



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante: “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”

Relazione tecnica

Premessa

Si ritiene innanzitutto di premettere che nello schema di provvedimento in oggetto sono confluite elaborazioni frutto del lavoro congiunto tra Ministero della salute, Regioni, Agenas, Società scientifiche, soggetti ed enti operanti nell'ambito del Ssn, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 3 del Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

L'approvazione del presente provvedimento si inserisce in un quadro economico finanziario apertosi con la sottoscrizione del nuovo Patto per la salute 2014-2016 e continuato con la conforme elaborazione normativa recepita nella legge 23 dicembre 2014, n.190 (legge di stabilità 2015) che prevede per il singoli anni 2014, 2015 e 2016 rispettivamente un livello di finanziamento ordinario a carico dello Stato pari a 109.928,00 -112.062,00- 115.444,00 mln di euro, fatto salvo quanto previsto dal combinato disposto dell'articolo 1, commi 398 e 400 della legge di stabilità 2015 in materia di concorso alla finanza pubblica delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano.

A sostegno dell'approvazione del provvedimento si sottolineano le seguenti ragioni:

1. ulteriori ritardi nell'approvazione del provvedimento rischiano di far meno il perno programmatico su cui su base l'ipotesi di razionalizzazione contenuta nel nuovo Patto per la salute basata sul trasferimento di molte linee prestazionali dall'ambiente ospedaliero ai nuovi setting assistenziali territoriali delineati bene dai nuovi LEA
2. la obsolescenza del quadro definitorio del vecchio DPCM del 2001 sta provocando in molte realtà regionali, sotto la spinta delle urgenze assistenziali, un “fai da te” da parte delle singole regioni che sta frantumando la unitarietà del sistema nazionale e dà luogo a scelte locali non controllate sotto il profilo dell'appropriatezza e dell'efficienza erogativa e della compatibilità con la programmazione economico finanziaria nazionale
3. la mancata adozione del nuovo DPCM rischia di provocare problemi di sostenibilità politico sanitaria di rilievo anche sociale (si pensi alle ripetute proteste del settore delle Malattie rare e allo sciopero della fame intrapreso e provvisoriamente sospeso dai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA)
4. lo Stato non può rinunciare ad esercitare il suo fondamentale potere regolatorio residuo (dopo la riforma del Titolo V della Costituzione) costituito appunto dalla definizione dei LEA.

Nelle premesse istituzionali del recente Patto per la Salute, peraltro, è espressamente previsto che debba essere potenziato l'intero sistema di *governance* della sanità attraverso l'utilizzo di strumenti forti e necessari per assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire l'equità e l'universalità del sistema, nonché i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme. L'articolo 1, comma 3 del Patto prevede, poi, che nell'ambito delle disponibilità finanziarie previste per il triennio 2014-2016, si provveda, entro il 31 dicembre 2014, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

Si deve considerare, poi, che il SSN per il 2015:

- potrebbe beneficiare di un incremento di risorse finanziarie rispetto al 2014 pari a + 2,134 mld, dal momento che le disponibilità sono passate dai 109,928 mld di euro nel 2014 ai 112, 062 mld nel 2015, fatto salvo quanto previsto dal combinato disposto dell'articolo 1, commi 398 e 400 della legge di stabilità 2015 in materia di concorso alla finanza pubblica delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano;
- potrebbe usufruire in maniera integrale del predetto incremento, dal momento che è senz'altro ipotizzabile un invarianza dei costi per il 2015, visto che le norme che hanno introdotto limiti cogenti sulla loro crescita restano in vigore; un "vulnus" rappresentato dall'introduzione di farmaci innovativi per l'epatite C è stato già previsto e coperto in sede di legge di stabilità 2015, attraverso un apposito meccanismo di responsabilizzazione dello Stato, dei SSR e delle aziende farmaceutiche. La sostanziale sostenibilità dal punto di vista economico dell'impatto derivante dal presente provvedimento è ipotizzabile, poi, anche sulla base delle proiezioni dei risultati di esercizio, prima delle coperture, relativi all'esercizio 2014 (proiezioni sulla base dei dati del III^ trimestre 2014) che assicurano a livello regionale la quasi completa sostenibilità del sistema, per effetto del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio delle regioni, ivi incluse quelle in PDR e solo per alcune di esse attraverso il ricorso alla leva fiscale, il cui gettito risulta più che sufficiente per garantire l'equilibrio;
- potrebbe ottenere dei benefici ulteriori in termini di riduzione dei costi di altre prestazioni, a seguito della diffusione dei farmaci innovativi per l'epatite C. Difatti, se viene confermata la sua efficacia, come hanno dimostrato evidenze scientifiche, il SSN dovrebbe beneficiare di riduzioni significative di costo per trapianto di fegato, per altri farmaci, per protocolli diagnostico-terapeutici, di difficile quantificazione ad oggi, visto che gli effetti si cominceranno a produrre nel corso del 2015, in proporzione anche alla numerosità dei casi trattati. La previsione normativa contenuta nella legge di stabilità 2015, comunque, rinvia al Comitato per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il monitoraggio, a decorrere dal 2015, degli effetti di contenimento della spesa sanitaria territoriale ed ospedaliera dovuti alla diffusione dei medicinali e al conseguente minore ricorso da parte degli assistiti ai protocolli terapeutici e alle cure erogate prima della predetta diffusione dei medicinali innovativi;
- sconterà gli effetti dell'adozione dei nuovi standard di dotazione dei posti-letto ospedalieri, contenuti nello schema di regolamento recentemente approvato dal Consiglio di Stato, che, con particolare riferimento ai posti letto per gli acuti (la cui riduzione attesa rispetto ai posti letto attivi all'1.1.2014 è stimata in circa 3.000 posti letto in meno), contribuirà a garantire in maniera strutturale un contenimento della dinamica dei costi del Ssn, con particolare riferimento al settore dei beni e servizi;
- beneficerà sicuramente dell'introduzione di **misure di governance** e di inasprimento delle misure sanzionatorie che riguardano non solo il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo dei sistemi regionali, ma anche l'avanzamento dei

processi di razionalizzazione e qualificazione della spesa, che investono tutti i settori assistenziali coperti dai LEA (si vedano in particolare i commi 568 e 569 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2015, in materia di **decadenza dei direttori generali** degli enti del SSN, in caso di mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali). Anche le nuove norme intervenute nel Patto per la Salute e recepite dalla legge di stabilità 2015 in materia di “**commissariamento**” delle regioni in Piano di rientro (si fa riferimento, in particolare, alla prevista incompatibilità da parte dei Presidenti delle regioni a svolgere il compito di commissario per la realizzazione del piano di rientro del SSR evitando così la commistione tra potere politico e gestionale), andranno nella direzione di garantire una migliore tenuta del sistema di *governance* regionale. Le regioni e province autonome continueranno così ad essere impegnate ad implementare gli interventi di razionalizzazione dei settori da loro scelti per effetto dell'avvenuta attivazione dei processi di riorganizzazione delle loro reti di offerta, dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito di setting assistenziali più appropriati e dell'attivazione di protocolli clinici diagnostici per la presa in carico dei pazienti malati cronici in ambito territoriale ed ospedaliero, seppure l'effetto contenitivo della spesa sarà variabile a livello regionale, a seconda dello stato di attuazione dei processi appena descritti.

- potrà avvalersi dei risultati delle misure di revisione della spesa elaborate sia in sede centrale che regionale per intervenire nei settori sui quali esistono ancora margini di sprechi e di inappropriata.

Appare necessario, infine, valutare lo schema di provvedimento, in particolare sotto il profilo economico-finanziario, *con riferimento alla sua globalità*, atteso che gli effetti derivanti da misure inerenti singole aree prestazionali (ad esempio, l'introduzione di una nuova prestazione protesica ambulatoriale) possono essere compensati o, al contrario, enfatizzati da concomitanti misure in aree diverse.

Inoltre, le numerose previsioni del provvedimento volte ad *incrementare l'appropriatezza clinica e organizzativa nella erogazione dei LEA* sono destinate a produrre effetti di contenimento che solo in alcuni casi possono essere puntualmente quantificati. Ciò è quanto emerge, infatti, dall'esperienza maturata nella maggior parte delle realtà regionali, soprattutto in materia di assistenza ospedaliera e di assistenza farmaceutica.

Il percorso già avviato da alcune regioni, in termini di recupero di appropriatezza ed efficientamento, viene rafforzato con l'impianto del presente provvedimento, laddove il perno centrale si basa, oltre che sull'aggiornamento delle prestazioni sulla base dell'intervenuta innovazione tecnologica, sull'**introduzione di prime indicazioni o condizioni di erogabilità** per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. L'aspetto più qualificante del presente provvedimento è rappresentato dal fatto che l'aggiornamento dei LEA (inteso come “ridisegno ex novo” dei nuovi livelli essenziali di assistenza) esplicita e codifica l'estensione della risposta assistenziale del SSN per i cittadini alle innovazioni tecnologiche, già introdotte nella pratica clinica corrente e valutate alla luce dei criteri di ammissibilità nei LEA. Lo stesso si pone come obiettivo quello di aggiornare i LEA, nel rispetto proprio di quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 1, commi 2 e 7 del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., laddove viene rispettivamente previsto che “*il Servizio sanitario nazionale (omissis) assicuri i livelli essenziali e uniformi di assistenza (omissis), nel rispetto dei principi (omissis) dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse*” e che “*sono posti a carico del Servizio sanitario 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*”. Si può, quindi, affermare che le prestazioni incluse nel nomenclatore allegato al presente dPCM e le relative condizioni di erogabilità soddisfano il

principio dell'**efficacia**, in base alle evidenze scientifiche disponibili, dell'**appropriatezza** nonché dell'**economicità** nell'impiego delle risorse, dal momento che individua anche le modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza. Quanto contenuto nel presente provvedimento rappresenta, pertanto, solo l'inizio di un percorso - ormai condiviso anche dalle regioni (si veda da ultimo il recente Patto per la salute 2014-2016) - per garantire la messa a carico del Ssn delle sole prestazioni ritenute efficaci, ma da erogarsi in condizioni di appropriatezza e di efficienza, nel rispetto delle risorse disponibili, che verrà proseguito nel tempo nell'ambito dei lavori di aggiornamento e mantenimento dei livelli essenziali di assistenza in modo continuo, sistematico, basato su regole chiare e criteri scientificamente validi che tenderanno ad eliminare ulteriori prestazioni prive di sufficienti prove di efficacia.

00000

Quadro di riferimento per la valutazione di impatto dello schema di dPCM

La valutazione dell'impatto economico-finanziario del dPCM di aggiornamento dei LEA è stata fatta tenendo conto della natura innovativa dei fenomeni coinvolti che solo limitatamente sono misurabili e/o stimabili con le informazioni ad oggi disponibili.

E' tuttavia possibile individuare, sia i meccanismi attivati dalla emanazione del provvedimento che agiranno sulla definizione dei costi del Ssn, sia la direzione nella quale agiranno (riduzione o aumento), consentendo di valutare che l'impatto economico-finanziario complessivo, atteso dall'attuazione del provvedimento in questione, possa considerarsi compatibile con il livello di finanziamento per il Ssn per il periodo 2014-2016 stabilito a seguito della sottoscrizione tra Governo e Regioni del Patto per salute avvenuto il 10 luglio u.s. i cui contenuti sono stati recepiti dalla citata legge di stabilità 2015.

Schematicamente, gli interventi operati dal dPCM di aggiornamento dei LEA che possono comportare effetti economico-finanziari, di incremento e di riduzione dei costi del Ssn, sono riconducibili alle seguenti tipologie di livelli assistenziali: prevenzione, specialistica ambulatoriale, protesica ed integrativa, ospedaliera oltre che al riconoscimento di maggiori esenzioni per determinate categorie di pazienti affetti da malattie rare e croniche.

L'**impatto globale** dell'aggiornamento dei LEA è riconducibile alla definizione della differenza tra:

- da un lato, i **costi aggiuntivi** generati dalla previsione di prestazioni aggiuntive, nella misura in cui generino consumi aggiuntivi (oltre che sostitutivi delle prestazioni eliminate e/o trasferite ad altro *setting* assistenziale)
- dall'altro, le **economie** conseguibili nei diversi ambiti assistenziali e le **maggiori entrate** connesse alla partecipazione ai costi sulla quota di consumi aggiuntivi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come meglio descritto più avanti.

Alla luce di tutto quanto sopra premesso, la tabella che segue sintetizza gli effetti economico-finanziari complessivi su base annua, derivante dall'applicazione del presente provvedimento:

IMPATTO COMPLESSIVO

<i>LIVELLO DI ASSISTENZA</i>	<i>IMPATTO NETTO (€/mIn)</i>
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA	68,0
. Attività di prevenzione rivolta alle persone	68,0
ASSISTENZA DISTRETTUALE	390,5
. Specialistica Ambulatoriale *	256,8
. Assistenza Integrativa e Protesica	127,7
. Particolari categorie	6,0
. Area Socio Sanitaria	0,0
ASSISTENZA OSPEDALIERA	-44,5
TOTALE IMPATTO	414,0

Nei paragrafi seguenti, si provvede a specificare, con maggior dettaglio, le innovazioni introdotte dallo schema di dPCM per i singoli livelli di assistenza ed i connessi effetti attesi in termini economico-finanziari.

Valutazione specifica per livello di assistenza

A) Assistenza ospedaliera

La maggior parte delle misure introdotte nell'area dell'assistenza ospedaliera sono destinate a produrre una generale riduzione dei costi a carico del Ssn. Si segnalano, in particolare:

- 1) le misure per ridurre il ricorso al *parto cesareo*, attraverso la fissazione di soglie al di sopra delle quali le regioni sono tenute ad adottare misure disincentivanti (art.38, comma 4) ;
- 2) la fissazione dei *criteri di appropriatezza del ricorso al day hospital e day surgery e ricoveri ordinari di lungodegenza e riabilitazione per finalità diagnostiche e per finalità terapeutiche* (art. 41, 43 e 45) di non facile quantificazione;
- 3) la riduzione dei ricoveri diurni (sia per i DRG medici che chirurgici), sebbene più sensibile per i DRG medici rispetto ai chirurgici, per effetto dell'introduzione nell'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale di numerose prestazioni fino ad oggi erogate in ambito ospedaliero, con particolare riferimento alle regioni in Piano di rientro cui, sulla base della normativa vigente, è fatto divieto di aggiornare i propri nomenclatori fatto salvo per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale incluse nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012.

Con particolare riferimento al precedente punto 3) la seguente tabella fornisce il trend riferito ai ricoveri diurni in DH e DS per i DRG medici e chirurgici nel periodo 2007-2013 nelle strutture pubbliche e private:

STRUTTURE PUBBLICHE

		DRG MEDICI																			
		2007		2008		Var. % Accessi		Var. % RT		2009		Var. % Accessi		Var. % RT		2010		Var. % Accessi		Var. % RT	
		Accessi	Rem. Teor.	Accessi	Rem. Teor.					Accessi	Rem. Teor.					Accessi	Rem. Teor.				
Regioni in Pdr	Piemonte	379.311	132.056.507	384.739	134.153.307	1,4%	1,6%	379.500	46.254.920	-1,4%	-65,5%	369.710	46.704.242	-2,6%	1,0%						
	Lazio	557.009	170.959.914	542.736	166.354.698	-2,6%	-2,7%	491.813	61.457.903	-9,4%	-63,1%	464.967	69.111.460	-5,5%	12,5%						
	Abruzzo	144.171	47.041.563	138.393	45.836.145	-4,0%	-2,6%	128.259	13.977.730	-7,3%	-69,5%	126.613	14.039.633	-1,3%	0,4%						
	Molise	25.302	7.640.363	26.389	7.981.892	4,3%	4,5%	25.575	3.419.968	-3,1%	-57,2%	25.268	3.396.025	-1,2%	-0,7%						
	Campania	715.480	215.878.999	735.004	222.050.723	2,7%	2,9%	706.417	100.202.256	-3,9%	-54,9%	610.371	88.855.598	-13,6%	-11,3%						
	Puglia	223.397	69.681.423	234.640	72.745.884	5,0%	4,4%	143.687	14.309.410	-38,8%	-80,3%	263.791	36.948.519	83,6%	158,2%						
	Calabria	260.310	79.339.065	273.403	83.453.520	5,0%	5,2%	217.228	29.326.820	-20,5%	-64,9%	214.929	29.838.312	-1,1%	1,7%						
	Sicilia	977.100	283.037.003	801.223	235.400.085	-18,0%	-16,8%	778.724	105.976.234	-2,8%	-55,0%	603.574	87.681.033	-22,5%	-17,3%						
	Sub totale PDR	3.282.080	1.005.634.837	3.136.527	967.976.253	-4,4%	-3,7%	2.871.203	374.925.242	-8,5%	-61,3%	2.679.223	376.574.822	-6,7%	0,4%						
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	17.748	5.587.774	16.696	5.235.049	-5,9%	-6,3%	17.037	2.025.476	2,0%	-61,3%	15.291	1.839.741	-10,2%	-9,2%						
	Lombardia	659.091	205.522.602	637.061	207.427.472	-3,3%	0,9%	601.263	90.593.793	-5,6%	-56,3%	543.054	79.740.998	-9,7%	-12,0%						
	P. A. di Bolzano	36.372	11.702.707	35.832	11.565.503	-1,5%	-1,2%	36.179	4.782.787	1,0%	-58,6%	34.813	4.857.908	-3,8%	1,6%						
	P. A. di Trento	36.578	12.457.979	37.759	12.371.490	3,2%	-0,7%	41.435	3.942.199	9,7%	-68,1%	41.212	4.156.967	-0,5%	5,4%						
	Veneto	373.445	114.391.066	235.820	75.139.159	-36,9%	-34,3%	162.873	30.165.228	-30,9%	-59,9%	148.016	29.947.130	-9,1%	-0,7%						
	Friuli Venezia Giulia	114.123	37.120.403	117.529	38.402.830	3,0%	3,5%	121.742	17.114.065	3,6%	-55,4%	118.750	17.040.044	-2,5%	-0,4%						
	Liguria	342.442	102.760.100	346.285	105.203.198	1,1%	2,4%	338.486	51.892.615	-2,3%	-50,7%	327.842	49.959.218	-3,1%	-3,7%						
	Emilia Romagna	689.340	235.679.527	682.139	233.403.531	-1,0%	-1,0%	701.475	81.541.210	2,8%	-65,1%	724.763	83.742.895	3,3%	2,7%						
	Toscana	418.540	134.061.714	418.342	135.256.200	0,0%	0,9%	417.421	53.256.828	-0,2%	-60,6%	394.116	49.625.154	-5,6%	-6,8%						
	Umbria	88.139	29.802.626	86.377	28.914.865	-2,0%	-3,0%	84.070	12.500.283	-2,7%	-56,8%	77.683	10.852.105	-7,6%	-13,2%						
	Marche	124.044	45.373.777	124.906	45.889.453	0,7%	1,1%	129.276	13.412.011	3,5%	-70,8%	126.927	13.003.489	-1,8%	-3,0%						
	Basilicata	76.463	22.762.597	76.945	22.979.269	0,6%	1,0%	76.204	11.281.879	-1,0%	-50,9%	75.161	11.400.101	-1,4%	1,0%						
	Sardegna	153.672	47.762.009	152.877	48.285.707	-0,5%	1,1%	149.074	21.863.140	-2,5%	-54,7%	157.643	21.284.968	5,7%	-2,6%						
	Sub totale NO PDR	3.129.997	1.004.984.880	2.968.568	970.073.726	-5,2%	-3,5%	2.876.535	394.371.515	-3,1%	-59,3%	2.785.271	377.450.717	-3,2%	-4,3%						
	TOTALE ITALIA	6.412.077	2.010.619.717	6.105.095	1.938.049.979	-4,8%	-3,6%	5.747.738	769.296.756	-5,9%	-60,3%	5.464.494	754.025.539	-4,9%	-2,0%						

STRUTTURE PUBBLICHE 2011 - 13

		DRG MEDICI												Variazione % media annua accessi 2007-2013	Variazione % media annua REM. TEORICA 2007-2013	Var. % accessi 2007-13	Var. % RT 2007-13		
		2011		2012		2013		Var. % Accessi		Var. % RT		2014						2015	
		Accessi	Rem. Teor.	Accessi	Rem. Teor.	Accessi	Rem. Teor.					Accessi	Rem. Teor.						
Regioni in Pdr	Piemonte	353.281	44.571.023	-4,4%	-4,6%	285.534	83.014.473	-19,2%	86,3%	236.168	66.073.325	-17,3%	-20,4%	-7,2%	-0,3%	-37,7%	-50,0%		
	Lazio	378.172	54.711.634	-18,7%	-20,8%	383.008	102.094.419	1,3%	86,6%	362.917	96.408.857	-5,2%	-5,6%	-6,7%	1,2%	-34,8%	-43,6%		
	Abruzzo	128.759	14.877.354	1,7%	6,0%	131.428	38.912.179	2,1%	161,6%	137.481	41.192.532	4,6%	5,9%	-0,7%	17,0%	-4,6%	-12,4%		
	Molise	27.202	3.631.217	7,7%	6,9%	25.068	6.157.028	-7,8%	69,6%	24.814	6.088.669	-1,0%	-1,1%	-0,2%	3,7%	-1,9%	-20,3%		
	Campania	590.623	86.250.555	-3,2%	-2,9%	594.727	151.317.820	0,7%	75,4%	600.020	153.394.331	0,9%	1,4%	-2,7%	1,8%	-16,1%	-28,9%		
	Puglia	238.287	35.345.404	-9,7%	-4,3%	204.886	53.656.425	-14,0%	51,8%	200.341	54.118.124	-2,2%	0,9%	4,0%	21,8%	-10,3%	-22,3%		
	Calabria	216.355	30.102.244	0,7%	0,9%	194.680	52.443.852	-10,0%	74,2%	174.342	48.052.995	-10,4%	-8,4%	-6,1%	1,5%	-33,0%	-39,4%		
	Sicilia	517.150	84.106.250	-14,3%	-4,1%	439.184	99.397.972	-15,1%	18,2%	320.536	75.108.666	-27,0%	-24,4%	-16,6%	-16,6%	-67,2%	-73,5%		
	Sub totale PDR	2.449.829	353.595.682	-8,6%	-6,1%	2.258.515	586.994.168	-7,8%	66,0%	2.056.619	540.437.500	-8,9%	-7,9%	-7,5%	-2,1%	-37,3%	-46,3%		
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	15.854	1.844.718	3,7%	0,3%	16.199	4.437.727	2,2%	140,6%	14.941	4.105.211	-7,8%	-7,5%	-2,7%	9,4%	-15,8%	-6,0%		
	Lombardia	488.410	71.965.141	-10,1%	-9,8%	158.886	37.494.013	-67,5%	-47,9%	119.760	27.301.577	-24,6%	-27,2%	-20,1%	-25,4%	-81,8%	-67,8%		
	P. A. di Bolzano	30.108	4.709.752	-13,5%	-3,0%	27.051	6.937.177	-10,2%	47,3%	21.394	5.060.536	-20,9%	-27,1%	-8,1%	-6,8%	-41,2%	1431,4%		
	P. A. di Trento	44.670	4.881.782	8,4%	17,4%	44.053	13.132.433	-1,4%	169,0%	39.832	11.837.202	-9,6%	-9,9%	1,6%	18,9%	8,9%	117,7%		
	Veneto	114.689	24.761.969	-22,5%	-17,3%	92.300	22.457.285	-19,5%	-9,3%	76.062	18.414.603	-17,6%	-18,0%	-22,8%	-23,3%	-79,6%	-70,0%		
	Friuli Venezia Giulia	115.453	17.104.811	-2,8%	0,4%	115.199	31.801.751	-0,2%	85,9%	114.092	31.753.708	-1,0%	-0,2%	0,0%	5,6%	0,0%	121,7%		
	Liguria	278.216	41.618.722	-15,1%	-16,7%	254.997	71.069.575	-8,3%	70,8%	207.593	59.062.486	-18,6%	-16,9%	-7,7%	-2,5%	-39,4%	253,5%		
	Emilia Romagna	722.453	82.046.223	-0,3%	-2,0%	721.262	219.138.864	-0,2%	167,1%	639.157	195.773.092	-11,4%	-10,7%	-1,1%	15,2%	-7,3%	315,9%		
	Toscana	362.491	44.744.168	-8,0%	-9,8%	323.369	94.990.445	-10,8%	112,3%	299.284	90.009.780	-7,4%	-5,2%	-5,4%	5,1%	-28,5%	401,2%		
	Umbria	65.694	9.813.536	-15,4%	-9,6%	61.627	17.970.335	-6,2%	83,1%	58.475	17.143.130	-5,1%	-4,6%	-6,5%	-0,7%	-33,7%	271,3%		
	Marche	131.507	13.412.814	3,6%	3,1%	136.179	44.175.563	3,6%	229,4%	132.826	42.981.230	-2,5%	-2,7%	1,2%	26,2%	7,1%	177,8%		
	Basilicata	67.173	10.397.288	-10,6%	-8,8%	53.952	14.791.717	-19,7%	42,3%	44.025	12.324.667	-18,4%	-16,7%	-8,4%	-5,4%	-42,4%	-30,0%		
	Sardegna	165.933	20.562.224	5,3%	-3,4%	160.134	42.729.764	-3,5%	107,8%	151.636	41.116.837	-5,3%	-3,8%	-0,1%	7,4%	-1,3%	117,1%		
	Sub totale NO PDR	2.602.651	347.863.149	-6,6%	-7,8%	2.165.208	621.126.648	-16,8%	78,6%	1.919.077	556.884.060	-11,4%	-10,3%	-7,7%	-1,1%	-38,7%	-44,6%		
	TOTALE ITALIA	5.052.480	701.458.830	-7,5%	-7,0%	4.423.723	1.208.120.816	-12,4%	72,2%	3.975.696	1.097.321.559	-10,1%	-9,2%	-7,6%	-1,6%	-38,0%	-45,4%		

STRUTTURE PRIVATE

		DRG MEDICI														
		2007		2008		Var. % Accessi	Var. % RT	2009		Var. % Accessi	Var. % RT	2010		Var. % Accessi	Var. % RT	
		Accessi	Rem. Teor.	Accessi	Rem. Teor.			Accessi	Rem. Teor.			Accessi	Rem. Teor.			
Regioni in Pdr	Piemonte	16.477	6.066.957	16.635	6.175.374	1,0%	1,8%	15.233	1.478.845	-8,4%	-76,1%	35.798	2.286.605	135,0%	54,6%	
	Lazio	348.179	102.306.974	352.531	103.876.552	1,2%	1,5%	361.488	55.419.906	2,5%	-46,6%	357.687	55.015.540	-1,1%	-0,7%	
	Abruzzo	9.409	2.616.796	3.573	991.507	-62,0%	-62,1%	3.043	1.019.845	-14,8%	2,9%	3.844	543.263	26,3%	-46,7%	
	Molise	14.596	4.429.919	15.369	4.723.658	5,3%	6,6%	13.598	1.716.572	-11,5%	-63,7%	13.279	1.683.223	-2,3%	-1,9%	
	Campania	97.576	27.167.299	96.177	26.940.578	-1,4%	-0,8%	81.830	9.352.369	-14,9%	-65,3%	77.117	9.177.296	-5,8%	-1,9%	
	Puglia	47.624	14.986.463	49.036	15.082.503	3,0%	0,6%	50.382	9.866.007	2,7%	-34,6%	48.823	9.902.245	-3,1%	0,4%	
	Calabria	854	217.256	5.729	1.453.842	570,8%	569,2%	5.109	834.862	-10,8%	-42,6%	7.242	1.512.416	41,7%	81,2%	
	Sicilia	56.809	18.083.233	56.390	18.514.054	-0,7%	2,4%	61.008	8.056.048	8,2%	-56,5%	50.763	7.849.919	-16,8%	-2,6%	
Sub totale PDR		591.524	175.874.897	595.440	177.758.069	0,7%	1,1%	591.691	87.744.454	-0,6%	-50,6%	594.553	87.970.508	0,5%	0,3%	
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	-	-	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	ndiv/01	ndiv/01	
	Lombardia	156.562	48.038.615	151.859	52.264.068	-3,0%	8,8%	148.079	17.565.560	-2,5%	-66,4%	137.144	16.498.141	-7,4%	-6,1%	
	P. A. di Bolzano	5	1.266	6	3.650	20,0%	188,3%	14	2.803	133,3%	-23,2%	14	3.425	0,0%	22,2%	
	P. A. di Trento	16	4.205	11	2.991	-31,3%	-28,9%	22	4.936	100,0%	65,0%	51	11.621	131,8%	135,4%	
	Veneto	26.655	7.405.546	23.969	6.380.612	-10,1%	-13,8%	16.040	2.526.441	-33,1%	-60,4%	16.916	2.670.597	5,5%	5,7%	
	Friuli Venezia Giulia	5.745	1.550.555	4.556	1.181.274	-20,7%	-23,8%	2.473	306.392	-45,7%	-74,1%	2.220	284.277	-10,2%	-7,2%	
	Liguria	27.220	7.801.289	28.765	8.186.390	5,7%	4,9%	33.468	3.764.419	16,3%	-54,0%	31.687	3.832.152	-5,3%	1,8%	
	Emilia Romagna	14.553	3.796.277	14.700	3.724.944	1,0%	-1,9%	19.608	2.876.965	33,4%	-22,8%	15.204	1.963.350	-22,5%	-31,8%	
	Toscana	23.578	6.727.011	23.071	6.611.228	-2,2%	-1,7%	20.918	3.007.909	-9,3%	-54,5%	21.469	3.089.509	2,6%	2,7%	
	Umbria	617	177.847	609	175.155	-1,3%	-1,5%	614	1.199.695	0,8%	584,9%	567	1.165.816	-7,7%	-2,8%	
	Marche	1.784	664.393	1.912	663.703	7,2%	-0,1%	1.931	209.370	1,0%	-68,5%	1.762	192.603	-8,8%	-8,0%	
	Basilicata	-	-	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	ndiv/01	ndiv/01	
	Sardegna	13.296	3.960.464	5.422	1.671.459	-59,2%	-57,8%	5.405	1.036.358	-0,3%	-38,0%	6.770	1.186.173	25,3%	14,5%	
	Sub totale NO PDR		270.031	80.127.468	254.880	80.865.474	-5,6%	0,9%	248.572	32.500.850	-2,5%	-59,8%	233.804	30.897.666	-5,9%	-4,9%
	TOTALE ITALIA		861.555	256.002.365	850.320	258.623.543	-1,3%	1,0%	840.263	120.245.304	-1,2%	-53,5%	828.357	118.868.174	-1,4%	-1,1%

STRUTTURE PRIVATE 2011 - 13

		DRG MEDICI																	
		2011				2012				2013				Var. % Accessi	Var. % RT	Variazione % media annua accessi 2007-2013	Variazione % media annua REM. TEORICA 2007-2013	Var. % accessi 2007-13	Var. % RT 2007-13
		Accessi	Rem. Teor.	Var. % Accessi	Var. % RT	Accessi	Rem. Teor.	Var. % Accessi	Var. % RT	Accessi	Rem. Teor.	Var. % Accessi	Var. % RT						
Regioni in Pdr	Piemonte	32.050	1.870.641	-10,5%	-18,2%	21.551	7.008.021	-32,8%	274,6%	12.386	3.520.861	-42,5%	-49,8%	7,0%	31,2%	-24,8%	-42,0%		
	Lazio	332.157	53.221.779	-7,1%	-3,3%	310.004	75.949.207	-6,7%	42,7%	265.179	65.520.900	-14,5%	-13,7%	-4,3%	-3,4%	-23,8%	-36,0%		
	Abruzzo	4.412	1.547.720	14,8%	184,9%	5.665	1.557.744	28,4%	0,6%	5.225	1.349.414	-7,8%	-13,4%	-2,5%	11,0%	-44,5%	-48,4%		
	Molise	11.606	1.399.143	-12,6%	-16,9%	10.168	2.733.600	-12,4%	95,4%	8.203	2.119.870	-19,3%	-22,5%	-8,8%	-0,5%	-43,8%	-52,1%		
	Campania	84.623	10.364.702	9,7%	12,9%	94.532	24.258.645	11,7%	134,1%	95.302	24.464.995	0,8%	0,9%	0,0%	13,3%	-2,3%	-9,9%		
	Puglia	42.930	8.642.296	-12,1%	-12,7%	36.125	10.042.962	-15,9%	16,2%	32.512	8.957.754	-10,0%	-10,8%	-5,9%	-6,8%	-31,7%	-40,2%		
	Calabria	8.139	1.673.629	12,4%	10,7%	9.577	2.364.554	17,7%	41,3%	18.937	5.672.607	97,7%	139,9%	121,6%	133,3%	2117,4%	2511,0%		
	Sicilia	55.586	8.431.843	9,5%	7,4%	42.347	9.440.367	-23,8%	12,0%	29.388	7.001.974	-30,6%	-25,8%	-9,0%	-10,5%	-48,3%	-61,3%		
Sub totale PDR		571.503	87.151.752	-3,9%	-0,9%	529.969	133.355.099	-7,3%	53,0%	467.132	118.608.374	-11,9%	-11,1%	-3,7%	-1,4%	-21,0%	-32,6%		
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	-	-	ndiv/01	ndiv/01	2	268	ndiv/01	ndiv/01	3	421	50,0%	57,2%	ndiv/01	ndiv/01	ndiv/01	ndiv/01		
	Lombardia	147.905	18.050.363	7,8%	9,4%	28.432	7.413.248	-80,8%	-58,9%	22.583	5.499.984	-20,6%	-25,8%	-17,7%	-23,2%	-85,6%	-88,6%		
	P. A. di Bolzano	4	778	-71,4%	-77,3%	-	-	-100,0%	-100,0%	-	-	-	-	-	-	-100,0%	-100,0%		
	P. A. di Trento	83	18.048	62,7%	55,3%	57	9.953	-31,3%	-44,9%	75	12.968	31,6%	30,3%	43,9%	35,4%	368,8%	208,4%		
	Veneto	16.604	2.351.299	-1,8%	-12,0%	11.836	2.570.166	-28,7%	9,3%	10.479	2.143.580	-11,5%	-16,6%	-13,3%	-14,6%	-60,7%	-71,1%		
	Friuli Venezia Giulia	2.276	309.191	2,5%	8,8%	2.203	525.038	-3,2%	69,8%	2.870	727.622	30,3%	38,6%	-7,8%	2,0%	-50,0%	-53,1%		
	Liguria	28.450	3.010.850	-10,2%	-21,4%	27.522	7.363.222	-3,3%	144,6%	26.350	7.182.322	-4,3%	-2,5%	-0,2%	12,2%	-3,2%	-7,9%		
	Emilia Romagna	14.608	1.838.589	-3,9%	-6,4%	11.785	2.530.525	-19,3%	37,6%	68.814	22.581.532	483,9%	792,4%	78,8%	127,9%	372,9%	494,8%		
	Toscana	19.971	2.721.062	-7,0%	-11,9%	18.112	4.036.153	-9,3%	48,3%	14.668	3.009.913	-19,0%	-25,4%	-7,4%	-7,1%	-37,8%	-55,3%		
	Umbria	548	1.145.366	-3,4%	-1,8%	347	212.013	-36,7%	-81,5%	170	97.647	-51,0%	-53,9%	-16,5%	73,9%	-72,4%	-45,1%		
	Marche	1.921	216.546	9,0%	12,4%	2.246	718.542	16,9%	231,8%	2.002	617.671	-10,9%	-14,0%	2,4%	25,6%	12,2%	-7,0%		
	Basilicata	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	ndiv/01	ndiv/01	-	-	-	-	-	-	ndiv/01	ndiv/01		
	Sardegna	6.616	1.271.883	-2,3%	7,2%	5.908	1.638.670	-10,7%	28,8%	6.181	1.728.116	4,6%	5,5%	-7,1%	-6,6%	-53,5%	-56,4%		
	Sub totale NO PDR		238.986	30.933.975	2,2%	0,1%	108.450	27.017.799	-54,6%	-12,7%	154.195	43.601.778	42,2%	61,4%	-4,0%	-2,5%	-42,9%	-45,6%	
	TOTALE ITALIA		810.489	118.085.727	-2,2%	-0,7%	638.419	160.372.898	-21,2%	35,8%	621.327	162.210.153	-2,7%	1,1%	-5,0%	-2,9%	-27,9%	-36,6%	

STRUTTURE PUBBLICHE

		DRG CHIRURGICI														
		2007		2008		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2009		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2010		Var. % Dimissioni	Var. % RT	
		Dimissioni	Rem. Teor.	Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.			
Regioni in PdR	Piemonte	147.611	201.808.164	150.685	183.220.894	2,1%	-9,2%	100.155	167.521.222	-33,5%	-8,6%	85.996	144.943.148	-14,1%	-13,5%	
	Lazio	56.585	161.357.434	57.639	161.946.397	1,9%	0,4%	57.127	96.873.833	-0,9%	-40,2%	56.739	95.457.383	-0,7%	-1,5%	
	Abruzzo	37.506	61.994.692	37.188	63.232.831	-0,8%	2,0%	31.981	50.344.214	-14,0%	-20,4%	30.933	50.841.804	-3,3%	1,0%	
	Molise	5.819	11.048.867	5.837	11.287.037	0,3%	2,2%	5.645	9.431.476	-3,3%	-16,4%	5.986	9.766.258	6,0%	3,5%	
	Campania	79.750	183.003.505	86.310	204.421.967	8,2%	11,7%	86.184	141.184.664	-0,1%	-30,9%	83.257	135.372.568	-3,4%	-4,1%	
	Puglia	71.509	120.893.672	74.775	123.723.223	4,6%	2,3%	55.271	89.731.588	-26,1%	-27,5%	80.601	123.424.566	45,8%	37,5%	
	Calabria	29.774	56.481.895	29.377	53.360.955	-1,3%	-5,5%	19.373	33.552.382	-34,1%	-37,1%	19.061	33.884.700	-1,6%	1,0%	
	Sicilia	128.072	241.879.983	106.859	208.218.153	-16,6%	-13,9%	95.587	165.000.535	-10,5%	-20,8%	85.065	149.783.966	-11,0%	-9,2%	
	Sub totale PDR	556.626	1.038.468.212	548.670	1.009.411.458	-1,4%	-2,8%	451.323	753.639.915	-17,7%	-25,3%	447.638	743.474.393	-0,8%	-1,3%	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	3.324	3.958.980	3.314	4.060.943	-0,3%	2,6%	3.022	4.885.355	-8,8%	20,3%	3.176	5.341.110	5,1%	9,3%	
	Lombardia	135.424	146.611.342	124.877	133.895.771	-7,8%	-8,7%	121.109	205.938.457	-3,0%	53,8%	100.003	176.714.307	-17,4%	-14,2%	
	P. A. di Bolzano	14.922	17.838.750	15.495	18.837.842	3,8%	5,6%	15.835	24.255.726	2,2%	28,8%	15.600	23.454.634	-1,5%	-3,3%	
	P. A. di Trento	15.312	20.055.128	16.007	21.543.259	4,5%	7,4%	16.593	25.711.663	3,7%	19,3%	16.614	25.747.890	0,1%	0,1%	
	Veneto	107.866	183.896.534	106.825	185.827.991	-1,0%	1,1%	106.339	188.496.229	-0,5%	1,4%	106.343	190.946.281	0,0%	1,3%	
	Friuli Venezia Giulia	21.092	45.663.939	22.542	51.393.044	6,9%	12,5%	23.815	40.677.166	5,6%	-20,9%	23.585	40.707.416	-1,0%	0,1%	
	Liguria	46.323	99.612.638	47.168	102.609.352	1,8%	3,0%	47.109	85.232.804	-0,1%	-16,9%	46.792	84.954.789	-0,7%	-0,3%	
	Emilia Romagna	83.846	150.240.625	80.562	148.259.583	-3,9%	-1,3%	79.733	142.068.749	-1,0%	-4,2%	80.389	146.340.494	0,8%	3,0%	
	Toscana	96.187	124.759.529	99.181	127.246.896	3,1%	2,0%	66.205	120.866.822	-33,2%	-5,0%	56.700	103.143.700	-14,4%	-14,7%	
	Umbria	27.185	39.148.467	26.621	38.922.270	-2,1%	-0,6%	16.125	27.566.928	-39,4%	-29,2%	14.482	25.265.454	-10,2%	-8,3%	
	Marche	40.692	46.178.475	41.444	46.964.447	1,8%	1,7%	39.274	62.649.907	-5,2%	33,4%	24.519	42.991.024	-37,6%	-31,4%	
	Basilicata	16.140	38.065.992	16.964	40.166.974	5,1%	5,5%	16.230	25.786.923	-4,3%	-35,8%	15.310	24.638.531	-5,7%	-4,5%	
	Sardegna	24.331	29.737.551	26.036	31.813.201	7,0%	7,0%	24.781	41.958.903	-4,8%	31,9%	27.238	46.624.372	9,9%	11,1%	
		Sub totale NO PDR	632.644	945.767.949	627.036	951.541.574	-0,9%	0,6%	576.170	996.095.632	-8,1%	4,7%	530.751	936.870.001	-7,9%	-5,9%
		TOTALE ITALIA	1.189.270	1.984.236.161	1.175.706	1.960.953.032	-1,1%	-1,2%	1.027.493	1.749.735.548	-12,6%	-10,8%	978.389	1.680.344.394	-4,8%	-4,0%

		DRG CHIRURGICI												Variazione % media annua dimissioni 2007-2013	Variazione % media annua REM. TEORICA 2007-2013	Var. % Dimissioni 2007-13	Var. % RT 2007-13	
		2011		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2012		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2013		Var. % Dimissioni	Var. % RT					
		Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.							
Regioni in PdR	Piemonte	81.401	141.304.758	-5,3%	-2,5%	74.297	108.027.078	-8,7%	-23,6%	65.375	96.525.217	-12,0%	-10,6%	-11,9%	-11,3%	-55,7%	-52,2%	
	Lazio	46.787	78.959.137	-17,5%	-17,3%	52.829	75.177.254	12,9%	-4,8%	51.304	73.233.251	-2,9%	-2,6%	-1,2%	-11,0%	-9,3%	-54,6%	
	Abruzzo	26.427	46.011.714	-14,6%	-9,5%	25.371	36.607.264	-4,0%	-20,4%	25.235	36.323.091	-0,5%	-0,8%	-6,2%	-8,0%	-32,7%	-41,4%	
	Molise	6.155	10.231.040	2,8%	4,8%	5.441	7.211.755	-11,6%	-29,5%	5.378	7.099.949	-1,2%	-1,6%	-1,1%	-6,2%	-7,6%	-35,7%	
	Campania	83.695	136.281.049	0,5%	0,7%	85.506	114.306.849	2,2%	-16,1%	86.472	117.457.557	1,1%	2,8%	1,4%	-6,0%	8,4%	-35,8%	
	Puglia	74.630	114.793.924	-7,4%	-7,0%	55.314	72.788.915	-25,9%	-36,6%	37.714	51.582.025	-31,8%	-29,1%	-6,8%	-10,1%	47,3%	-57,3%	
	Calabria	18.762	33.204.735	-1,6%	-2,0%	17.963	25.514.803	-4,3%	-23,2%	16.760	23.845.737	-6,7%	-6,5%	-8,3%	-12,2%	43,7%	-57,8%	
	Sicilia	84.341	150.857.685	-0,9%	0,7%	84.491	117.466.751	0,2%	-22,1%	78.071	108.886.200	-7,6%	-7,3%	-7,7%	-12,1%	-39,0%	-55,0%	
	Sub totale PDR	422.198	711.644.041	-5,7%	-4,3%	401.212	557.100.668	-5,0%	-21,7%	366.309	514.953.027	-8,7%	-7,6%	-6,6%	-10,5%	-34,2%	-50,4%	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	3.342	5.322.463	5,2%	-0,3%	3.612	5.053.518	8,1%	-5,1%	3.974	5.641.614	10,0%	11,6%	3,2%	6,4%	19,6%	42,5%	
	Lombardia	94.072	168.833.863	-5,9%	-4,5%	93.250	129.974.252	-0,9%	-23,0%	85.225	118.978.762	-8,6%	-8,5%	-7,3%	-0,8%	-37,1%	-18,8%	
	P. A. di Bolzano	13.492	21.563.291	-13,5%	-8,1%	12.875	17.956.399	-4,6%	-16,7%	12.379	17.621.328	-3,9%	-1,9%	-2,9%	0,7%	-17,0%	-1,2%	
	P. A. di Trento	17.997	28.414.818	8,3%	10,4%	17.385	23.539.795	-3,4%	-17,2%	14.593	20.764.660	-16,1%	-11,8%	-0,5%	1,4%	-4,7%	3,5%	
	Veneto	98.135	177.183.229	-7,7%	-7,2%	88.544	130.176.579	-9,8%	-26,5%	86.239	127.146.107	-2,6%	-2,3%	-3,6%	-5,4%	-20,0%	-30,9%	
	Friuli Venezia Giulia	22.753	39.823.604	-3,5%	-2,2%	23.561	34.117.800	3,6%	-14,3%	20.596	30.114.671	-12,6%	-11,7%	-0,2%	-6,1%	-2,4%	-34,1%	
	Liguria	44.479	81.426.000	-4,9%	-4,2%	39.777	59.453.983	-10,6%	-27,0%	36.193	54.523.275	-9,0%	-8,3%	-3,9%	-8,9%	-21,9%	-45,3%	
	Emilia Romagna	78.667	144.470.849	-2,1%	-1,3%	69.375	101.697.213	-11,8%	-29,6%	68.519	100.440.429	-1,2%	-1,2%	-3,2%	-5,8%	-18,3%	-33,1%	
	Toscana	57.794	105.994.564	1,9%	2,8%	58.270	84.251.072	0,8%	-20,5%	58.052	84.886.962	-0,4%	0,8%	-7,0%	-5,8%	-39,6%	-32,0%	
	Umbria	12.130	20.890.593	-16,2%	-17,3%	12.296	17.272.515	1,4%	-17,3%	12.939	18.459.459	5,2%	6,9%	-10,2%	-11,0%	-52,4%	-52,8%	
	Marche	23.184	40.969.171	-5,4%	-4,7%	20.597	30.089.863	-11,2%	-26,6%	20.524	29.838.168	-0,4%	-0,8%	-9,7%	-4,7%	-49,6%	-35,4%	
	Basilicata	11.660	19.678.632	-23,8%	-20,1%	8.360	11.402.923	-28,3%	-42,1%	8.957	12.623.550	7,1%	10,7%	8,3%	-14,4%	-44,5%	-66,8%	
	Sardegna	29.297	50.125.471	7,6%	7,5%	28.398	38.306.418	-3,1%	-23,6%	26.722	36.922.723	-5,9%	-3,6%	1,8%	5,1%	9,8%	24,2%	
		Sub totale NO PDR	507.002	904.696.547	-4,5%	-3,4%	476.300	683.292.331	-6,1%	-24,5%	454.912	657.961.710	-4,5%	-3,7%	-5,3%	-5,4%	-28,1%	-30,4%
		TOTALE ITALIA	929.200	1.616.340.589	-5,0%	-3,8%	877.512	1.240.392.999	-5,6%	-23,3%	821.221	1.172.914.737	-6,4%	-5,4%	-5,9%	-8,1%	-30,9%	-40,9%

STRUTTURE PRIVATE

		DRG CHIRURGICI													
		2007		2008		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2009		Var. % Dimissioni	Var. % RT	2010		Var. % Dimissioni	Var. % RT
		Dimissioni	Rem. Teor.	Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.		
Regioni in Pdr	Piemonte	38.817	42.440.543	42.675	46.683.633	9,9%	10,0%	22.350	34.667.386	-47,6%	-25,7%	22.004	36.639.194	-1,5%	5,7%
	Lazio	57.546	132.274.582	59.361	131.541.311	3,2%	-0,6%	61.018	105.088.956	2,8%	-20,1%	61.728	107.121.475	1,2%	1,9%
	Abruzzo	3.281	4.017.360	7.950	9.748.340	142,3%	142,7%	7.720	12.308.793	-2,9%	26,3%	7.568	13.028.802	-2,0%	5,8%
	Molise	3.548	4.115.001	3.682	4.193.922	3,8%	1,9%	3.619	4.890.703	-1,7%	16,6%	4.037	5.766.696	11,6%	17,9%
	Campania	49.231	137.438.008	56.427	158.368.856	14,6%	15,2%	62.943	86.096.933	11,5%	-45,6%	70.931	98.248.879	12,7%	14,1%
	Puglia	14.562	23.466.168	16.901	27.197.610	16,1%	15,9%	19.174	30.383.477	13,4%	11,7%	20.972	33.740.806	9,4%	11,0%
	Calabria	3.970	4.022.024	8.275	8.747.510	108,4%	117,5%	7.415	14.070.148	-10,4%	60,8%	6.461	12.989.619	-12,9%	-7,7%
	Sicilia	52.249	64.485.084	54.200	67.428.005	3,7%	4,6%	49.344	71.661.027	-9,0%	6,3%	31.571	51.326.001	-36,0%	-28,4%
	Sub totale PDR	223.204	412.258.771	249.471	453.909.186	11,8%	10,1%	233.583	359.167.424	-6,4%	-20,9%	225.272	358.861.472	-3,6%	-0,1%
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	-	-	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI
	Lombardia	63.825	63.408.393	60.569	59.512.554	-5,1%	-6,1%	56.528	100.547.244	-6,7%	69,0%	44.551	84.648.879	-21,2%	-15,8%
	P. A. di Bolzano	146	138.885	146	138.943	0,0%	0,0%	197	268.201	34,9%	93,0%	234	358.250	18,8%	33,6%
	P. A. di Trento	3.512	4.096.374	3.250	4.077.062	-7,5%	-0,5%	3.719	4.975.387	14,4%	22,0%	4.059	5.470.295	9,1%	9,9%
	Veneto	33.275	59.461.687	35.523	61.186.163	6,8%	2,9%	37.944	64.830.127	6,8%	6,0%	38.363	66.913.424	1,1%	3,2%
	Friuli Venezia Giulia	5.924	7.092.221	7.043	8.620.887	18,9%	21,6%	7.373	12.024.072	4,7%	39,5%	7.989	13.070.700	8,4%	8,7%
	Liguria	7.959	16.028.088	7.995	16.408.309	0,5%	2,4%	8.670	15.620.751	8,4%	-4,8%	8.982	15.843.527	3,6%	1,4%
	Emilia Romagna	26.923	31.406.699	28.097	32.603.776	4,4%	3,8%	24.149	38.933.233	-14,1%	19,4%	28.083	45.796.167	16,3%	17,6%
	Toscana	18.094	19.299.926	19.315	20.760.290	6,7%	7,6%	14.342	23.486.515	-25,7%	13,1%	11.344	18.167.527	-20,9%	-22,6%
	Umbria	4.425	4.903.181	4.012	4.411.470	-9,3%	-10,0%	3.570	5.275.701	-11,0%	19,6%	3.408	5.035.434	-4,5%	-4,6%
	Marche	8.966	9.851.776	10.721	11.710.181	19,6%	18,9%	10.972	16.203.104	2,3%	38,4%	10.934	15.153.387	-0,3%	-6,5%
	Basilicata	-	-	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI
	Sardegna	17.221	19.822.591	13.472	15.284.626	-21,8%	-22,9%	13.324	22.425.090	-1,1%	46,7%	12.674	21.345.798	-4,9%	-4,8%
	Sub totale NO PDR	190.270	235.509.821	190.143	234.714.261	-0,1%	-0,3%	180.788	304.589.424	-4,9%	29,8%	170.621	291.803.388	-5,6%	-4,2%
	TOTALE ITALIA	413.474	647.768.592	439.614	688.623.447	6,3%	6,3%	414.371	663.756.847	-5,7%	-3,6%	395.893	650.664.861	-4,5%	-2,0%

		DRG CHIRURGICI															
		2011		Var. % dimissioni	Var. % RT	2012		Var. % dimissioni	Var. % RT	2013		Var. % dimissioni	Var. % RT	Variazione % media annua dimissioni 2007-2013	Variazione % media annua REM. TEORICA 2007-2012	Var. % Dimissio ni 2007-13	Var. % RT 2007-13
		Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.			Dimissioni	Rem. Teor.						
Regioni in Pdr	Piemonte	18.134	30.149.581	-17,6%	-17,7%	16.347	24.391.461	-9,9%	-19,1%	16.655	24.624.416	1,9%	1,0%	-10,8%	-7,7%	-57,1%	-42,0%
	Lazio	56.783	98.406.341	-8,0%	-8,1%	59.420	87.888.826	4,6%	-10,7%	59.163	87.693.306	-0,4%	-0,2%	0,6%	-6,3%	2,8%	-33,7%
	Abruzzo	8.645	14.976.587	14,2%	14,9%	5.608	8.456.210	-35,1%	-43,5%	5.504	8.309.975	-1,9%	-1,7%	19,1%	24,1%	67,8%	106,9%
	Molise	4.643	6.941.197	15,0%	20,4%	4.450	5.528.426	-4,2%	-20,4%	3.841	4.712.511	-13,7%	-14,8%	1,8%	3,6%	8,3%	14,5%
	Campania	78.889	110.901.577	11,2%	12,9%	83.422	103.029.241	5,7%	-7,1%	87.566	108.467.800	5,0%	5,3%	10,1%	-0,9%	77,9%	-21,1%
	Puglia	21.260	35.209.491	1,4%	4,4%	14.845	21.459.916	-30,2%	-39,1%	14.782	21.761.980	-0,4%	1,4%	1,6%	0,9%	1,5%	-7,3%
	Calabria	6.665	13.429.563	3,2%	3,4%	7.257	11.088.225	8,9%	-17,4%	8.992	14.089.102	23,9%	27,1%	20,2%	30,6%	126,5%	250,3%
	Sicilia	33.337	56.282.559	5,6%	9,7%	33.253	45.247.866	-0,3%	-19,6%	28.531	38.775.568	-14,2%	-14,3%	-8,4%	-7,0%	-45,4%	-39,9%
	Sub totale PDR	228.356	366.296.898	1,4%	2,1%	224.602	307.090.170	-1,6%	-16,2%	225.034	308.434.657	0,2%	0,4%	0,3%	-4,1%	0,8%	-25,2%
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	48	52.917	RDIV/OI	RDIV/OI	24	36.158	-50,0%	-31,7%			RDIV/OI	RDIV/OI
	Lombardia	43.841	84.811.389	-1,6%	0,2%	46.376	69.608.897	5,8%	-17,9%	52.267	78.920.502	12,7%	13,4%	-2,7%	7,1%	-18,1%	24,5%
	P. A. di Bolzano	218	330.446	-6,8%	-7,8%	4	6.746	-98,2%	-98,0%	-	-	-100,0%	-100,0%	-25,2%	-13,2%	-100,0%	-100,0%
	P. A. di Trento	4.056	5.437.245	-0,1%	-0,6%	3.815	4.780.238	-5,9%	-12,1%	3.172	4.200.419	-16,9%	-12,1%	-1,1%	1,1%	-9,7%	2,5%
	Veneto	34.518	61.474.201	-10,0%	-8,1%	28.582	42.772.939	-17,2%	-30,4%	28.456	42.650.463	-0,4%	-0,3%	-2,2%	-4,5%	-14,5%	-28,3%
	Friuli Venezia Giulia	8.696	14.322.058	8,8%	9,6%	9.101	14.003.184	4,7%	-2,2%	8.501	13.445.430	-6,6%	-4,0%	6,5%	12,2%	43,5%	89,6%
	Liguria	9.450	16.710.039	5,2%	5,5%	8.697	13.749.531	-8,0%	-17,7%	7.710	12.356.024	-11,3%	-10,1%	-0,3%	-3,9%	-3,1%	-22,9%
	Emilia Romagna	28.055	47.074.694	-0,1%	2,8%	23.370	34.870.169	-16,7%	-25,9%	22.448	33.426.928	-3,9%	-4,1%	-2,4%	2,3%	-16,6%	6,4%
	Toscana	11.157	17.958.251	-1,6%	-1,2%	11.256	17.145.279	0,9%	-4,5%	11.051	16.846.248	-1,8%	-1,7%	-7,1%	-1,6%	-38,9%	-12,7%
	Umbria	3.068	4.616.774	-10,0%	-8,3%	2.190	3.268.589	-28,6%	-29,2%	1.959	2.925.653	-10,5%	-10,5%	-12,3%	-7,2%	-55,7%	-40,3%
	Marche	11.483	15.473.015	5,0%	2,1%	7.602	10.072.662	-33,8%	-34,9%	8.347	10.748.049	9,8%	6,7%	0,4%	4,1%	-6,9%	9,1%
	Basilicata	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI	-	-	RDIV/OI	RDIV/OI
	Sardegna	11.406	18.942.824	-10,0%	-11,3%	10.747	15.233.151	-5,8%	-19,6%	10.229	14.562.741	-4,8%	-4,4%	-8,1%	-2,7%	-40,6%	-26,5%
	Sub totale NO PDR	165.948	287.150.936	-2,7%	-1,6%	151.788	225.564.303	-8,5%	-21,4%	154.164	230.118.614	1,6%	2,0%	-3,4%	0,7%	-19,0%	-2,3%
	TOTALE ITALIA	394.304	653.447.834	-0,4%	0,4%	376.390	532.654.473	-4,5%	-18,5%	379.198	538.553.271	0,7%	1,1%	-1,3%	-2,7%	-8,3%	-16,9%

Dalle tabelle precedenti, costruite sulla base del flusso SDO, si è osservato il diverso trend di trasferimento dei ricoveri diurni (medici e chirurgici) nelle strutture pubbliche e private, a livello di singola regione, nel periodo 2007-2013. In considerazione della diversa velocità con cui le regioni non in PDR, rispetto a quelle in PDR, hanno trasferito in ambulatorio le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza, se erogate in regime di ricovero ospedaliero diurno - dando così un'applicazione maggiormente aderente alle prescrizioni contenute nell'allegato A del precedente Patto per la Salute 2010-2012 - si è ipotizzato che, in conseguenza dell'aggiornamento del Nuovo nomenclatore nazionale di specialistica ambulatoriale, le **regioni non in PDR** abbiano ancora un margine per trasferire in

ambulatorio gli attuali ricoveri diurni per circa il 5% degli stessi sia per i DRG medici che chirurgici, mentre le **regioni in PDR** potranno trasferire in ambulatorio circa il 10- 20% degli attuali ricoveri rispettivamente riferiti ai ricoveri chirurgici e medici. Si è poi ipotizzato che rispetto all'attuale tariffa del DRG, quella prevista nel setting ambulatoriale sia più bassa del 20%. Ne conseguirà, quindi, una **riduzione della spesa** di circa **57 mln** di euro, cui si associa il maggior ticket per effetto del trasferimento in ambulatorio.

	DH Medici	DH Chirurgici
PdR	20%	10%
NO PdR	5%	5%

		STRUTTURE PUBBLICHE															
		REMUNERAZIONE ATTUALE						REMUNERAZIONE STIMATA								RISPARMIO	
		DRG MEDICI		DRG CHIRURGICI		Remuneration e media DRG MEDICI	Remuneration e media DRG CHIRURGICI	DRG medici che restano in H		DRG chirurgici che restano in H		DRG medici in AMBULATORIO		DRG chirurgici in AMBULATORIO		DRG medici	DRG chirurgici
		Accessi 2013	Remunerazione 2013	Dimissioni 2013	Remuneratione 2013			Accessi stimati 2013	Remunerazione stimata 2013	Dimissioni stimati 2013	Remunerazione stimata 2013	Accessi (% diversa tra regioni in PDR e non)	Remunerazione stimata nuova	Dimissioni (% diversa tra regioni in PDR e non)	Remunerazione stimata nuova	differenza tra remunerazione attuale e remunerazione stimata	differenza tra remunerazione attuale e remunerazione stimata
Regioni in PdR	Piemonte	236.168	66.073.325	65.375	96.525.217	280	1.476	188.934	52.858.660	58.838	86.872.695	47.234	10.571.732	6.538	7.722.017	2.642.933	1.930.504
	Lazio	362.917	96.408.857	51.304	73.233.251	266	1.427	290.334	77.127.086	46.174	65.909.926	72.583	15.425.417	5.130	5.858.660	3.856.354	1.464.665
	Abruzzo	137.481	41.192.532	25.235	36.323.091	300	1.439	109.985	32.954.026	22.712	32.690.782	27.496	6.590.805	2.524	2.905.847	1.647.701	726.462
	Molise	24.814	6.088.669	5.378	7.099.949	245	1.320	19.851	4.870.935	4.840	6.389.954	4.963	974.187	538	567.996	243.547	141.999
	Campania	600.020	153.394.331	86.472	117.457.557	256	1.358	480.016	122.715.465	77.825	105.711.801	120.004	24.543.093	8.647	9.396.605	6.135.773	2.349.151
	Puglia	200.341	54.118.124	37.714	51.582.025	270	1.368	160.273	43.294.499	33.943	46.423.823	40.068	8.658.900	3.771	4.126.562	2.164.725	1.031.641
	Calabria	174.342	48.052.995	16.760	23.845.737	276	1.423	139.474	38.442.396	15.084	21.461.163	34.868	7.688.479	1.676	1.907.659	1.922.120	476.915
Sicilia	320.536	75.108.666	78.071	108.886.200	234	1.395	256.429	60.086.933	70.264	97.997.580	64.107	12.017.387	7.807	8.710.896	3.004.347	2.177.724	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	14.941	4.105.211	3.974	5.641.614	275	1.420	14.194	3.899.950	3.775	5.359.533	747	164.208	199	225.665	41.052	56.416
	Lombardia	119.760	27.301.577	85.225	118.978.762	228	1.396	113.772	25.936.498	80.964	113.029.824	5.988	1.092.063	4.261	4.759.150	273.016	1.189.788
	P. A. di Bolzano	21.394	5.060.536	12.379	17.621.328	237	1.423	20.324	4.807.509	11.760	16.740.262	1.070	202.421	619	704.853	50.605	176.213
	P. A. di Trento	39.832	11.837.202	14.593	20.764.660	297	1.423	37.840	11.245.341	13.863	19.726.427	1.992	473.488	730	830.586	118.372	207.647
	Veneto	76.062	18.414.603	86.239	127.146.107	242	1.474	72.259	17.493.873	81.927	120.788.801	3.803	736.584	4.312	5.085.844	184.146	1.271.461
	Friuli Venezia Giulia	114.092	31.753.708	20.596	30.114.671	278	1.462	108.387	30.166.023	19.566	28.608.938	5.705	1.270.148	1.030	1.204.587	317.537	301.147
	Liguria	207.593	59.062.486	36.193	54.523.275	285	1.506	197.213	56.109.362	34.383	51.797.111	10.380	2.362.499	1.810	2.180.931	590.625	545.233
	Emilia Romagna	639.157	195.773.092	68.519	100.440.429	306	1.466	607.199	185.984.438	65.093	95.418.408	31.958	7.830.924	3.426	4.017.617	1.957.731	1.004.404
	Toscana	299.284	90.009.780	58.052	84.886.962	301	1.462	284.320	85.509.291	55.149	80.642.614	14.964	3.600.391	2.903	3.395.478	900.098	848.870
	Umbria	58.475	17.143.130	12.939	18.459.459	293	1.427	55.551	16.285.973	12.292	17.536.486	2.924	685.725	647	738.378	171.431	184.595
	Marche	132.826	42.981.230	20.524	29.838.168	324	1.454	126.185	40.832.169	19.498	28.346.260	6.641	1.719.249	1.026	1.193.527	429.812	298.382
	Basilicata	44.025	12.324.667	8.957	12.623.550	280	1.409	41.824	11.708.434	8.509	11.992.373	2.201	492.987	448	504.942	123.247	126.236
	Sardegna	151.636	41.116.837	26.722	36.922.723	271	1.382	144.054	39.060.995	25.386	35.076.587	7.582	1.644.673	1.336	1.476.909	411.168	369.227
																27.186.341	16.878.678

	DH Medici	DH Chirurgici
PdR	20%	10%
NO PdR	5%	5%

		STRUTTURE PRIVATE																
		REMUNERAZIONE ATTUALE						REMUNERAZIONE STIMATA						RISPARMIO				
		DRG MEDICI		DRG CHIRURGICI		Remunerazione media DRG MEDICI	Remunerazione media DRG CHIRURGICI	DRG medici che restano in H		DRG chirurgici che restano in H		DRG medici in AMBULATORIO		DRG chirurgici in AMBULATORIO		DRG medici	DRG chirurgici	
		Accessi 2013	Remunerazione 2013	Dimissioni 2013	Remunerazione 2013			Accessi stimati 2013	Remunerazione stimata 2013	Dimissioni stimati 2013	Remunerazione stimata 2013	Accessi (% diversa tra regioni in PDR e non)	Remunerazione stimata nuova	Dimissioni (% diversa tra regioni in PDR e non)	Remunerazione stimata nuova	differenza tra remunerazione attuale e remunerazione stimata	differenza tra remunerazione attuale e remunerazione stimata	
Regioni in Pdr	Piemonte	12.386	3.520.861	16.655	24.624.416	284	1.478	9.909	2.816.689	14.990	22.161.974	2.477	563.338	1.666	1.969.953	140.834	492.488	
	Lazio	265.179	65.520.900	59.163	87.693.306	247	1.482	212.143	52.416.720	53.247	78.923.976	53.036	10.483.344	5.916	7.015.465	2.620.836	1.753.866	
	Abruzzo	5.225	1.349.414	5.504	8.309.975	258	1.510	4.180	1.079.532	4.954	7.478.977	1.045	215.906	550	664.798	53.977	166.199	
	Molise	8.203	2.119.870	3.841	4.712.511	258	1.227	6.562	1.695.896	3.457	4.241.260	1.641	339.179	384	377.001	84.795	94.250	
	Campania	95.302	24.464.995	87.566	108.467.800	257	1.239	76.242	19.571.996	78.809	97.621.020	19.060	3.914.399	8.757	8.677.424	978.600	2.169.356	
	Puglia	32.512	8.957.754	14.782	21.761.980	276	1.472	26.010	7.166.203	13.304	19.585.782	6.502	1.433.241	1.478	1.740.958	358.310	435.240	
	Calabria	18.937	5.672.607	8.992	14.089.102	300	1.567	15.150	4.538.085	8.093	12.680.192	3.787	907.617	899	1.127.128	226.904	281.782	
Sicilia	29.388	7.001.974	28.531	38.775.568	238	1.359	23.510	5.601.580	25.678	34.898.012	5.878	1.120.316	2.853	3.102.045	280.079	775.511		
Regioni NON in Pdr	Valle d'Aosta	3	421	24	36.158	140	1.507	3	400	23	34.351	0	17	1	1.446	4	362	
	Lombardia	22.583	5.499.984	52.267	78.920.502	244	1.510	21.454	5.224.985	49.654	74.974.477	1.129	219.999	2.613	3.156.820	55.000	789.205	
	P. A. di Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	P. A. di Trento	75	12.968	3.172	4.200.419	173	1.324	71	12.320	3.013	3.990.398	4	519	159	168.017	130	42.004	
	Veneto	10.479	2.143.580	28.456	42.650.463	205	1.499	9.955	2.036.401	27.033	40.517.940	524	85.743	1.423	1.706.019	21.436	426.505	
	Friuli Venezia Giulia	2.870	727.622	8.501	13.445.430	254	1.582	2.727	691.241	8.076	12.773.158	144	29.105	425	537.817	7.276	134.454	
	Liguria	26.350	7.182.322	7.710	12.356.024	273	1.603	25.033	6.823.206	7.325	11.738.223	1.318	287.293	386	494.241	71.823	123.560	
	Emilia Romagna	68.814	22.581.532	22.448	33.426.928	328	1.489	65.373	21.452.455	21.326	31.755.581	3.441	903.261	1.122	1.337.077	225.815	334.269	
	Toscana	14.668	3.009.913	11.051	16.846.248	205	1.524	13.935	2.859.418	10.498	16.003.935	733	120.397	553	673.850	30.099	168.462	
	Umbria	170	97.647	1.959	2.925.653	574	1.493	162	92.764	1.861	2.779.370	9	3.906	98	117.026	976	29.257	
	Marche	2.002	617.671	8.347	10.748.049	309	1.288	1.902	586.788	7.930	10.210.647	100	24.707	417	429.922	6.177	107.480	
	Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sardegna	6.181	1.728.116	10.229	14.562.741	280	1.424	5.872	1.641.711	9.718	13.834.604	309	69.125	511	582.510	17.281	145.627	
																	5.180.353	8.469.879

L'ipotesi sottostante per la quantificazione del maggior ticket è che 698.002 prestazioni di ricovero diurno di DRG medici e chirurgici, attualmente erogate dalle strutture pubbliche e private, per effetto dell'aggiornamento del nomenclatore nazionale, non verranno più erogate in detto regime di ricovero diurno ma in ambulatorio (la percentuale ipotizzata oscilla tra il 5% ed il 10-20% rispettivamente per le regioni non in PDR ed in PDR e per i DRG chirurgici e medici). Applicando, poi, una percentuale media del numero di prestazioni prescrivibili in una ricetta per regione (a livello nazionale il numero medio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per ricetta è di 3,8 come si evince dalla tabella sottoriportata) si determina il numero delle ricette ad esse associate per un valore pari a 188.673 ricette cui si applica il ticket di 46,15 euro previsto dalla norma nazionale vigente. Il gettito di **maggior ticket** atteso può essere stimato in circa **8,7 mln** di euro.

REGIONI		2012		
		<i>fonte: estrazione DGSIS 30dic2014</i>	<i>fonte: estrazione MEF maggio2014</i>	
		Prestazioni *	Ricette**	Prest */ Ricetta**
		quantità_tot ale_reg.le (a)	N. ricette (c)	(a) / (c)
010	Piemonte	84.259.385	23.329.801	3,6
020	Valle Aosta	1.659.595	436.141	3,8
030	Lombardia	129.432.001	37.416.246	3,5
041	PA Bolzano	6.197.539	2.018.510	3,1
042	PA Trento	6.475.268	1.841.892	3,5
050	Veneto	63.699.157	17.278.227	3,7
060	Friuli VG	16.212.986	4.178.976	3,9
070	Liguria	19.090.544	5.163.598	3,7
080	Emilia Romagna	60.488.710	17.441.210	3,5
090	Toscana	45.733.581	11.782.146	3,9
100	Umbria	13.296.823	3.515.430	3,8
110	Marche	19.205.847	4.509.406	4,3
120	Lazio	79.860.531	20.252.152	3,9
130	Abruzzo	15.590.890	4.044.912	3,9
140	Molise	4.295.152	1.065.663	4,0
150	Campania	55.314.624	12.800.262	4,3
160	Puglia	48.455.724	11.754.527	4,1
170	Basilicata	8.452.846	1.901.257	4,4
180	Calabria	21.812.255	5.217.535	4,2
190	Sicilia	55.774.819	13.770.567	4,1
200	Sardegna	19.532.206	5.532.361	3,5
TOTALE		774.840.483	205.769.836	3,8

fonte: flusso "Tessera sanitaria", anni 2012,

* Ambulatori 2011, 2012, 2013

**1S_TD_SSU_Matrice tutte le ricette_2012

		N. prestazioni trasferite in ambulatorio e precedentemente erogate in H (strutture pubbliche)	N. ricette di prestazioni trasferite n ambulatorio e precedentemente erogate in H (strutture pubbliche)	TICKET per 100% ricette a 46,15 euro	
Regioni in PdR	Piemonte	53.771	14.888	687.090	
	Lazio	77.714	20.423	942.529	
	Abruzzo	30.020	8.678	400.495	
	Molise	5.501	1.792	82.679	
	Campania	128.651	36.595	1.688.853	
	Puglia	43.840	11.891	548.787	
	Calabria	36.544	9.419	434.710	
	Sicilia	71.914	19.451	897.679	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	946	273	12.585	
	Lombardia	10.249	2.640	121.858	
	P. A. di Bolzano	1.689	446	20.604	
	P. A. di Trento	2.721	639	29.487	
	Veneto	8.115	2.058	94.973	
	Friuli Venezia Giulia	6.734	1.747	80.632	
	Liguria	12.189	3.024	139.570	
	Emilia Romagna	35.384	8.188	377.881	
	Toscana	17.867	4.334	200.022	
	Umbria	3.571	803	37.065	
	Marche	7.668	1.834	84.643	
	Basilicata	2.649	654	30.184	
	Sardegna	8.918	2.526	116.572	
			566.654	152.305	7.028.897

		N. prestazioni trasferite in ambulatorio e precedentemente erogate in H (strutture private)	N. ricette di prestazioni trasferite in ambulatorio e precedentemente erogate in H (strutture private)	TICKET per 100% ricette a 46,15 euro	
Regioni in PdR	Piemonte	4.143	1.147	52.936	
	Lazio	58.952	16.323	753.293	
	Abruzzo	1.595	442	20.386	
	Molise	2.025	561	25.872	
	Campania	27.817	7.702	355.447	
	Puglia	7.981	2.210	101.976	
	Calabria	4.687	1.298	59.886	
	Sicilia	8.731	2.417	111.561	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	1	0	17	
	Lombardia	3.743	1.036	47.822	
	P. A. di Bolzano	-	-	-	
	P. A. di Trento	162	45	2.075	
	Veneto	1.947	539	24.876	
	Friuli Venezia Giulia	569	157	7.265	
	Liguria	1.703	472	21.761	
	Emilia Romagna	4.563	1.263	58.308	
	Toscana	1.286	356	16.432	
	Umbria	106	29	1.360	
	Marche	517	143	6.612	
	Basilicata	-	-	-	
	Sardegna	821	227	10.484	
			131.348	36.368	1.678.368

Nel presente provvedimento sono confermate, poi, le misure per la **riduzione dei ricoveri ospedalieri ad alto rischio di inappropriatelyzza**, individuati nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, per le quali, tuttavia, non viene quantificato l'impatto, dal momento che, a distanza di 5 anni, il trend di trasferimento dei ricoveri dal regime ordinario a quello diurno può ormai ritenersi operato da tutte le regioni, come si evince dalle seguenti tabelle dalle quale emerge che la velocità del trasferimento dal regime di ricovero ordinario al day hospital è molto diversa a livello regionale, con un'accelerazione negli ultimi anni per le regioni in PDR rispetto a quelli non in PDR che, nel rispetto di un processo di recupero di appropriatezza organizzativa, avevano già iniziato il trasferimento:

VARIAZIONE PERCENTUALE DELLE DIMISSIONI PER DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE - ANNI DAL 2010 AL 2013

Acuti Regime ordinario

	Regione di ricovero	2009		2010		2011		2012		2013		Var. % Media Annuale	Var. % Dimissioni 2009-13
		dimissioni	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %			
Regioni in PdR	Piemonte	123.853	119.110	-3,8%	108.681	-8,8%	101.328	-6,8%	95.913	-5,3%	-6,2%	-22,6%	
	Lazio	218.666	192.528	-12,0%	168.194	-12,6%	153.819	-8,5%	139.746	-9,1%	-10,6%	-36,1%	
	Abruzzo	47.360	36.225	-23,5%	33.183	-8,4%	28.807	-13,2%	26.184	-9,1%	-13,6%	-44,7%	
	Molise	18.158	15.288	-15,8%	11.629	-23,9%	10.169	-12,6%	9.682	-4,8%	-14,3%	-46,7%	
	Campania	258.949	217.413	-16,0%	185.536	-14,7%	171.437	-7,6%	165.298	-3,6%	-10,5%	-36,2%	
	Puglia	193.480	187.946	-2,9%	158.541	-15,6%	137.451	-13,3%	129.407	-5,9%	-9,4%	-33,1%	
	Calabria	65.700	59.282	-9,8%	52.322	-11,7%	43.252	-17,3%	36.373	-15,9%	-13,7%	-44,6%	
	Sicilia	140.042	118.986	-15,0%	104.082	-12,5%	94.213	-9,5%	80.034	-15,0%	-13,0%	-42,9%	
	Totale regioni PdR	1.066.208	946.778	-11,2%	822.168	-13,2%	740.476	-9,9%	682.637	-7,8%	-10,5%	-36,0%	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	2.656	2.727	2,7%	2.729	0,1%	2.851	4,5%	3.295	15,6%	5,7%	24,1%	
	Lombardia	402.790	360.108	-10,6%	340.520	-5,4%	320.805	-5,8%	300.945	-6,2%	-7,0%	-25,3%	
	P. A. di Bolzano	20.394	19.559	-4,1%	18.980	-3,0%	17.618	-7,2%	16.552	-6,1%	-5,1%	-18,8%	
	P. A. di Trento	11.782	10.166	-13,7%	10.341	1,7%	9.718	-6,0%	8.613	-11,4%	-7,3%	-26,9%	
	Veneto	120.174	112.840	-6,1%	97.121	-13,9%	90.340	-7,0%	87.360	-3,3%	-7,6%	-27,3%	
	Friuli Venezia Giulia	36.461	35.341	-3,1%	34.424	-2,6%	34.368	-0,2%	32.779	-4,6%	-2,6%	-10,1%	
	Liguria	41.453	38.810	-6,4%	35.389	-8,8%	31.822	-10,1%	28.210	-11,4%	-9,2%	-31,9%	
	Emilia Romagna	153.537	151.146	-1,6%	146.016	-3,4%	138.312	-5,3%	134.120	-3,0%	-3,3%	-12,6%	
	Toscana	98.796	98.129	-0,7%	90.335	-7,9%	81.760	-9,5%	74.863	-8,4%	-6,6%	-24,2%	
	Umbria	34.018	34.093	0,2%	32.759	-3,9%	30.378	-7,3%	29.464	-3,0%	-3,5%	-13,4%	
	Marche	50.070	49.210	-1,7%	44.350	-9,9%	38.474	-13,2%	36.147	-6,0%	-7,7%	-27,8%	
	Basilicata	14.739	12.996	-11,8%	13.457	3,5%	11.943	-11,3%	11.657	-2,4%	-5,5%	-20,9%	
	Sardegna	62.580	62.154	-0,7%	59.651	-4,0%	54.314	-8,9%	48.947	-9,9%	-5,9%	-21,8%	
	Totale regioni NON in PdR	1.049.450	987.279	-5,9%	926.072	-6,2%	862.703	-6,8%	812.952	-5,8%	-6,2%	-22,5%	
	Italia	2.115.658	1.934.057	-8,6%	1.748.240	-9,6%	1.603.179	-8,3%	1.495.589	-6,7%	-8,3%	-29,3%	

Acuti Day Hospital

	Regione di ricovero	2009		2010		2011		2012		2013		Var. % Media Annuale	Var. % Dimissioni 2009-13
		dimissioni	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %	dimissioni	var. %			
Regioni in PdR	Piemonte	163.051	149.933	-8,0%	136.738	-8,8%	119.144	-12,9%	103.126	-13,4%	-10,8%	-36,8%	
	Lazio	262.425	250.543	-4,5%	221.727	-11,5%	224.505	1,3%	213.080	-5,1%	-5,0%	-18,8%	
	Abruzzo	53.326	50.350	-5,6%	46.362	-7,9%	40.237	-13,2%	39.612	-1,6%	-7,1%	-25,7%	
	Molise	16.870	16.564	-1,8%	16.897	2,0%	15.460	-8,5%	14.248	-7,8%	-4,0%	-15,5%	
	Campania	305.515	278.384	-8,9%	284.833	2,3%	289.428	1,6%	287.340	-0,7%	-1,4%	-5,9%	
	Puglia	122.253	190.477	55,8%	170.317	-10,6%	121.014	-28,9%	97.336	-19,6%	-0,8%	-20,4%	
	Calabria	61.269	62.177	1,5%	58.466	-6,0%	52.984	-9,4%	48.719	-8,0%	-5,5%	-20,5%	
	Sicilia	258.627	199.333	-22,9%	192.544	-3,4%	174.708	-9,3%	131.267	-24,9%	-15,1%	-49,2%	
	Totale regioni PdR	1.243.336	1.197.761	-3,7%	1.127.884	-5,8%	1.037.480	-8,0%	934.728	-9,9%	-6,9%	-24,8%	
Regioni NON in PdR	Valle d'Aosta	4.115	4.005	-2,7%	4.475	11,7%	4.807	7,4%	4.600	-4,3%	3,0%	11,8%	
	Lombardia	312.810	256.081	-18,1%	228.453	-10,8%	154.558	-32,3%	136.395	-11,8%	-18,3%	-56,4%	
	P. A. di Bolzano	21.873	21.411	-2,1%	18.090	-15,5%	16.271	-10,1%	14.319	-12,0%	-9,9%	-34,5%	
	P. A. di Trento	22.056	21.692	-1,7%	23.914	10,2%	22.367	-6,5%	18.107	-19,0%	-4,2%	-17,9%	
	Veneto	143.024	140.539	-1,7%	123.142	-12,4%	101.642	-17,5%	95.468	-6,1%	-9,4%	-33,3%	
	Friuli Venezia Giulia	37.965	37.447	-1,4%	36.564	-2,4%	37.265	1,9%	33.619	-9,8%	-2,9%	-11,4%	
	Liguria	99.165	96.116	-3,1%	86.281	-10,2%	73.904	-14,3%	62.240	-15,8%	-10,9%	-37,2%	
	Emilia Romagna	143.345	142.648	-0,5%	140.410	-1,6%	124.969	-11,0%	120.631	-3,5%	-4,1%	-15,8%	
	Toscana	120.252	109.728	-8,8%	104.231	-5,0%	97.273	-6,7%	91.957	-5,5%	-6,5%	-23,5%	
	Umbria	31.326	28.167	-10,1%	22.233	-21,1%	19.853	-10,7%	18.452	-7,1%	-12,2%	-41,1%	
	Marche	62.671	47.633	-24,0%	46.511	-2,4%	39.132	-15,9%	39.168	0,1%	-10,5%	-37,5%	
	Basilicata	28.032	26.741	-4,6%	21.268	-20,5%	15.024	-29,4%	12.725	-15,3%	-17,4%	-54,6%	
	Sardegna	61.621	61.826	0,3%	61.869	0,1%	56.557	-8,6%	54.259	-4,1%	-3,1%	-11,9%	
	Totale regioni NON in PdR	1.088.255	994.034	-8,7%	917.441	-7,7%	763.622	-16,8%	701.940	-8,1%	-10,3%	-35,5%	
	Italia	2.331.591	2.191.795	-6,0%	2.045.325	-6,7%	1.801.102	-11,9%	1.636.668	-9,1%	-8,4%	-29,8%	

Occorre rilevare, comunque, che la stima dei **minori oneri** connessi all'appropriatezza organizzativa del settore ospedaliero risulta molto prudentiale, dal momento che non si è tenuto conto che nel processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, il settore della **riabilitazione** e della **lungodegenza** presenta ancora ampi margini di recupero, in termini di appropriatezza, per tutte le regioni, i cui effetti sicuramente si manifesteranno nel futuro ma che non vengono quantificati in questa sede.

Per contro, le nuove prestazioni introdotte nell'area ospedaliera e destinata ad accrescere, peraltro in misura minima, il costo del livello sono rappresentate da:

- 1) introduzione dello *screening neonatale della sordità congenita* (art. 38, c.2);

- 2) maggiore diffusione dell'utilizzo dell'*analgesia epidurale nel parto naturale* (art 38, c.3);
- 3) raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla *PMA eterologa* (art. 49);

Relativamente al punto 1) è stato valutato che lo screening neonatale per bambino trattato sia pari a 12,47 euro, quale somma del costo medio orario per infermiere professionale pari a 13,00 euro impiegato per 30 minuti (13 euro ora/30 minuti = 6,5) e di ulteriori 10 minuti per la gestione dei dati refertati (13 euro ora/6 = 2,17), oltre ad un costo per spese generali di consumo pari a circa 3,8 euro. Stimando che il numero dei neonati che devono essere sottoposti allo screening per la sordità sia pari a 536.000 bambini ed ipotizzando un costo annuo per bambino di 12,47 euro, l'effetto finanziario derivante dall'introduzione di tale screening sarà riferito ad un **onere** pari a circa **6,7 mln di euro**.

Relativamente al punto 2) è stato valutato che il numero dei parti naturali associati ai DRG 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti e DRG 374 - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento, fanno entrambe riferimento al parto naturale senza complicazioni, ma si distinguono per la presenza, nel caso del DRG 374, del coinvolgimento di medici anestesisti e per la maggiore durata, sia di utilizzo della sala parto, sia di degenza. La composizione dei costi misura queste differenze, rispettivamente, con l'inclusione, nel solo DRG 374, di un costo di anestesisti assente nel DRG 373, e con maggiori costi della sala parto e di personale medico e infermieristico. Più in particolare, ai fini della stima dei maggiori costi del parto naturale associati all'analgesia epidurale, si può utilizzare il costo associato all'impegno degli anestesisti attribuito al DRG 374 (119 euro) quale **stima, per eccesso**, del costo degli anestesisti eventualmente impegnati nella somministrazione dell'analgesia epidurale nei parti naturali, non incluso nei costi attribuiti al DRG 373.

Dai dati disponibili da studi di settore, si può stimare che attualmente la quota di parti naturali per i quali si ricorre all'analgesia è di **circa il 20%** ed è in crescita.

Allora, nell'ipotesi che:

(i) i parti attribuiti al DRG 373 per i quali attualmente non si faccia ricorso all'analgesia epidurale siano l'80% del totale, tenuto conto dell'esito degli studi di settore ($284.400 \cdot 80\% = 227.520$ parti senza analgesia epidurale);

(ii) che per il 20% dei predetti 227.520 parti, successivamente alla diffusione dell'analgesia epidurale, la stessa venga richiesta ed erogata, fino ad arrivare al 40% dei parti naturali senza complicanze attualmente registrati, il massimo **maggior costo** associato al coinvolgimento degli anestesisti si potrebbe stimare in circa **5,5 mln di euro annui**, pari all'applicazione del costo degli anestesisti come sopra stimato ($119,00 \text{ euro costo anestesista} \cdot 45.504 \text{ parti}$).

Relativamente al punto 3) è stato valutato il costo delle prestazioni per la selezione dei donatori, il prelievo e la conservazione delle cellule riproduttive in circa 250 euro per ogni donatore; applicando le stime europee sul numero dei donatori risulterebbe un numero complessivo di donatori (tra maschi e femmine) di 4.000 persone, per un **costo** complessivo pari a **1,00 mln di euro**.

B) Assistenza specialistica ambulatoriale

Il nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (art. 15) introduce numerose *prestazioni innovative*, sia nell'area della diagnostica (strumentale e di laboratorio), sia nell'area dell'attività clinica. Tuttavia, tali "nuove" prestazioni sono in buona parte già presenti nei nomenclatori tariffari vigenti in numerose regioni e quindi erogate, in regime ambulatoriale, a carico dei rispettivi SSR e, laddove non presenti nei nomenclatori tariffari regionali, le "nuove"

prestazioni sono comunque spesso già erogate, da strutture ospedaliere del Ssn, in regime di *day hospital* o *day surgery* o addirittura in alcuni casi di ricovero ordinario.

Se, quindi, è da prevedere un **incremento dei consumi ambulatoriali**, e dei costi loro associati, per effetto dell'allargamento a tutte le regioni e a tutti gli erogatori del Ssn della facoltà di erogare le “nuove” prestazioni, si deve altresì contestualmente prevedere una serie di fattori che compensano parzialmente i maggiori oneri connessi alla predetta introduzione.

Non si tratta, difatti, generalmente, di prestazioni “nuove” nel senso di “non ancora erogate all’interno del Ssn”, ma di *prestazioni che già rientrano di fatto nei livelli di assistenza erogati dal Ssn*, i cui oneri sono già scontati nei bilanci delle aziende sanitarie, sebbene in maniera differenziata per categorie di erogatori e tra regioni e verosimilmente solo in parte coperti da risorse regionali, in quanto la normativa vigente prevede che possono essere considerate già a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle regioni, che si configurano come mere modifiche descrittive di prestazioni già elencate nel dm 22 luglio 1996 ed in queste ultime comprese, oppure come modifiche delle unità di misura della prestazione originariamente prevista dal citato decreto, oppure come prestazioni che, pur non presenti nel nomenclatore di cui al predetto dm, venivano precedentemente erogate in regime di ricovero. Da questo punto di vista, si ritiene che le disponibilità finanziarie complessive per il SSN, accompagnate da interventi volti al recupero dell’appropriatezza organizzativa e prescrittiva, siano in grado di coprire i corrispondenti costi.

L’osservazione dei dati di specialistica ambulatoriale presenti nel NSIS (Tessera Sanitaria) e relativi alle prestazioni erogate a livello regionale sulla base dei propri nomenclatori regionali e dei propri tariffari, accompagnati da *“transcodifiche”* fornite dalle regioni rispetto al nomenclatore nazionale vigente e, per alcune delle regioni che hanno partecipato al Tavolo di lavoro per l’aggiornamento del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale (**Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria**), anche rispetto al Nuovo nomenclatore nazionale oggetto del presente provvedimento, ha fatto emergere che le prestazioni “nuove” sono spesso già erogate, nelle strutture pubbliche, soprattutto ospedaliere, sebbene non rilevate e remunerate in quanto tali, essendo necessariamente “ricondotte” alle prestazioni incluse nei nomenclatori vigenti ed alle rispettive tariffe. E’ emerso, altresì, che alcune regioni hanno proceduto, nel corso degli ultimi anni, ad aggiornare i propri nomenclatori delle prestazioni (in particolare di assistenza specialistica ambulatoriale) con integrazioni e eliminazioni, per consentire, in generale, una maggiore aderenza tra quanto erogato e quanto remunerato, nei confronti tanto degli erogatori pubblici quanto di quelli privati accreditati.

Ne risulta, poi, che di tutte le prestazioni che non sono riconducibili al vigente nomenclatore, una parte di esse **resteranno a carico dei bilanci regionali**, in quanto non verranno recepite nel nuovo nomenclatore nazionale.

I costi aggiuntivi indotti dal dPCM sono quindi da collegare alla quota di prestazioni effettivamente innovative non ancora incluse nei nomenclatori regionali e ai corrispondenti volumi erogativi che verranno recepite nel nuovo nomenclatore nazionale. Tali costi aggiuntivi potranno manifestarsi o come maggiori costi di produzione (per gli erogatori pubblici) come maggiori costi di remunerazione su base tariffaria (per gli erogatori privati accreditati).

Ai fini della **valutazione di impatto** atteso dell’introduzione del Nuovo Nomenclatore Nazionale (NNN), si può stimare l’incremento di spesa (valore dei consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale) associato alle prestazioni incluse nel NNN e rispetto alla spesa associata alle prestazioni incluse nel Nomenclatore Nazionale (NN) vigente (dm 1996-2012), utilizzando i dati

rilevati dal flusso informativo Tessera Sanitaria ex art.50 relativi al 2013 (consumi valorizzati con tariffe regionali vigenti).

La spesa totale per i consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel 2013, è di circa 11 miliardi di euro.

La quota di tale spesa associata a prestazioni già incluse nel **Nomenclatore nazionale vigente**, emersa dalle informazioni fornite dalle regioni che hanno risposto alla richiesta di "transcodificare" e ricondurre al Nomenclatore Nazionale vigente i propri consumi, è pari a circa il 90% nelle regioni in PdR e al 89% nelle regioni NON in PdR.

Del restante circa 10%, una grande parte è riconducibile a prestazioni che sono state inserite nel **nuovo nomenclatore nazionale** e una minima parte a prestazioni inserite dalle regioni che non saranno incluse nel **nuovo nomenclatore nazionale** e che resteranno, pertanto, a carico dei bilanci regionali nel rispetto della normativa nazionale vigente.

L'analisi dei dati forniti dalle Regioni partecipanti al Tavolo di lavoro per l'aggiornamento del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che hanno potuto segnalare anche le proprie prestazioni consumate che sono state inserite nel **nuovo nomenclatore nazionale**, indica quote % variabili di tali consumi (quantità e valori) rispetto al totale:

- la variabilità è spiegabile dal grado di aggiornamento dei Nomenclatori regionali, dal livello di "allineamento" degli aggiornamenti regionali rispetto all'aggiornamento effettuato a livello nazionale nella definizione del **nuovo nomenclatore nazionale** e, quindi, dall'entità di prestazioni regionali che per converso non siano state incluse anche nel **nuovo nomenclatore nazionale**;
- la quota di spesa regionale associata a prestazioni non incluse nel **Nomenclatore nazionale vigente** e incluse nel **nuovo nomenclatore nazionale** varia da un minimo di meno dell'1% circa nel Veneto, che ha aggiornato il proprio nomenclatore allineandosi allo schema di **nomenclatore nazionale** del 2010, ad un massimo del 14%, nella Toscana.

La stima degli oneri connessi all'aggiornamento del nomenclatore parte dall'ipotesi di una quota percentuale di spesa associata alle nuove prestazioni (+ 15% pari quindi al livello massimo osservato per le regioni partecipanti ai lavori) incluse nel **nuovo nomenclatore nazionale**, applicando alla spesa 2013 associata ai consumi di prestazioni incluse nel **Nomenclatore nazionale vigente** gli incrementi ipotizzati e confrontando il risultato con la spesa totale rilevata nel 2013.

La stima di detti **oneri** si attesta, quindi, in circa **1.500 mln** di euro.

Detti oneri, tuttavia, devono essere **nettizzati** del valore delle prestazioni già erogate dalle regioni, a carico del SSN, che si stimano intorno a **1.000,00 mln** di euro, sulla base dell'osservazione dei dati presenti nel flusso Tessera Sanitaria (ex art.50) opportunamente accompagnati dalle transcodifiche regionali per la riconduzione al nomenclatore nazionale.

Si riporta la seguente tabella di sintesi di quanto appena descritto:

spesa totale Italia ex art. 50, 2013 (tariffe regionali)	10.893.370.139	quota riferibile al Nomenclatore Nazionale vigente ex transcodifiche regionali : 90%	9.804.033.125	quota riferibile a prestazioni aggiuntive previste a livello regionale	1.089.337.014				
Impatto introduzione nuove prestazioni LEA 2015									
incremento % associato alle prestazioni incluse nel NNN (LEA 2015)	Veneto	Umbria	Emilia R				Toscana		
	0,23%	1%	5%	10%	12%	13%	14%	15%	
incremento atteso da nuovi LEA 2015	22.549.276	98.040.331	490.201.656	980.403.313	1.176.483.975	1.274.524.306	1.372.564.638	1.470.604.969	
Spesa totale attesa	9.826.582.401	9.902.073.456	10.294.234.782	10.784.436.438	10.980.517.100	11.078.557.432	11.176.597.763	11.274.638.094	
costamento rispetto alla spesa attuale	- 1.066.787.738	- 991.296.683	- 599.135.358	- 108.933.701	87.146.961	185.187.292	283.227.624	381.267.955	

E' bene sottolineare che trattasi di una stima prudenziale, dal momento che come abbiamo già detto, la percentuale del +15% quale fattore di crescita della spesa per tutte le regioni, applicato sull'ammontare complessivo della valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate a carico del SSN dagli erogatori pubblici e privati, è stata presa a riferimento osservando la regione con il più alto tasso di incidenza % di espansione della spesa associato alle prestazioni incluse nel Nuovo nomenclatore nazionale. Se poi si considera che per le prestazioni già erogate da alcune regioni, alcune di esse non rientrano nel Nuovo nomenclatore nazionale e resteranno a carico dei bilanci regionali, così come previsto dalla normativa nazionale vigente, la percentuale utilizzata per la stima dell'impatto può ritenersi una "proxi" sicuramente verosimile e rappresentativa dello scenario futuro che si andrà a delineare, senza poi considerare che in un'ottica di efficientamento produttivo del settore pubblico il costo delle nuove prestazioni potrà essere assorbito dal contenimento dei costi dei fattori produttivi impiegati.

In ogni caso, i principali **fattori di contenimento della spesa** possono essere così elencati:

- 1) introduzione di condizioni di erogabilità di numerose prestazioni, che potranno essere erogate dal Ssn solo in presenza di determinate condizioni cliniche (analogamente alle note AIFA per i farmaci):
 - i) si confermano le **condizioni di erogabilità** della densitometria ossea e della chirurgia refrattiva già oggi vigenti;
 - ii) si introducono nuove **condizioni di erogabilità** delle prestazioni di odontoiatria, in termini di destinatari dell'assistenza e di prestazioni erogabili, adempiendo alle previsioni dell'articolo 9 del d.lgs. n. 502/1992 e del d.P.C.M. 29. 11. 2001 identificando, per ciascuna prestazione, i possibili beneficiari: i minori, le persone con vulnerabilità sanitaria e le persone con vulnerabilità sociale. Giova segnalare, a questo proposito, che il previgente Nomenclatore non prevede alcuna limitazione in area odontoiatrica e che le condizioni indicate dal nuovo provvedimento risultano più selettive e stringenti di quelle autonomamente adottate dalla maggior parte delle regioni italiane;
 - iii) si introducono nuove **condizioni di erogabilità** per n. 170 prestazioni già presenti nel nomenclatore allegato al DM 22 luglio 1996 per una valorizzazione pari a 1.170 mln di euro.

Si stima che l'introduzione delle predette **condizioni di erogabilità** sulle 170 prestazioni comporterà una immediata riduzione del 15% del loro volume e conseguente valorizzazione, per un importo di circa **176 mln di euro**.

- 2) introduzione di **indicazioni di appropriatezza** per la prescrizione di numerose prestazioni da parte dei medici, che potranno essere assoggettati a controlli da parte delle autorità regionali per la verifica della corrispondenza tra la prestazione prescritta e la diagnosi o il sospetto indicati nella ricetta. Le prestazioni per le quali è stata inserita un'indicazione di appropriatezza ammontano a n.160 per quelle già presenti nel nomenclatore allegato al DM 22 luglio 1996 per una valorizzazione pari a 1.106 mln di euro.

Si stima che l'introduzione delle predette **indicazioni di appropriatezza** sulle 160 prestazioni comporterà una riduzione del 5% del loro volume e conseguente valorizzazione, per un importo di circa **55 mln di euro**. Tale stima può ritenersi molto prudenziale, in considerazione della gradualità con cui i controlli sull'appropriatezza prescrittiva daranno i propri effetti finanziari;

- 3) introduzione di numerose prestazioni in modalità cosiddetta "**reflex**", vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se

l'esito del primo lo richiede (es. antibiogramma in caso di urinocoltura positiva; esecuzione di psa libero solo in caso di psa totale non incluso in un certo intervallo di riferimento; ormoni tiroidei solo se i valori di TSH non rientrano nell'intervallo di riferimento). Le prestazioni per le quali è stata inserita la modalità cosiddetta "reflex" ammontano a n.25 per quelle già presenti nel nomenclatore allegato al DM 22 luglio 1996 per una valorizzazione pari a 38 mln di euro. Si stima che l'introduzione della predetta modalità di erogazione delle prestazioni "reflex" comporterà una immediata **riduzione** del 10% del loro volume e conseguente valorizzazione, per un importo di circa **3,8 mln di euro**.

La tabella che segue riepiloga quanto descritto nei precedenti punti 1,2 e 3:

Prestazioni di specialistica ambulatoriale "reflex" e con condizioni di erogabilità - indicazioni prioritarie

		N° prestazioni	Valore prestazioni
Condizioni di erogabilità	N° 170 prestazioni con condizioni di erogabilità	78.668.668	1.169.617.920
	-15%	- 11.800.300	- 175.442.688
Indic Prior	N° 234 prestazioni con indicazioni prioritarie	257.035.945	2.156.464.902
	di cui 74 sulle quali ci sono già le condizioni di erogabilità	72.663.084	1.050.811.909
	N° 160 prestazioni con indicazioni prioritarie residue	184.372.861	1.105.652.993
	-5%	- 9.218.643	- 55.282.650
Reflex	N° 35 prestazioni "reflex" totali	8.905.456	108.018.261
	di cui 5 sulle quali ci sono già le condizioni di erogabilità	5.909.059	69.820.185
	di cui 5 sulle quali ci sono già le indicazioni prioritarie	18.969	210.869
	N° 25 prestazioni "reflex" residue	2.977.428	37.987.207
	-10%	- 297.743	- 3.798.721

- 4) incremento delle *entrate da partecipazione alla spesa* per le nuove prestazioni inserite nel presente provvedimento, precedentemente già erogate in regime di ricovero diurno (si veda parte relativa all'assistenza ospedaliera) il cui valore è stimabile in **8,7 mln di euro**;
- 5) riduzione dei consumi e dei **costi ambulatoriali** riferiti alle *prestazioni obsolete eliminate* dal Nomenclatore (*non quantificabili*, perché riferiti a volumi molto ridotti per effetto dell'obsolescenza);
- 6) introduzione dell'obbligo a carico del medico prescrittore di indicare nella ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico, pena la non erogabilità della prestazione (*non quantificabili*);
- 7) le prestazioni di laboratorio di nuova introduzione sono caratterizzate, per la maggior parte di esse, dall'apposizione della nota "R". Ciò significa che le prestazioni in questione possono essere erogate presso un limitato numero di strutture appositamente individuate dalla Regione, limitando pertanto l'incremento dei nuovi possibili erogatori e l'aumento della domanda (*non quantificabili*);
- 8) introduzione di vincoli di non associabilità tra prestazioni sovrapponibili delle quali la prima è già compresa nella seconda (es: ecografia addome completo e ecografia addome superiore; ecocardiografia, ecodoppler e ecocolor doppler) (*non quantificabili*);
- 9) migliore definizione delle prestazioni che impedirà il ricorso a comportamenti opportunistici da parte degli erogatori (es. in caso di non chiara definizione, scelta di prestazioni più remunerative) (*non quantificabili*);
- 10) nell'ambito della genetica sono state puntualmente individuate le malattie, per la cui diagnosi sono ammissibili i test genetici (*non quantificabili*).

Ciò premesso si può ritenere che dall'aggiornamento del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale, i costi aggiuntivi indotti sono quindi da collegare alla quota di prestazioni effettivamente innovative non ancora incluse nei nomenclatori regionali e ai corrispondenti volumi erogativi. In particolare, deriveranno i seguenti effetti che, se da una parte comportano maggiori oneri per effetto dei seguenti fattori:

1. aumentato ricorso alle prestazioni in conseguenza da un lato della maggiore accessibilità delle strutture ambulatoriali, e dall'altro, di politiche di promozione del ricorso a tali prestazioni legate a programmi di prevenzione secondaria e terziaria;
2. necessità di attivare nuovi interventi di adeguamento organizzativo, tecnologico e strutturale dei presidi di specialistica ambulatoriale;

dall'altro possono essere controllati per effetto degli strumenti di governo a cui le regioni possono fare ricorso attraverso gli strumenti della contrattazione con i soggetti erogatori (sia pubblici che privati) dei volumi erogabili annualmente, nonché dei controlli sulla appropriatezza delle prescrizioni.

Da questo punto di vista, come noto, le regioni dispongono degli *strumenti atti a regolare* i flussi di risorse finanziarie distribuiti tra i propri erogatori, indipendentemente dalla composizione per tipo di prestazione dei volumi di attività. La disciplina dei contratti e degli accordi contrattuali, unita alla *definizione dei budget* per singolo erogatore, nel tenere conto della definizione dei fabbisogni e degli obiettivi della programmazione, nonché delle risorse complessivamente disponibili, dovrà stabilire gli ambiti riservati a ciascuno per includere le "nuove" prestazioni. Anche il vigente decreto ministeriale del 18 ottobre 2012, in materia di aggiornamento tariffario delle prestazioni del SSN, ribadisce le regole cui le regioni devono fare riferimento e che riguardano:

- la rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva;
- la classificazione degli erogatori, ai fini della remunerazione delle relative prestazioni, articolando le tariffe, così determinate, per classi di strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità;
- la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

In conseguenza di tutti i fattori sopraindicati in via cautelativa l'espansione dell'offerta di prestazioni di **assistenza specialistica** comporterebbe **maggiori oneri** stimabili in **circa 257 milioni di euro** associati, come detto in precedenza, ad una percentuale d'incremento di spesa per tutte le regioni del +15%, applicato sull'ammontare complessivo della valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate a carico del SSN dagli erogatori pubblici e privati.

Tale percentuale, come già accennato, può ritenersi una "proxi" sicuramente verosimile e rappresentativa dello scenario futuro che si andrà a delineare, senza poi considerare che in un'ottica di efficientamento produttivo del settore pubblico il costo delle nuove prestazioni potrà essere assorbito dal contenimento dei costi dei fattori produttivi impiegati e tenendo conto che le prestazioni già erogate da alcune regioni che non rientrano nel Nuovo nomenclatore nazionale resteranno a carico dei bilanci regionali, così come previsto dalla normativa nazionale vigente.

C) Assistenza integrativa e protesica

Per quanto riguarda l'**assistenza integrativa**, nell'ambito dei prodotti dietetici (art. 14), si registra la previsione della fornitura gratuita dei **prodotti aproteici** a favore dei nefropatici cronici e la fornitura dei **prodotti addensanti**. A questo proposito si ricorda che tale fornitura è già *oggi garantita dalla maggior parte delle regioni* come livello "aggiuntivo" regionale e, pertanto, coperto con risorse regionali. La fornitura di tale prestazione è comunque oggetto di monitoraggio della spesa sanitaria. La stima degli **oneri** ad essi correlata all'introduzione di tali prodotti è pari a circa **24 mln** di euro. Detta stima si basa sulle seguenti considerazioni: ipotizzando che i soggetti nefropatici cronici siano circa 7.000 e supponendo un costo pari a 3.000,00 euro annui a testa, può stimarsi un **maggiore onere annuo a regime** pari a circa **21 milioni di euro annui**. Per quanto attiene la fornitura gratuita dei preparati addensanti per le persone con grave disfagia affette da malattie neurodegenerative, si stima, sulla base dei comportamenti finora adottati a livello nazionale, che rispetto ad una platea di beneficiari di circa 6.600 persone, la spesa complessiva annua per la fornitura di circa 90 preparati annui ad un prezzo unitario di 4,60 euro, ammonta a circa **2,7 milioni di euro**. Il rinvio alle regioni di fissare limiti e modalità di erogazione di detti prodotti, costituisce una "garanzia" del rispetto dei vincoli di bilancio imposti nell'ambito della programmazione regionale.

Non sono presenti novità nel settore dei **presidi per diabetici** (art. 13). Resta, difatti, confermata la fornitura di prodotti dietetici alle persone con difetti metabolici congeniti, celiachia e fibrosi cistica, e del latte artificiale alle donne sieropositive per HIV.

A questa valutazione si aggiunge un ulteriore **incremento** stimabile in circa **450 mln di euro** dovuto alla traslazione dei dispositivi medici monouso che attualmente vengono contabilizzati

nell'assistenza protesica e che, in applicazione di quanto previsto dal presente DPCM, verranno contabilizzati nell'assistenza integrativa; la suddetta traslazione di 450 mln di euro si configura come un **effetto meramente compensativo** con impatto neutro rispetto ai costi complessivi attualmente sostenuti dal Ssn per il complesso dei due settori assistenziali (integrativa e protesica).

Nel predetto settore dei dispositivi medici monouso (art.11), sono stati introdotti alcuni prodotti innovativi, quali le medicazioni avanzate per le lesioni da decubito, peraltro già in uso da anni in ambito ospedaliero. L'inserimento di tali medicazioni caratterizzate da una più avanzata tecnologia e una concezione più innovativa anche se compensata da un contenimento dei costi di trattamento (minore frequenza del cambio, minore impegno infermieristico ed assistenziale, riduzione del tempo di trattamento per guarigioni più rapide, contenimento delle spese per complicazioni/infezioni/ricoveri, può comportare un **incremento** che può essere stimato in **5 milioni di euro circa** [nel 2013, il valore stimato attribuito allo specifico mercato è di circa 63 milioni di euro di cui 51 milioni (81,4%) destinato a strutture di ricovero varie comprese le quote dei rivenditori ospedalieri e 11 milioni circa (18,5%) destinato alle vendite di grossisti e ortopedici, farmacie e sanitarie, in cui includere la parte riferibile all'assistenza protesica e per la quale si stima il 50% circa di incremento]. Analogo incremento (**+ 5 mln di euro**) può essere stimato per l'introduzione di nuove tipologie di dispositivi monouso (cannule, cateteri, ausili assorbenti per incontinenza e sacche per stomia).

I predetti maggiori **oneri** pari a **460 mln di euro** verrebbero compensati da un efficientamento delle modalità di acquisto (facilitate dalla puntuale declinazione dei requisiti tecnici e funzionali di tali dispositivi come proposta nella revisione degli elenchi e del testo), dal definitivo abbandono di procedure di erogazione (affidamento del servizio a soggetti più vicini al mondo della distribuzione intermedia o, in alternativa, ad operazioni di negoziazione/contrattazione con le Associazioni dei produttori) che producono effetti distorsivi e non garantiscono una sufficiente concorrenza tra gli operatori del mercato e, da ultimo, il ricorso al mercato elettronico; ciò consentirà un **risparmio** del settore quantificabile nel 20% circa dell'incremento di costo associato al costo dell'erogazione dei dispositivi medici monouso (**90 mln di euro**).

Il totale dei **maggiori oneri** per l'assistenza integrativa, al netto degli effetti compensativi, può quindi stimarsi in **393,7 mln di euro**.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, (artt. 17 e 18), a seguito dell'approvazione del nuovo Patto della salute, il 10 luglio u. s., e della previsione in esso contenuta di provvedere entro il 31 dicembre 2014 all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, è stato avviato un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, del MEF, di Agenas e delle Regioni, per la revisione dei documenti già prodotti in passato e la formulazione di una nuova proposta di disciplina dell'assistenza protesica.

Per quanto la mancanza di un flusso informativo dedicato a tale settore non consenta una puntuale valutazione dell'impatto economico-finanziario delle novità fin qui riportate, solo limitatamente misurabili e/o stimabili con le informazioni ad oggi disponibili, è tuttavia possibile considerare una serie di elementi che tracciano un ragionevole scenario futuro.

L'incremento di spesa stimato per l'assistenza protesica è associato ai seguenti fattori:

- 1) l'introduzione di alcune prestazioni innovative, soprattutto nel settore delle tecnologie informatiche e di comunicazione (cosiddetti ausili ICT dall'acronimo inglese – *Information Communication Technologies*) a favore dei disabili con gravissime limitazioni funzionali. L'impatto di tali introduzioni dovrebbe, tuttavia, essere piuttosto *modesto*, in considerazione della contenuta numerosità dei destinatari. Si stima un maggior onere di circa **20 mln di**

- euro** che si basa sulla stima di circa 900 nuovi casi all'anno e di un costo del corredo di ausili messi a disposizione di ciascun utente di circa 22.000,00 euro;
- 2) l'introduzione degli apparecchi acustici a tecnologia digitale per la prescrizione dei quali, tuttavia, è stato ristabilito un preciso intervallo di perdita uditiva (strumentalmente rilevato e clinicamente confermato). Tale inserimento potrà portare ad un **aumento** della spesa plausibilmente valutabile in **circa 120 milioni di euro**, basato sul fatto che la prevalenza della sordità della popolazione è circa il 4 per mille (240.000 persone), di cui circa 2/3 ha una perdita uditiva compresa nell'intervallo definito (160.000 persone) e il prezzo dell'ausilio ad essi offerto dal SSN si attesterà su un valore pari a circa il 20% in meno rispetto a quello attualmente pattuito tra INAIL e Associazioni di categoria (circa 1.000,00 euro); l'abbattimento indicato è attribuibile all'introduzione di procedure di gara per l'acquisto da parte delle ASL;
 - 3) l'inserimento di modelli o categorie di ausili oggi non prescrivibili (ad es. apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, la barella per doccia, le carrozzine con sistema di verticalizzazione, lo scooter a quattro ruote, il kit di motorizzazione universale per carrozzine, i sollevatori fissi e per vasca da bagno, i sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli), i carrelli servoscala per interni. In ogni caso, si ritiene che il potenziale **incremento di spesa**, pur se in parte bilanciato e compensato dalle eliminazioni degli ausili che saranno più avanti presentati, possa essere plausibilmente quantificato in una cifra pari a **200 milioni di euro** circa.

A fronte di detti maggiori oneri, si sono poi stimati gli effetti dei seguenti altri fattori di contenimento della spesa per effetto di specifiche misure introdotte nel provvedimento. Alcune sono quantificabili, mentre altre non lo sono ma contribuiscono alla razionalizzazione della spesa. Relativamente alle **misure di contenimento** quantificabili, si possono elencare:

- a) la traslazione dei dispositivi medici monouso che attualmente vengono contabilizzati nell'assistenza protesica e che, in applicazione di quanto previsto dal presente DPCM, verranno contabilizzati nell'assistenza integrativa comporterà un decremento stimabile in circa **450 mln di euro**; la suddetta traslazione di 450 mln di euro si configura come un **effetto meramente compensativo** con impatto neutro rispetto ai costi complessivi attualmente sostenuti dal Ssn per il complesso dei due settori assistenziali (integrativa e protesica);
- b) il migliore assetto definitorio dei dispositivi di serie che impedisce prescrizioni errate o improprie (circa 1/5 delle prescrizioni) e del relativo contenzioso con gli assistiti (che genera, sovente, ulteriori forniture a titolo di risarcimento). Partendo dalla spesa per gli ausili a tariffa di circa 450 mln di euro l'anno e ipotizzando una riduzione di 1/5 della relativa valorizzazione per 90 mln di euro, la migliore definizione di detti ausili potrà portare ad un risparmio di circa il 12% di tale importo (**11 mln di euro circa**);
- c) l'operazione di revisione condotta sugli attuali elenchi, cioè il passaggio dal regime tariffario a quello che prevede l'adozione delle ordinarie procedure di acquisto previste dalle norme in materia, per effetto del trasferimento dall'attuale elenco dei dispositivi su misura all'elenco dei dispositivi di serie. Tale passaggio non potrà che determinare un evidente risparmio nella relativa spesa. L'entità del risparmio discenderebbe dal fatto che la principale tipologia di ausili trasferiti da un regime all'altro (le carrozzine leggere e superleggere) rappresenta una quota vicina al 30% del totale delle prescrizioni di ausili con l'esclusione dei dispositivi monouso ed i risparmi attribuibili alle procedure di acquisto riducono le spese di circa il 25% dei costi: si può pertanto presumere che dei 550 milioni di euro circa (totale protesica – ausili monouso), circa 195 milioni potrebbero essere attribuiti agli ausili per movimentare le persone con disabilità motorie e comporterebbero un potenziale risparmio pari a **48 milioni di euro circa**;

- d) l'eliminazione di alcune categorie di ausili quali le "scarpe ortopediche di serie" e i "plantari di serie" destinati a soggetti con deformità lievi e lievissime (es. riduzione arco plantare – appoggi sbilanciati – difficoltosa deambulazione) che frequentemente sono oggetto di iperprescrizione. Il risparmio associabile a tale misura può quantificarsi in **65 mln di euro**, nell'ipotesi di una riduzione di circa il 12% del totale della spesa protesica a livello nazionale (con l'esclusione degli ausili monouso) (550 milioni di euro);
- e) la maggiore diffusione di procedure di riciclo e riutilizzo di alcune categorie di ausili, che comporterà un risparmio per il settore dal momento che si ridurranno gli acquisti di detti ausili. Se a livello nazionale fossero adottati provvedimenti che regolamentano le procedure di riutilizzo di alcuni ausili, si stima che una quota in un intervallo del 6% della spesa complessiva della assistenza protesica (con l'esclusione della spesa per ausili monouso) (550 milioni di euro) potrà comportare una riduzione di **32 milioni di euro**.

Relativamente alle **misure di contenimento non quantificabili**, si possono elencare:

- a) l'istituzione di uno specifico albo dei prescrittori, appositamente selezionati in base alle proprie competenze e particolarmente qualificati nella prescrizione degli ausili, al fine di migliorare la qualità dei processi;
- b) la fissazione della soglia di accesso minima di ipoacusia (strumentalmente rilevata e clinicamente confermata) per il diritto alla fruizione della protesi acustica che contribuisce ad una maggiore chiarezza ed omogeneità in materia.

Il totale dei **minori oneri** per l'assistenza protesica, considerando gli effetti compensativi sopradescritti, può quindi stimarsi in **266 mln di euro**.

D) Assistenza sociosanitaria (artt. 21-35)

Le disposizioni relative all'area dell'assistenza sociosanitaria non introducono novità rispetto alla normativa vigente, limitandosi ad esplicitare e a declinare i contenuti e le modalità di erogazione delle attività, in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. In particolare, sono confermate le quote di oneri che il dPCM 29 novembre 2001 pone rispettivamente a carico del Ssn e degli utenti/Comuni per i servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria. Va rilevato che qui il problema non è tanto quello della migliorata descrizione del livello assistenziale, quanto quello della necessaria omogeneizzazione tra i vari ambiti regionali, alcuni dei quali registrano un ritardo storico nello sviluppare queste linee prestazionali, determinando un circolo vizioso, in quanto in queste realtà l'assenza dei servizi territoriali fa sì che i processi di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera risultino più difficili e socialmente inaccettabili.

Risulta evidente che l'attenzione riservata a quest'area nell'ambito dei nuovi Lea potrebbe indurre le Regioni ad effettuare consistenti investimenti nel settore della domiciliarità e della residenzialità per anziani e disabili, ma l'aumento dei costi connessi alla fase di implementazione dei servizi, laddove inesistenti o ancora fortemente carenti, sarebbe compensata da una **riduzione dei ricoveri impropri** in regime ospedaliero, sicuramente consistente.

Rispetto al previgente DPCM sui Lea il nuovo provvedimento non presenta linee erogative aggiuntive in quanto viene confermato il precedente impianto articolato nelle due dimensioni della residenzialità e dell'assistenza domiciliare. Si è proceduto, invece, all'interno delle linee erogative già esistenti a diversificare i possibili profili prestazionali articolandoli sostanzialmente per intensità di cure. Ciò consentirà una maggiore appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie in questione permettendo, invece della preesistente risposta assistenziale mediamente attestata su un profilo di intensità medio alto, una più specifica offerta per i pazienti in condizioni di non autosufficienza, grave, media e limitata. Sarà la programmazione regionale, nel quadro delle

compatibilità economico-finanziari, a definire la numerosità delle varie tipologie di strutture interessate, in aderenza a quanto previsto nell'articolo 9, comma 1, lettera a) del Patto per la Salute 2010-2012.

Anche in questo caso, dunque, la valutazione di impatto deve considerare contemporaneamente le ricadute che il potenziamento di un livello assistenziale produce, in direzione opposta, su livelli assistenziali "contigui".

L'inserimento delle persone affette da ludopatia tra gli utenti degli attuali servizi destinati al trattamento delle dipendenze patologiche non comporterà nuovi oneri, in quanto tali servizi sono già attivi su tutto il territorio nazionale. Si ricorda a questo proposito che la legge di stabilità 2015 (art.1, comma 133) vincola 50 mln di euro del Fondo sanitario Nazionale al trattamento di tali soggetti.

E) Assistenza specifica a particolari categorie

In questa area le uniche innovazioni introdotte sono rappresentate dalla revisione degli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni correlate.

- 1) Per quanto riguarda le *malattie rare* (art. 52), l'introduzione di oltre 110 nuove malattie nell'elenco allegato al d.m. n. 279/2001 ha un impatto economico sicuramente modesto, sia perché molte di esse rientrano in gruppi già inclusi nell'elenco, sia a causa della bassa numerosità dei soggetti interessati. Si fa presente, inoltre, che anche a seguito dell'introduzione di nuove malattie riconosciute come rare, il numero complessivo dei pazienti affetti da tali malattie, in realtà, è da stimarsi in sensibile riduzione rispetto a quello attuale, in quanto dal nuovo elenco sono state escluse alcune patologie (es. celiachia, sindrome di Down e connettiviti indifferenziate) caratterizzate da una cospicua numerosità dei soggetti che ne sono portatori.

In definitiva, si ritiene che i **maggiori oneri** siano stimabili in circa **10 mln di euro**, in quanto le nuove prestazioni introdotte riguardano per lo più prestazioni riservate ai pazienti affetti da malattie rare.

- 2) Per quanto riguarda le *malattie croniche* (art.53), le modifiche introdotte nell'elenco allegato al d.m. n. 329/1999 sono tali da comportare una riduzione degli oneri a carico del Ssn. A fronte dell'inserimento di 6 nuove patologie, infatti, è stato ridotto il pacchetto prestazionale associato ad una patologia quale l'ipertensione (senza danno d'organo) da cui discende una spesa rilevante per la sua larghissima diffusione; inoltre, i pacchetti prestazionali di numerose altre patologie sono stati rivisti con l'eliminazione di numerose prestazioni ovvero con la indicazione di periodicità definite per la loro esecuzione. I **maggiori oneri** correlati all'introduzione delle predette 6 nuove prestazioni possono quantificarsi in **12 mln di euro**, mentre l'aggiornamento in riduzione delle prestazioni per l'ipertensione ed altre comporterà **riduzioni di oneri** per circa **16 mln di euro**.

F) Assistenza distrettuale

Medicina di base (art. 4), continuità assistenziale (art. 5), assistenza ai turisti (art. 6), emergenza sanitaria territoriale (art. 7), assistenza farmaceutica (artt. 8 e 9): le disposizioni non introducono alcuna novità nella normativa vigente e possono quindi considerarsi **neutrali** sotto il profilo economico-finanziario.

G) Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Lo schema esplicita, ridefinisce e riordina in un nuovo schema logico attività e prestazioni già garantite dai Dipartimenti di prevenzione della Asl, spesso in attuazione di normativa comunitaria. Fanno eccezione l'introduzione di **Vaccinazioni gratuite** per Varicella, Pneumococco, Meningococco, Vaccino anti HPV, il cui onere è quantificabile in 138 mln di euro circa, secondo la ripartizione individuata nella tabella sottostante e nell'ipotesi inverosimile che tutti i bambini nati vengano sottoposti alla campagna vaccinale. Considerato, poi, che in molte regioni già vengono erogate gratuitamente le predette vaccinazioni, in applicazione del Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale (Intesa Stato -Regioni del 22 febbraio 2012) e Piano nazionale Prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato -Regioni del 13 novembre 2014), il predetto **maggior onere** di 138 mln di euro molto verosimilmente può ridursi a circa **70 mln di euro**.

Stima della spesa annua per vaccini Pneumo, Meningo c, Varicella a tutti i neonati e vaccino HPV alle 12enni (copertura al 100%)							
REGIONI	n. bambini nati 2013	1. SPESA PER VACCINAZIONE ANTI PNEUMOCOCCICA (43,19 € a dose; ciclo vaccinale a 3 dosi = 129,58€)	2.SPESA PER VACCINAZIONE ANTI MENINGOCOCCICA (8,6 € a dose; ciclo vaccinale a 1 dose = 8,6 €)	3. SPESA PER VACCINO ANTIVARICELLA (36,92€ a dose; 1 ciclo vaccinale a 2 dosi = 73,84 €)	n. ragazze 12enni (che compiono 11 anni di età dal 1° gennaio al 31 dicembre 2013)	4. SPESA PER VACCINO ANTI HPV (50,58€ a dose; ciclo vaccinale a 2 = 101,15 €)	totale (colonne 1+2+3+4)
Abruzzo	10.901	1.412.552	93.749	804.930	5624	568.867,60	2.880.097,62
Basilicata	4.365	565.617	37.539	322.312	2609	263.900,35	1.189.367,65
Calabria	16.711	2.165.411	143.715	1.233.940	9380	948.787,00	4.491.853,22
Campania	53.859	6.979.049	463.187	3.976.949	31459	3.182.077,85	14.601.263,03
Emilia-Romagna	38.542	4.994.272	331.461	2.845.941	18573	1.878.658,95	10.050.333,79
Friuli-Venezia Giulia	9.717	1.259.129	83.566	717.503	4984	504.131,60	2.564.329,94
Lazio	50.765	6.578.129	436.579	3.748.488	24395	2.467.554,25	13.230.749,55
Liguria	11.362	1.472.288	97.713	838.970	6034	610.339,10	3.019.310,34
Lombardia	90.510	11.728.286	778.386	6.683.258	44457	4.496.825,55	23.686.755,75
Marche	13.030	1.688.427	112.058	962.135	6586	666.173,90	3.428.794,50
Molise	2.284	295.961	19.642	168.651	1303	131.798,45	616.052,13
Piemonte	36.658	4.750.144	315.259	2.706.827	18194	1.840.323,10	9.612.552,26
Prov Auton Bolzano	5.289	685.349	45.485	390.540	2731	276.240,65	1.397.614,43
Prov Auton Trento	5.016	649.973	43.138	370.381	2569	259.854,35	1.323.346,67
Puglia	34.365	4.453.017	295.539	2.537.512	20291	2.052.434,65	9.338.501,95
Sardegna	12.199	1.580.746	104.911	900.774	6747	682.459,05	3.268.891,03
Sicilia	45.656	5.916.104	392.642	3.371.239	24858	2.514.386,70	12.194.371,82
Toscana	30.457	3.946.618	261.930	2.248.945	15362	1.553.866,30	8.011.359,44
Umbria	7.462	966.926	64.173	550.994	3655	369.703,25	1.951.796,49
Valle d'Aosta	1.165	150.961	10.019	86.024	560	56.644,00	303.647,30
Veneto	43.708	5.663.683	375.889	3.227.399	21973	2.222.568,95	11.489.539,11
Totale	524.021	67.902.641	4.506.581	38.693.711	272.344	27.547.596	138.650.528
Il Totale ipotizza una (inverosimile) copertura vaccinale del 100% della coorte destinataria.							
Il vaccino anti-HPV è offerto gratuitamente in tutte le Regioni dal 2008 (Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007)							
I vaccini anti pneumococcico ed antimeningo C sono offerti gratuitamente in tutte le Regioni dal 2012 (Intesa Stato -Regioni del 22 febbraio 2012)							
Il vaccino anti-varicella è offerto gratuitamente in 8 Regioni dal 2012 (Intesa Stato -Regioni del 22 febbraio 2012) e dal 2015 è previsto l'avvio di un programma nazionale di immunizzazione							

Conclusioni

In conclusione, si può ritenere che l'onere complessivo di detto provvedimento possa essere sostenuto dalle regioni e province autonome all'interno della cornice finanziaria disponibile per gli anni 2014-2016 ancorché la stessa potrà essere ridotta per effetto della manovra di cui alla legge di stabilità 2015. Infatti, gli strumenti di *governance* in possesso delle regioni, se ben utilizzati, consentiranno di calibrare gli attuali tetti di spesa, sia con gli erogatori privati che pubblici, sulla base di una quantificazione dei propri fabbisogni commisurati alle risorse disponibili. Significherebbe, pertanto, che l'introduzione delle nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà essere modulata all'interno dei tetti di spesa e veicolata sugli erogatori (pubblici e privati) con

le modalità ritenute più congrue da parte delle regioni, mentre l'introduzione di nuovi ausili e protesi innovative potranno essere compensati dall'attivazione di leve che portino ad una maggiore ottimizzazione dei processi di acquisto per altri tipi di protesi ed ausili.

Le regioni e province autonome continueranno ad essere impegnate ad implementare gli interventi di razionalizzazione dei settori da loro scelti per effetto dell'avvenuta attivazione dei processi di riorganizzazione delle loro reti di offerta, dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito di setting assistenziali più appropriati e dell'attivazione di protocolli clinici diagnostici per la presa in carico dei pazienti malati cronici in ambito territoriale ed ospedaliero, seppure l'effetto contenitivo della spesa sarà variabile a livello regionale, a seconda dello stato di attuazione dei processi appena descritti.

Tra gli strumenti di *governance* che potranno essere attivati dalle regioni e province autonome, rientrano poi quelli sull'inasprimento dei controlli sull'appropriatezza prescrittiva dei medici, con il vantaggio sia di ridurre in maniera significativa gli oneri per le prestazioni non appropriate che di ottenere i relativi risparmi secondo una scansione temporale più adeguata rispetto all'obiettivo.

Se si aggiunge, poi, che il Patto della salute 2014-2016 prevede il rafforzamento delle misure di *governance*, ma anche l'inasprimento di quelle sanzionatorie - che riguardano non solo il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo dei sistemi regionali, ma anche l'avanzamento dei processi di razionalizzazione e qualificazione della spesa, che investono tutti i settori assistenziali coperti dai LEA (si vedano in particolare i commi 568 e 569 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2015, in materia di decadenza dei direttori generali degli enti del SSN, in caso di mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali) - si può ritenere che gli effetti finanziari connessi all'adozione del provvedimento possano essere verosimilmente sostenuti dal sistema sanitario. Anche le nuove norme intervenute nel Patto per la Salute e recepite dalla legge di stabilità 2015 in materia di "commissariamento" delle regioni in Piano di rientro (si fa riferimento, in particolare, alla prevista incompatibilità da parte dei Presidenti delle regioni a svolgere il compito di commissario per la realizzazione del piano di rientro del SSR evitando così la commistione tra potere politico e gestionale), andranno nella direzione di garantire una migliore tenuta del sistema di *governance* regionale.

Infine, il percorso appena avviato con il presente schema di dPCM, così come descritto nelle premesse in termini di introduzione di principi di efficienza ed appropriatezza organizzativa e prescrittiva, verrà poi costantemente mantenuto e aggiornato, in maniera continua e sistematica, con risultati più o meno visibili nel breve/medio periodo a seconda della capacità di tenuta della *governance* regionale. Del resto, l'impianto normativo ormai esistente nell'ordinamento, nel confermare che le conseguenze di un miglioramento dell'efficienza di una regione e dei suoi conti sanitari (tipico il caso delle regioni sotto piano di rientro) hanno un impatto solo ed esclusivamente sulla finanza della regione interessata (in termini di liberazione di risorse da destinare ad altre funzioni o alla riduzione della pressione fiscale regionale), garantisce la realizzazione degli obiettivi del presente provvedimento.

Roma, 2 febbraio 2015