale in relazione alla disponibilità degli ospedali e dei servizi di salute pubblica, ma lasciando ampia discrezionalità circa il range dei servizi da offrire. L'ampiezza di questo potere di definizione del contenuto delle garanzie anima da diversi anni nel Regno Unito il dibattito sul razionamento.

Un primo tentativo di specificare meglio i diritti dei pazienti può essere fatto risalire alla carta dei pazienti del 1991, rivista successivamente nel 1998 (*New Nhs Charter: A different Approach*), che tuttavia non ha avuto seguito.

Un'iniziativa senza dubbio importante è stata attivata in tema di liste d'attesa, rispetto alle quali il Governo nel 1997 si impegnò specificamente a che nessuno dovesse attendere più di 18 mesi per un ricovero e che il numero di persone in attesa fosse ridotto di 100.000 unità rispetto a quello registrato il 1 maggio 1997.

Il Nice emana regole per i policy-maker locali circa i servizi di provata efficacia la cui adozione è raccomandata dal Nhs.

In presenza di limitate risorse, si è assistito allo sviluppo di un vivace dibattito e di diversi approcci in ordine alla selezione delle priorità da parte delle Autorità sanitarie, tuttavia secondo uno studio condotto dalle stesse è risultato che l'esclusione completa di servizi è stata rara, generalmente confinata a trattamenti quali la chirurgia estetica e l'omeopatia, evitando controversie.

Sistema di erogazione

Nel corso del 2002 le 95 Autorità sanitarie locali inglesi hanno cessato di esistere per essere rimpiazzate da 28 Autorità strategiche (Stha) con un più ampio territorio di riferimento.

In particolare, il ruolo delle Autorità strategiche è quello di gestire complessivamente il Servizio sanitario nazionale a livello locale per conto del Dipartimento della salute assolvendo ad alcune funzioni cruciali quali:

- creare un contesto operativo coerente rispetto alle strategie generali
- stipulare accordi sulla performance e sulla gestione dei servizi sanitari
- costruire la capacità di miglioramento delle performance
- supportare i Primary Care Trust (Pct) e i Trust nell'erogazione dei servizi previsti dal Piano nazionale a livello locale.

La responsabilità dell'acquisto dei servizi sanitari è passata dalle Autorità Sanitarie (HA) ai Pct in Inghilterra (Local Health Group –Lhg- nel Galles). Si prevede che entro il 2004 i Pct e gli Lhg saranno i principali acquirenti dei servizi sanitari assistenziali.

La maggior parte dei Pct copre una popolazione che va da 50.000 a 250.000 persone; essi rappresentano l'essenza del Servizio sanitario nazionale, in Inghilterra sono attualmente 303, ognuno diversamente allocato nel territorio con l'obiettivo di fornire servizi di assistenza sanitaria e sociale.

Ogni Pct è responsabile della determinazione dei servizi sanitari necessari alla popolazione, nell'assicurare adeguata distribuzione dei medici di base e che i servizi dei

medici generici siano accessibili e convenienti. Inoltre i Pct devono assicurarsi che vi sia una fornitura appropriata di altri servizi quali: ospedali, dentisti, oculisti, servizi sanitari mentali, trasporto pazienti (ivi inclusi incidenti ed emergenze), screening popolazione, farmacie, ecc.

I Pct hanno anche il compito di promuovere il miglioramento della salute della popolazione mediante appositi programmi locali e di garantire che tutte le organizzazioni del Nhs cooperino con le altre autorità locali.

Le cure primarie sono prevalentemente erogate da medici generici e da team multiprofessionali che operano in centri sanitari. Quasi la totalità dei medici opera in gruppi, formati prevalentemente da 4 o più medici. Il cittadino può scegliere di iscriversi presso uno dei medici della sua area.

Gli Nhs Walk-in centers, sono strutture diurne con funzioni prevalentemente informative e consultoriali, in grado di assicurare trattamenti per patologie minori.

L'assistenza specialistica viene fornita principalmente dagli ospedali di comunità o generali, solo in parte a livello di centri di cure primarie. L'accesso all'assistenza specialistica al di fuori dei casi di emergenza avviene su richiesta del medico generico che, nella maggioranza dei casi, invia il paziente all'ospedale locale secondo gli accordi stipulati dal Pct/Lhg con l'ospedale stesso.

L'assistenza ospedaliera e specialistica sono garantite dagli Nhs Trust (circa 200 ospedali per acuti generali), dagli ospedali di comunità (circa 400) e da ospedali altamente specializzati. Nel settore privato operano circa 230 ospedali, gestiti prevalentemente da cinque gruppi societari.

I dati nazionali mostrano una percentuale di 3 posti letto per acuti (generali, inclusa la geriatria e la maternità) per 1000 abitanti nel 1998 con una durata media della degenza di 7 giorni ed un tasso di ospedalizzazione di 150x1000 abitanti.

La compartecipazione dei pazienti interessa la prescrizione di farmaci, i servizi oftalmologici e dentistici; per i farmaci dall'Aprile 2002 è di 6.20 sterline a prescrizione in Inghilterra e di 6.00 sterline in Scozia. Tuttavia, vi sono eccezioni per i seguenti gruppi:

- soggetti sotto i 16 anni e giovani sotto i 19 anni che stanno studiando a tempo pieno (Inghilterra) o giovani sotto i 25 (Galles) e persone sopra i 60
- persone che godono di certi benefici di sicurezza sociale
- invalidi di guerra, per le prescrizioni relative le disabilità da guerra
- donne in gravidanza e donne che hanno avuto un figlio nell'anno precedente
- persone non autosufficienti
- alcuni tipi di malati
- ricoverati.

Circa l'85% delle prescrizioni non sono oggetto di co-payment. Inoltre le persone che frequentemente hanno bisogno di prescrizioni possono fare domanda per un certificato di prepagamento che costa 31.90 sterline per 4 mesi oppure 87.50 sterline per un anno.

Per i servizi oftalmologici il co-payment varia tra le 10 e le 20 sterline per test, per i servizi dentistici è pari all'80% del costo fino a un tetto di 354 sterline. Esenzioni più o meno estese, sono previste per alcune delle categorie summenzionate.

Sistema di finanziamento

Il Sistema sanitario del Regno Unito è finanziato prevalentemente tramite la fiscalità generale.

Nel 2002 la spesa sanitaria lorda attribuibile al Nhs è stata pari a circa l'85% della spesa sanitaria totale (fonte: Budget Report 2002, HM Treasury), con la quota restante attribuibile a forme di assicurazione pubbliche e private e alla spesa diretta dei cittadini. Il sistema fiscale è progressivo ed il sistema sanitario universalistico, questi due fattori concomitanti determinano un modello sanitario fortemente redistributivo.

L'ammontare complessivo della spesa pubblica sanitaria viene determinato attraverso un meccanismo di negoziazione tra il Tesoro ed i Dipartimenti che hanno capacità di spesa; successivamente il budget viene presentato al parlamento per l'approvazione.

In seguito alle recenti riforme apportate dal Governo Blair (White Paper 2002), dall'aprile 2003 i Pct ricevono direttamente i fondi dal DoH e possono in questo modo gestire autonomamente una quota pari al 75% del fondo destinato al Nhs, a differenza del passato in cui i fondi venivano trasferiti alle Health Authority (HA). I trasferimenti ai Pct sono destinati a coprire i costi per l'acquisto o la fornitura diretta dei servizi di assistenza, i costi amministrativi dei Pct stessi, nonché i costi infrastutturali da parte dei medici generici.

Il Department of Health continua a provvedere al pagamento di farmacisti, dei medici di famiglia in rapporto alle prestazioni fornite e dei dentisti per la quota che compete al Nhs (circa il 20%).

Il sistema di finanziamento del Nhs è progettato per essere flessibile nel destinare le risorse necessarie alla soddisfazione dei diversi bisogni sanitari locali. Dal 2003 i fondi verranno determinati ogni tre anni (in precedenza ogni anno) per poter consentire ai Pct di elaborare piani a lungo periodo.

L'assegnazione del fondo complessivo ai Pct viene calcolata secondo una formula che tiene in considerazione i seguenti fattori:

1) Quota capitaria pesata, fissata secondo una formula nazionale che considera le risorse disponibili dei Pct, la distribuzione della popolazione, i bisogni sanitari aggiuntivi e le variazioni nei costi di fornitura dei servizi sanitari.
2) Base del fondo, che rappresenta quanto i Pct hanno ricevuto l'anno precedente più una quota di aggiustamento in funzione dell'inflazione.
3) Distanza dall'obiettivo, pari alla differenza tra 1) e 2). Per esempio se la differenza è positiva, il Pct è al di sotto dell'obiettivo.
4) La velocità che viene richiesta ai Pct nel raggiungere i loro obiettivi.

Secondo le intenzioni del Governo la formula dovrebbe essere ulteriormente modificata per tenere in maggior conto di fattori quali il grado di povertà, l'accesso ai servizi e il costo della vita.

Per quanto riguarda il finanziamento degli investimenti, la riforma introduce due schemi: "in blocco" e "discrezionale", essi saranno introdotti non prima del 2004. Il finanziamento "in blocco" viene assegnato direttamente alle organizzazioni facenti parte del Nhs che ne possono disporre direttamente, mentre il finanziamento "discrezionale" è controllato dalle Stha che approvano i progetti in funzione delle priorità strategiche a livello locale e dei piani aziendali e finanziari presentati. Il DoH si riserva la disponibilità di una parte dei fondi per investimenti per finanziare iniziative di particolare interesse nazionale.

CONCLUSIONI

È agevole osservare come il potere decisionale in materia di livelli assistenziali segua schemi che si differenziano in relazione allo sviluppo che i sistemi sanitari hanno avuto nei diversi paesi.

Tutti i Sistemi sanitari presi in esame sono di tipo universalistico (fatta eccezione per la Svizzera) o tendono ad una copertura globale della popolazione. Nelle organizzazioni statali di tipo federale prese in considerazione il livello federale esplica un ruolo diverso. Nel Canada si assiste ad una presenza del livello federale determinante nella fissazione dei principi, nel condizionamento della sanità delle Province mediante l'utilizzo della leva finanziaria, che tende ad uniformare il livello di assistenza garantito ai cittadini. Anche in Australia, la presenza del livello federale è consistente. Il sistema australiano limita i poteri di regolazione e pianificazione dei diversi livelli di governo, favorendo lo sviluppo di meccanismi di collaborazione trasversale tra Commonwealth e Stati (agreements) per le politiche di maggiore rilevanza. L'intervento regolatorio federale è determinante nella definizione dei livelli di assistenza da garantire.

In Germania il livello federale esprime l'ambito delle garanzie attraverso il Codice, ma la determinazione dei livelli di assistenza erogabili è demandata alla concertazione tra Associazioni di erogatori (Associazioni corporative) e finanziatori (Fondi). Simile è il sistema austriaco dove la determinazione dei livelli di assistenza erogabili è demandata alla concertazione tra Associazioni professionali e Fondi.

Peculiare è il caso della Svizzera, dove, in mancanza di un servizio sanitario nazionale, si è stabilito a livello legislativo un sistema di regole a garanzia dei cittadini, attribuendo poteri regolatori e di verifica al livello confederale.

Nelle organizzazioni statali non federali (Spagna, Francia e Regno Unito) si evidenziano tendenze più o meno marcate alla devoluzione. Nel caso della Francia il processo di devoluzione è ancora agli inizi ed è compiuto solamente in alcune Regioni e Territori a statuto speciale. Si può dire che per ora il sistema è pienamente sotto il controllo del Governo centrale. Invece in Spagna e nel Regno Unito il processo è in una fase più avanzata, si assiste alla nascita di sistemi sanitari regionali che godono di notevole autonomia. In questi due paesi il processo si accompagna alla ridefinizione del ruolo del livello centrale di governo quale sede di definizione dei principi, di fissazione delle priorità nazionali e di verifica della qualità dei servizi offerti.

Le differenti tipologie di sistemi sanitari prese in considerazione, seppure delineate sommariamente, possono stimolare l'approfondimento e offrire elementi di riflessione sulle scelte interne ed internazionali.

Riferimenti ed approfondimenti

Autori vari in: "Arco di Giano" 32, 2002.

Crivelli Luca e Filippini Massimo "Federalismo e sistema sanitario svizzero" 2003, Quaderno della Facoltà di Economia – Università di Lugano (CH).

France George et al.,"Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali" 2001 (A. Giuffrè Ed.).

Giaricolo Emilio A.L., Guazzini Giuliana (a cura di) - Europass, dossier 14 - settembre 1999.

Mény Yves, "Istituzioni e Politica", 1995 (Maggioli Ed.).

Mortati Costantino, "Le forme di governo" 1996 (CEDAM).

Tattini Laura, "Francia" pp.99-103 in "Dove vanno i sistemi sanitari?", Salute e Territorio n. 137/2003.

Tediosi Fabrizio et al., "Il sistema sanitario francese", ASI n.43 ottobre 1999.

ASI n. 31/32, agosto 1999 - "Germania".

European Observatory on Health Care Systems.

Health Care Systems in transition - Australia 2001.

Health Care Systems in transition - Spagna 2000.

Health Care Systems in transition - Germania 1996.

Health Care Systems in transition - Austria 2001.

R. Busse, et al., "Health care systems in eight countries: trends and challenges" - 2002 (www.observatoty.dk).

www.hc-sc.gc.ca/medicare/

www.sante.gouv.fr

www.doh.gov.uk

Tanti sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere

L'attività di monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza richiede che siano conosciuti e messi a confronto anche i sistemi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere adottati nelle diverse Regioni e Province Autonome.

In relazione a tale esigenza l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con la collaborazione di un gruppo di lavoro al quale partecipano anche diversi funzionari regionali, ha avviato uno studio che si propone di:

1. analizzare il livello di omogeneità delle SDO utilizzate nelle diverse Regioni e Province Autonome, al fine di ricondurle ad uno schema logico-informativo coerente con le finalità e il controllo comparato dell'attività assistenziale a livello nazionale;
2. procedere alla definizione dei dati aggiuntivi della SDO ritenuti rilevanti ai fini dell'audit;
3. individuare gli scostamenti tra i pesi dei DRG regionali e procedere, eventualmente, alla definizione di una metodologia per la rideterminazione dei nuovi pesi e delle singole tariffe per la valorizzazione dei DRG.

Nella prima fase della propria attività, il predetto gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno procedere ad una preliminare ricognizione di carattere generale in merito ai provvedimenti regionali in materia di criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, di accordi contrattuali e di sistemi di controllo.

Sono riportate di seguito le informazioni sintetiche sulla disciplina contenuta, al riguardo, nelle normative di tutte le Regioni e Province Autonome.

Piemonte

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 70-1459 del 18/9/1995	Con tale delibera la Regione definisce il proprio sistema tariffario, individuando 5 diverse tipologie di strutture: 1. ospedale di base, preso come riferimento con P.S. 24 ore, ha un tariffario ridotto di c.a. 19% rispetto a quello del D.M. Sanità 14/12/94; 2. aziende ospedaliere e IRCCS, +15% rispetto all'ospedale di base; 3. ospedali senza PS o con PS di 12 ore, -10% rispetto all'ospedale di base, con remunerazione a parte del PS; 4. erogatori privati aventi i requisiti ex lege 5 del 14/1/87, -18% rispetto all'ospedale senza PS 5. erogatori privati con deroghe per i requisiti ex lege 5 del 14/1/87, -2,5% rispetto agli erogatori privati aventi i requisiti richiesti ex lege 5/87. Le case di cura che si dotano degli stessi requisiti delle altre tipologie di strutture possono richiedere l'adeguamento tariffario.
D.G.R. n. 90-4982 del 28/12/2001 e D.G.R. n. 36-5380 del 25/2/2002	Tali delibere aggiornano il sistema di tariffazione introducendo per le sole strutture pubbliche il sistema dei pesi, così come individuato dal DM Sanità 30/6/97, con decorrenza 1° gennaio 2002. La delibera fissa i pesi, quindi, per le seguenti prestazioni: - per acuti in regime di degenza ordinaria; - per acuti in regime di ricovero diurno; - trapianti; - di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza ordinaria; - di riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero diurno; - di lungodegenza post acuzie ospedaliera in regime di degenza ordinaria; - endoprotesi.
D.G.R. n. 28-8148 del 30/12/2002	Con tale delibera sono state determinate le tariffe relative all'assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003. Solo per le strutture pubbliche è previsto un ulteriore incremento tariffario sulla base delle "funzioni" all'interno del SSR, delle funzioni universitarie e/o IRCCS, nonché sulla appropriatezza dei ricoveri
D.G.R. n. 50-3104 del 28/5/2001	Il ricovero diurno è remunerato secondo il seguente schema: - ricovero diurno di carattere chirurgico: (remunerato sulla base dei codici di procedura chirurgica previsti dalla D.G.R. n.82-1597 del 5/12/2000), si applica una tariffa pari all'85% della corrispondente tariffa per ricovero ordinario; - ricovero diurno di carattere medico:è remunerato con le relative tariffe distinte per tipologia di struttura (con le stesse decurtazioni).
D.G.R. n. 46-6882 del 5/8/2002	Con tale delibera (che recepisce l'Accordo del 16/7/2002 tra la Regione e le Associazioni di categoria Aiop/Aris per il settore sanitario privato), le tariffe sono aumentate dell'8% rispetto alle tariffe 2001 per le case di cura private provvisoriamente accreditate. Per quanto riguarda le tariffe giornaliere delle case di cura provvisoriamente accreditate, la delibera dispone quanto segue: - una rivalutazione del 2,5% delle tariffe previste con la D.G.R. n. 33-3676 del 3/8/2001 per le prestazioni di ricovero relative all'attività di recupero e rieducazione funzionale di 2° livello; - una tariffa giornaliera pari ad Euro342,41 per le prestazioni di ricovero relative all'attività di recupero e rieducazione funzionale di 3° livello; - una tariffa pari all'85% della tariffa relativa al ricovero ordinario perr i ricoveri chirurgici di un giorno; - una tariffa pari all'importo previsto per i ricoveri di un giorno per ogni accesso effettuato per trattamenti oncologici.
D.G.R. n. 31-8151 del 30/12/2002	Con tale delibera (che recepisce l'Accordo del 9/12/2002 tra Regione e Associazioni di categoria Aiop/Aris per il settore sanitario privato), vengono definiti i livelli organizzativi e funzionali delle attività di ricovero delle strutture private definitivamente accreditate che svolgono attività per acuzie e riabilitazione di II livello. Dopo che la ASL competente avrà verificato i requisiti dettati dall'accordo, alle strutture di classe A verrà applicata la tariffa erogata agli operatori pubblici, alle struttu-

segue

Piemonte

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		re di classe B una tariffa abbattuta dell'8%, alle strutture di classe C una tariffa abbattuta del 15%.
	D.G.R. n. 70-1459 del 18/9/95	Secondo quanto stabilito da questa delibera nell'ambito dell'attività di cardiochirurgia, in caso di impianto di endoprotesi in aggiunta al DRG corrispondente viene rimborsata una quota pari al 50% del costo dell'endoprotesi impiegata.
	D.G.R.n.70-6732 del 22/07/2002	Con tale delibera sono stati individuati i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'all.2C del DPCM 29/11/2001.Per quanto riguarda la remunerazione dei ricoveri inappropriati extra-soglia la Regione non prevede riduzioni tariffarie per i ricoveri inappropriati ma incentivi per quelli appropriati, con percentuali diverse date le funzioni espletate dalle A.O.,dall'Ospedale Mauriziano di Torino, dall'Istituto di ricerca e cura del cancro di Candiolo e dagli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. Le strutture private definitivamente accreditate in classe A usufruiscono invece di una quota aggiuntiva pari al 5% sulle tariffe determinate nel suddetto provvedimento (nelle more della definizione dei livelli organizzativi funzionali per le classi A, B, C). Per quanto infine riguarda la Neuropsichiatria, in base a quanto emerso dal monitoraggio e a quanto previsto dalle disposizioni del DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, tale Delibera prevede che il volume di attività di ricovero sia valutato secondo le seguenti aree: - area clinica nella fase intensiva e di supporto all'emergenza (breve e media degenza): in questo caso la tariffa giornaliera è stata individuata pari ad Euro 155,00; restando comunque in vigore gli abbattimenti tariffari del 40% dopo il 60° giorno ovvero la proroga fino al 120° giorno di ricovero. - area clinica nella fase estensiva: per tale tipologia di ricoveri rimane in vigore la tariffa giornaliera rivalutata dell'8%; così come resta in vigore l'abbattimento tariffario del 40% dal 121° giorno di ricovero ovvero la proroga fino al 180° giorno.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 35-29101 del 30/12/99**	Tale delibera, d'intesa con Aiop e Aris, detta le disposizioni per la stipula degli accordi contrattuali tra le ASL e le singole strutture private, rinviando a succesivo provvedimento la definizione di uno schema -tipo.
	D.G.R. n. 50-3104 del 28/5/2001	Con tale delibera viene definito uno schema tipo.
	D.G.R. n. 46-6882 del 5/8/2002	Con tale delibera, che recepisce l'Accordo del 16/7/2002 tra la Regione e le associazioni di categoria Aiop/Aris per il settore sanitario privato, viene fissato il budget complessivo, regionale ed extra-regionale dell'attività ospedaliera privata accreditata 2002. Tale ammontare è così ripartito: - attività di acuzie; - attività di post acuzie - cardiochirurgia ed emodinamica - neuropsichiatria.
	D.G.R. n. 47-866 del 18/9/2000	Con tale delibera si recepisce il Protocollo d'intesa per l'attività di cardiochirurgia del 26/7/2000, relativo al quadriennio 2000-2003. Assegnato il budget, si stabilisce che "nel quadriennio non sono ammesse nuove capacità produttive". In attesa dei requisiti per l'accreditamento sono comunque determinati i requisiti minimi per i centri di Cardiochirurgia, in base a tre classi: - classe A: fino a 450 interventi; - classe B: da 450 a 800 interventi; - classe C: oltre gli 800 interventi. In caso di superamento del volume di prestazioni, tale incremento può essere recuperato se vi sono altre strutture che invece non hanno raggiunto il volume prefissato. Tutti i Centri garantiscono l'operatività delle 24 ore per la gestione delle patologie di emergenza. In caso di impianto di endoprotesi, secondo quanto stabilito dalla precedente delibera n. 70-1459 del 18/9/95, in aggiunta al DRG corrispondente viene rimborsata una quota pari al 50% del costo dell'endoprotesi impiegata.

Valle d'Aosta

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 3807 del 27/10/97	Con la delibera si recepisce il tariffario del Dm Sanità 30/06/97, senza decurtazioni.
D.G.R. n. 5022 del 24/12/2001	Sono approvate le linee guida per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento da parte dell'Azienda Usl delle attività di day surgery ed ambulatoriale e per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni fornite.

Lombardia

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 37597 del 24/07/1998	Assistenza psichiatrica Prevede le seguenti tariffe giornaliere per attività residenziale e/o semiresidenziale in strutture psichiatriche: Attività / Durata deg. / Struttura / Tariffe Residenziale / Giornata / CRT, CP - Ass. 24 h / £ 320.000 Residenziale / Giornata / CP - Ass. => 8 h / £ 220.000 Residenziale / Giornata / CP - Ass. 8 h / £ 150.000 Semiresidenz. / < 4 h / CRT, CP, CPS, CD, SINR / £ 100.000 Semiresidenz. / > 4 h / CRT, CP, CPS, CD, SINR / £ 200.000 *CD=Centri diurni, CPS=Centri psico-sociali, CRT=Centri residenziali terapeutico-riabilitativi, CP=Comunità protette.*
D.G.R. n.39990 del 30/11/1998	Cure palliative La tariffa giornaliera è stabilita pari ad euro 201,42. La D.G.R. n. 37597 del 24/07/98 e successive modificazioni prevede, inoltre, un compenso aggiuntivo giornaliero di £ 100.000 per le strutture che mettono a disposizione, per i malati terminali, camere singole con un posto letto per l'accompagnatore.
D.G.R. n.941 del 03/08/2000	La delibera aggiorna il valore del costo per punto DRG, di cui al Dm Sanità 15/04/94, pari a £ 5.070.000 (anche per le prestazioni neuropsichiatriche) Ricoveri ordinari 0-1 gg e DH Così come già stabilito per i ricoveri chirurgici, anche per i casi non chirurgici vengono equiparate e definiti i valori delle tariffe per i ricoveri ordinari 0-1 giorno ed i DH. DRG chirurgici Vengono adeguate alcune tariffe: le endoprotesi, impianti cocleari e le endoprotesi neurostimolatori cerebrali profondi per la terapia del Parkinsonismo sono rimborsate al 100% del prezzo medio rilevato. Riabilitazione Sia per i ricoveri ordinari che per quelli in DH: - la valutazione qualitativa dell'assistenza e l'ulterioriore remunerazione economica viene effettuata attraverso 11 indicatori; - i valori dei rimborsi variano fra £ 300.000 e £ 650.000 a seconda del DRG e del MDC. Sono previsti abbattimenti fino al 40% oltre la soglia. Lungodegenza (codice 60) Sia per il DH che per il ricovero ordinario, tariffa indifferenziata giornaliera pari a £ 267.000 (euro 137,89). Oltre i 60 gg di ricovero ordinario abbattimento del 40% della tariffa. Rimborso endoprotesi Introduzione del rimborso del 25% del costo medio regionale delle endoprotesi
D.G.R. n. 4663 del 18/05/2001	DRG chirurgici La protesi interatriale ad ombrellino è rimborsata all'80% del prezzo medio rilevato.
D.G.R. n.VII/11637 del 20/12/2002	Viene introdotta la versione 19 del Grouper HCFA e definite le tariffe dei DRG modificati e di nuova introduzione. La nuova classificazione e le tariffe dei DRG nuovi e/o modificati (vedi Allegato b) verranno applicate alle dimissioni che avverranno a partire dal 01/01/2003.
D.G.R. n.VII/12287 del 4/03/2003	Si aggiorna il tariffario e sono introdotte delle differenti remunerazioni per i DRG 323 e 8. Sono inoltre introdotte delle differenziazioni sulla remunerazione dei ricoveri in relazione alla complessità clinico-organizzativa delle strutture ospedaliere, e di conseguenza individuando innanzitutto tre tipologie di strutture: strutture con DEA o EAS: nel caso l'analisi della casistica evidenzi una complessità superiore ai valori mediani di riferimento il valore del ricovero è maggiorato del 5%; nelle strutture con PS si applicano le tariffe; nelle strutture prive di DEA, EAS, PS il valore del ricovero è ridotto del 3%.
Decreto di Direzione Generale Sanità n.20180 del 28/10/2002	Con tale Decreto sono stati individuati i valori soglia per i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza di cui al DPCM 29/11/2001.Per quanto riguarda la remunerazione dei ricoveri inappropriati extra-soglia si distingue tra: DRG Chirurgici:le SDO non appropriate saranno valorizzate come un ricovero in day surgery, quindi tariffato al 75% della tariffa piena. DRG Medici: le SDO non appropriate saranno valorizzate con un importo pari a due accessi di DH.

segue

Lombardia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 2801 del 22/12/2000**	Definisce la remunerazione di alcune funzioni svolte da strutture pubbliche e private (anno 1999) non coperte da tariffe predefinite.
	D.G.R. n. 5348 e n. 5349 del 02/07/2001	Per gli anni 2000-2002 sono determinate le remunerazioni delle funzioni di emergenza urgenza, pronto soccorso, didattica, trapianti organi, riabilitazione alta specialità, ecc. a favore di strutture pubbliche e private.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 6470 del 19/10/2001**	Introduce l'avvio della contrattazione di volumi, tariffe e prestazioni a livello sperimentale nella ASL della provincia di Brescia. La sperimentazione prevede la negoziazione su due livelli: - definizione di tariffe per prestazioni ad alto rischio di inflazione e di inappropriatezza di erogazione; - finanziamento complessivo per struttura secondo un volume finanziario atteso. In ogni caso sono previsti abbattimenti tariffari sugli esuberi.
	D.G.R n. 7087 del 23/11/2001 (e succ. modificazioni)	La Regione definisce il livello di spesa delle attività sanitarie per il 2002. Il sistema prevede l'assegnazione dei fondi alle ASL sia per i ricoveri che per la specialistica in relazione a determinati criteri di ripartizione. Agli splafonamenti vengono applicate decurtazioni proporzionali sulla base di criteri fissati dalla Direzione Generale dell'Assessorato.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R n. 3826 del 16/03/2001**	Ha aggiornato le linee guida per il controllo delle prestazioni sanitarie delle strutture ospedaliere, che saranno effettuate attraverso i Nuclei operativi di controllo.
	D.G.R n. 8078 del 18/02/2002	Indica le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l'anno 2002. Vengono stabilite modalità di valutazione ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie utilizzando criteri di AEP/PRUO, controlli diagnostico-terapeutici ed eventi sentinella. Sono infine definite le percentuali delle cartelle cliniche da analizzare nel 2002 e relativi criteri.
	D.G.R n. 12629 del 10/04/2003	Ulteriori integrazioni ed aggiornamenti alle modalità di controllo: controllo appropriatezza generica utilizzando il protocollo RLPVA, variazione tariffaria modulata in base al n° di giornate inappropriate; raggruppamento eventi sentinella in un'unica classe di ricoveri ripetuti; aggiunta di ulteriori controlli di congruenza su pratiche estratte in modo guidato; modifica campionamento ed eliminazione della soglia minima per i DRG LEA.

Provincia autonoma di Bolzano

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.P. n. 697 del 28/02/2000 (aggiornata dalla D.G.P. n. 2797 del 27/08/2001 per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero per acuti e dalla D.G.P. n. 4560 del 17/12/2001 per i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie.** **D.G.P. n. 2797 del 27/08/2001**	La remunerazione delle prestazioni ospedaliere avviene in base alla complessità delle strutture: A. Ricoveri per acuti in regime ordinario: *Le strutture ospedaliere dotate di P. S. e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) sono distinte in tre fasce: fascia A (strutture complesse): + 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia B (strutture intermedie): - 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia C (strutture di base): - 10% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 *Le strutture ospedaliere prive di P. S., terapia intensiva o semintensiva (Case di cura private accreditate): - 20% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 B. Ricoveri per acuti in regime diurno di tipo medico (Day Hospital) *Le strutture ospedaliere dotate di P. S. e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) sono distinte in tre fasce: fascia A (strutture complesse): + 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia B (strutture intermedie): + 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia C (strutture di base): tariffa nazionale D.M. 30/06/97 *Le strutture ospedaliere prive di P. S., terapia intensiva o semintensiva (Case di cura private accreditate): - 20% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 C. Ricoveri per acuti in regime diurno di tipo chirurgico (Day Surgery) *Le strutture ospedaliere dotate di P. S. e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) sono distinte in tre fasce: fascia A (strutture complesse): + 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia B (strutture intermedie): tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia C (strutture di base): - 5% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 *Le strutture ospedaliere prive di P. S., terapia intensiva o semintensiva (Case di cura private accreditate): - 20% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 Per i DRG 323,410,492,493,494,495 sono definite particolari tariffe. E' altresì definito un importo aggiuntivo per le attività che prevedono l'impianto di protesi o altre particolari procedure. Con riguardo alla prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post-ricovero, e a completamento dello stesso, effettuata entro 30 giorni dalla dimissione dai reparti per acuti, viene inserita come parte integrante del ricovero stesso e confluisce quindi nella tariffa omnicomprensiva DRG specifica del ricovero, con conseguente gratuità per il paziente. D. Ricoveri di riabilitazione post-acuzie *Le strutture ospedaliere dotate di P. S. e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) sono distinte in tre fasce: fascia A (strutture complesse): - 10% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia B (strutture intermedie): - 10% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia C (strutture di base): - 10% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 *Le strutture ospedaliere prive di P. S., terapia intensiva o semintensiva (Case di cura private accreditate): - 20% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 ** Dopo 60 giorni, salvo eccezioni previste con D.G.P. n. 6321 del 30/12/98, è previsto un abbattimento della tariffa del 40%. *** Dall'1/1/2002. Le tariffe delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie erogate in regime di D.H. vengono determinate in misura pari all'80% della tariffa del ricovero ordinario. E. Ricoveri di lungodegenza post-acuzie *Le strutture ospedaliere dotate di P. S. e terapia intensiva o semintensiva (ospedali pubblici) sono distinte in tre fasce: fascia A (strutture complesse): + 33% tariffa nazionale D.M. 30/06/97

segue

Provincia autonoma di Bolzano

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.P. n. 2797 del 27/08/2001**	fascia B (strutture intermedie): + 33% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 fascia C (strutture di base): + 33% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 *Le strutture ospedaliere prive di P. S., terapia intensiva o semintensiva (Case di cura private accreditate): + 33% tariffa nazionale D.M. 30/06/97 ** Dopo 60 giorni, salvo eccezioni previste con D.G.P. n. 6321 del 30/12/98, è previsto un abbattimento della tariffa del 40%. Si integra l'elenco dei DRG con tre nuove prestazioni (DRG 493,494,495), a seguito dell'introduzione del nuovo sistema di codifica basato sulla traduzione italiana della classificazione ICD-IX-CM versione 1997 e dell'adozione del grouper 14 per la codifica dei DRG. Inoltre si aggiornano le tariffe dei ricoveri per acuti in regime diurno per trattamenti chemioterapici (DRG 410 e 492) al fine di incentivare un maggior ricorso a tale regime di assistenza. Si ribadisce, come già previsto nella delibera 697/00, la maggiorazione della tariffa relativa al DRG 323, qualora i codici di procedura riportati nella SDO siano 98.51 e 98.52
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.P. n. 2797 del 27/08/2001**	Sulla base delle tariffe previste dalla deliberazione, che rappresentano comunque la remunerazione massima che può essere corrisposta, vengono negoziati annualmente con le strutture erogatrici pubbliche e private gli accordi contrattuali di fornitura delle prestazioni, tenendo conto degli obiettivi ed indirizzi della programmazione sanitaria e delle disponibilità finanziarie assegnate all'assistenza ospedaliera in sede di riparto del Fondo sanitario provinciale. La tariffe si applicano alla compensazione della mobilità interprovinciale, della mobilità attiva internazionale ed interregionale. Le tariffe si applicano in tutti i casi in cui è previsto l'addebito della spesa a privati paganti, siano essi individui, enti o organismi diversi.

Provincia autonoma di Trento

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.P. n. 3409 del 31/12/2002**	La delibera ha determinato le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Si adotta il tariffario nazionale di cui al Dm Sanità 30/06/97, con decurtazioni o aumenti, in base alla tipologia di struttura ospedaliera ed alla tipologia di prestazione erogata:

	Prestazione				
Struttura	acuti	riabilitazione ospedaliera	lungodegenza	day hospital	day surgery
Ospedale di Trento	+16%	-14%	+16%	+16%	+33%
Ospedali di Rovereto e N. Armanni-Arco	+7%	-22%	+7%	+7%	+23%
Ospedali generali di zona e Strutture private accreditate	-6%	-31%	-6%	-6%	+13%

Viene previsto un tetto di spesa complessivo sulle prestazioni (differenziate fra residenti e non) e sull'ammontare massimo di fatturato per ogni singola casa di cura.

	D.G.P. n. 720 del 6/02/98	Remunerazione aggiuntiva del valore della protesi cocleare multielettrodo, quale risulta dalla documentazione di spesa.
	D.G.P. n. 1043 del 4/05/2001	Disciplina l'attività di ricovero in regime diurno presso le strutture pubbliche e private accreditate. In particolare: -regolamentazione, in via generale, dell'attività di ricovero a ciclo diurno, sia in day hospital che in day surgery; -definizione dei principali aspetti che caratterizzano l'attività chirurgica in regime di day surgery; - elenco indicativo delle prestazioni erogabili in regime di day hospital.

Veneto

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 5106 del 28/12/1998	La regione, con tale delibera ha attivato un percorso metologico per monitorare i costi di produzione delle prestazioni di ricovero ospedaliero (tramite la selezione di un campione di 14 ospedali), al fine di conoscere l'apprendimento delle risorse per paziente/DRG in relazione alla complessità organizzativa delle diverse Aziende sanitarie con l'obiettivo di rendere la tariffa sempre più corrisponente ai costi reali. Nel corso dell'anno 2000 è stata conclusa la seconda fase dello studio consentendo l'individuazione di un costo di riferimento DRG specifico (scelto in modo da garantire la copertura dei costi di produzione di almeno il 60% dei casi inclusi nel campione) che ha permesso la determinazione delle nuove tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti. Si è provveduto, inoltre, a rideterminare il valore delle degenze medie e del valore soglia per ciascun DRG utilizzando i dati consolidati relativi all'attività svolta dalle strutture di ricovero per acuti presenti sul territorio regionale nell'anno 1998.
D.G.R. n. 4081 del 22/12/2000	Tale delibera ha introdotto la componenete del finanziamento a funzione e ha ridimensionato i corrispettivi unitari per le prestazioni di ricovero ospedaliero.
D.G.R. n. 178 del 26/01/2001	Le tariffe sono aumentate di un valore medio pari al 5,30% rispetto alle precedenti (DGR n. 1007 del 30/03/99). I DRG più penalizzati sono quelli relativi all'area medica dove si registra una diminuzione media delle tariffe pari all'11,70%, viceversa le tariffe dell'area chirurgica risultano superiori mediamente del 13,56%: -Valorizzazione ricoveri ordinari per acuti: 1- tariffa DRG 2- oltre valore soglia euro 125,240 -Valorizzazione ricoveri DH e DS: 1- tariffa DRG -Valorizzazione ricoveri riab.o lungodegenza: 1- Unità operativa cod. 28 — MDC 1 euro 387,032 Altri MDC euro 129,010 2- Unità operativa cod. 56 — MDC 18 euro 236,072 durata med. 60 gg. MDC 4 euro 208,906 durata med. 20 gg. MDC 5 euro 225,175 durata med. 20 gg. MDC 8 euro 214,329 durata med. 25 gg. Altri MDC euro 179,055 durata med. 15 gg. 3- Unità operativa cod. 60 euro 147,241 durata med. 40 gg. -Valorizzazione ricoveri terapia psichiatrica: 1- retta di euro 154,678 fino alla degenza media del relativo DRG 2- oltre valore soglia euro 92,290
D.G.R. n. 2204 del 3/08/2001	Con l'introduzione delle nuove tariffe e delle nuove modalità di finanziamento, al fine di realizzare un costante monitoraggio ed una verifica degli effetti economico-finanziari che si determinano sull'intero sistema di assistenza ospedaliera, è stata istituita la Commissione per la verifica, l'aggiornamento ed il controllo del sistema di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera.
D.G.R. n. 3051 del 16/11/2001	Conversione in euro delle tariffe.
D.G.R. n.3609 del 5/08/1996 aggiornata dalla D.G.R. n.178/2000	Linee Guida per la regolamentazione degli interventi effettuabili in regime ambulatoriale ed in regime di chirurgia di giorno (day surgery) e relativa remunerazione tariffaria. Il testo delle linee guida riguarda: 1- definizione e distinzione tra chirurgia ambulatoriale e chirurgia di giorno; 2- struttura organizzativa, personale, documentazione clinica e ammissione al trattamento; 3- selezione dei pazienti in relazione all'età, alle condizioni generali, al peso, a fattori logistici e familiari ed al consenso informato; 4- interventi chirurgici eseguibili in regime di day surgery; 5- organizzazione delle attività con le procedure di selezione, ammissione, cura, dimissione dei pazienti e controlli post-operatori; 6- compilazione della scheda nosologica. Ciascun trattamento completo viene remunerato, in regime di day surgery, con un

segue

Veneto

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		corrispettivo pari all'80% di quello riconosciuto per analogo DRG dei ricoveri ospedalieri ordinari. I ricoveri effettuati in regime ordinario, con intervento chirurgico e con degenze inferiori a 2 giorni, sono remunerati con un corrispettivo pari al 35% di quello riconosciuto per l'analogo DRG dei ricoveri ospedalieri ordinari.
	D.G.R. n. 3946 del 30/12/2002	Ha fissato, per l'anno 2003 i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori preaccreditati. Il meccanismo di remunerazione stabilito è stato rimodulato intermediandolo tra quello basato sul principio del dinamismo dei tetti di spesa e quello basato sul sul tetto unico finanziario regionale inderogabile (introdotto con D.G.R. n. 616 del 22/03/2002). Per ciascun soggetto privato preaccreditato viene fissato per l'anno 2003 un volume complessivo di ricoveri, ordinari e diurni, pari al 103,50% di quelli effettuati nel 2001 per i pazienti residenti nella Regione Veneto. Il superamento della quantità di ricoveri, ordinari e diurni predefiniti, per i pazienti residenti nella Regione Veneto comporta una regressione tariffaria come di seguito specificato: 1. Fino al 5% del tetto prefissato: regressione tariffaria del 25% calcolata sull'importo ottenuto dalla moltiplicazione del valore medio annuo dei ricoveri per il numero di prestazioni eccedenti; 2. Dal 6% al 10% del tetto prefissato: regressione tariffaria del 50% calcolata sull'importo ottenuto dalla moltiplicazione del valore medio annuo dei ricoveri per il numero di prestazioni eccedenti; 2. Oltre il 10% del tetto prefissato: regressione tariffaria del 80% calcolata sull'importo ottenuto dalla moltiplicazione del valore medio annuo dei ricoveri per il numero di prestazioni eccedenti; A ciascun erogatore privato preaccreditato viene inoltre riconosciuto: a) un incremento finanziario pari all'8% dell'importo complessivo effettivamente liquidato a consuntivo per la competenza dell'anno 2001 per la remunerazione dei ricoveri effettuati a favore dei cittadini residenti nella Regione Veneto e del finanziamento a funzione; b) un incremento finanziario pari all'8% del valore medio annuo dei ricoveri da applicare al numero di prestazioni erogate in esubero a quelle erogate nell'anno 2001; tale incremento deve essere determinato prima del calcolo dell'eventuale regressione tariffaria e va applicato anche al 3,5% di prestazioni riconosciute a tariffa piena; c) un incremento finanziario pari al 3,5% dell'importo complessivo effettivamente liquidato a consuntivo per la competenza 2001 per la remunerazione dei ricoveri effettuati a favore di cittadini non residenti nella Regione Veneto.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 4081 del 22/12/2000 e Circolare Assessoriale n. 1 del 7/02/2001**	Il finanziamento a funzione coinvolge le seguenti funzioni e strutture: Funzioni — N° ULSS O ASL 1- Pronto Soccorso — 23 2- SUEM - Elisoccorso — 21 3- Terapia intensiva — 23 4- Malattie infettive — 10 5- Trapianti — 4 6- Ematologia — 4 7- Angiologia (PTCA) — 11 8- Neurochirurgia — 7 9- Percorsi formativi universitari — 2 La necessità di assicurare la presenza e la funzionalità di tali unità operative, indipendentemente dalla loro attività, fa attribuire direttamente alle stesse una parte del livello di assistenza ospedaliera, indispensabile per garantire l'allestimento e l'operatività minima del servizio, completando la loro remunerazione con il sistema dei DRG. Quindi, per dette aree assistenziali, il finanziamento della loro attività è dato dalla somma di quello a funzione fisso, quale autonomo corrispettivo indipendente dal volume di attività, e di quello a tariffa variabile in relazione al volume dei casi dimessi.

segue

Veneto

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 616 del 22/03/2002**	La delibera, allo scopo di cogliere gli obiettivi dell'appropriatezza delle prestazioni e del tasso di ospedalizzazione del 160 per mille, ha abolito il principio del dinamismo dei tetti di spesa mediante l'applicazione di una progressiva regressione tariffaria, definendo un tetto di spesa ospedaliera regionale nel quale rientra il budget degli erogatori privati accreditati. Per ciascun soggetto privato preaccreditato viene fissato, per l'anno 2002 un volume di prestazioni di ricovero ospedaliero basato, per quantità e tipologia, a quello svolto nel 2001 (in base alle DGR 4081/00 e 178/01), incrementato del 7% (tiene conto anche dell'applicazione dei rinnovi contrattuali del personale). Da questo tetto finanziario viene detratto l'1% ai fini della costruzione di un fondo di riserva regionale. I budget di spesa così determinati non prevedono alcuna remunerazione aggiuntiva al proprio superamento, ad eccezione della possibilità di un parziale riconoscimento del volume di attività prodotto, oltre il tetto assegnato, mediante l'utilizzo del fondo di riserva regionale, fino alla capienza economica dello stesso. La remunerazione deve garantire, con cadenza trimestrale, il versamento, a titolo di acconto, di una somma pari al 25% del tetto assegnato nell'anno precedente, salvo conguaglio di fine anno. Nel budget non rientrano le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni. Nel raggiungimento del budget di spesa non rientrano le prestazioni rese a pazienti delle seguenti unità operative: -Cardiochirurgia; -Chirurgia pediatrica; -Chirurgia maxillo facciale; -Chirurgia plastica; -Chirurgia toracica; -Neurochirurgia; -Oncoematologia pediatrica; -Radioterapia; -Ematologia; -DRG 103, 302, 480, 495.
SISTEMI DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 3572 del 21 dicembre 2001**	Con la delibera si è approvato l'aggiornamento del sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ed ambulatoriale. In particolare, anche alla luce della nuova determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'articolazione della funzione di controllo necessita di essere resa più coerente rispetto al processo di miglioramento continuo dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse, nonchè al fine di sfruttare al meglio le opportunità strategiche di integrazione tra i vari erogatori di prestazioni sanitarie e di rendere omogenei i comportamenti su tutto il territorio regionale. La riorganizzazione del sistema dei controlli risponde all'obiettivo di assicurare un miglior livello di accessibilità, equità e di utilizzo delle risorse, in considerazione al ruolo di terzietà che la Regione deve garantire nei confronti di tutti gli erogatori siano essi pubblici che privati. La delibera prevede l'articolazione su due livelli, interno ed esterno, che consentono ad ogni struttura erogatrice di prestazioni sanitarie di monitorare e verificare i propri standard erogativi e consentono agli acquirenti la valutazione della rispondenza delle prestazioni erogate a favore dei propri assistiti a determinati standard di appropriatezza. Per quanto riguarda i controlli interni, viene cofermato quanto già stabilito con la delibera n. 4087 del 28/12/99 I controlli esterni vengono articolati su due livelli: 1. Regionale: tramite l'istituzione della Commissione operativa regionale per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie 2. Provinciale: tramite l'istituzione del Nucleo Provinciale per i controlli esterni di tipo sanitario composto dai Direttori Sanitari dell'ULSS della provincia, delle Aziende Ospedaliere e delle strutture private accreditate.

Friuli Venezia Giulia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 149 del 22/10/2002**	Aggiorna il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere (degenza ordinaria, day hospital/surgery). Mantiene la classificazione delle strutture regionali di ricovero: fascia A: strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria, ovvero sede di attività di ricerca o di attività didattica universitaria (veniva applicato il tariffario nazionale D.M. Sanità 30/06/1997); fascia B: altre strutture, tra cui le Case di cura (veniva applicato l'85% del tariffario della fascia A). Riabilitazione Le tariffe in regime di degenza hanno la seguente articolazione e remunerazione: - neurologica euro 248; - cardiocircolatoria euro 237; - ortopedica euro 223; - respiratoria euro 218; - altre euro 218. E' previsto l'abbattimento del 60% della tariffa giornaliera al superamento del valore soglia di degenza (determinato in 40 gg). Neuropsichiatria La tariffazione dei ricoveri, tranne i day hospital, dei pazienti dimessi dai reparti di diagnosi e cura psichiatrica è stata aggiornata dalla delibera in oggetto sulla base di una retta giornaliera di euro 177.
	D.G.R. n. 4502 del 30/12/2002	Con tale delibera le tariffe vengono incrementate del 3,5%, con decorrenza dall'1/1/2003. Rimane invece inalterata la remunerazione delle prestazioni degli erogatori pubblici regionali.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 149 del 22/10/2002**	Si conferma l'eliminazione del sistema di regressioni tariffarie. Attualmente per l'attività eccedente i tetti economici attribuiti non è riconosciuta alcuna remunerazione. Per le attività eccedenti i tetti economici attribuiti e senza massimale, sono previsti finanziamenti aggiuntivi solo per le seguenti prestazioni: - attività di osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto; - trattamento con litotritore; - assistenza alberghiera per genitore che assiste il bambino ricoverato (età < 9 anni); - impianto di protesi mammaria a seguito di mastectomia per neoplasia.
	D.G.R. n. 4502 del 30/12/2002	Tale delibera definisce inoltre, per Asl, gli importi complessivi da assegnare alle strutture private temporaneamente accreditate. Le Asl sono tenute a riconoscere all'erogatore pubblico e/o privato un importo corrispondente al 30% del valore tariffato eccedente le commesse negoziate con una franchigia del 3%.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**Accordo regionale Aiop-Assessorato del 14/12/2000**	Con tale Accordo si conferma il sistema unico dei controlli sull'appropriatezza dell'attività degenziale e, in caso di non appropriatezza, l'applicazione delle stesse penalizzazioni economiche previste per le strutture pubbliche.

Liguria

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 289/2000	Ha definito l'impianto del sistema tariffario, che è tuttora vigente. La Regione ha ritenuto di individuare le prestazioni ospedaliere con caratteristiche di non elevata complessità tecnico-sanitaria nelle prestazioni a cui, ai sensi del Dm Sanità 30/06/97, corrisponde un peso fino a 1,8 compreso, che è una soglia ritenuta ragionevole ed accettabile per discriminare le strutture semplici da quelle caratterizzate da una attività più complessa. Le strutture erogatrici sono divise in tre tipologie, in relazione alla casistica trattata ed alla complessità funzionale: -Tipologia "A": Irccs, Aziende ospedaliere, strutture e presidi ospedalieri che statisticamente presentano il case-mix più elevato ed hanno reparti di alta specializzazione; -Tipologia "B": Presidi ospedalieri con reparti di DEA, UTIC o rianimazione; -Tipologia "C": La restanti strutture e presidi ospedalieri.
D.G.R. n. 379 del 23/04/2002	Aggiorna le tariffe ospedaliere nel territorio regionale (già oggetto di integrale revisione con la D.G.R. n.727 del 27/06/2000 che ha definito un tetto invalicabile di spesa regionale per l'assistenza ospedaliera, ripartito tra le USL, ed ha definito la tariffa delle prestazioni di ricovero ordinario, di riabilitazione e DH, sulla base del tariffario nazionale Dm Sanità 30/06/97), fermo restando il sistema dei pesi relativi previsti dal Dm Sanità 15/04/1994. In particolare disciplina i seguenti casi: 1) trapianto di cellule staminali emopoietiche (DRG 481): vengono introdotte per lo stesso DRG, 4 tariffe alternative che lo differenziano sulla base delle modalità di esecuzione del trapianto. Tali modificazioni tariffarie hanno efficacia sui ricoveri ordinari per acuti maggiori di un giorno. 2) malattie e reumatismi del midollo spinale (DRG 481): la tariffa viene incrementata del 35% 3) DRG con casistica prevalentemente oncologica: i DRG medici e chirurgici di natura oncologica e i DRG chirurgici non oncologici che presentano una diagnosi principale oncologica in almeno il 60% dei casi, su base regionale nell'ano 2000, sono incrementati del 10%. Tali modificazioni tariffarie hanno efficacia sui ricoveri ordinari per acuti maggiori di un giorno. 4) osservazione, prelievo di organo da donatore cadavere e trasporto dell'organo: si adottano, anche per la mobilità infraregionale, le rispettive tariffe in oggi vigenti, per la mobilità interregionale. Ai ricoveri corrispondenti ai trapianti verrà riconosciuta la maggiorazione tariffaria relativa alle fasi di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo. 5) pediatria: è confermato l'incremento del 10% delle tariffe pediatriche dei ricoveri in regime ordinario e diurno, rispetto al tariffario nazionale, relativi ai DRG dimessi da: pediatria, UTIN, neurochirurgia pediatrica, oncoematologia pediatrica, nido, chirurgia pediatrica, cardiochirurgia pediatrica, grandi ustioni pediatriche, nefrologia pediatrica, urologia pediatrica, patologia neonatale, nonchè dai reparti dell'Ospedale pediatrico Gaslini, indipendentemente da come sono codificati. 6) chemioterapia non associata leucemia acuta (DRG 410) e chemioterapia con diagnosi secondaria di leucemia acuta (DRG 492): le tariffe relative ai ricoveri in regime diurno sono incrementate del 10%. 7) day surgery: i DRG codificabili come day surgery sono remunerati con la tariffa intera dei ricoveri ordinari superiori ad un giorno, di cui al Dm Sanità 30/06/97.

segue

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Liguria

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		8) day hospital chirurgici e ricoveri di 1 giorno dei DRG chirurgici: si conferma la remunerazione dell'80% della tariffa ministeriale vigente. 9) tariffe pro/die per gli oltre soglia, tariffe dei DRG medici relativi ai ricoveri ordinari per acuti di un giorno, tariffe dei ricoveri in regime diurno (tranne DRG 410 e 492) e tariffe dei ricoveri in riabilitazione (tranne DRG 009): Tali tariffe rimangono invariate. 10) DRG considerati a maggior rischio di inappropriatezza: le tariffe relative ai DRG LEA con peso <= 0,59 sono decrementate del 10,7%. le tariffe relative ai DRG con peso <= 0,59 e non LEA e le tariffe relative ai DRG LEA con peso > 0,59 sono decrementate del 7,7% con esclusione dei DRG 372 e 373, relativi al parto naturale.
	D.G.R. n. 389 del 10/05/2002	Prevede la conversione in euro delle: -tariffe per gli istituti pubblici e privati delle prestazioni erogate in regime di ricovero (esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione e pediatrici). -tariffe per gli istituti pubblici e privati delle prestazioni erogate in regime di ricovero per tutti i dimessi da strutture pediatriche interamente dedicate (ist. Gaslini, eccetto il reparto di ostetricia - cod. 37), nonché tutti i dimessi dai reparti pediatrici cod. disciplina = '39', '11', '31', '62', '65', '77', '73', '06', '76'. -tariffe per gli istituti pubblici e privati delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza. Prevede inoltre i livelli tariffari relativi al DRG 481 "trapianto di midollo osseo".
	D.G.R. n. 1542 del 28/12/2001	Conversione in euro del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ospedaliere.
	D.G.R. n. 1236 del 26/06/2002	Rettifica , per mero errore di conversione da lire ad euro, degli importi contenuti nelle righe relative ai DRG 319 e 232
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 727 del 27/06/2000**	Prevede il finanziamento delle funzioni speciali (emergenza, ecc.)
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 1296 del 28/11/2000**	Individua schemi tipo di accordo e di contratto tra azienda USL e strutture accreditate pubbliche e private e definisce le linee guida per l'attuazione del processo negoziale. La base di riferimento della negoziazione è costituita dall'attività degli anni precedenti. Ciascuna ASL individua tariffe e livelli di abbattimento programmati con riferimento alle tariffe regionali. Valgono, inoltre, i seguenti principi: -per ogni struttura accreditata, a garanzia della qualità delle prestazioni, la decurtazione tariffaria, all'interno dei volumi concordati di produzione, non può superare il 40% della tariffa regionale (tranne per le prestazioni mediche con indice di complessità inferiore a 0,6); -al superamento dei volumi contrattati la decurtazione è libera.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 829 del 21/07/2000**	Prevede la costituzione di una commissione regionale per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e l'istituzione, presso le aziende USL, dei Nuclei operativi di controllo finalizzati al controllo di tutti i soggetti erogatori.

Emilia Romagna

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 1505 del 31/07/2001 integrata dalla D.G.R. n. 2931 del 28/12/2001 e modificata parzialmente dalla D.G.R. 2582/2002**	Mantiene inalterato l'impianto del sistema tariffario definito dalle D.G.R. n. 319/2000, n. 703/2000 e n.2381/2000. Gli erogatori sono divisi in due fasce secondo specifici parametri. Viene stabilito, per ogni fascia, il valore massimo del punto DRG, secondo l'impostazione del D.M. Sanità 30/06/97 Ospedali di fascia A: euro 2.740,00 Ospedali di fascia B: euro 2.500,00 1- Regime ordinario Per i ricoveri ordinari con durata superiore ad 1 giorno: -tariffe massime per DRG di alta complessità Fascia A: tariffa DRG specifica Fascia B:: valore del punto DRG per peso DRG -tariffe massime per DRG di non alta complessità Fascia A: valore del punto DRG per peso DRG Fascia B: valore del punto DRG per peso DRG Per i ricoveri ordinari di 1 giorno la tariffa massima è: DRG medici: euro 120,85 DRG chirurgici: 80% della tariffa prevista per i ricoveri ordinari Per i DRG 119,270,342,343 e 364, in deroga a quanto previsto dalla D.G.R. n. 1505/2001, non si applica più l'abbattimento tariffario del 50% della tariffa DRG , nel caso in cui il ricovero ordinario abbia 1 pernottamento. Per i casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257,258,259 e 260, in deroga a quanto previsto dalla D.G.R. n. 1505/2001 (ricovero ripetuto entro 8-30 giorni dalla prima dimissione), non si applica più l'abbattimento tariffario del 20% della tariffa, nel caso in cui nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54. 2- Regime day hospital DRG medici: -da 1 a 3 accessi, si applica la tariffa forfetaria di euro 124,47 -con più di 3 accessi si applica l'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata di degenza superiore ad 1 giorno DRG chirurgici: 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata di degenza superiore ad 1 giorno 3- Neonato sano tariffa massima euro 319,17 * Riabilitazione e lungodegenza post acuzie Per i ricoveri in reparti di riabilitazione e lungodegenza post acuzie è prevista specifica tariffa pro-die che, dopo una durata di degenza di 60 giorni, può essere abbattuta del 40%, fino ad un limite minimo di euro 113,62. * Assistenza neuropsichiatrica Si è stabilita la seguente tariffazione per le prestazioni in oggetto: -Ospedali pubblici retta: euro 196,77 tariffa in D.H. :80% tariffa ricoveri ordinari -Case di cura psichiatriche retta: euro 154,94 tariffa in D.H. :80% tariffa ricoveri ordinari
	D.G.R. n.2582/2002	Nell'ambito dell'assistenza psichiatrica si delibera, in via sperimentale, il profilo economico del trattamento in regime di ricovero dei disturbi del comportamento alimentare e dei pazienti portatori di cosidetta 'doppia diagnosi', ossia di patologia psichiatrica e di patologia legata ad abuso o dipendenza da sostanze. *Delibera l'introduzione della 14° versione del Grouper-DRG. Mantiene invariate le tariffe DRG definite nella DGR 1505/2001 integrata e modificata dalla DGR 2931/2001, indipendentemente dalle modifiche apportate al peso di numerosi DRG sulla base dell'adozione della versione 14° del Grouper-DRG L'applicazione di tale versione genera l'introduzione di 2 nuovi DRG, il 493 e 494, per i quali si applica la medesima tariffa dei DRG 197 e 198, cui precedentemente la casistica afferiva. Si identificano delle attività i cui costi di produzione si rivelano critici e richiedono quindi una modifica tariffaria di tipo puntuale: segue

Emilia Romagna

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n.2582/2002**	A) Area trapianti E' stata effettuata una analisi dei costi del sistema trapianti nella sua completezza e non solo della fase strettamente operativa di ricovero, con conseguente incremento delle tariffe dei DRG seguenti: DRG 42, 481, 458, 472, 103, 191, 192, 302, 480, 495. Per il trapianto di intestino isolato, la tariffa, fissata in euro 164.233,29, è applicata ai casi attribuiti ai DRG 148 e 149 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8 ed al codice di diagnosi secondaria V.42.8 per i pazienti dimessi dalla A.O. di Modena. Per il trapianto multiviscerale, la tariffa, fissata in euro 236.795,49, è applicata ai casi attribuiti ai casi con codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8, associati ad almeno uno dei seguenti codici 43.99, 52.83, 50.59 per i pazienti dimessi dalla A.O. di Modena, indipendentemente dal DRG di dimissione. Per il trapianto di osso, rimangono in vigore le disposizioni indicate nella D.G.R. n. 1505/2001. In presenza del codice in diagnosi secondaria V42,4 e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (tranne le categorie 78.04, 78.06, 78.08), indipendentemente dal DRG che si viene ad originare, alla tariffa DRG specifica va riconosciuto un valore aggiuntivo pari ad euro 1.797,27. B) Area ortopedia E' stata effettuata una analisi dei costi riferiti alla casistica ortopedica, casistica di alta complessità e caratterizzata da costi di produzione estremamente elevati. Tale analisi ha portato alla individuazione di tariffe incrementali da applicare per attività erogata in regime di ricovero ordinario degli ospedali di fascia A, previste per i singoli casi: codici 81.53, 81.55, 81.04, 81.05, 81.06, 81.07, 81.08, da 170.1 a 170.9, da 171.2 a 171.9. C) Area riabilitazione L'analisi dei costi ha evidenziato uno sbilanciamento tra costi di produzione e ricavi, si sono quindi riviste le tariffe di degenza giornaliera: MDC — Tariffa giornaliera — dh fino a 3 accessi — dh oltre i 4 accessi 1 e 24 — 380,63 — 131,18 — 279,4 4 — 206,58 5 — 228,38 8 — 234,06 — 131,18 — 155,97 altre MDC — 175,54 — 131,18 — 131,18 D) Area radioterapia Si è rivista la tariffa per i trattamenti di brachiterapia in pazienti affetti da neoplasia. Per i pazienti dimessi con codice di intervento 92.27 o 92.28 associato al codice diagnosi V 58.0 la tariffa viene fissata in euro 8.500,00. E) Area day surgery Per i DRG 6 e 39, in considerazione del previsto inserimento delle prestazioni nel nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e tenendo conto che per una quota parte della casistica (casi più complessi) resti opportuna l'erogazione in regime di ricovero, si modificano le tariffe precedentemente previste come segue: DRG 6: per gli ospedali in fascia B euro 650,00 indipendentemente dal regime di erogazione; per gli ospedali in fascia A euro 800,00 per le prestazioni erogate in regime di degenza ordinaria e di day hospital, euro 650,00 per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale. DRG 39: per gli ospedali in fascia B euro 900,00 indipendentemente dal regime di erogazione; per gli ospedali in fascia A euro 1.033,00 per le prestazioni erogate in regime di degenza ordinaria e di day hospital, euro 900,00 per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale.
	D.G.R. n. 2132 del 12/10/2001	Con tale delibera, che ha recepito l'Accordo generale siglato dalla Regione con Aiop e Aris per il triennio 2001-2003, le prestazioni di alta specialità sono state suddivise in cinque categorie, individuate secondo un ordine decrescente di rilievo e importanza rispetto agli obiettivi della programmazione ospedaliera.

segue

Emilia Romagna

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n.1492 del 02/08/2002**	Gli Ospedali Privati di alta specialità sono equiparati agli stabilimenti ospedalieri di fascia A con relativa applicazione tariffaria. Con riferimento alle sole prestazioni di alta specialità, è fissato per gli anni 2001, 2002 e 2003: - per il primo gruppo un valore pari a lire 4.900.000 per punto DRG; - per i restanti gruppi in lire 5.150.000 a punto DRG per le prestazioni remunerate a caso trattato e nelle tariffe MDC specifiche. Viene fissato, infine, un sistema a budget e a tetti predefiniti di prestazioni, al cui superamento viene applicata la regola della tariffa variabile fino al rientro della spesa nel limite prefissato. Con tale Delibera la Regione ha previsto la riduzione del tasso di ospedalizzazione per i ric.ord.<1 giorno con riferimento al tasso medio regionale:4,5 per mille ab. per i DRG chirurgici e 12 per mille ab. per i DRG medici, ed ha inserito nel nomenclatore tariffario della specialistica le tariffe relative a Decompressione tunnel carpale, interventi sul cristallino. Le attività di controllo interne ed esterne sono da considerare parte integrante del sistema di tariffazione.Sono previsti abbattimenti tariffari per scoraggiare comportamenti opportunistici.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 2593 del 16/12/2002**	Programma pluriennale per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento dell'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti per l'anno 2002. Approvazione del finanziamento per la realizzazione dei progetti.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 2054 del 9/10/2001**	La regione ha approvato le linee guida ed i criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti. Lo schema tipo di accordo/contratto individua tre tipi di strutture eroganti, ai quali vengono correlati i relativi budget in base alle funzioni svolte: A. Ospedali privati di non alta specialità: -budget per prestazioni intra Ausl -budget per prestazioni extra Ausl B. Ospedali privati che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico: -budget complessivo per residenti intra ed extra Ausl C. Ospedali privati di alta specialità Sono escluse dal budget le prestazioni rese a cittadini fuori regione. I tetti regionali non sono superabili. Nel caso in cui si verifichino sfondamenti (è consentito un margine di oscillazione del 5%), scattano meccanismi di penalizzazione mediante riduzione a scalare delle tariffe (tariffa variabile a scalare): -Prestazioni intra AUSL: a) riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello di riferimento e solo se il fatturato complessivo locale supera quanto negoziato per più del 5%; b) rispetto al fatturato di riferimento, fino al +3%: riduzione del 10% fino al +6%: riduzione del 20% fino al +8%: riduzione del 40% fino al +10%: riduzione del 50% oltre il +10%: riduzione del 100% c) le riduzioni sono applicate fino a concorrenza del rientro nel budget locale, aumentato del 5%. -Prestazioni extra AUSL: a) riduzioni applicabili solo al fatturato complessivo extra AUSL in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale e solo se il fatturato complessivo regionale extra AUSL supera quanto negoziato per più del 5%; b) rispetto al fatturato storico di ogni struttura prodotto nell'anno precedente, al netto delle penalità applicate, fino al +3%: riduzione del 10% fino al +6%: riduzione del 20% fino al +8%: riduzione del 40% fino al +10%: riduzione del 50% oltre il +10%: riduzione del 100% c) applicazione delle penalità ai produttori fino a concorrenza del rientro del limite regionale aumentato del 5%. * E' da prevedere un sistema di abbattimento differenziato per le prestazioni eccedenti erogate da strutture che abbiano conseguito il rispetto di determinati obiettivi strategici del SSR in tema di riduzione del livello di inappropriatezza, accorcia-

segue

Emilia Romagna

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
ACCORDI CONTRATTUALI		mento dei tempi di attesa, continuità assistenziale ed abbassamento del tasso di ospedalizzazione. Assistenza neuropsichiatrica: E' previsto un budget complessivo per gli ospedali privati che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico. In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore, si procede alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto alla media del triennio precedente, calcolata adeguando le medie individuali e la loro somma al budget contrattato. Tale penalizzazione sarà applicata in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto alla media e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**Allegato n. 8 D.G.R. n. 1505 del 31/07/2001**	Le attività di controllo interno ed esterno deve essere pianificata dalle Aziende in sede di stesura dei piani preventivi di attività ed il tema dei controlli esterni locali deve essere esplicitamente preso in considerazione dagli accordi di fornitura con i produttori pubblici e privati. Il contenuto dei controlli è determinato sulla base delle priorità indicate a livello regionale e delle priorità locali. Rispetto alle priorità regionali, verranno individuati anno per anno i fenomeni da mettere sotto controllo, di questi verranno forniti i dati di riferimento regionali totali e per tipologia di produttore: tali dati saranno disponibili con aggiornamento trimestrale nella banca dati nosologica. Le figure professionali da utilizzare per l'attività di controllo rientra nell'ambito della autonomia decisionale delle singole aziende: in linea di massima è emersa la necessità di una figura di tipo sanitario, con l'individuazione di almeno un referente medico per i controlli sui contenuti sanitari delle attività, e di figure professionali per le attività di elaborazione dati e ed analisi formale sui contenuti anagrafici ed amministrativi della scheda nosologica. Le modalità di esecuzione dei controlli possono essere così riassunte: 1- controllo sistematico con cadenza almeno trimestrale dei dati di attività; 2- evidenziazione degli elementi che indichino la possibile presenza di fenomeni opportunistici; 3- analisi dei dati derivanti da flussi informativi routinari ; 4- determinazione del campione di cartelle sulle quali eseguire verifica diretta; 5- comunicazione per iscritto con un preavviso di almeno 10 giorni alla struttura presso la quale le cartelle sono custodite, del campione di cartelle da controllare e dei giorni nei quali i controlli verranno eseguiti; 6- esecuzione dei controlli in presenza di almeno un addetto della struttura controllata; 7- stesura del verbale che descriva le attività di controllo svolte e proponga le soluzioni da adottare per risolvere le situazioni problematiche; 8- definizione formale delle modalità di risoluzione anomale verificate, che comprenda la precisa definizione delle modifiche economiche e dei contenuti della scheda nosologica, con comunicazione al soggetto che ha disposto il controllo; 9- accettazione formale da parte del soggetto che ha effettuato il controllo. Le situazioni in cui non si pervenga ad una accettazione formalesaranno portate alla Commissione di Arbitrato regionale; 10- aggiornamento dei flussi informativi interessati dalle modifiche concordate; 11- pianificazione delle azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture interessate e successiva comunicazione dei risultati raggiunti ai soggetti interessati; Effetti della attività di controllo L'effetto atteso è quello di indurre un effettivo miglioramento delle pratiche di ricovero nelle strutture. Nei singoli casi le attività di controllo possono avere riflessi economici immediati, quantificabili nei casi in cui dai controlli siano emerse determinate fattispecie (es: nei casi di errata attribuzione del DRG , il nuovo importo corrisponderà al nuovo DRG), in altri casi la determinazione di nuovi importi potrà essere oggetto di contrattazione tra le parti (es:controlli sui DRG potenzialmente inappropriati). Qualora dagli accertamenti effettuati dovessero scaturire evidenze penalmente rilevanti, si dovrà procedere nei termini di legge.

Toscana

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 372 del 15/04/2002	Rivede il regime tariffario stabilito dalla D.G.R. n. 4614 del 29/12/1995 e successive modificazioni, adeguandolo ai criteri di accreditamento ed aggiornamento in riferimento alle disposizioni del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 di cui alla delibera di Consiglio n. 60 del 09/04/2002. Vengono individuati due livelli tariffari da applicare ai presidi di ricovero ospedaliero per acuti sulla base dei seguenti criteri: -Livello 1: presidi che operano in emergenza urgenza (classi 1 e 2 di cui alla DCR n. 221/99) e presidi già classificati di classe 1 dalla DGR n. 1533/97 -Livello 2: presidi che operano in regime di elezione programmata (classi 3 e 4 di cui alla DCR n. 221/99) Si riconosce inoltre, ai presidi che costituiscono punto di riferimento di Area Vasta, per le funzioni operative ospedaliere di livello regionale (vedi allegato n. 1) un incremento tariffario del 3% sul 1° livello tariffario per i DRG di alta specialità individuati nell'allegato 3 (DRG con peso >2,5 - pesi delibera 303/99). Restano in vigore le tariffe stabilite dalla DGR n. 303 del 22/03/99 e successive integrazioni (ha aggiornato le tariffe dei ricoveri per acuti, comprensivo del DH e DS, precedentemente stabilite con DGR 4614/96), che mantenevano la distinzione della tipologia di erogatori in 4 classi, cui corrispondeva un diverso valore del punto; con la revisione operata dalla DGR 372 restano in vigore soltanto i valori corrispondenti alle classi I e II: Classi — Valore punto I — L. 4.654.677 II — L. 4.096.830
D.G.R. n. 1309 del 25 novembre 2002	Aggiorna le tariffe dei DRG della delibera 372/02 per le attività di trapianto (per queste attività si rivede la tariffa e non il peso, salta quindi il criterio del valore tariffario corrispondente al peso per valore del punto)
D.G.R. n. 208 del 19/02/96	Ha stabilito le tariffe massime giornaliere per le prestazioni di ricovero di riabilitazione e lungodegenza . La remunerazione dell'attività di riabilitazione viene differenziata secondo il periodo di degenza.
D.G.R. n. 492 del 17/05/01	Aggiorna le tariffe di ricovero di riabilitazione e lungodegenza, di cui alla del. 208/96; individua una tariffa giornaliera, oltre che per i reparti codice 56 e 60, per i reparti codici 28 e 75 Riabilitazione cod. 56 Ricoveri ordinari di durata inferiore a 61 giorni: MDC1 euro 232,41 primi 40 giorni, successivi 20 giorni euro 174,30 MDC4 euro 224,66 primi 20 giorni, successivi 20 giorni euro 196,25, ult. 20 gg. euro 168,36 MDC5 euro 224,66 primi 20 giorni, successivi 20 giorni euro 196,25, ult. 20 gg. euro 168,36 MDC8 euro 226,66 primi 30 giorni, successivi 30 giorni euro 168,36 Altri MDC euro 175,60 primi 20 giorni, successivi 20 giorni euro 164,75, ult. 20 gg. euro 153,39 Ricoveri ordinari -periodo di proroga: MDC1 euro 174,30 MDC4, 5, 8 euro 168,36 Altri MDC euro 153,39 Ricoveri ordinari -periodo successivo ai primi 60 giorni o a eventuale proroga: Si applica la tariffa definita per l'attività d lungodegenza. Ricoveri a ciclo diurno: MDC1 euro 159,78 MDC4, 5, 8 euro 147,19 Altri MDC euro 123,43 Lungodegenza cod. 60 Ricoveri ordinari di durata inferiore a 61 giorni euro 139,96 Periodo di proroga euro 118,79 Periodo succ. ai primi 60 giorni o a eventuale proroga euro 84,18 Unità spinale (cod. 28) Ricoveri ordinari euro 438,99 Ricoveri a ciclo diurno euro 329,24 Neuro-riabilitazione (cod. 75) Ricoveri ordinari euro 387,34 Ricoveri a ciclo diurno euro 290,51

segue

Toscana

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		Prevede una tariffa differenziata per il trattamento dei casi di pazienti in stato di coma vegetativo persistente
	D.G.R. n. 859 del 5/8/2002 D.G.R. n.268 del 18/3/2002	Stabilisce gli standard per la remunerazione delle attività di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza. 43 DRG del DPCM 29 novembre 2001 + ulteriori 9 DRG. La remunerazione dei ricoveri oltre soglia si distingue per: DRG Chirurgici: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario, per i ricoveri con degenza superiore a 2 giorni,sarà effettuata alla tariffa prevista per il ricovero diurno per lo stesso DRG. DRG Medici: la quota di attività in esubero verrà remunerata -al 50% della tariffa per i ricoveri ordinari, -al 90% della tariffa per iricoveri diurni, -al 70% della tariffa per i ricoveri di durata 0/1 giorno. Con tale Delibera si impegnano le Aziende USL a riveder i contratti in essre con lestrutture private accreditate al fine di trasformare in regime ambulatoriale alcune prestazioni erogate in regime di ricovero, elencate in apposito allegato, e le modalità di remunerazione delle medesime. I reparti di psichiatria (codice 40), sia pubblici che privati, che fanno trattamenti ospedalieri per acuti, vengono remunerati a DRG secondo le tariffe vigenti per i 2 livelli tariffari. DGR 1309/2003) Eventuali ricoveri di riabilitazione ospedaliera, codice 56, vengono remunerati a giornata di degenza (non c'è distinzione di livello tariffario) in base all'MDC. L'MDC di riferimento è il 19 "malattie e disturbi mentali". DGR 492/2001.
CHIRURGIA AMBULATORIALE	**D.G.R. n. 268 del 18/03/02**	Inserisce nel Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale una serie di prestazioni precedentemente erogate esclusivamente in regime di ricovero (es. cataratta, tunnel carpale, etc.). Si impegnano le Aziende USL a rivedere i contratti in essere con le strutture private accreditate al fine di individuare le modalità attuative di quanto previsto nella delibera in ordine alla trasformazione in regime ambulatoriale delle prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero ed alle modalità di remunerazione delle medesime.
	D.G.R. n. 771 del 22/07/02	Stabilisce standard di riferimento per l'erogazione delle prestazioni di cui alla del. 268 nei diversi regimi di erogazione (ricovero ordinario, DH, ambulatoriale)
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 1322 del 14/10/96**	Ha previsto la concertazione regionale tra la regione Toscana, le AUSL ed i rappresentanti delle istituzioni private di ricovero dal 1997. La concertazione avrebbe riguardato l'individuazione dei criteri per la definizione a livello locale di: 1. I tetti dei ricoveri nelle Case di cura che instaurano rapporti contrattuali; 2. La remunerazione articolata per quantità di prestazioni in base alle tariffe; 3. Le procedure della verifica della programmazione e della qualità delle prestazioni erogate.
	ACCORDO del triennio 1999-2001	Si afferma che l'instaurarsi di processi di collaborazione è conseguente ad un concetto di integrazione intesa non come residualità e marginalità del privato rispetto al pubblico, ma come complementarietà dei due settori all'interno del sistema sanitario, su principi di diversificazione dei ruoli e di integrazione di competenze (D.G.R. n. 943/99)
	D.G.R. n. 943 del 9/08/99	Recepisce l'Accordo per il triennio 1999/2001. L'Accordo stabilisce: 1. Il riferimento al volume complessivo di risorse 1998 da parte di tutte le ASL toscane; 2. Tale riferimento è complessivo e non incide sulla trattativa tra ASL e singola struttura, ove tale principio è suscettibile di applicazioni anche differenziate; 3. La riconversione progressiva delle eventuali eccedenze del settore dei ricoveri ospedalieri, rispetto alla previsione di Piano, in percorsi alternativi extra-ospedalieri.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 932 del 13/08/98**	Approvazione del manuale per la valutazione ed il controllo dell'attività di ricovero.

Umbria

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 1502 del 30/10/2002**	Aggiorna il tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero di cui alla D.G.R. n. 3270 del 28/05/1997 (in base alla quale ogni struttura pubblica o privata aveva un budget, relativo al fatturato 1999. Rispettando tale budget, le prestazioni sono remunerate secondo la tariffa regionale, altrimenti si determinano 3 livelli tariffari. Livello 1: se le prestazioni non superano il fatturato 1999, si riconosce la tariffa del DM Sanità 30/06/97 ridotta del 10%; livello 2: se le prestazioni superano fino al 10% il fatturato 1999, si riconosce la tariffa stabilita in sede di negoziazione con un abbattimento del 50%; livello 3: per le prestazioni che superano il 10% del fatturato 1999, si riconosce la tariffa stabilita in sede di negoziazione con un abbattimento del 90%. Si fa salva la facoltà delle parti di modificare i limiti suddetti attraverso la contrattazione, pur nel rispetto del tetto complessivo concernente il riparto tra le Usl del FSR). Le modifiche apportate dalla D.G.R. n. 1502 del 30/10/2002 sono: Ricoveri con degenza > 1 giorno ed <= al valore soglia DRG con peso >= 2,5 (tranne il DRG 481) aumento del 15% DRG 112, 118, 405 aumento del 15% DRG 005, 478, 489, 490 aumento del 15% DRG 481 aumento del 20% DRG chirurgici dei LEA abbattimento del 20% DRG medici dei LEA abbattimento del 40% DRG medici con casi di urgenza, nell'archivio regionale, superiore al 65% abbattimento del 20% Su tale base è stato effettuato un incremento uniforme del 12% rispetto alla D.G.R. n. 3270 del 28/05/1997. DH e ricoveri con degenza < 1 giorno Le tariffe sono state rivalutate del 12% rispetto al D.G.R. n. 3270 del 28/05/1997. Ricoveri con degenza > soglia Le tariffe giornaliere sono state rivalutate del 12% rispetto al D.G.R. n. 3270 del 28/05/1997. Lungodegenza (codice 60) Le tariffe sono state rivalutate del 12% rispetto al D.M. 30/06/1997. Per le degenze oltre il valore soglia (60 gg) la tariffa giornaliera viene abbattuta del 40% (salvo deroghe). Riabilitazione Degenza ordinaria - specialità cod.56 si applicano le tariffe nazionali di cui al D.M. 30/06/1997 rivalutate del 12%; - specialità cod 28 e 75 tariffe differenziate in base al maggior impegno tecnologico rivalutate del 12%. Day hospital Nelle unità operative 28, 56, 75 nuove tariffe incrementate del 12%. Per il cod. disciplina 56, per una degenza oltre il valore soglia (60 gg) la tariffa giornaliera viene abbattuta del 40%; per i codici disciplina 28 e 75, non essendoci un valore soglia per la degenza, non si applica l'abbattimento della tariffa.
	D.G.R. n. 1502 del 30/10/2002	Con tale Delibera la Regione ha individuato i valori soglia per i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza di cui al DPCM 29/11/2001 per i quali ha previsto un differenziato abbattimento delle tariffe: DRG Chirurgici: l'abbattimento previsto è del 20%; DRG Medici:l'abbattimento previsto è del 40% ad eccezione di quei DRG medici che presentano nell'archivio regionale una % di casi in urgenza superiore al 65% , per i quali l'abbattimento è stato ridotto del 20%.

segue

Umbria

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 857 del 26/07/2000** **D.G.R. n. 1297 del 08/11/2000** **D.G.R. n. 298 del 13/03/2002**	Sono state date disposizioni per la stipula di accordi con le strutture pubbliche e private. Obiettivo di riduzione dei volumi di prestazioni in regime di degenza per le medio-basse specialità di almeno il 5% nel 2000 e di almeno il 10% nel 2001, assumendo come anno indice il 1999, salvo compensare eventuali somme non utilizzate da alcune USL. Per le strutture erogatrici di prestazioni (pubbliche e private) viene indicato il tetto di ricoveri ed il volume massimo degli scambi finanziari per mobilità intraregionale. Limitatamente all'attività remunerata a prestazione, vengono applicate le tariffe piene fino al raggiungimento dei volumi stabiliti negli accordi relativamente ai residenti in Umbria. Oltre tale limite vengono abbattute dell'85% fino ad un incremento massimo del 10%; superata questa seconda soglia non viene pagato alcun corrispettivo. Le stesse limitazioni sono applicate anche nel caso in cui la Regione Umbria stipuli accordi con altre regioni.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 298 del 13/03/2002**	Negli accordi contrattuali sono fissati i requisiti della funzione di controllo interno, che deve essere assicurata dalle strutture erogatrici, e le prerogative del controllo esterno per l'accesso alle strutture e alle informazioni. Per questo la delibera comprende anche le Linee guida per la funzione di controllo specifica per il monitoraggio delle prestazioni in regime di degenza e per l'applicazione di penalizzazioni al manifestarsi di effetti distorsivi.

Marche

NORMATIVA REG.	OGGETTO
D.G.R. n. 2265 del 23/12/2002	Con tale delibera (che integra la D.G.R.n. 1621 del 10/9/2002) la Regione stabilisce l'aggiornamento del sistema tariffario in base ad una differenziazione delle tariffe in base alle diverse tipologie di produttori, poiché i costi di produzione sono diversi nelle strutture coinvolte nel sistema dell'emergenza sanitaria e di maggiore complessità organizzativa. In particolare le tariffe sono state differenziate tra le strutture di fascia A (aziende ospedaliere, INRCA di Ancona, ospedali classificati come ospedali di rete secondo PSR) e strutture di fascia B (case di cura private e poli ospedalieri).

Prestazioni in regime di ricovero ordinario

Tipologia DRG	Tariffe per strutture tipo A	Tariffe per strutture tipo B
DRG con peso >=2,5	+ 25% della tariffa nazionale	tariffa nazionale
DRG chirurgici con peso<=1,5 e <2,5	+20% della tariffa nazionale	+10% della tariffa nazionale
DRG medici con peso <=1,5 <2,5	+20% della tariffa nazionale	tariffa nazionale
DRG LEA medici	-10% della tariffa nazionale	-20% della tariffa nazionale
DRG LEA chirurgici	-10% della tariffa nazionale	tariffa nazionale
Altri DRG compresi nell'elenco degli eventi sentinella della mobilità interregionale eccetto quelli compresi nei LEA	tariffa nazionale	tariffa nazionale
Restanti DRG chirurgici	+10% della tariffa nazionale	+10% della tariffa nazionale
Restanti DRG medici	+10% della tariffa nazionale	tariffa nazionale
DRG 410 e 492	+10% della tariffa nazionale	-10% della tariffa nazionale
DRG 436 e 437	+10% della tariffa nazionale	+10% della tariffa nazionale
Prestazioni in regime di DH o di ricovero ordinario di 1 giorno		
DRG chirurgici con peso >=2,5	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari
DRG medici con peso >=2,5	+20% della tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno
DRG chirurgici con peso<=1,5 e <2,5	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari
DRG medici con peso <=1,5 <2,5	+15% della tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno
DRG LEA medici	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno
Altri DRG compresi nell'elenco degli eventi sentinella della mobilità interregionale eccetto quelli compresi nei LEA	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno
Restanti DRG chirurgici	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari	80% della nuova tariffa regionale per ricoveri ordinari
Restanti DRG medici	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	Tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno
DRG 410 e 492	+5% della tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno	-10% della tariffa nazionale dei ricoveri di 1 giorno

Tali tariffe sono comprensive di tutti gli oneri sostenuti dall'Azienda di dimissione per il trattamento del caso, salvo specifiche indicazioni di provvedimenti regionali.
In particolare le tariffe comprendono anche gli oneri sostenuti a carico del Servizio Sanitario nazionale per le prestazioni ambulatoriali strettamente connesse al ricovero erogate precedentemente e successivamente al ricovero stesso; comprendono inoltre i costi dei trasporti per il trasferimento di un paziente ricoverato da una struttura ospedaliera ad un'altra e sono a carico dell'azienda inviante.
Le tariffe non comprendono invece l'onere dei trasporti erogati in regime di emergenza e urgenza, secondo quanto previsto dalla legge 36/98, né l'onere dei trasporti programmati da e per l'ospedale che sono a carico dell'azienda di residenza, né l'onere del trasporto in eliambulanza che viene finanziato forfetariamente e direttamente dalla Regione all'A.O. Umberto 1 - Torrette. Nei casi di trattamento di cittadini residenti in altre regioni l'onere è addebitato alla regione stessa secondo le indicazioni del T.U. sulla mobilità sanitaria interregionale, ed è determinato in euro 51,65 per minuto di volo.
Sono stati introdotti due nuovi DRG: il DRG 493 colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, con cc, e il DRG 494 colecistectomia

segue

Marche

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		

laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc, il cui valore dei ricoveri ordinari e dei ricoveri di 1 giorno è pari ai valori dei corrispondenti DRG 197 e 198.
Tali tariffe si applicano ai ricoveri che risultano appropriati in caso di eventuali controlli e nei limiti del piano che verrà determinato con successivo atto.
Viene riconosciuta una tariffa aggiuntiva per le attività che prevedono l'impianto di protesi secondo il seguente schema:

Tipologia di protesi	Codici di diagnosi ICD 9CM (97)	Codici di diagnosi ICD 9CM (97)	Importo previsto a copertura costo protesi (valori in euro)
Sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla		81.80 o 81.81	1.239
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	81.04 a 81.08	2.324
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	81.04 a 81.08 +78.09	2.686
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo		81.01 a 81.03	775
Artrodesi vertebrale con innesto osseo		81.01 a 81.03 + 78.09	1.188
Protesi sfinteriche urinarie		58.93	4.132
Protesi endoaortiche	441._	39.52 + 38.91	3.099
Protesi endoiliache	442:02:00	39.52 + 38.91	3.099
defibrillatori cardiaci a permanenza		37.94	8.263
Stimolatore cerebrale	332:00:00	02. 93	16.010
Neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro - urologico)		03 . 93	2.324
Pompa per infusione intratecale		86 . 06	1.808
Protesi biliari		51 . 87	413

Viene inoltre riconosciuta una tariffa aggiuntiva per gli interventi di chirurgia ortopedica complessa effettuati presso gli ospedali con almeno 30 casi complessi trattati nel corso dell'anno di riferimento, secondo il seguente schema:

Tipologia DRG	Tipologia DRG	Tariffa incrementale (valori in euro)
81.53	Revisione di sostituzione di articolazione di anca	7447
81.55	Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio	7447
81.04	Artrodesi dorsale approccio anteriore	6915
81.05	Artrodesi dorsale approccio posteriore	6915
81.06	Artrodesi lombare approccio anteriore	6915
81.07	Artrodesi lombare approccio posteriore	6915
81.08	Artrodesi lombare approcci laterali	6915
da 170. 1 a 170. 9	Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari	4256
da 171. 2 a 171. 9	Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli	4256

Per quanto riguarda le tariffe per l'attività riabilitativa si fa riferimento alle tariffe definite con la D.G.R. n. 1321 del 16/07/02, articolate secondo il seguente schema:

Riabilitazione ospedaliera

Uri Unità di risveglio	416,4
Uni Unità di riabilitazione intensiva	366,5
Malattie e disturbi del sistema nervoso	236,6
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	208,2
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	226,6
Malattie e disturbi del sistema scheletrico	214,3
Altre MDC	154,4

segue

Marche

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE		L'attività di Centro Alcologico della Casa di Cura Villa Silvia corrispondente ai DRG 436 e 437 viene valorizzata con una tariffa giornaliera di 154,343 euro relativa alla categoria Altre MDC di cui alla delibera 1321/02. Per le tariffe delle attività dei reparti di lungodegenza sono riconosciute quelle pro die della D.G.R. n.125/99 (pari a 138 euro); per la lungodegenza è fissata la degenza limite di 60 giorni oltre la quale si applica la tariffa ridotta del 40%.
	D.G.R. n. 877 del 23/04/2001	Ha definito il piano delle prestazioni ospedaliere erogate dalle case di cura per gli anni 2000 e 2001 ed il relativo tetto di spesa per gli anni 2000-2001.
	D.G.R. n. 125 del 25/01/99	Regolamenta la remunerazione delle prestazioni neuropsichiatriche in ricovero ospedaliero, rese da strutture pubbliche o private accreditate.

Lazio

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 1762 del 20/12/2002**	Conferma il sistema tariffario risultante dalle D.G.R. n. 2594 del 19/12/2000 e n. 2047 del 21/12/200 Il tariffario di riferimento è quello del Dm Sanità 30/06/97, incrementato del 3%. Rispetto all'anno precedente viene aumentato il fondo ospedaliero del 3,9 (incremento 2002-2001 era stato del 2,3%) e viene istituito un budget di settore per le case di cura per acuti pari a euro 253 milioni. Quindi, pur rimanendo uguali i criteri per la modulazione tariffaria, è possibile una diversa modulazione tra settore pubblico e case di cura. Il modello prevede abbattimenti tariffari, per tutte le tipologie di ricovero previste, nell'eventualità che i consumi dei residenti siano superiori alla quota di fondo ospedaliero destinati agli ambiti territoriali delle Asl, con i seguenti criteri: A) sono esclusi alcuni DRG (cd. Incomprimibili) di alta specialità (trapianti, by pass, interventi su valvole, craniotomie) e precisamente i DRG 1, 2, 75, 103-108, 110, 302, 458, 472, 480-481. Sono inoltre esclusi i DRG riferiti al parto (DRG 370-375), i dimessi da reparti di medicina nucleare, radioterapia, oncologia, pediatria, malattie infettive e psichiatria, i dimessi dai day hospital chirurgici e i dimessi dai day hospital medici riclassificati a seguito dell'applicazione della D.G.R. n. 864/02; B) i rimanenti ricoveri, pari all'80% circa dell'intera produzione ospedaliera, sono suddivisi in 4 tipologie: 1. ricoveri di tipo chirurgico di peso medio alto 2. ricoveri di tipo chirurgico di peso medio basso 3. ricoveri di tipo medico di peso elevato 4. ricoveri di tipo medico di peso medio basso In caso di superamento del budget del singolo ambito territoriale, le tariffe vengono abbattute in modo proporzionale e progressivo (l'abbattimento della classe 4 è doppio dell'abbattimento delle classi 2 e 3, mentre per la classe 1 non è previsto alcun abbattimento). Questo sistema prevede che la remunerazione dei soggetti erogatori debba calcolarsi a consuntivo. Vengono inoltre confermati gli incrementi tariffari stabiliti con D.G.R. n. 871/02 per la definizione delle tariffe dei DRG pediatrici e neonatali; viene aumentata del 20% la tariffa del DRG 3 craniotomia età < 18 anni, e per incentivare il ricorso al parto vaginale se ne aumenta la remunerazione. Riabilitazione e lungodegenza La D.G.R. n. 1762 del 20/12/2002, recependo i criteri della D.G.R. n. 434 del 27/03/2001, definisce il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica. Il fondo regionale, non distinto per Asl, specifico per questo settore è pari, per l'anno 2003 a euro 362 milioni. I principi su cui si basa la delibera sono quelli di: 1. Premiare la tempestività del ricovero; 2. Eliminare il fenomeno dei ricoveri impropri e ripetuti; 3. Premiare il numero appropriato di giornate per ricovero; 4. Preservare i casi complessi che impegnano un numero di giornate e di ricoveri più elevati; 5. Punire le forme di frammentazione del ricovero e le forme di opportunismo. Su questi principi si inserisce quello della differenziazione del sistema tariffario al fine di premiare i comportamenti più appropriati per l'incentivazione della qualità; Le tariffe di riabilitazione ospedaliera sono le seguenti: 1. prestazioni di riabilitazione in assistenza intensiva, euro 413,17 pro die; 2. prestazioni di riabilitazione post acuzie: -Per le strutture in possesso dei requisiti stabiliti con D.G.R. n. 434/2001, 100% della tariffa Dm Sanità 30/06/97, incrementata del 3%; -Per le altre strutture , 80% della tariffa Dm Sanità 30/06/97, incrementata del 3%; Tali tariffe subiscono delle modulazioni nei seguenti casi: *segue*

Lazio

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n.864 del 28/06/2002**	-ricoveri avvenuti oltre il 30° giorno dall'evento indice, decurtazione del 3%; -ricoveri avvenuti oltre il 60° giorno dall'evento indice, decurtazione del 5%; -reingressi impropriper lo stesso DRG, decurtazione del 50%; Le tariffe della lungodegenza medica sono le seguenti: -per gli IRCCS e le strutture erogatrici inserite, collegate o convenzionate con strutture di ricovero per acuti, 103% della tariffa Dm Sanita 30/06/97; -per le altre strutture, 80% della tariffa Dm Sanità 30/06/97 incrementata del 3%. Con tale Delibera sono stati individuati i valori soglia per i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza di cui al DPCM 29/11/2001+ altri 6.Inoltre per quanto riguarda la remunerazione dei ricoveri oltre soglia si applica un regime tariffario differenziato: DRG Chirurgici: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base al tariffario nazionale dei ricoveri diurni; RG Medici: la remunerazione dell'attività svolta oltre soglia in regime di ricovero ordinario sarà effettuata in base ad una tariffa pari a due accessi del corrispondente DH medico.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 713 del 7/03/2000 e n. 1914 del 4/08/2000, integrate dalla D.G.R. n. 1762 del 20/12/2002**	Remunerazione delle prestazioni di pronto soccorso e della funzione di emergenza.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 996 del 10/07/2001**	Attuati al fine di prevenire comportamenti non appropriati.

Abruzzo

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.C.R. n. 140/5 del 30/11/1999**	Con tale delibera (che recepisce la D.G.R. n.1802 del 06/08/1999) è stato definito il sistema tariffario abruzzese. La delibera dispone, a decorrere dall'1/1/99, il recepimento delle tariffe del DM Sanità 30/6/97. Nella delibera si individua il livello massimo delle tariffe regionali delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero ordinario e diurno e di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza, pari all'80% del valore delle tariffe nazionali, ad eccezione degli interventi di cardiochirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia sul sistema nervoso centrale ed ematologia, per i quali si applica la tariffa intera. Tali tariffe regionali sono comprensive dei costi dei pasti consumati dall'accompagnatore di minori di anni 12 e di soggetti portatori di handicap ex lege n. 104/92. Dal momento che tali tariffe per prestazioni di assistenza e riabilitazione ospedaliera sono in realtà valori massimi di riferimento, le stesse saranno soggette a contrattazione con le Usl nei casi e nei modi previsti dalla normativa vigente in materia. La tariffa delle prestazioni di lungodegenza è pari a L. 267.000. Assistenza neuropsichiatrica ospedaliera Per tale assistenza sono state individuate due tipologie di ricovero: 1. Ricovero in regime ordinario e di day hospital (secondo DRG) 2. Ricovero riabilitativo (codice 56) In ogni caso la tariffazione segue quella di tutti gli altri ricoveri in DRG o in riabilitazione previsti dalla normativa regionale.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 1705 del 20/12/2000**	Con tale delibera la Regione ha approvato lo schema di contratto relativo agli accordi contrattuali con le strutture private per la negoziazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera ed il budget per gli anni 1999 e 2000. Il tetto di spesa per l'ospedalità privata è pari al fatturato 1998 diminuito del 15%. Ciascuna Azienda Usl: - con riferimento all'andamento delle prestazioni e della spesa dell'anno precedente, stabilisce il budget da distribuire tra le strutture operanti sul proprio territorio; - sulla base dei suddetti elementi provvede alla stipula del contratto con la struttura; - trasmette il suddetto contratto sottoscritto all'Assessorato regionale per la dovuta approvazione. Nel caso in cui si superassero i limiti del budget, i livelli tariffari del complesso delle prestazioni erogate sono abbattuti di una percentuale proporzionale allo sfondamento dell'importo predefinito e comunque tale che l'importo a carico dell'Azienda Usl non può essere superiore alla metà dell'incremento rispetto a quello precedente.

Molise

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 2045 del 30/12/2002**	La Regione ha aggiornato il tariffario regionale parificandolo al 100% di quello nazionale (DM Sanità 30/6/97) a partire dall'1/1/2002. Cambia anche il sistema tariffario per cui, nell'ambito del tariffario massimo regionale, ci sono tariffe differenziate per le varie classi omogenee di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Si individuano due gruppi: 1° Fascia Tutte le strutture pubbliche e le strutture IRCCS Attribuzione del tariffario regionale senza decurtazioni. 2° Fascia Case di cura private Attribuzione del tariffario regionale ridotto del 15%
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 909 del 18/09/2001**	Con la delibera la Regione ha approvato l'Atto di indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie per gli accordi contrattuali con i soggetti erogatori privati operanti nella regione Molise. La delibera prevede che i contratti tra le Asl e le strutture private accreditate siano stipulati annualmente, definendo il volume massimo delle prestazioni erogabili annualmente per i cittadini della relativa Asl e per quelli delle altre Asl della regione. Non possono essere remunerate prestazioni in eccedenza al budget predeterminato, salvo quelle riferite alla mobilità sanitaria attiva tra le regioni. La contrattazione con le strutture private accreditate è subordinata ai bisogni sanitari della propria popolazione, tenuto conto della rete dei presidi pubblici e privati accreditati e della potenzialità della struttura pubblica, anche in riferimento alla programmazione sanitaria, nel rispetto dei livelli di spesa sostenibili e previa rilevazione del volume di domanda sanitaria non satisfattibile in sede pubblica. Non sono ricomprese in tale tetto le prestazioni rese ai non residenti.

Campania

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 3097 dell'11/04/2000**	Con la delibera in oggetto si sono aggiornate le tariffe ospedaliere delle strutture private provvisoriamente accreditate, operando la distinzione tra: -case di cura private già convenzionate e classificate in fascia A: -20% tariffario D.M. 30/06/97 -case di cura private già convenzionate e classificate in fascia B: -32% tariffario D.M. 30/06/97 -case di cura private già convenzionate e classificate in fascia C: -43% tariffario D.M. 30/06/97
	D.G.R. n. 3362 del 30/05/1995	Prevede, per le prestazioni di assistenzaospedaliera per acuti erogate in regime di day hospital, che sia gli erogatori pubblici che i privati accreditati possono destinare al ricovero diurno fino al 10% dei posti letto accreditati.
	D.G.R. n. 6490 del 30/11/2001	Ha aggiornato, a partire dall'1/1/2002, per 28 DRG chirurgici, le tariffe per i ricoveri ordinari di 0-1 giorno e per i ricoveri diurni. Fornisce le direttive concernenti l'attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery. La delibera recepisce quattro documenti: 1. Linee guida per le attività di day surgery; 2. Elenco delle procedure chirurgiche eseguiibli in day surgery; 3. Elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in ambulatorio; 4. Elenco dei DRG su cui sviluppare, prioritariamente l'assistenza in day surgery. Le tariffe per le prestazioni erogate in day surgery sono state fissate nella misura dell'80% della corrispondente tariffa di ricovero ordinario, ed è stato previsto un ulteriore abbattimento tariffario, a seconda della tipologia della casa di cura, per le prestazioni di ricovero ordinario che superino il numero atteso. Le prestazioni chirurgiche eseguibili in ambulatorio, che vengono invece erogate in regime di ricovero ordinario, in assenza di esaurienti motivazioni clinico assistenziali che giustifichino il ricovero, sono remunerate con le tariffe previste dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. In questo ultimo caso saranno altresì remunerate le necessarie indagini pre-operatorie refertate in cartella, nella misura massima di euro 77,45, nonchè l'eventuale esame istologico.
	D.G.R. n. 6489 del 30/11/2001	Prevede che le prestazioni di alta specialità dall'1/01/2002 vanno remunerate applicando un abbattimento del 10% sul valore delle stesse prestazioni riportate dal D.M. Sanità 30/06/97. Le prestazioni di neuroriabilitazione erogate da case di cura private provvisoriamente accreditate per l'alta specialità, sono fissate ad un valore pari all'85% delle tariffe nazionali D.M. 30/06/97.
	D.G.R. n. 3098 dell'11/04/2000 modificata dalla D.G.R. n. 5741 del 28/11/2000	Determina le tariffe delle prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere ed Universitarie, Presidi Ospedalieri di Ausl, IRCCS ed Ospedali Classificati . Viene applicato il tariffario nazionale del D.M. Sanità 30/06/97 in base ai seguenti criteri: -A.O. A.U.P. I.R.C.C.S. : 100% tariffario D.M. 30/06/97 -P.O. sede di DEA o PSA: 95% tariffario D.M. 30/06/97 -P.O. privi di DEA o PSA: 90% tariffario D.M. 30/06/97
	D.G.R. n. 7269 del 27/12/2001	Sono state convertite in euro le tariffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero. La delibera stabilisce la conversione per la tariffa di lungodegenza, conferma le tariffe per le prestazioni di alta specialità già definite in euro nella D.G.R. n. 6489/2001 ed approva 7 allegati, oltre ai tariffari per il settore pubblico, che riportano le tariffe delle prestazioni di ricovero erogate dalle Case di Cura già classificate in fascia A, B e C, nonchè le tariffe per prestazioni di neuropsichiatria.
	D.G.R. n. 3096 dell'11/04/2000	Ha determinato le tariffe delle prestazioni di lungodegenza delle strutture private provvisoriamente accreditate. In base alla delibera la tariffa da corrispondere alle case di cura lungodegenziali è pari al 90% di quella stabilita dal D.M. Sanità 30/06/97. Le degenze che si protraggono dal 60° al 120° giorno vengono remunerate all'80%, mentre quelle che vanno oltre il 120° giorno, con il 75% della tariffa nazionale. Questi abbattimenti non riguardano i casi di riabilitazione specialistica di grande complessità e lunga durata.

segue

Campania

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
	D.G.R. del n. 4847 del 25/09/2002	Con tale Delibera la Regione recepisce i valori soglia dei 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, individuati da un'apposita Commissione tecnica (istituita con deliberazione 1082/2002). Inoltre delibera che le prestazioni eccedenti saranno remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente limitata ad un solo accesso.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE		In attesa di piano di riparto FSR 2002
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 6216 del 23/11/2001**	La regione ha determinato il piano annuale dei volumi delle prestazioni erogate in regime di accreditamento provvisorio, fissando dei limiti di spesa per gli anni 2001-2002. E' stato previsto un limite finanziario attinente il volume delle prestazioni di assistenza specialistica, integrativa ed ospedaliera che il SSR si impegna ad acquistare dai soggetti privati provvisoriamente accreditati. E' altresì previsto che i Direttori Generali delle AA.SS.LL. attivino una contrattazione dei volumi di prestazioni con le associazioni di categoria più rappresentative, assegnando ad ogni soggetto, in rapporto alle risorse umane e tecnologiche possedute ed alla complessità organizzativa, il case mix e la relativa mission, tenendo conto della percentuale di incremento di quanto prodotto e fatturato tra il 1999 e 2000. Una volta individuati case mix e mission, ad ogni soggetto privato sarà assegnato il volume massimo delle prestazioni erogabili e saranno definite le regressioni tariffarie e le modalità di compensazione per i volumi eventualmente eccedenti quelli concordati.

Puglia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**Legge regionale n. 28 del 22/12/2000**	Ha ribadito l'impianto del sistema tariffario regionale, basato sulla normativa della D.G.R. n. 728 del 6/03/95, approvata con D.C.R. N. 995 dell'8/03/95 e confermata dalla legge regionale n. 32 del 5/12/2001. Il sistema di remunerazione si basa sulla distinzione delle strutture ospedaliere regionali (presidi pubblici e privati), ai soli fini della determinazione delle tariffe, in 4 tipologie: A. Strutture con almento tre specialità e con terapia intensiva; B. Strutture con terapia intensiva e con almeno cinque medie specialità; C. Strutture non rientranti nelle prime due tipologie D. Case di cura private già convenzionate in fascia C; Le tariffe per i ricoveri per acuti sono rapportate a quelle previste dal Dm Sanità 30/06/97 (D.G.R. n. 9337 del 17/12/97) per ciascuna tipologia di struttura, sulla base dei diversi costi, secondo le seguenti percentuali oggi vigenti (rispetto alla D.G.R. n. 995/95, la legge regionale n. 28/2000 ha imposto una ulteriore riduzione del 5% dall'1/01/2001): -Tipologia A: 90% TN -Tipologia B: 85% TN -Tipologia C: 80% TN -Tipologia D: 70% TN
	D.G.R. n. 1832 del 27/12/99, modificata dall'accordo del 3/04/2001 recepito con D.G.R. n. 1392 del 5/10/2001	Sono stati fissati i tetti invalicabili per le Case di cura (volume di prestazioni complessivamente erogato nel 1999, tranne prestazioni in mobilità extra-regionale e costo del materiale protesico). Il tetto può essere superato unicamente per prestazioni di assistenza ospedaliera con peso relativo superiore a 1,20 e comunque fino al 5 del tetto di remunerazione e del volume di prestazioni fissati. Le modalità per la remunerazione delle prestazioni sanitarie per i residenti di altre regioni resi dalle Aziende ospedaliere, dalle ASL e dalle strutture private provvisoriamente accreditate, fanno riferimento alla D.C.R. n. 995/95, secondo le suddette fasce di tipologie di strutture (legge regionale n. 32/2001).
	D.G.R. n. 1392 del 5/10/2001	Fissa i singoli tetti di spesa per gli IRCCS pubblici e privati e gli enti ecclesiastici. Per la remunerazione delle prestazioni valgono le tariffe della D.G.R. n. 995/95, senza abbattimenti.
	D.C.R. n. 346 del 29/08/98	La delibera, per quanto riguarda la remunerazione delle endoprotesi, ha previsto la possibilità di optare per una delle seguenti possibilità: 1. remunerazione con le corrispondenti tariffe regionali, comprensive del costo della protesi; 2. remunerazione con le corrispondenti tariffe regionali ridotte del 20% e rimborso della protesi La remunerazione delle endoprotesi non viene computata ai fini della determinazione dei tetti assegnati (D.G.R. n. 1003/99).
	D.G.R. n. 2104 del 27/12/2001 e D.G.R. n. 277 del 19/03/2002	Hanno inserito ulteriori prestazioni e procedure per il day hospital e il day surgery (di psichiatria, ginecologia e ostetricia, reumatologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, gastroenterologia).
	D.C.R. n. 16 dell'1/08/95	Stabilisce che per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza, la durata massima della degenza è individuata in 60 giornate, oltre le quali la tariffa giornaliera viene abbattuta del 40%. Tale durata non è applicabile alle strutture di alta specialità destinate alla riabilitazione specialistica di grande complessità e lunga durata, di cui al Dm Sanità 19/01/92, a seguito di relazione clinica a cura dell'unità di degenza e dei responsabili dell'attività di controllo della USL competente.

segue

Puglia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.C.R. n. 16 dell'1/08/95**	Per i ricoveri in geriatria presso le Case di cura già convenzionate per tale tipologia, si applicano in fase acuta le tariffe previste dai DRG corrispondenti alle patologie trattate, mentre per la fase di lungodegenza si applica la tariffa giornaliera prevista per i ricoveri ordinari per lungodegenza.
	D.G.R. n. 728 del 6/03/95	Ha classificato le Case di cura per l'assistenza neuropsichiatrica in due tipologie: 1. pagamento a DRG, con una decurtazione del 10% rispetto alla tariffa Dm Sanità 30/06/97; 2. pagamento a DRG, con una decurtazione del 15% rispetto alla tariffa Dm Sanità 30/06/97; In entrambi i casi vale la regola della regressione tariffaria (modificata dalle D.G.R. n. 1003 del 15/07/33 e n. 1832 del 27/12/99) del 20%, dal 95 al 100% del budget assegnato, e del 30% se il fatturato oltrepassa questo valore.
	D.G.R. n. 1073 del 16/07/2002	Con tale Delibera la Regione individua i valori soglia per i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza. Inoltre delibera che le prestazioni eccedenti sono remunerate con la tariffa di fascia ridotta del 50%.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**Piano sanitario regionale 2002/2004**	Funzioni non tariffate: emergenza urgenza, trapianti, malattie rare
SISTEMA DEI CONTROLLI	**Legge regionale n. 28 del 22/12/2000 e n.32/2001**	Ai fini della verifica e miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e della remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori presso i quali si registrano frequenze di ricoveri inappropriati, si definiscono i seguenti standard per l'anno 2001: a) riduzione delle percentuali di inappropriatezza rilevate con l'applicazione del progetto Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale (PRUO) del 20% fino ai valori soglia di inappropriatezza, del 30% per l'intero ricovero e del 40% per la giornata di ammissione di ricovero; b) la remunerazione complessiva dei soggetti erogatori che non realizzano l'obiettivo assegnato di cui alla lettera a), o che alla terza fase del progetto PRUO risultano comunque inadempienti rispetto all'obiettivo medesimo, è abbattuta nella misura non inferiore al 10%.
	D.G.R. n. 1392 del 5/10/2001	Ha definito il sistema sanzionatorio dell'impianto sopra descritto.

Basilicata

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 9645 del 30/12/1997**	La delibera ha recepito il D.M. Sanità 30/06/97, riconoscendo le relative tariffe alle strutture pubbliche, con una decurtazione del 20% per quelle private. In ogni caso è stato fissato un budget regionale per l'assistenza ospedaliera pari al 49% della spesa corrente.
	D.G.R. n. 366 del 4/03/2002	Nell'ambito del sistema tariffario vigente, regolamentato dalla D.G.R. n. 9645 del 30/12/1997, si definiscono nuove tariffe per alcuni particolari episodi di ricovero la cui remunerazione non copre i costi di produzione (vedi allegato).
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**D.G.R. n. 9645 del 30/12/1997**	Sono finanziate a parte le seguenti attività: Emergenza Sanitaria 118, espianti di organi, HIV, ospedalizzazione a domicilio, formazione didattica e progetti-obiettivo previsti dal PSR.
	D.G.R. n. 2592 del 30/12/2002	Sono finanziate a parte: I e II Rianimazione e la Terapia Intensiva dell'Ospedale S. Carlo
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 366 del 4/03/2002**	In allegato alla delibera viene approvata la direttiva vincolante per i Direttori Generali con la quale vengono assegnati obiettivi e risorse alle Aziende sanitarie UU. SS. LL. ed alle Ospedaliere della Regione; il primo obiettivo è è quello di realizzare gli accordi contrattuali tra di esse e con le strutture accreditate: le Aziende potranno, sulla base delle proprie esigenze di prestazioni sanitarie e nel rispetto della concorrenza tra le strutture stesse, rinegoziare i contratti già sottoscritti sia per garantire il rispetto del vincolo di bilancio che per l'eventuale modifica anche in aumento dei volumi di attività e dei tetti di spesa ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, utilizzando sistemi di selezione concorsuale per la scelta del contraente al fine di ottenere prestazioni che a parità di livello quantitativo abbiano costi più bassi rispetto alle altre. In ogni caso il valore economico della mobilità infraregionale non potrà superare quello dell'anno 2000 ad eccezione degli incrementi di attività connessi esclusivamente al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale. Per la definizione degli accordi suddetti, nella D.G.R. sono indicati i criteri da seguire.

segue

Basilicata

Nuove tariffe per ricoveri la cui remunerazione non copre i costi di produzione
Allegato al D.G.R. 366 DEL 4/03/2002

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE	A RICOVERI ORDINARI
1	1	C	CRANIOTOMIA ETA` > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	10.020,00
2	1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	9.060,00
3	1	C	CRANIOTOMIA ETA` < 18	9.390,00
4	1	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	6.820,00
5	1	C	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	5.020,00
75	4	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	7.770,00
1045		C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	19.430,00
1055		C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	16.420,00
1065		C	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	16.540,00
1075		C	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	25.000,00
1085		C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	13.690,00
1105		C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	19.736,00
1115		C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	6.620,00
1125		C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	6.570,00
1135		C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO	10.020,00
			AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	
1145		C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	6.830,00
			PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	
1155		C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	11.210,00
1165		C	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	7.360,00
2098		C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	8.460,00
2108		C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` >17 CON CC	8.040,00
2118		C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` >17 SENZA CC	4.520,00
2128		C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` < 18	5.800,00
2138		C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	6.200,00
2148		C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	7.280,00
2178		C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	8.640,00
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	7.660,00
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7.000,00
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	5.150,00
385	15		NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	4.180,00
386	15		NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	12.870,00
387	15		PREMATURITA` CON AFFEZIONI MAGGIORI	7.180,00
388	15		PREMATURITA` SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	3.980,00
400	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	9.860,00
401	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	9.490,00
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3.990,00
406	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	11.070,00
407	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	5.330,00
471	8	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	14.970,00
475	4	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	10.010,00
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	5.360,00

Calabria

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 182 del 6/03/2001**	Con la delibera in oggetto si è stabilito quanto segue: -Adozione del tariffario nazionale di cui al D.M. Sanità del 30/06/97, valido per tutte le strutture sia pubbliche che private; -Definizione di meccanismi di abbattimento delle tariffe sufficienti ad assicurare, a livello di USL, l'equilibrio tra risorse disponibili e risorse impiegate. In particolare, il meccanismo di abbattimento delle tariffe per le USL che hanno oltrepassato il fondo disponibile non agisce indifferentemente su tutti i DRG prodotti, ma si applica gradualmente in considerazione della complessità della casistica prodotta e, più precisamente: 1. Escludendo dal meccanismo i DRG consumati in altre regioni: 2. Escludendo dal meccanismo di abbattimento i DRG relativi all'alta specialità chirurgica, di medicina nucleare, di radioterapia, oncologici, malattie infettive, riabilitazione e psichiatrici. 3. Dividendo il resto della produzione in quattro classi così individuate: DRG chirurgici medio alti DRG chirurgici medio bassi DRG medici medio alti DRG medici medio bassi 4. Applicando un abbattimento differenziato tale che i casi medici medio bassi siano abbattuti in misura doppia dei casi medici medio alti e dei casi chirurgici medio bassi e questi, a loro volta, abbattuti in misura doppia dei casi chirurgici medio alti.
	D.G.R. n. 512 dell'11/06/2001	Per quanto riguarda gli abbattimenti tariffari, la delibera in oggetto ha stabilito che, per quegli erogatori che dovessero registrare frequenze di ricoveri inappropriati superiori di almeno il 10% della media regionale dei casi della stessa tipologia, sarà determinato un incremento dell'abbattimento pari al 10% della produzione globale.
	D.G.R. n. 458 del 28/05/2002	Ha stabilito che per l'anno 2002 il volume massimo delle prestazioni non potrà superare quello riconosciuto nell'anno 2000.
	L. R. n. 29 del 7/08/2002	Sono stati approvati 2 punti fondamentali che hanno una ricaduta diretta sull'attività delle case di cura: a) rivisitazione del tariffario per le prestazioni ospedaliere che prevede, dal 1° giugno al 30 settembre, una decurtazione del 12% sul tariffario Dm Sanità 30/06/97; b) i criteri degli schemi tipo per la stipula degli accordi e contratti per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale da parte della Giunta regionale.
	D.G.R. n. 1151 del 27/12/2002 modificata dalla D.G.R. n. 1274 del 27/12/2002	È stato fissato il limite massimo di spesa per l'attività di ricovero 2003.
	D.G.R. n.591 del 08/07/2002	Con tale Delibera la Regione ha individuato i valori soglia dei 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezzadi cui al DPCM 29/11/2001.Inoltre delibera che nel caso di superamento su base annua delle soglie indicate, per ogni singolo erogatore pubblico o privato accreditato, verrà riconosciuta per i casi ordinari eventualmente erogati in eccedenza,una remunerazione pari alla corrispondente tariffa per il day surgery per i DRG di tipo chirurgico e, per quelli di tipo medico,una remunerazione pari alla tariffa giornaliera corrispondente, per un massimo di tre giornate, ad eccezione el DRG 282, remunerato per il massimo di una giornata, ciò al fine di disincentivare eventuali comportamenti opportunistici.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 182 del 6/03/2001**	Una parte del FSR è stata destinata alle funzioni ospedaliere non tariffabili, quali Pronto Soccorso, 118, terapia intensiva, elisoccorso, sangue ed emoderivati.

segue

Calabria

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 747 del 6/08/2002**	Approva lo schema tipo di contratto per la definizione die rapporti giuridici ed economici tra le Asl ed i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie. La sottoscrizione del contratto diventa condizione necessaria per poter erogare prestazioni a carico del SSN. Gli aspetti principali previsti nello schema tipo sono: a) applicazione del tariffario approvato con legge regionale n. 29/02 e cioè decurtazione del 12% sul tariffario ministeriale; b) nei contratti devono essere riportate le tabelle contenenti le quantità di prestazioni erogabili alle quali vanno applicate le tariffe in vigore, con esclusione dell'alta specialità e delle attività a valenza speciale; c) in caso di superamento del tetto finanziario da parte della singola struttura e di contestuale superamento del tetto finanziario globale dell'Asl verranno applicati gli abbattimenti previsti dalla D.G.R. n. 512/01; d) acconti mensili pari al 70% della produzione accertata;
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.G.R. n. 930 del 26/11/2000**	Con la delibera si recepiscono le linee guida n.1/95 del Ministero della Salute. E' stato costituito, presso l'Assessorato alla Sanità, un apposito nucleo operativo regionale di controllo (NORC) sull'operato degli erogatori di prestazioni ospedaliere pubblici e privati accreditati e sulle attività di rilevazione e valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese, che opera di concerto con le aziende sanitarie e con attività limitata a 24 mesi. Trascorso questo periodo opereranno appositi nuclei operativi aziendali di controllo (NOAC), facenti capo ad ogni Azienda Usl, per il controllo dell'attività degli erogatori. E' stato istituito un Comitato Tecnico Scientifico (CTS), con compiti di supporto del NORC.

Sicilia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.A. n. 12 del 15/01/2002** **D.A. n. 00878 del 12/06/2002**	Conversione in euro delle tariffe regionali di ricovero di cui al Dm Sanità 30/06/97. La delibera recepisce la relazione dell'assessorato alla sanità prot. n. 3253 del 16/05/2002 con la quale si è operata la revisione delle tariffe per classi di strutture. Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera, sono state classificate in n. 6 fasce progressive dalla A alla F, in base alla complessità funzionale organizzativa delle stesse e della complessità della casistica trattata, risultante dall'analisi delle SDO, tranne per le case di cura private, raggruppate in una unica classificazione. L'articolazione delle tariffe per classi di strutture è frutto di una valutazione finanziaria delle strutture ospedaliere che ha tenuto conto: 1) fatturato calcolato sull'attività sanitaria effettuata nell'anno 2000 tenendo conto delle tariffe vigenti nella Regione Sicilia (Dm Sanità 30/06/97) e della quota di Emergenza; 2) costi rilevati dai piani dei conti, per singolo presidio ospedaliero e dai bilanci di previsione 200. Tenendo conto che la decurtazione massima che una regione può applicare alle tariffe nazionali è del 20%, si è operata una riduzione massima del 12,50%, tenendo conto che dalla rilevazione dei fatturati e dei costi una decurtazione fino a tale percentuale garantirebbe il potenziale raggiungimento del pareggio di bilancio. Fascia — % A — Intera B — -2,50% C — -5% D — -7,50% E — -10% F — -12,50% Le Case di cura sono inserite nella fascia funzionale F (non sono inserite nella rete dell'emergenza), ad eccezione delle case di cura che effettuano interventi di cardiochirurgia, che sono inserite nella fascia funzionale E. La Regione ha realizzato l'incentivazione delle forme alternative di assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario tramite le seguenti disposizioni: -Day Hospital Medici: tariffe previste dal tariffario nazionale con le decurtazioni per fasce; -Day Hospital Chirurgici: remunerazione secondo tariffa pari a quella del ricovero ordinario, a prescindere dal numero degli accessi. Anche per i ricoveri in day surgery si applicano gli abbattimenti tariffari previsti dalla classificazione in fasce. -Prestazioni di Riabilitazione Ospedaliera: in caso di ricoveri con degenza superiore a 60 giorni, la remunerazione da corrispondere oltre il sessantesimo giorno è pari alla tariffa giornaliera ridotta del 40%. Tale riduzione non si applica alle strutture di alta specialità neuroriabilitativa ed agli IRCCS.
	D.A. n.70-6732 del 22/07/2002	Con tale Decreto si individuano i valori soglia per i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza di cui al DPCM 29/11/2001 e si stabilisce che il ricovero giornaliero in Day Surgery e Day Surgery+One Day Surgery viene remunerato con una tariffa pari al 100% di quella prevista per il relativo DRG corrispondente al ricovero ordinario;il ricovero in Day Hospital è remunerato secondo tariffa del DRG del ricovero ordinario limitatamente alla percentuale annua dei ricoveri ordinari trasferiti in DH.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.A. 07/11/2002**	Assegna il nuovo budget alle case di cura private nei seguenti termini: -budget 2002=fatturato 2001. Resta confermato il budget per il 2001 se di maggior importo. Per i posti letto attivati in ricovero diurno, il correlato budget (tetto di spesa) resta definito applicando un coefficiente di rotazione valorizzato all'indice 2,0; *segue*

Sicilia

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
		-per le strutture di ricovero di alta specialità e miste, budget 2002=fatturato 2001. Resta confermato il budget per il 2001 se di maggior importo; -per le unità funzionali di riabilitazione insistenti in strutture di ricovero, il budget è pari al numero di posti letto moltiplicato per la retta specifica di cui al tariffario regionale vigente moltiplicato 365 giorni, decurtato del 10%. Questo budget va integrato al budget finanziario della struttura di ricovero. La regressioni tariffarie da applicare alla singola struttura sulle tariffe regionali per le prestazioni eccedenti il budget, come determinate dalle Asl, sono: -fino all'intero budget (tetto di spesa): 100% della tariffa -oltre il budget e fino al 20%: 60% della tariffa -oltre il 20%: 10% della tariffa Al budget vanno aggiunte le prestazioni di ricovero effettuate per i cittadini fuori regione.
SISTEMA DEI CONTROLLI	**D.A. n. 1600 del 17/05/2001**	Modalità di effettuazione dei controlli, sanitari ed amministrativi, nelle strutture ospedaliere private accreditate.

Sardegna

	NORMATIVA REG.	OGGETTO
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE	**D.G.R. n. 13/72 del 4/04/96 integrata dalla D.G.R. n.59/125 del 29/12/98**	Il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere è retto da un budget stabilito per l'ospedalità privata in generale e per ogni struttura sanitaria privata in particolare.
	D.G.R. n. 197 del 5/03/96	Ha definito la remunerazione delle prestazioni ospedaliere. Essa ha applicato una riduzione dele tariffe per DRG, rispetto al Dm Sanità 14/12/94, non superiore al 20%. In precedenza la D.G.R. n. 46/10 del 17/10/95 ed il decreto assessoriale n. 6107/15804 del 13/12/95 avevano stabilito dei decrementi nelle ariffe nei casi in cui il numero di prestazioni effettuate superasse i budget assegnati: -incrementi dal 99 al 100% riduzione del 10% -incrementi tra 101 e 103% riduzione del 30% -incrementi tra 104 e 105% riduzione del 40% -incrementi oltre il 106% riduzione dell' 80%
	D.G.R. n. 48/11 del 28/12/01	Ha modificato, dall'1/01/2002, le tariffe per i soli DRG caratterizzati da alta complessità (peso uguale o superiore a 1,8) lasciando invariati gli altri. La delibera aggiorna le tariffe, facendo riferimento al Dm sanità 30/06/97, per: 1. Prestazioni di alta specialità in misura non superiore al 95% della tariffa Dm sanità 30/06/97; 2. Prestazioni di alta specialità in day hospital e quelle che si risolvono in un'unica giornata, in misura non superiore al 75% della tariffa Dm Sanità 30/06/97; 3. Prestazioni di lungodegenza (codice 60), secondo la tariffa Dm Sanità 30/06/97, con un abbattimento del 40% dopo i primi 60 giorni; 4. Prestazioni nei reparti di unità spinale (codice 28) e di neuro-riabilitazione (codice 75), in misura non superiore al 95% della tariffa Dm Sanità 30/06/97, e nei reparti di recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), in misura non superiore al 75% della tariffa Dm Sanità 30/06/97; 5. Remunerazione del DRG 391 neonato normale. Tutte le altre prestazioni vengono remunerate secondo i provvedimenti varati nel 1996.
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	**rinvio a successivo provvedimento**	per le prestazioni di emergenza, terapia intensiva, trapianto di organi e grandi ustionati.
ACCORDI CONTRATTUALI	**D.G.R. n. 28/12 del 29/11/2000**	La regione ha approvato le linee di indiirzzo sui volumi di attività per il biennio 2000/2001 (tetti di spesa). Con la delibera la regione ha dato alle ASL i criteri per la determinazione dei volumi massimi delle prestazioni erogabili, per la predisposizione dei piani aziendali e per la definizione delle procedure negoziali. In particolare, ha previsto che i volumi di attività delle singole strutture possano subire, in relazione agli accordi contrattuali, uno scostamento in aumento non superiore al 15%. Le prestazioni in eccedenza vanno remunerate con una riduzione non superiore al 60% della relativa tariffa.

Indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

Repertorio Atti n. 662/C.U. del 19 giugno 2003

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA
(ex art.8 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n.281)
SEDUTA DEL 19 GIUGNO 2003

Oggetto: Indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

LA CONFERENZA UNIFICATA

Omissis

DELIBERA

Fermo restando quanto espressamente previsto dalla normativa vigente, gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, espressi in data 16 dicembre 1999, sono aggiornati come segue:

A) l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, in coerenza con le proprie finalità istituzionali, svolge prioritariamente attività di supporto tecnico e scientifico nei confronti delle Regioni, nell'ambito delle politiche di auto-coordinamento che le stesse perseguono per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza garantiti uniformemente sul territorio nazionale a tutela della salute dei cittadini, per un miglior controllo degli andamenti della spesa.

B) Nell'ambito della determinazione delle politiche di auto-coordinamento delle Regioni, particolare rilevanza assume l'affinamento degli strumenti di rilevazione, analisi e valutazione dei dati complessivi sul funzionamento e sulla qualità dei servizi sanitari e il contributo, sul piano tecnico e scientifico, alla definizione di progetti, programmi e interventi migliorativi di interesse generale da parte dell'Agenzia.

C) I principali obiettivi da perseguire, comunque a supporto delle Regioni, possono essere, pertanto, così identificati:

1) garantire il supporto operativo ai tavoli di lavoro costituiti presso la Conferenza Stato-Regioni per il monitoraggio sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, per la spesa sanitaria e agli altri tavoli che si costituiranno, su richiesta delle Regioni e della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni;
2) analizzare le dinamiche della spesa sanitaria nelle singole Regioni, elaborando modelli per la raffrontabilità dei dati di attività e di spesa;
3) proporre iniziative finalizzate alla valutazione dell'equità dì accesso e dell'appropriatezza delle prestazioni, in relazione ai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria;
4) supportare le Regioni e il Ministero della salute, per i rispettivi ambiti di competenza, per lo studio e l'elaborazione di linee-guida in materia diagnostica, terapeutica e organizzativa;
5) concorrere all'approfondimento, anche mediante l'attuazione di programmi di ricerca corrente e finalizzata, delle problematiche organizzativo-gestionali allo scopo di proporre soluzioni che contribuiscono al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali;
6) effettuare il monitoraggio delle sperimentazioni e

innovazioni gestionali attuate nell'ambito delle aziende sanitarie, al fine di favorire la diffusione dei modelli che abbiano dato buoni risultati;

7) supportare le Regioni nel lavoro di individuazione dei criteri e delle metodologie per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti e per il miglioramento della qualità delle prestazioni, anche in coerenza con gli accordi che saranno convenuti in sede di Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131;
8) realizzare sinergie con la Conferenza Stato-Regioni per un efficace coordinamento per le azioni comuni Stato-Regioni in materia di sanità;
9) svolgere, su richiesta delle Regioni e della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, attività di supporto tecnico per lo scambio di dati e informazioni di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, anche mediante distacco di personale dell'Agenzia presso la stessa Segreteria.

D) Per il proficuo perseguimento delle finalità sopra elencate dovranno essere privilegiate modalità di lavoro che prevedano lo scambio continuo e tempestivo di informazioni ed esperienze tra l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e le unità operative regionali del settore sanitario, anche mediante la costituzione di commissioni e gruppi di lavoro misti per le diverse problematiche.

E) Inoltre, al fine di collaborare con le Regioni in un moderno quadro di federalismo sanitario, l'Agenzia potrà svolgere eventuali funzioni dì rappresentanza tecnica delegate dal Coordinamento delle Regioni presso il Parlamento ed organismi terzi, con specifico e circoscritto mandato conferito di volta in volta.

F) Entro il 31 dicembre di ogni anno, L'Agenzia dovrà presentare in sede di Conferenza Stato-Regioni, il programma delle attività da svolgersi nell'anno successivo, per la relativa approvazione, dandone comunicazione alla Conferenza Unificata anche ai fini di un eventuale aggiornamento degli indirizzi.

G) Con accordo da sancire in Conferenza Stato - Regioni saranno definite le modalità per uniformare ai presenti indirizzi l'attività dì vigilanza esercitata dal Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 47 bis, comma 3 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.300.

L'Agenzia oggi | **Presidente**_Dott. Franco Toniolo; **Direttore**_Dott.ssa Laura Pellegrini;
Consiglio di amministrazione_Prof. Cesare Massimo Bianca, Prof.ssa Nerina Dirindin, Prof. Angelo Mattioni, Dott. Silvio Natoli; **Collegio dei revisori dei conti**_Prof. Renato Balduzzi (Presidente), Dott. Emanuele Carabotta, Rag. Raffaele Miraldi.

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato.

www.assr.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di " monitor

monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

Sul prossimo numero

"Focus on" sull'Assistenza Territoriale

ASSR AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI