

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

VARIABILITÀ ED IMPATTO ECONOMICO DEI NOMENCLATORI TARIFFARI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2009

INDICE

Introduzione	1
1. Le prestazioni previste dal DM 22 luglio 1996	3
1.1 Il confronto tra le branche specialistiche	3
1.2 Il confronto tra “Categorie” di prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	5
1.2.1 Prestazioni di “Diagnostica”	6
1.2.2 Prestazioni di “Laboratorio”	8
1.2.3 Prestazioni “Terapeutiche”	11
1.2.4 Prestazioni di “Riabilitazione”	12
1.2.5 Prestazioni relative a “Visite”	13
1.2.6 In sintesi.....	14
1.3 L’impatto economico derivante dall’applicazione dei tariffari regionali	16
2. Le prestazioni introdotte dalle regioni	18
Conclusioni	23

Introduzione

Le prestazioni specialistiche ambulatoria a carico del Servizio Sanitario Nazionale e le relative tariffe sono indicate dal Decreto Ministeriale 12 settembre 2006 «Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie», che ha stabilito che, in attesa dell'emanazione del nuovo nomenclatore tariffario, le tariffe massime sono quelle individuate dal decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relativa tariffe». Il Decreto stabilisce, inoltre, che sono a carico del SSN:

- le tariffe individuate da ciascuna regione con proprio provvedimento e vigenti il 31 dicembre 2004 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che si configurano come: mere modifiche descrittive di prestazioni già elencate nel DM 22.07.1996 e in queste ultime comprese, modifiche delle unità di misura della prestazione originariamente prevista dal citato decreto.
- le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale, pur non presenti nel DM 22.07.1996, ma comunque precedentemente erogate in regime di ricovero, se effettuate negli ambulatori situati nelle strutture di ricovero a ciò accreditate dalle regioni, con le modalità e i limiti previsti dalla normativa regionale. Per tali prestazioni la tariffa massima applicabile è quella in vigore al 31 dicembre 2004, stabilita con proprio provvedimento da ciascuna regione.

Il Decreto stabilisce che resta a carico del bilancio regionale la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenute nei nomenclatori tariffari regionali non comprese nelle fattispecie indicate o con tariffe superiori.

Si devono, tuttavia, ricordare la sentenza del Consiglio di Stato che annulla il DM 22.07.1996, nella parte relativa alla determinazione delle tariffe di alcune prestazioni di laboratorio (sentenza 1839/2001) e la recente sentenza che annulla il DM 12.09.2006 (sentenza 1205/2010). Alcune regioni hanno adottato, per le prestazioni la cui tariffa è stata annullata per effetto della sentenza 1839/2001, il tariffario ex DM 7.11.1991 "Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali", vigente prima dell'emanazione del DM 22.07.1996.

La Legge 296 del 27 dicembre 2006 (Finanziaria 2007) ha previsto ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del SSN uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal DM 22 luglio 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto.

E' prevista l'emanazione di un nuovo nomenclatore tariffario nazionale, ma non sono noti i tempi per l'approvazione.

Nel periodo intercorso dall'ultima revisione del nomenclatore tariffario nazionale, avvenuta nel 1996, ciascuna regione ha autonomamente aggiornato il proprio sia prevedendo l'introduzione, la modifica o l'eliminazione di singole prestazioni, sia stabilendo proprie tariffe. Negli ultimi anni, in particolare, la maggioranza delle regioni ha introdotto prestazioni relative al trattamento in regime ambulatoriale di attività precedentemente erogate in regime di ricovero ospedaliero.

Ritenendo utile la conoscenza e la valutazione delle politiche locali, si è stabilito di effettuare il confronto tra i nomenclatori tariffari approvati dalle regioni entro il 31 dicembre 2009¹. La prima analisi ha evidenziato l'elevato numero (oltre 3.600) e la variabilità di prestazioni, ulteriori rispetto a

¹ Per le regioni Molise e Calabria non è stato possibile ottenere il nomenclatore aggiornato a tale data e, quindi, sono stati utilizzati gli ultimi disponibili, relativi al 2008

quelle ministeriali, introdotte dalle regioni nei propri nomenclatori. Il confronto tra tali prestazioni è reso complesso dai differenti sistemi di codifica adottati, dalla non omogeneità della denominazione e, per i “pacchetti”, dalla differente composizione delle prestazioni in essi comprese.

La tabella in figura 1 evidenzia la diversa sovrapponibilità tra i nomenclatori regionali e quello ministeriale, che comprende complessivamente 1.713 prestazioni. Le regioni alle quali si devono le maggiori difformità rispetto al nomenclatore nazionale sono Piemonte, PA Bolzano, Toscana, Marche, che hanno eliminato dal proprio nomenclatore un numero di prestazioni variabile tra 270 e 144. Come si vede il numero di prestazioni introdotte è molto diversificato tra le regioni, ed è compreso tra le 12 (Abruzzo) e le 664 (Marche). Si osserva che non sempre il volume di prestazioni introdotte è correlato al numero di prestazioni ex DM 1996 eliminate. In alcune regioni, infatti all’elevato numero di nuove prestazioni non corrisponde una modifica di segno opposto tra le prestazioni ministeriali.

Figura 1 - Numero di prestazioni presenti nei nomenclatori regionali e nazionale – anno 2009

	n prestazioni ex DM 1996	n prestazioni introdotte		prestazioni ex DM 1996	n prestazioni introdotte
Piemonte	1.443	282	Marche	1.569	664
Valle d'Aosta	1.688	116	Lazio	1.694	86
Lombardia	1.702	258	Abruzzo	1.691	12
PA Trento	1.713	208	Molise	1.713	nd
PA Bolzano	1.515	210	Campania	1.676	36
Veneto	1.663	145	Puglia	1.698	17
Friuli VG	1.643	462	Basilicata	1.704	558
Liguria	1.713	21	Calabria	1.713	nd
Emilia R	1.694	58	Sicilia	1.694	94
Toscana	1.511	203	Sardegna	1.683	24
Umbria	1.713	150	DM 1996	1.713	

Si è stabilito, pertanto, di confrontare distintamente le prestazioni previste dal DM 22 luglio 1996, rinviando ad un successivo momento l’analisi di quelle introdotte nelle singole regioni, per le quali vengono in questa sede proposte solo alcune considerazioni preliminari. Il confronto viene proposto sia con riferimento alle tariffe delle singole prestazioni, sia con riferimento al complessivo valore economico da esse generato

In considerazione dell’elevato numero di prestazioni presenti nel nomenclatore ministeriale e delle diverse tipologie di afferenza, il confronto non sarebbe stato efficace se non svolto in relazione a raggruppamenti significativi delle stesse. Il raggruppamento generalmente utilizzato fa riferimento alla branche specialistiche (29 in tutto) di afferenza, che tuttavia non sempre sono sufficientemente analitiche e in alcuni casi non sono univoche. Si è quindi deciso di utilizzare anche il Sistema di aggregazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della regione Emilia Romagna, che presenta un maggior numero di categorie (41) e classifica le prestazioni in modo univoco.

1. Le prestazioni previste dal DM 22 luglio 1996

Il confronto tra i nomenclatori tariffari regionali e quello previsto dal DM 22 luglio 1996, pur evidenziando forti differenze tra le regioni, mostra che, anche se il nomenclatore nazionale è adottato integralmente in tutte le regioni solo in relazione a 1.017 prestazioni su 1.713 (59%), le tariffe ministeriali costituiscono tuttora un riferimento per la maggior parte delle regioni: il valore modale, infatti, generalmente (per 1.707 prestazioni, 99,6%) coincide con quello ministeriale. La tariffa ministeriale per 181 (11%) prestazioni costituisce la tariffa minima tra quelle adottate dalle regioni, mentre in nessun caso rappresenta la tariffa massima. Nel seguito verrà misurata la variabilità delle tariffe delle singole prestazioni in relazione al raggruppamento utilizzato (branca specialistica o categorie del sistema di aggregazione dell'Emilia Romagna). La variabilità delle tariffe relative alle singole prestazioni sarà stata misurata come proporzione del valore della differenza interquartile rispetto al valore mediano delle tariffe regionali

Il motivo per cui alcune regioni non adottino integralmente il nomenclatore ministeriale non deriva dalla eliminazione di talune prestazioni, bensì, nella quasi totalità dei casi, dalla loro sostituzione con altre (identificate con codici differenti) che da esse si differenziano per svariate motivazioni, ad esempio per la differente metodica, per l'accorpamento con altre, per la differente unità di misura, ecc..

Le successive analisi dimostreranno se le differenze tra il nomenclatore tariffario nazionale e quelli locali sono diffuse in tutte le regioni ovvero se sono concentrati solo in alcune realtà e quali sono i settori in cui le regioni sono maggiormente intervenute, con riferimento sia alle prestazioni sia alle tariffe.

1.1 Il confronto tra le branche specialistiche

Il DM 22 luglio 1996 stabilisce che ciascuna prestazione è attribuita ad una o più branche specialistiche. Ai fini della presente analisi si è deciso di considerare, per le prestazioni multibranca, solo la prima di quelle indicate dal decreto.

Le branche che nei nomenclatori regionali presentano (cfr fig. 2) una elevata sovrapposizione con quello nazionale (presenza di almeno il 70% delle prestazioni presenti in tutte le regioni) sono cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, diagnostica per immagini, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, neurochirurgia, odontostomatologia-chirurgia maxillo facciale, ostetricia e ginecologia, pneumologia, radioterapia. Quelle che invece presentano la sovrapposizione minima (presenza di meno del 50% delle prestazioni nei nomenclatori di tutte le regioni) sono anestesia, dermosifilopatia, laboratorio analisi, medicina fisica e riabilitazione, ortopedia e traumatologia, psichiatria, urologia.

Per tutte le branche la tariffa ministeriale coincide il valore modale delle tariffe delle singole prestazioni (solo per 29 prestazioni di laboratorio ciò non avviene), mentre coincide con la tariffa più bassa tra quelle adottate dalle regioni solo per un limitato numero di prestazioni nelle branche laboratorio analisi (116 prestazioni), diagnostica per immagini (30 prestazioni) e per singole prestazioni delle branche anestesia, chirurgia vascolare – angiologia, chirurgia generale, dermosifilopatia, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, pneumologia, altre prestazioni.

Misurando la variabilità delle tariffe relative alle singole prestazioni come proporzione del valore della differenza interquartile rispetto al valore mediano delle tariffe regionali si osserva che il range più ampio di variabilità si registra nella branche Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina

fisica e riabilitazione, Oculistica, Odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale, mentre per le altre branche non supera il 20%.

Per la banca Oculistica la misura elevata della variabilità è determinata da due prestazioni (“correzione dei vizi di refrazione” (cod. 11.99.2) e “correzione di alterazioni corneali” (cod. 11.99.3)), che, pur avendo mantenuto inalterato il codice, in alcune regioni sono diventate un “pacchetto” comprensivo delle visite e degli esami pre/post intervento e, quindi, sono remunerate con un importo tariffario molto superiore.

Figura 2 – prestazioni ex DM 22.07.1996 - confronto secondo la branca specialistica tra i nomenclatori regionali e quello nazionale

BRANCA SPECIALISTICA	n prestazioni presenti nel DM 96	n prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa minima = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
ANESTESIA	8	3	8	1	15%
CARDIOLOGIA	26	20	26	-	10%
CHIRURGIA GENERALE	60	45	60	2	10%
CHIRURGIA PLASTICA	16	15	16	-	10%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	7	4	7	1	10%
DERMOSIFILOPATIA	23	10	23	3	15%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	59	52	59	6	80%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	195	160	195	24	45%
ENDOCRINOLOGIA	1	1	1	-	5%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	32	24	32	-	15%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	737	356	708	116	93%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI	63	7	62	7	149%
NEFROLOGIA	17	13	17	2	12%
NEUROCHIRURGIA	4	3	4	-	5%
NEUROLOGIA	37	27	37	1	14%
OCULISTICA	96	65	96	2	403%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	59	43	59	2	50%
ONCOLOGIA	8	5	8	-	5%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	45	22	45	6	14%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	27	37	-	10%
OTORINOLARINGOIATRIA	54	28	54	4	10%
PNEUMOLOGIA	29	24	29	1	10%
PSICHIATRIA	11	-	11	-	15%
RADIOTERAPIA	33	29	33	-	27%
UROLOGIA	46	32	46	3	15%
ALTRE PRESTAZIONI	10	4	10	-	29%
TOTALE	1.713	1.019	1.683	181	

Per identificare i settori in cui le regioni sono intervenute maggiormente sono state conteggiate le prestazioni ex DM 22.07.1996 non presenti nei nomenclatori adottati localmente.

Dalla tabella in figura 3 si evince che la branca di Laboratorio è per tutte le regioni quella in cui si concentrano le maggiori differenze, tranne che per la PA Trento in cui le differenze coinvolgono tutte le branche.

Figura 3 – Numero di prestazioni ex DM 22.07.1996 non presenti nei nomenclatori regionali per branca specialistica

BRANCA SPECIALISTICA □	n prestazioni presenti nel DM 96	NUMERO PRESTAZIONI EX DM 22.07.1996 NON PRESENTI NEI NOMENCLATORI REGIONALI																				
		PIEMONTE	VALLE D'AOSTA	LOMBARDIA	PA BOLZANO	PA TRENTO	VENETO	FRIULI VG	LIGURIA	EMILIA R	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA
ANESTESIA	8	-	-	-	-	5	2	-	-	1	-	-	-	2	1	-	1	1	-	-	2	1
CARDIOLOGIA	26	2	2	-	-	2	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CHIRURGIA GENERALE	60	2	-	-	-	12	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHIRURGIA PLASTICA	16	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	7	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
DERMOSIFILOPATIA	23	-	-	8	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	1
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	59	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	195	15	-	-	-	1	2	10	-	-	7	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
ENDOCRINOLOGIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	32	-	-	-	-	3	-	2	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LABORATORIO ...	737	205	-	-	-	7	7	39	-	-	125	-	143	-	2	-	-	-	-	-	-	5
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ...	63	44	23	-	-	33	27	6	-	17	49	-	-	17	17	-	13	13	9	-	17	13
NEFROLOGIA	17	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUROCHIRURGIA	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NEUROLOGIA	37	-	-	-	-	8	1	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OCULISTICA	96	-	-	-	-	27	4	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	59	-	-	-	-	7	-	-	-	1	3	-	-	-	2	-	8	-	-	-	-	1
ONCOLOGIA	8	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	45	-	-	-	-	22	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OSTETRICA E GINECOLOGIA	37	-	-	-	-	6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
OTORINOLARINGOIATRIA	54	-	-	-	-	25	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
PNEUMOLOGIA	29	-	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PSICHIATRIA	11	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOTERAPIA	33	-	-	3	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UROLOGIA	46	-	-	-	-	9	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	4
ALTRE PRESTAZIONI	10	2	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1.713	270	25	11	-	198	50	70	-	19	202	-	144	19	22	-	37	15	9	-	19	30

1.2 Il confronto tra “Categorie” di prestazioni specialistiche ambulatoriali

Il Sistema di aggregazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale della regione Emilia Romagna (http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle/aggrega_prestamb.htm) individua cinque grandi “Categorie” di prestazioni - Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione - ed attribuisce in maniera sistematica ed univoca ogni prestazione ad uno specifico raggruppamento.

Ciascuna categoria è articolata in ulteriori più specifici sottogruppi (cfr fig. 4), creando una struttura “ad albero” con quattro livelli. I primi tre livelli distinguono le prestazioni in base a criteri oggettivi, quali le metodiche utilizzate o le finalità cui sono rivolte; la quarta, non utilizzata in questa sede, è riferita ad indicazioni legate alla programmazione regionale. Il terzo livello della classificazione comprende 41 Categorie.

Figura 4 – le categorie del Sistema di aggregazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale della regione Emilia Romagna

I livello	II livello	III livello
D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D11 Radiologia tradizionale RX D12 Tac D13 Diagnostica vascolare D14 Medicina nucleare
	D2 D. senza radiazioni	D21 Ecografia D22 Ecocolordoppler D23 Elettromiografia D24 Endoscopia D25 RM D29 Altra diagnostica strumentale
	D3 Biopsia	D30 Biopsia
	D9 Altra diagnostica	D90 Altra diagnostica
	L Laboratorio	L1 Prelievi
	L2 Chimica clinica	L21 Chimica clinica di base L29 Chimica clinica
	L3 Ematologia/coagulazione	L31 Ematologia/coagulazione di base L39 Ematologia/coagulazione
	L4 Immunoematologia e trasfusionale	L41 Immunoematologia e trasfusionale di base L49 Immunoematologia e trasfusionale
	L5 Microbiologia/virologia	L51 Microbiologia/virologia di base L59 Microbiologia/virologia
	L6 Anatomia ed istologia patologica	L60 Anatomia ed istologia patologica
	L7 Genetica/citogenetica	L70 Genetica/citogenetica
R Riabilitazione	R1 Riab.diagnostica	R10 Riab.diagnostica
	R2 Riab.e rieducazione funzionale	R20 Riab.e rieducazione funzionale
	R3 Terapia fisica	R31 Lea R32 No Lea
	R9 Altra riabilitazione	R90 Altra riabilitazione
T Terapeutica	T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
	T2 Dialisi	T20 Dialisi
	T3 Odontoiatria	T30 Odontoiatria
	T4 Trasfusioni	T40 Trasfusioni
	T5 Chirurgia ambulatoriale	T50 Chirurgia ambulatoriale
	T9 Altre prestazioni terapeutiche	T90 Altre prestazioni terapeutiche
V Visita	V1 Prima visita	V10 Prima visita
	V2 Visita di controllo	V20 Visita di controllo
	V3 Osservazione breve intensiva	V30 Osservazione breve intensiva

Ricorrendo al Sistema di aggregazione delle prestazioni utilizzato in Emilia Romagna è possibile effettuare analisi con un livello di dettaglio maggiore di quello consentito dalle branche specialistiche, con l’obiettivo di individuare i settori in cui la variabilità è più elevata.

1.2.1 Prestazioni di “Diagnostica”

Solo il 77% delle 505 prestazioni previste nel nomenclatore ministeriale afferenti la categoria “Diagnostica” è presente nel nomenclatore di tutte le regioni, ma la tariffa nazionale coincide con il valore modale di quelle regionali per tutte le prestazioni (cfr fig. 5)

Scendendo ad un maggior dettaglio, al secondo livello della classificazione, per le prestazioni relative alle sottocategorie “diagnostica con radiazioni”, “diagnostica senza radiazioni” e “biopsia” osserviamo che oltre l’80% delle prestazioni previste a livello nazionale è presente in tutti i nomenclatori regionali, mentre solo per la categoria “altra diagnostica” tale proporzione scende al 47%. La tariffa ministeriale coincide con la tariffa più bassa tra quelle adottate dalle regioni per il

12% delle prestazioni presenti nella “diagnostica con radiazioni”, mentre per le altre categorie tale proporzione è inferiore al 10%.

Al massimo dettaglio (terzo livello della classificazione) osserviamo che solo per i gruppi “ecocolordoppler” e “altra diagnostica”, che comprendono rispettivamente 12 e 72 prestazioni nel nomenclatore nazionale, la proporzione di prestazioni presenti in tutte le regioni è inferiore al 50%.

Misurando la variabilità delle tariffe relative alle singole prestazioni come proporzione del valore della differenza interquartile rispetto al valore mediano delle tariffe regionali, si osserva come per le prestazioni di Medicina nucleare la variabilità è molto elevata (il valore massimo della proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari all'80%), relativamente meno elevata per le Biopsie (43%), Tac (20%) ed Ecografia (18%), mentre per gli altri raggruppamenti di prestazioni tale proporzione varia tra il 10% ed il 15%.

Fig. 5 - confronto tra il nomenclatore tariffario ex DM 1996 e quelli regionali relativi all'anno 2009 - Prestazioni afferenti alla categoria “Diagnostica”

Categoria	D Diagnostica		n prestazioni presenti nel DM 96	n prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa min = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
Il livello	III livello						
D1 D. con radiazioni	D11	Radiologia tradizionale RX	88	65	88	17	45%
	D12	Tac	33	29	33	-	20%
	D13	Diagnostica vascolare	17	16	17	-	10%
	D14	Medicina nucleare	59	52	59	6	80%
D1 Totale			197	162	197	23	80%
D2 D. senza radiazioni	D21	Ecografia	24	19	24	5	18%
	D22	Ecocolordoppler	12	4	12	1	10%
	D23	Elettromiografia	10	9	10	-	10%
	D24	Endoscopia	17	14	17	-	15%
	D25	RM	29	27	29	-	10%
	D29	Altra diagnostica strumentale	87	70	87	3	10%
D2 Totale			179	143	179	9	18%
D3 Biopsia	D30	Biopsia	57	51	57	2	43%
D3 Totale			57	51	57	2	43%
D9 Altra diagnostica	D90	Altra diagnostica	72	34	72	6	10%
D9 Totale			72	34	72	6	10%
Totale categoria prestazioni di "Diagnostica"			505	390	505	40	80%

E' opportuno verificare se le differenze tra il nomenclatore tariffario nazionale e quelli locali siano diffuse in tutte le regioni ovvero se siano concentrati solo in alcune realtà.

Per la prestazioni di “Diagnostica” (cfr. fig. 6) il nomenclatore nazionale viene sostanzialmente adottato integralmente dalla maggioranza delle regioni (il numero di prestazioni non presenti nelle regioni è molto limitato), mentre le tariffe ministeriali sono adottate per la quasi totalità delle prestazioni solo in dieci regioni (Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) e per circa la metà delle prestazioni in Campania; le altre regioni applicano tariffe differenti.

Fig. 6 - Prestazioni afferenti alla categoria “Diagnostica” – distribuzione delle prestazioni nei nomenclatori regionali e confronto con il nomenclatore tariffario ex DM 1996

	numero prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomenclatori					numero prestazioni con tariffa regionale = tariffa DM 1996				
	D1	D2	D3	D9	TOT	D1	D2	D3	D9	TOT
PIEMONTE	183	176	55	72	486	-	-	-	-	-
VALLE D'AOSTA	197	177	57	72	503	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	197	179	57	65	498	-	-	-	-	-
PA BOLZANO	197	179	57	72	505	24	14	5	4	47
PA TRENTO	196	163	57	41	457	9	3	1	3	16
VENETO	192	177	57	71	497	-	-	-	-	-
FRIULI VG	186	169	56	71	482	-	-	-	-	-
LIGURIA	197	179	57	72	505	197	179	57	72	505
EMILIA R	197	179	57	72	505	36	32	7	15	90
TOSCANA	194	169	57	72	492	20	6	7	15	48
UMBRIA	197	179	57	72	505	197	179	57	72	505
MARCHE	197	179	57	72	505	20	14	5	5	44
LAZIO	197	179	57	72	505	197	179	57	72	505
ABRUZZO	197	179	57	72	505	197	179	56	72	504
MOLISE	197	179	57	72	505	197	178	55	72	502
CAMPANIA	196	177	54	72	499	172	50	11	33	266
PUGLIA	196	179	57	72	504	195	179	57	72	503
BASILICATA	197	179	57	72	505	140	177	57	72	446
CALABRIA	197	179	57	72	505	197	179	57	72	505
SICILIA	197	179	57	72	505	197	179	57	72	505
SARDEGNA	197	179	57	72	505	168	157	57	72	454

1.2.2 Prestazioni di “Laboratorio”

La categoria relativa al Laboratorio comprende 734 prestazioni articolate, oltre ai “prelievi”, in sei sottocategorie (cfr fig. 7). Il nomenclatore nazionale è adottato integralmente in tutte le regioni solo per il 40% delle prestazioni. Le regioni in cui si concentrano le differenze sono (cfr fig. 8) Piemonte, Marche (per tutte le categorie di II livello) e, limitatamente a Microbiologia/virologia, Friuli Venezia Giulia e Toscana. Per tutte le categorie la tariffa ministeriale coincide con quella modale (99% delle prestazioni), mentre essa costituisce quella minima solo per 116 prestazioni (16%).

Tra le regioni il cui nomenclatore è maggiormente aderente a quello ex DM 1996 la tariffa ministeriale costituisce il principale riferimento (cfr. fig. 8), anche se con differenze tra i singoli raggruppamenti di prestazioni, per Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna, mentre hanno adottato tariffe diverse Abruzzo, Campania, Basilicata. Il tariffario ex DM 7.11.1991 è adottato dal Lazio (per 95 prestazioni), dalla Calabria (per 162 prestazioni) e dalla Campania (per 28 prestazioni)

E' tuttavia necessario verificare in quali raggruppamenti si riscontra la maggiore proporzione di differenze.

L'81% delle prestazioni relative alla “Chimica clinica” previste dal nomenclatore nazionale (242 su 299) è presente in tutte le regioni e le Marche sono l'unica regione che ha modificato profondamente il proprio nomenclatore (cfr fig. 7 - 8). Le tariffe nazionali sono adottate integralmente solo da Liguria, Umbria, Molise e Sicilia, sono adottate per oltre il 60% delle prestazioni da Lazio, Puglia e Sardegna. Le altre regioni hanno adottato tariffe diverse. Il range di variabilità delle tariffe regionali è elevato, la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari al 93% per la chimica di base e al 66% per la chimica clinica.

Per “Ematologia/coagulazione” e “Immunoematologia e trasfusionale” il 65% delle prestazioni previste a livello nazionale è presente in tutti i nomenclatori regionali e la tariffa ministeriale coincide sempre con il valore modale (cfr fig. 7). Il tariffario nazionale (cfr fig. 8) è adottato integralmente da Liguria, Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna, mentre costituisce un importante riferimento per Lazio, Puglia e Calabria. Il range di variabilità delle tariffe regionali è relativamente limitato: la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari 33% per le prestazioni di Ematologia/coagulazione, al 12% per le prestazioni di immunoematologia e trasfusionale.

Il raggruppamento relativo alle prestazioni di “Microbiologia/virologia” comprende 215 prestazioni nel nomenclatore nazionale, ma solo il 19% è presente in tutti i nomenclatori regionali (cfr fig. 7). I nomenclatori che si discostano da quello nazionale sono quelli di Piemonte e Toscana (meno del 60% di prestazioni presenti) e, in misura minore, quelli di Friuli Venezia Giulia e Marche (circa 84% di prestazioni presenti). Le tariffe nazionali (cfr fig. 8) sono adottate o costituiscono il principale riferimento per Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. La variabilità dei tariffari regionali è abbastanza elevata (la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari al 76% per la Microbiologia di base, al 40% per l'altra microbiologia).

Il nomenclatore nazionale comprende 49 prestazioni relative a “Anatomia ed istologia patologica” ed è adottato da tutte le regioni con la sola eccezione del Piemonte (cfr fig. 7 - 8). Le tariffe nazionali sono adottate o costituiscono il principale riferimento per Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. La variabilità dei tariffari regionali è relativamente elevata (la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari al 15%).

Il nomenclatore ministeriale comprende 72 prestazioni di “Genetica/citogenetica”; tutte le regioni lo hanno adottato integralmente con l'eccezione di Piemonte (che prevede il 25% delle prestazioni) e Marche (69%) (cfr fig. 7 - 8). Le tariffe nazionali sono adottate o costituiscono il principale riferimento per Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna e, in misura minore Abruzzo e Basilicata. La variabilità dei tariffari regionali è moderata (la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari al 10%).

Fig. 7 - confronto tra il nomenclatore tariffario ex DM 1996 e quelli regionali relativi all'anno 2009 - Prestazioni afferenti alla categoria "Laboratorio"

Categoria		L Laboratorio		n prestazioni presenti nel DM 96	n prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa min = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
Il livello		III livello						
L1	Prelievi	L11	Prelievo sangue venoso	1	1	1	-	19%
		L12	Prelievo sangue arterioso	1	-	1	-	4%
		L13	Prelievo sangue capillare	1	-	1	1	14%
		L14	Prelievo sangue microbiologico	1	-	1	1	14%
		L15	Prelievo citologico	1	-	1	1	23%
L1 Totale				5	1	5	3	23%
L2	Chimica clinica	L21	Chimica clinica di base	115	101	100	30	93%
		L29	Chimica clinica	184	141	170	34	66%
L2 Totale				299	242	270	64	93%
L3	Ematologia/coagulazione	L31	Ematologia/coagulaz di base	22	14	22	2	33%
		L39	Ematologia/coagulazione	40	26	40	6	12%
L3 Totale				62	40	62	8	33%
L4	Immunoematologia e trasfusionale	L41	Immunoem.e trasfus. di base	4	4	4	-	11%
		L49	Immunoematologia e trasfus.	28	17	28	-	12%
L4 Totale				32	21	32	-	12%
L5	Microbiologia/virologia	L51	Microbiologia/virologia di base	46	13	46	16	76%
		L59	Microbiologia/virologia	169	28	169	25	40%
L5 Totale				215	41	215	41	76%
L6	Anatomia ed istologia patologica	L60	Anatomia ed istologia pat.	49	-	49	-	15%
L6 Totale				49	-	49	-	15%
L7	Genetica/citogenetica	L70	Genetica/citogenetica	72	15	72	-	10%
L7 Totale				72	15	72	-	10%
Totale categoria prestazioni di "Laboratorio"				734	360	705	116	93%

Fig. 8 - Prestazioni afferenti alla categoria "Laboratorio" – distribuzione delle prestazioni nei nomenclatori regionali e confronto con il nomenclatore tariffario ex DM 1996

	numero prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomenclatori								numero prestazioni con tariffa regionale = tariffa DM 1996							
	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	TOT	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	TOT
PIEMONTE	1	299	62	32	123	-	18	535	-	-	-	-	-	-	-	-
VALLE D'AOS	5	299	62	32	215	49	72	734	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	5	299	62	32	215	49	72	734	-	-	-	-	-	-	-	-
PA BOLZANO	5	299	62	32	215	49	72	734	-	25	4	4	20	20	8	81
PA TRENTO	5	299	62	32	215	49	72	734	-	53	6	4	45	20	15	143
VENETO	5	298	61	32	210	49	72	727	-	-	-	-	-	-	-	-
FRIULI VG	5	293	61	32	185	47	72	695	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	5	299	62	32	215	49	72	734	5	299	62	32	215	49	72	734
EMILIA R	5	299	62	32	215	49	72	734	-	63	7	5	54	-	15	144
TOSCANA	5	298	62	32	91	49	72	609	-	50	6	5	18	20	15	114
UMBRIA	5	299	62	32	215	49	72	734	5	299	62	32	215	49	72	734
MARCHE	5	248	42	21	176	49	50	591	-	19	1	3	15	20	4	62
LAZIO	5	299	62	32	215	49	72	734	4	195	50	30	173	48	72	572
ABRUZZO	5	299	62	32	214	48	72	732	4	41	7	6	44	13	42	157
MOLISE	5	299	62	32	215	49	72	734	5	299	62	32	215	49	72	734
CAMPANIA	5	299	62	32	215	49	72	734	4	174	35	10	142	19	-	384
PUGLIA	5	299	62	32	215	49	72	734	3	219	60	30	197	49	72	630
BASILICATA	5	299	62	32	215	49	72	734	5	44	8	6	47	13	37	160
CALABRIA	5	299	62	32	215	49	72	734	5	179	51	31	185	49	72	572
SICILIA	5	299	62	32	215	49	72	734	5	299	62	32	215	49	72	734
SARDEGNA	5	299	62	32	215	49	72	734	4	227	58	32	206	49	72	648
DM 96	5	299	62	32	215	49	72	734								

1.2.3 Prestazioni "Terapeutiche"

La categoria prestazioni Terapeutiche (cfr fig. 9) comprende 391 prestazioni del nomenclatore ex DM 22.07.1996, articolate in sei categorie di II livello.

Si osserva la massima sovrapposibilità dei nomenclatori per "Chirurgia ambulatoriale" (93% delle prestazioni presenti in tutte le regioni), "Radioterapia" (88%), "Dialisi" (77%), "Odontoiatria" (60%), ma non per "trasfusioni" e "altre prestazioni terapeutiche". Le principali difformità si riscontrano in nella PA Trento per tutte le categorie, per le trasfusioni in Piemonte e Sardegna, per l'Odontoiatria in Campania.

Il valore modale delle tariffe regionali coincide sempre con la tariffa ministeriale.

Per tutte le categorie le tariffe nazionali sono adottate pressoché integralmente solo in Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna e Puglia (in questa non sono adottate per la Radioterapia), mentre non sono adottate o lo sono solo marginalmente nelle altre regioni (cfr. fig. 10).

La variabilità dei tariffari regionali è relativamente contenuta per tutte le categorie, con l'eccezione delle prestazioni di Odontoiatria (per la quale le tariffe nazionali sono adottate integralmente solo da Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna, mentre non sono adottate dalle altre regioni) e delle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale per le quali, come già detto in precedenza, la variabilità è molto elevata a causa della differente declinazione delle prestazioni "correzione dei vizi di refrazione" (cod. 11.99.2) e "correzione di alterazioni corneali" (cod. 11.99.3), che in alcune regioni costituiscono un "pacchetto" omnicomprensivo e, quindi, sono remunerate con un importo tariffario molto superiore.

Figura 9 - confronto tra il nomenclatore tariffario ex DM 1996 e quelli regionali relativi all'anno 2009 - Prestazioni afferenti alla categoria prestazioni "Terapeutiche"

Categoria	T Terapeutica	n prestazioni presenti nel DM 96	prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa min = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
II livello	III livello					
T1 Radioterapia	T10 Radioterapia	33	29	33	-	27%
T1 Totale		33	29	33	-	27%
T2 Dialisi	T20 Dialisi	17	13	17	2	12%
T2 Totale		17	13	17	2	12%
T3 Odontoiatria	T30 Odontoiatria	37	22	37	2	50%
T3 Totale		37	22	37	2	50%
T4 Trasfusioni	T40 Trasfusioni	7	-	7	-	10%
T4 Totale		7	-	7	-	10%
T5 Chirurgia ambulatoriale	T50 Chirurgia ambulatoriale	190	176	190	6	403%
T5 Totale		190	176	190	6	403%
T9 Altre prestazioni terapeutiche	T90 Altre prestaz terapeutiche	107	21	107	8	18%
T9 Totale		107	21	107	8	18%
Totale categoria prestazioni "Terapeutiche"		391	261	391	18	403%

Figura 10 - Prestazioni afferenti alla categoria “Terapeutica” – distribuzione delle prestazioni nei nomenclatori regionali e confronto con il nomenclatore tariffario ex DM 1996

	numero prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomenclatori							numero prestazioni con tariffa regionale = tariffa DM 1996						
	T1	T2	T3	T4	T5	T9	TOT	T1	T2	T3	T4	T5	T9	TOT
PIEMONTE	33	17	37	1	190	105	383	-	-	-	-	-	-	-
VALLE D'AOS	33	17	37	7	190	107	391	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	30	17	37	7	189	107	387	-	-	-	-	-	-	-
PA BOLZANO	33	17	37	7	190	107	391	3	-	6	3	13	5	30
PA TRENTO	32	14	31	-	190	23	290	1	-	3	-	12	-	16
VENETO	31	16	37	7	188	105	384	-	-	-	-	-	-	-
FRIULI VG	33	17	37	7	190	106	390	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	33	17	37	7	190	107	391	33	17	37	7	190	107	391
EMILIA R	33	17	36	7	190	107	390	1	-	-	3	26	21	51
TOSCANA	33	17	34	7	186	105	382	7	-	-	3	34	25	69
UMBRIA	33	17	37	7	190	107	391	33	17	37	7	188	107	389
MARCHE	33	17	37	7	189	107	390	1	-	-	3	13	5	22
LAZIO	33	17	37	7	190	107	391	33	8	37	7	188	107	380
ABRUZZO	33	17	35	7	190	107	389	33	17	35	4	190	107	386
MOLISE	31	17	37	7	190	107	389	31	17	36	7	190	107	388
CAMPANIA	33	17	29	7	183	105	374	13	3	10	1	21	56	104
PUGLIA	33	17	37	7	190	107	391	-	17	37	7	190	106	357
BASILICATA	33	17	37	7	190	107	391	27	17	37	7	190	107	385
CALABRIA	33	17	37	7	190	107	391	33	17	37	7	190	107	391
SICILIA	33	17	37	7	190	107	391	33	17	37	7	190	107	391
SARDEGNA	32	17	36	2	190	98	375	32	17	36	2	188	95	370

1.2.4 Prestazioni di “Riabilitazione”

La categoria “Riabilitazione” (cfr fig. 11), che comprende 73 prestazioni nel nomenclatore nazionale, presenta una variabilità estremamente elevata: solo 2 prestazioni sono presenti in tutte le regioni, anche se la tariffa ministeriale costituisce per tutte il valore modale.

Il range di variabilità delle tariffe regionali per le prestazioni di riabilitazione diagnostica e rieducazione funzionale è relativamente elevato (la proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari rispettivamente al 10% ed al 13%), mentre è molto elevato per l’“altra riabilitazione” (80%).

Il nomenclatore nazionale è adottato pressoché integralmente nella maggioranza delle regioni per tutte le categorie (cfr fig. 12), con l’eccezione della “terapia fisica”, per la quale è adottato integralmente solo da Lombardia, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Molise, Calabria, mentre nelle altre ne adottano meno del 50% delle prestazioni.

Le tariffe nazionali costituiscono un riferimento per Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Figura 11 - confronto tra il nomenclatore tariffario ex DM 1996 e quelli regionali relativi all'anno 2009 - Prestazioni afferenti alla categoria "Riabilitazione"

Categoria		R Riabilitazione	n prestazioni presenti nel DM 96	prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa min = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
Il livello		III livello					
R1	Riab.diagnostica	R10 Riab.diagnostica	14	2	14	-	10%
R1 Totale			14	2	14	-	10%
R2	Riab.e rieducazione funzionale	R20 Riab.e rieducazione funzionale	11	-	11	1	13%
R2 Totale			11	-	11	1	13%
R3	Terapia fisica	R31 Lea	8	-	8	-	66%
		R32 No Lea	18	-	17	4	
R3 Totale			26	-	25	4	
R9	Altra riabilitazione	R90 Altra riabilitazione	22	-	22	2	80%
R9 Totale			22	-	22	2	80%
Totale categoria prestazioni di "Riabilitazione"			73	2	72	7	40%

Figura 12 - Prestazioni afferenti alla categoria "Riabilitazione" – distribuzione delle prestazioni nei nomenclatori regionali e confronto con il nomenclatore tariffario ex DM 1996

	numero prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomenclatori					numero prestazioni con tariffa regionale = tariffa DM 1996				
	R1	R2	R3	R9	TOT	R1	R2	R3	R9	TOT
PIEMONTE	5	2	12	10	29	-	-	-	-	-
VALLE D'AOSTA	14	6	14	16	50	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	14	11	26	22	73	-	-	-	-	-
PA BOLZANO	14	11	26	22	73	-	1	1	-	2
PA TRENTO	14	11	1	2	28	6	1	-	-	7
VENETO	14	5	10	16	45	-	-	-	-	-
FRIULI VG	14	11	26	15	66	-	-	-	-	-
LIGURIA	14	11	26	22	73	14	11	26	22	73
EMILIA R	14	11	8	22	55	7	2	-	-	9
TOSCANA	2	-	7	9	18	1	-	-	-	1
UMBRIA	14	11	26	22	73	14	11	26	22	73
MARCHE	14	11	26	22	73	-	1	1	-	2
LAZIO	14	11	7	22	54	14	11	7	22	54
ABRUZZO	14	11	8	22	55	12	11	8	22	53
MOLISE	14	11	26	22	73	14	11	26	22	73
CAMPANIA	14	11	12	22	59	13	5	12	18	48
PUGLIA	14	11	12	22	59	14	11	12	22	59
BASILICATA	14	11	17	22	64	14	11	17	21	63
CALABRIA	14	11	26	22	73	14	11	26	22	73
SICILIA	14	11	7	22	54	14	11	7	22	54
SARDEGNA	14	11	12	22	59	8	8	6	19	41
DM 96	14	11	26	22	73					

1.2.5 Prestazioni relative a "Visite"

Alla categoria "Visite" afferiscono 10 prestazioni, di cui otto relative a "prima visita" e due a "visite di controllo" (cfr. fig. 13). Solo sei prestazioni sono presenti in tutte le regioni. Il valore modale delle tariffe regionali coincide con la tariffa nazionale, ma tale tariffa è adottata solo in alcune regioni (Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) (cfr. fig. 14). Il range di variabilità delle tariffe regionali è relativamente elevato (la

proporzione della differenza interquartile rispetto alla mediana è pari al 12% per la “prima visita”, al 29% per “visita di controllo”).

Figura 13 - confronto tra il nomenclatore tariffario ex DM 1996 e quelli regionali relativi all'anno 2009 - Prestazioni afferenti alla categoria “Visite”

Categoria		V Visite	n prestazioni presenti nel DM 96	prestazioni presenti in tutte le regioni	n prestazioni in cui tariffa modale = tariffa DM	n prestazioni in cui tariffa min = tariffa DM	% max differenza interquartile su tariffa mediana
Il livello		III livello					
V1	Prima visita	V10 Prima visita	8	5	8	-	12%
V1 Totale			8	5	8	-	12%
V2	Visita di controllo	V20 Visita di controllo	2	1	2	-	29%
V2 Totale			2	1	2	-	29%
Totale categoria "Visite"			10	6	10	-	29%

Figura 14 - Prestazioni afferenti alla categoria “Visite” – distribuzione delle prestazioni nei nomenclatori regionali e confronto con il nomenclatore tariffario ex DM 1996

	n. prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomenclatori			n. prestazioni con tariffa regionale = tariffa DM 1996		
	Prima visita V1	Visita di controllo V2	VISITE TOT	Prima visita V1	Visita di controllo V2	VISITE TOT
PIEMONTE	8	2	10	-	-	-
ALLE D'AOST	8	2	10	-	-	-
LOMBARDIA	8	2	10	-	-	-
PA BOLZANO	8	2	10	-	-	-
PA TRENTO	5	1	6	-	-	-
VENETO	8	2	10	-	-	-
FRIULI VG	8	2	10	-	-	-
LIGURIA	8	2	10	8	2	10
EMILIA R	8	2	10	-	-	-
TOSCANA	8	2	10	-	-	-
UMBRIA	8	2	10	3	2	5
MARCHE	8	2	10	-	-	-
LAZIO	8	2	10	8	2	10
ABRUZZO	8	2	10	8	2	10
MOLISE	8	2	10	8	2	10
CAMPANIA	8	2	10	-	2	2
PUGLIA	8	2	10	7	2	9
BASILICATA	8	2	10	8	1	9
CALABRIA	8	2	10	8	2	10
SICILIA	8	2	10	8	2	10
SARDEGNA	8	2	10	6	1	7
DM 96	8	2	10			

1.2.6 In sintesi

In sintesi la maggiore aderenza al nomenclatore tariffario nazionale (cfr fig. 15) si riscontra per le prestazioni “Diagnostiche”, “Terapeutiche” (con l’eccezione delle trasfusioni) e di “Laboratorio” (con l’eccezione del gruppo relativo a Microbiologia/virologia). Per le prestazioni di “Riabilitazione” il nomenclatore ministeriale è sostanzialmente non adottato, per le “Visite” lo è solo parzialmente.

1.3 L'impatto economico derivante dall'applicazione dei tariffari regionali

L'analisi delle differenze tra le tariffe delle singole prestazioni o di gruppi di prestazioni, pur fornendo informazioni circa le politiche regionali volte a orientare i volumi di attività, non consente di ottenere informazioni sul complessivo valore economico generato dai singoli sistemi tariffari regionali.

Le tariffe nei confronti degli erogatori pubblici costituiscono uno strumento di regolazione ma non concorrono a determinare la spesa regionale, al contrario nei confronti degli erogatori privati il valore derivante dall'applicazione delle tariffe costituisce per le regioni una voce di spesa. Non conoscendo la distribuzione dei volumi di attività tra erogatori pubblici e privati non è possibile valutare in quale misura la variabilità dei volumi economici riscontrata si traduca in differenti livelli di spesa regionale. Tuttavia la conoscenza dei volumi economici generati dal sistema tariffario costituisce uno strumento che può contribuire a valutare la propensione delle regioni a privilegiare o sostenere in diversa misura i diversi settori in cui si articola l'attività specialistica ambulatoriale.

Si è pertanto deciso di confrontare i volumi economici derivanti dall'applicazione dei tariffari regionali ai volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in un gruppo di cinque regioni nel 2007, prevedendo di applicare le tariffe ex DM 22.07.1996 per le prestazioni non presenti nei singoli nomenclatori regionali. Le informazioni che si desumono da tale confronto sono solo indicative, sia perché il complessivo mix di prestazioni del gruppo è diverso da quello delle singole regioni (e quindi l'impatto economico sarebbe diverso nelle singole realtà), sia a causa dell'integrazione dei tariffari regionali con le tariffe nazionali per le prestazioni localmente eliminate.

Il confronto evidenzia una notevole variabilità dei volumi economici complessivi (cfr fig. 17), compresa tra il -3% (derivante dall'applicazione del tariffario dell'Umbria) ed il 40% (Friuli Venezia Giulia).

Concentrando l'analisi alle singole categorie di prestazioni previste dal sistema di classificazione dell'Emilia Romagna (diagnostiche, terapeutiche, laboratorio, riabilitazione, visite), si osserva il diverso impatto dei tariffari regionali nei diversi settori.

I volumi di spesa relativi alle prestazioni Diagnostiche derivanti dall'applicazione dei tariffari regionali evidenziano un range di variabilità pari al 40%, compreso tra il -33% (Campania) ed il +7% (Veneto).

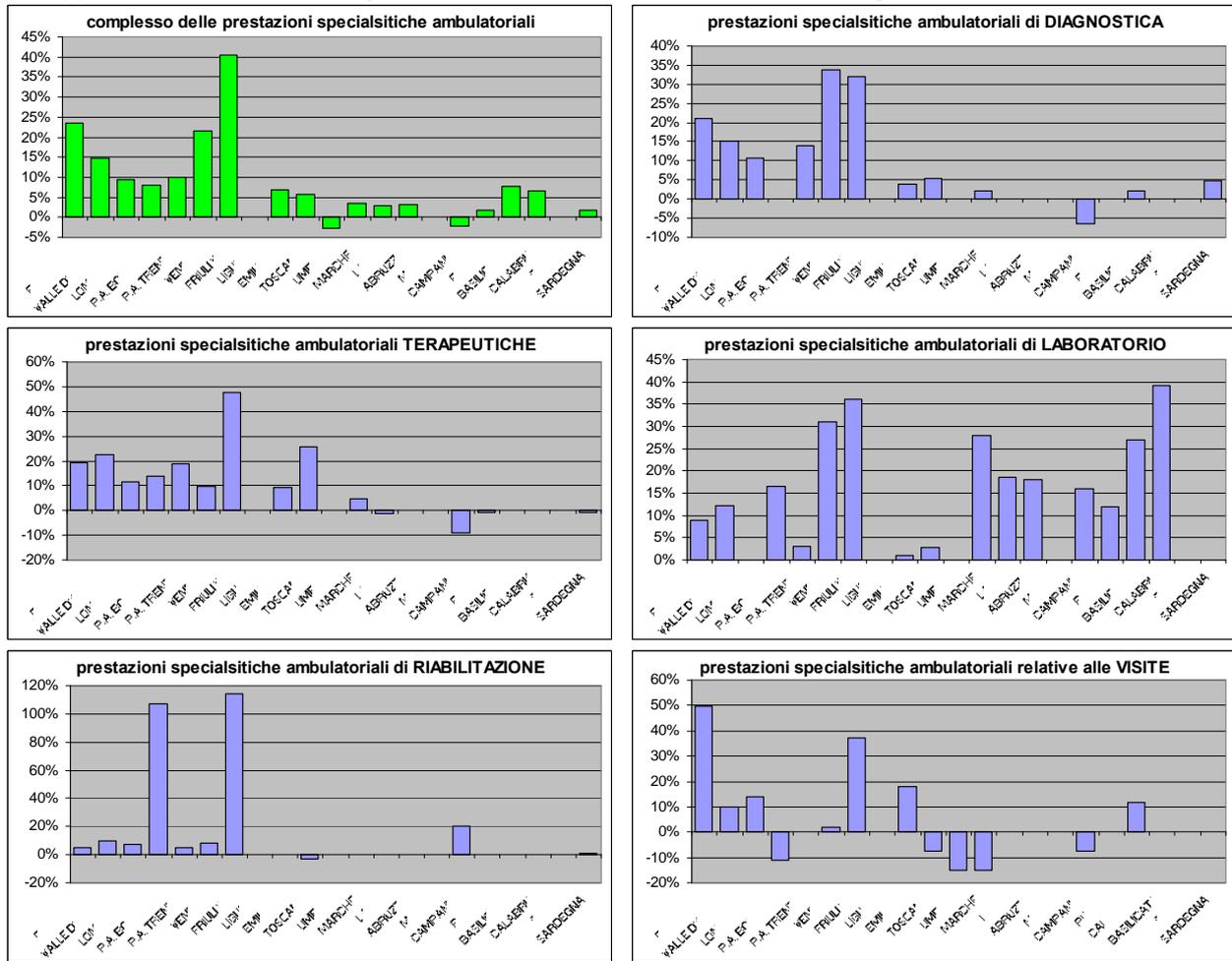
Per le prestazioni Terapeutiche i volumi di spesa presentano un range del 57%, compreso tra il +48% (Friuli Venezia Giulia) ed il -9% (Campania).

Per le prestazioni di Laboratorio i volumi di spesa presentano un range del 39%, compreso tra il +39% (Calabria) ed lo 0% (Lombardia, Liguria, Umbria, Molise, Sicilia, Sardegna); si deve tuttavia tener presente che il dato relativo alle regioni Toscana e Marche, che hanno profondamente rivisto il proprio nomenclatore eliminando numerose prestazioni (rispettivamente 122 e 134), è molto influenzato dall'applicazione delle tariffe nazionali per le prestazioni mancanti.

Per le prestazioni di Riabilitazione il range è maggiore (118%), ma anche in questo caso il risultato è decisamente influenzato dall'applicazione delle tariffe nazionali per le numerose prestazioni non presenti nei nomenclatori regionali.

Per le Visite il range è pari al 65%, compreso tra -15% (Marche) e +50% (Piemonte).

Figura 17 - % differenza tra il valore economico delle prestazioni specialistiche ambulatoriali derivante dall'applicazione delle tariffe regionali e nazionali alla casistica di alcune regioni



2. Le prestazioni introdotte dalle regioni

L'analisi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali introdotte dalle regioni consente di valutare le politiche programmatiche regionali relative alla modernizzazione e riorganizzazione di specifici settori assistenziali.

Il confronto tra il numero di prestazioni introdotte (ulteriori rispetto a quelle previste dal DM 22.07.1996) evidenzia forti differenze tra le regioni², con una variabilità compresa tra poche decine ed alcune centinaia, come evidenziato nella figura 18. Non sempre il volume di prestazioni di nuova introduzione corrisponde a quello delle prestazioni ex DM 22.07.1996 eliminate.

Figura 18 - numero prestazioni introdotte e numero prestazioni ex DM 22.07.1996 eliminate per regione

	n prestazioni introdotte	n prest. ex DM 96 eliminate		n prestazioni introdotte	n prest. ex DM 96 eliminate
Piemonte	282	270	Marche	664	144
Valle d'Aosta	116	25	Lazio	86	19
Lombardia	258	11	Abruzzo	12	22
PA Trento	208	-	Molise	nd	-
PA Bolzano	210	198	Campania	36	37
Veneto	145	50	Puglia	17	15
Friuli VG	462	70	Basilicata	558	9
Liguria	21	-	Calabria	nd	-
Emilia R	58	19	Sicilia	94	19
Toscana	203	202	Sardegna	24	30
Umbria	150	-	Totale	3.604	

La tipologia di prestazioni introdotte è molto variabile, pertanto ai fini di una migliore analisi si è deciso di raggrupparle secondo il Sistema di raggruppamento della regione Emilia Romagna. E' stato così possibile verificare che il 56% di tali prestazioni afferisce al Laboratorio, il 19% alla Diagnostica, circa il 19% sono prestazioni Terapeutiche, volumi inferiori riguardano la Riabilitazione (3%) e le Visite (3%).

Le regioni contribuiscono in modo diverso alla determinazione di tali quote, come si evince dalla figura 19. Il 65% delle prestazioni di diagnostica è stato introdotto da sole 5 regioni (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Sicilia, Piemonte); nessuna ulteriore prestazione diagnostica è stata invece prevista da Liguria, Abruzzo e Sardegna

Il 75% delle prestazioni di Laboratorio è stata introdotta da Marche, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, PA Bolzano, Piemonte, mentre non ne hanno previste di ulteriori Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania e Puglia.

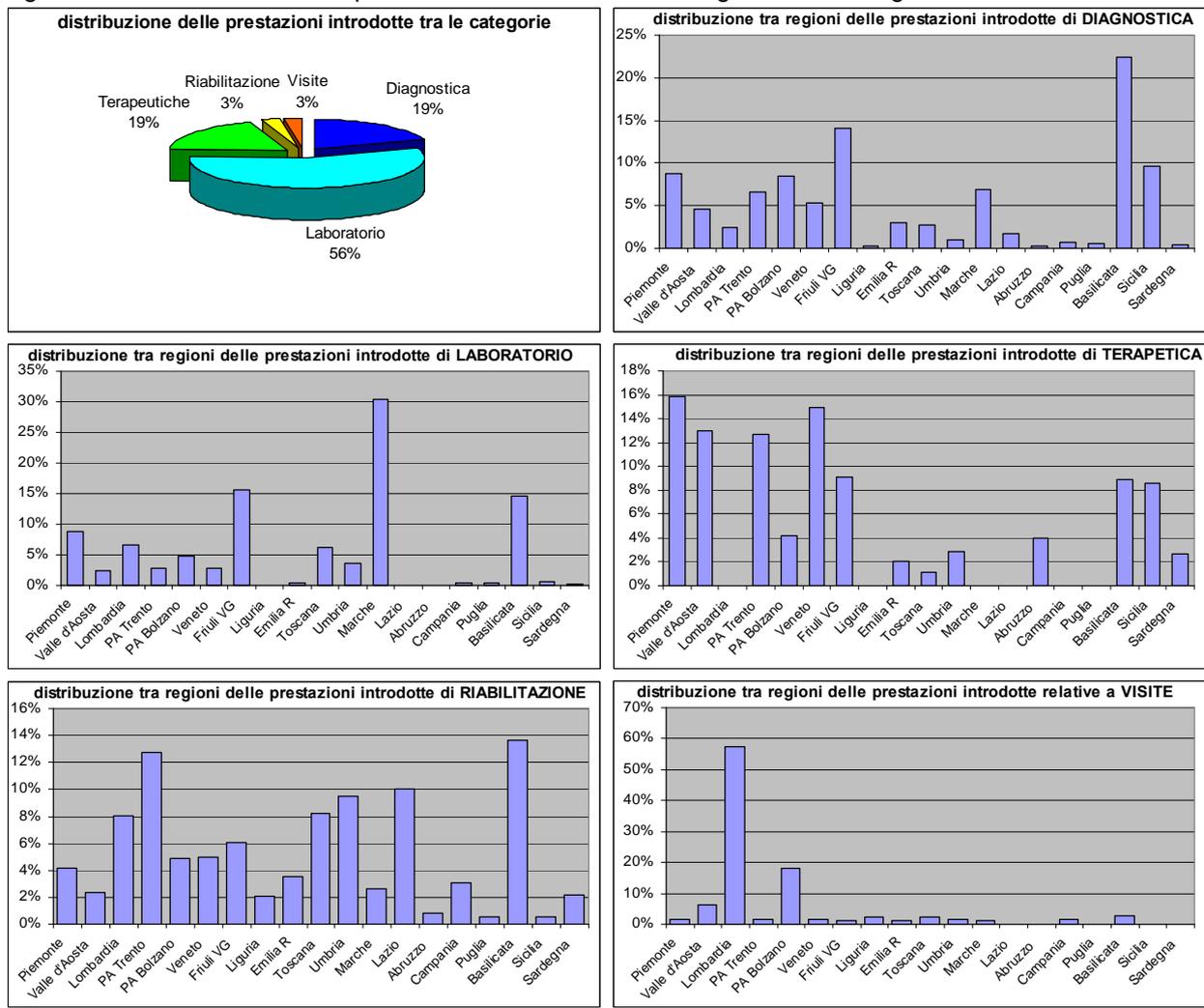
Le prestazioni Terapeutiche sono state introdotte in modo diversificato tra le regioni, l'82% del numero complessivo è determinato da Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Sicilia, tuttavia ben cinque regioni non prevedono alcuna prestazione di questa tipologia (Lombardia, Liguria, Marche, Lazio, Campania e Puglia).

Tutte le regioni prevedono nuove prestazioni di Riabilitazione; oltre il 60% di tali prestazioni è stato introdotto da Basilicata, PA Trento, Lazio, Umbria e Toscana e Lombardia.

Per quanto riguarda le Visite, le regioni che prevedono l'introduzione di nuove prestazioni sono sostanzialmente Lombardia (che ha previsto le visite per le diverse specialità ed ha distinto la prima visita dalle successive) e PA Bolzano.

² Non sono disponibili i nomenclatori tariffari di Molise e Calabria

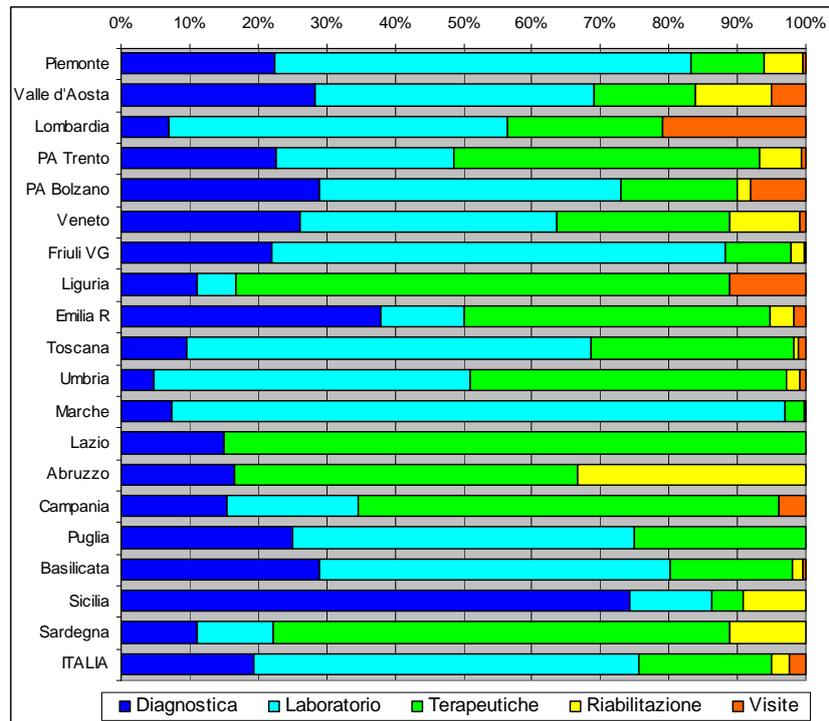
Figura 19 – distribuzione delle prestazioni introdotte tra le categorie e tra le regioni



Con riferimento alle prestazioni di nuova introduzione si osserva che tra le regioni è molto diversa l'incidenza delle singole categorie (cfr fig. 20). Visite e Riabilitazione incidono in modo marginale sul complesso delle prestazioni per tutte le regioni,

Si osserva che in quasi tutte le regioni la maggiore quota di prestazioni introdotte è rappresentata dalle categorie Diagnostiche e Terapeutiche, ad eccezione di Piemonte, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Puglia e Basilicata, in cui il Laboratorio presenta la massima incidenza.

Figura 20 – ripartizione proporzionale delle prestazioni introdotte dalle regioni secondo la categoria di appartenenza



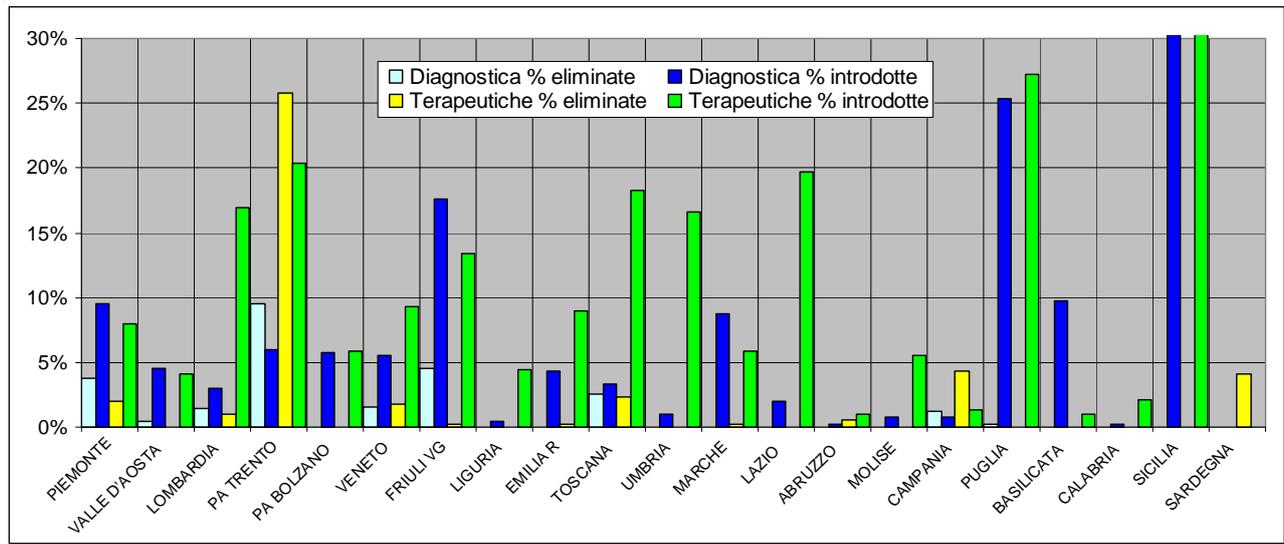
Tuttavia per comprendere le politiche regionali in tema di specialistica ambulatoriale è necessario analizzare congiuntamente le prestazioni di nuova introduzione e quelle ex DM 22.07.1996 non incluse nei nomenclatori.

Tale analisi evidenzia che generalmente per le categorie Riabilitazione e Laboratorio l'eliminazione di prestazioni ex DM 22.97.1996 è associata alla introduzione di nuove prestazioni nei nomenclatori regionali. Le nuove prestazioni, quindi, sono sostitutive di quelle eliminate.

Per le prestazioni di Diagnostica e Terapeutica l'introduzione di nuove prestazioni non è associata (o lo è marginalmente) alla eliminazione di quelle ex DM 1996 (cfr fig. 21). Si può quindi ritenere che le nuove prestazioni sono aggiuntive o modificative rispetto a quanto previsto dal nomenclatore nazionale.

Per la categoria Visite, come si era visto in precedenza, le prestazioni introdotte costituiscono l'articolazione delle prestazioni presenti nel nomenclatore ministeriale in prima e seconda visita e secondo la disciplina specialistica.

Figura 21 - % prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche introdotte ed eliminate dalle regioni rispetto a quelle previste dal DM 22.07.1996



Attraverso l'analisi delle prestazioni introdotte dalle regioni nel nomenclatore relativo alla specialistica ambulatoriale rende possibile valutare le politiche volte alla *deospedalizzazione* di specifiche attività assistenziali.

Le prime analisi evidenziano nell'ambito della categoria Terapeutiche, oltre il 70% delle prestazioni di nuova introduzione riguarda la chirurgia ambulatoriale sostitutive di prestazioni in precedenza erogate in regime di ricovero; in particolare:

- l'inserimento delle prestazioni di liberazione di tunnel carpale, cataratta, esofagogastroduodenoscopia nella quasi totalità delle regioni, con forti differenze tariffarie tra le singole realtà
- l'inserimento di ulteriori prestazioni chirurgiche (tunnel tarsale, circoncisione, artroscopia di mano, polso e ginocchio, ecc.) in molte regioni

Inoltre, sempre nella categoria Terapeutiche, in nove regioni si assiste all'introduzione in regime ambulatoriale di prestazioni correlate al trattamento di tumori (chemioterapia, radioterapia).

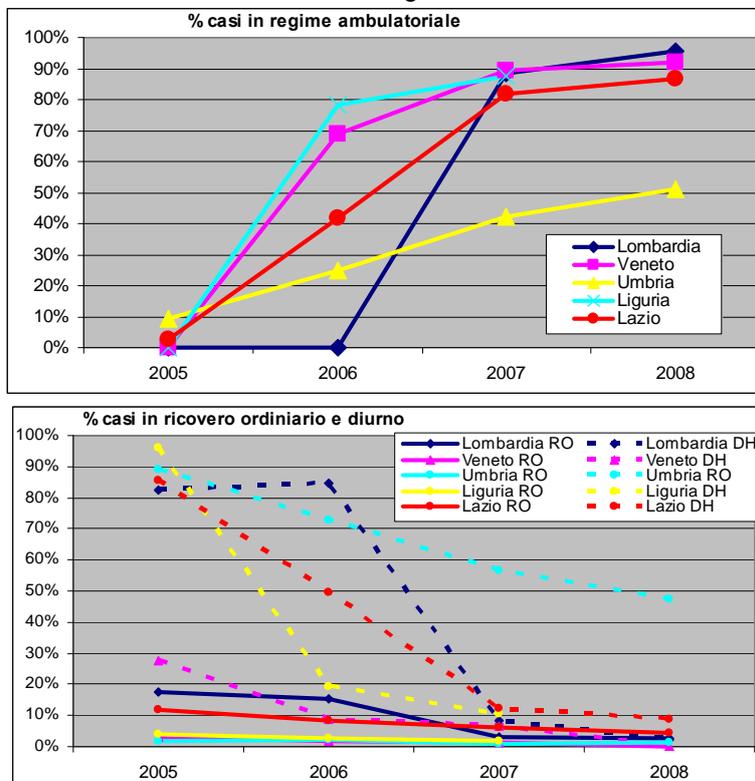
L'efficacia delle politiche regionali volte a perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale per le due prestazioni a rischio di inappropriata organizzativa ai sensi del DPCM 21 novembre 2001 che per prime sono state oggetto di cambiamento del setting assistenziale³, liberazione di tunnel carpale e cataratta è stata valutata con riferimento a cinque regioni per le quali si è ottenuta la disponibilità di informazioni relative all'attività ambulatoriale per il periodo 2005-2008 (Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Lazio).

L'analisi ha evidenziato che la quasi totalità delle prestazioni è stata deospedalizzata (cfr fig. 22). La residua quota di casi trattati in regime di ricovero ordinario o diurno è marginale e si può ragionevolmente ritenere che non sia determinata da inappropriata organizzativa ma sia

³ Il trasferimento in regime ambulatoriali delle prestazioni di cataratta e tunnel carpale è avvenuta in tempi diversi: nel 2004 in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Umbria, nel 2005 in Liguria, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto, nel 2006 in Lombardia, Lazio, PA Trento, nel 2007 in Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna, nel 2008 in Calabria, nel 2009 in Piemonte e Marche

relativa a pazienti che, per le particolari condizioni cliniche, non sarebbero stati eleggibili per il trattamento in regime ambulatoriale.

Figura 22 - prestazioni di liberazione di tunnel carpale e di cataratta - % di casi trattati in regime ambulatoriale, in ricovero ordinario e diurno in alcune regioni



Non è per ora possibile valutare l'effettivo impatto economico di tale processo, ancora troppo recente e poco approfondito con specifici studi. Teoricamente l'erogazione in ambiente ambulatoriale dovrebbe comportare minori costi in relazione all'assistenza infermieristica (sicuramente meno intensa di quella prevista nei reparti per acuti) ed alberghiera (circoscritta ad un limitatissimo numero di ore) ed in relazione alla sala operatoria (i cui requisiti dovrebbero essere inferiori a quelli previsti per quelle destinate all'esecuzione di interventi di maggiore complessità), mentre non dovrebbero esservi differenze relativamente alle altre tipologie di costi (assistenza medica, farmaci, presidi medico-chirurgici e protesi, laboratorio analisi, radiologia). Il vantaggio economico potrebbe però essere del tutto vanificato qualora la modifica del setting sia solo formale e non si sostanzia in effettiva riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (in termini di riduzione di posti letto e dei relativi costi, in particolare di quelli relativi al personale) e dell'offerta territoriale (attraverso la creazione efficienti unità produttive ambulatoriali). E' ragionevole supporre che i risparmi non siano immediatamente perseguibili (molti costi, quello del personale in particolare, sono sostanzialmente fissi) ma si possa raggiungere nel medio periodo. Tuttavia non sono state condotte analisi sistematiche e confronti tra realtà differenti per verificarne l'effettiva entità e sino ad ora non vi sono evidenze che la deospedalizzazione abbia reso i sistemi sanitari regionali maggiormente efficienti né che abbia prodotto sensibili risparmi di spesa.

Conclusioni

Il confronto ha evidenziato l'elevato numero e la differente tipologia di prestazioni introdotte nei nomenclatori regionali ulteriori o modificative di quelle previste dal DM 22.07.1996, la contestuale eliminazione di alcune prestazioni previste da tale decreto, la variabilità delle singole tariffe adottate localmente (anche se il tariffario ministeriale rimane il principale riferimento), il differente impatto economico dei tariffari regionali.

Le regioni sono intervenute principalmente nei diversi settori sotto la spinta dell'introduzione di nuove tecnologie e della diffusione di aggiornate pratiche cliniche (nei settori relativi alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed al laboratorio), con l'obiettivo di razionalizzare e perseguire maggiore efficienza dei propri sistemi sanitari (ad es. con l'introduzione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale relative ad attività in precedenza svolte in regime di ricovero ospedaliero) e di disporre di informazioni di maggiore dettaglio (ad es. con l'introduzione di prestazioni che consentono di identificare le diverse tipologie di visite mediche).

Le modalità adottate per l'aggiornamento dei tariffari sono diverse, in alcuni casi sono state condotte rilevazioni analitiche dei costi di produzione nei molteplici settori di attività, in altri casi si è trattato di mera applicazione di parametri di copertura dell'inflazione. Giova ricordare che l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è una operazione complessa, in questo ambito, infatti, a differenza di quanto avviene per i ricoveri ospedalieri, non sono disponibili informazioni nazionali o internazionali relative all'allocazione dei costi né metodologie condivise per la rilevazione dei costi.

E' interessante la valutazione della diffusione degli interventi nel territorio nazionale. Le regioni settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, con l'eccezione della Liguria, soggetta a piano di rientro dal deficit) ed alcune del centro (Toscana, Umbria, Marche), sono state in grado di aggiornare sia il proprio nomenclatore sia le tariffe delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, al contrario delle altre regioni che hanno generalmente applicato quelli ministeriali.

Sarebbe utile, ma non è possibile per la mancanza di fonti informative, analizzare i fenomeni anche sulla base dell'assetto proprietario degli erogatori, per verificare l'eventuale correlazione tra l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali e la differente quota di erogatori pubblici e privati presente nel territorio delle singole regioni.

La diversa diffusione dei fenomeni nelle regioni deve essere interpretata come il segno della differente capacità delle amministrazioni locali a governare il proprio SSR con interventi programmatori autonomi e del differente livello di evoluzione dei sistemi sanitari: le analisi qui svolte sono la fotografia di processi iniziati in anni diversi nelle singole realtà, destinati a proseguire nei prossimi anni.

I fenomeni osservati, comunque, se da un lato sono l'espressione della volontà e della capacità programmatica delle regioni, dall'altro rendono evidente l'importanza e l'urgenza di un riferimento costantemente aggiornato a livello nazionale che, con un nomenclatore che esprima in modo adeguato il LEA ambulatoriale, offra anche indicazioni attendibili sui costi di produzione delle singole prestazioni e sui correlati globali volumi di spesa.

Infine, in relazione alla deospedalizzazione di specifiche prestazioni sarebbe auspicabile valutare il miglioramento dell'efficienza generato dallo spostamento del setting assistenziale, attraverso l'analisi dei costi, sia a livello microeconomico che a livello macroeconomico, e misurando l'efficienza dei modelli organizzativi attuati nelle singole realtà locali, al fine di rendere disponibili per i diversi livelli di responsabilità – centrale, regionale, aziendale – informazioni per la programmazione sanitaria ed il benchmark.