



# *Capitolo 8*

*L'assistenza  
specialistica:  
politiche regolatorie  
e carenze  
di informazione*



## 8 - L'assistenza specialistica: politiche regolatorie e carenze di informazione

*Esmeralda Ploner*<sup>1</sup>

### 8.1. Tendenze del settore

L'analisi degli ultimi dati sull'assistenza specialistica resi disponibili dal Ministero della Salute, per l'anno 2009, conferma il trend degli anni precedenti: la distribuzione sul territorio nazionale delle strutture (sia pubbliche che private accreditate)<sup>2</sup> che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale non è uniforme, come altrettanto non uniforme risulta essere la distribuzione tra pubblico e privato; nello specifico, nelle Regioni meridionali è presente una maggior concentrazione di ambulatori e laboratori rispetto alle altre ripartizioni considerate nell'analisi.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

<sup>2</sup> Nel computo sono comprese anche le strutture ospedaliere.

**Tabella 8.1 - Ambulatori e laboratori. Valori assoluti e % – Anno 2009**

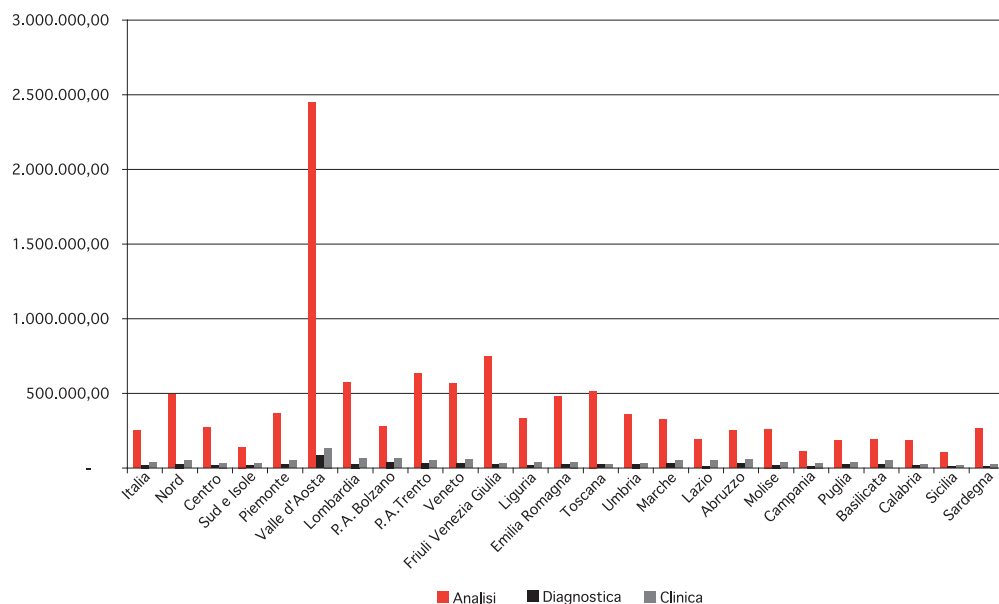
<b>Regioni</b>	<b>Totale</b>	<b>% privati</b>
Italia	9.658	60,17
Nord	2.733	43,32
Centro	1.993	52,48
Sud e Isole	4.932	72,61
Piemonte	454	19,38
Valle d'Aosta	5	60,00
Lombardia	767	61,67
P. A. Bolzano	48	31,25
P. A. Trento	39	46,15
Veneto	477	53,46
Friuli Venezia Giulia	135	31,11
Liguria	347	30,26
Emilia Romagna	461	40,13
Toscana	830	37,95
Umbria	113	23,89
Marche	200	52,00
Lazio	850	70,59
Abruzzo	168	60,71
Molise	56	75,00
Campania	1.452	79,96
Puglia	663	62,44
Basilicata	117	42,74
Calabria	423	56,74
Sicilia	1.701	81,36
Sardegna	352	53,41

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute 2011

Questa disomogeneità si traduce in una marcata differenza circa i volumi medi di attività svolti da ciascuna struttura, con evidenti ripercussioni sul corretto dimensionamento delle strutture stesse, e sulla efficienza del settore.

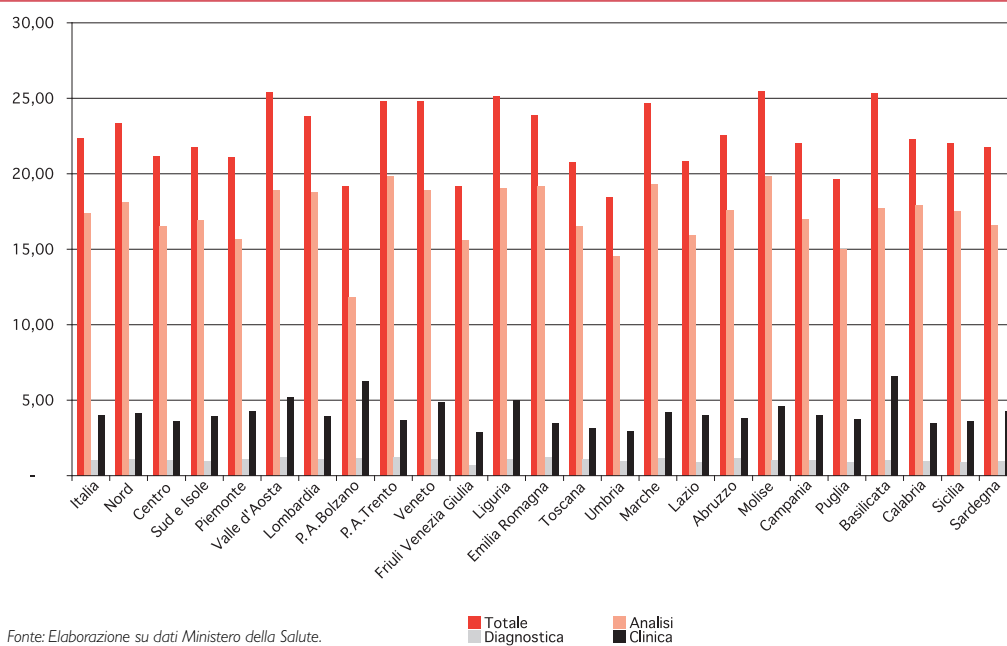
Il divario riscontrato a livello di offerta, inoltre, non trova una giustificazione e conseguente compensazione sul fronte dell'utilizzo (si veda la figura 8.2): il numero di prestazioni pro-capite per popolazione pesata effettuate nel Sud e nelle Isole è in linea con il dato del Centro, ma inferiore a quello delle Regioni settentrionali.

**Figura 8.1 - Prestazioni medie per struttura e per tipo di attività. Valori assoluti – Anno 2009**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute.

**Figura 8.2 - Prestazioni pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti – Anno 2009**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute.

Se sul lato dell'offerta i dati pubblicati sono sufficienti a delineare un esaustivo quadro di sintesi, sul lato dell'utilizzo la disponibilità di informazioni è parziale – a causa della disponibilità dei soli volumi di produzione per branca ma non per singola prestazione – impedisce di fatto di poter inferire su quali specifiche prestazioni si concentra maggiormente la produzione delle Regioni.

Sul fronte della spesa, intendendo con ciò il costo sostenuto dal SSN per l'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da soggetti sia pubblici che privati accreditati, le informazioni disponibili sono ancor più lacunose. In effetti, un'analisi dei costi associati alla specialistica ambulatoriale a livello di sistema Italia risulta assai complessa, se non addirittura impossibile. I dati desumibili dai modelli di CE regionali non consentono, infatti, di evidenziare l'ammontare di spesa generata dai servizi ambulatoriali quando essi sono svolti internamente dalle strutture del SSN.

In definitiva va osservato che il settore, pur essendo in termini di importanza economica secondo solo a quello ospedaliero e a quello farmaceutico, di fatto è quello sul quale le informazioni statistiche utili ai fini di un efficace governo sono più carenti. Gli effetti di tale carenza si riscontrano anche nelle politiche di accesso alle prestazioni e in quelle tariffarie, che presentano discrasie a livello regionale molto significative, con rischi di inefficienza e anche in termini di garanzia di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste carenze appaiono oltremodo preoccupanti dato il futuro probabile inasprimento dei *ticket*, dettato dai noti problemi finanziari del SSN, che se mal gestito potrebbe innescare anche rilevanti problematiche di equità.

Nel seguito concentreremo, quindi, l'analisi sullo stato delle politiche regionali in termini di erogabilità, tariffazione e compartecipazione alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

## 8.2. Il Nomenclatore delle prestazioni

Il 22.7.1996 il Ministero della Sanità con proprio Decreto "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", all'art. 1 ha individuato l'elenco «delle prestazioni di assistenza specialistica, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e le relative tariffe». Il Decreto in oggetto ha offerto, altresì, la possibilità alle Regioni ed alle Province Autonome di prevedere l'erogazione nel proprio territorio di ulteriori prestazioni rispetto a quelle contenute nel Decreto o di accorparne due o più.

Il succitato provvedimento stabilisce anche le tariffe sottolineando che rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori.

Con successivo provvedimento<sup>3</sup>, il Ministero della Salute ha fornito indicazioni circa la possibilità di modulazione delle tariffe a livello regionale. In effetti, dopo la pubblicazione di quest'ultimo atto le Regioni hanno palesato atteggiamenti assai diversificati circa le possibilità che il Decreto offriva loro. Nello specifico, alcune hanno applicato il Decreto senza apportarvi alcuna modifica, altre, di contro, sono intervenute pesantemente inserendo nuove prestazioni, eliminandone altre e modificandone, spesso, le condizioni di erogabilità.

<sup>3</sup> Decreto del Ministero della Salute del 22 luglio 1997.

**Tabella 8.2 - Numero prestazioni dei nomenclatori nazionale (ex DM 1996) e regionali - Valori assoluti – Anno 2009**

<b>Regioni</b>	<b>N. prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomencl. regionali</b>	<b>N. prestazioni ex DM 1996 non presenti nei nomencl. regionali</b>	<b>Prestazioni nuove introdotte dalle singole Regioni</b>
Italia	1.713		
Piemonte	1.443	270	282
Valle d'Aosta	1.688	25	116
Lombardia	1.702	11	258
P. A. Bolzano	1.713		210
P. A. Trento	1.515	198	208
Veneto	1.663	50	145
Friuli Venezia Giulia	1.643	70	462
Liguria	1.713		21
Emilia Romagna	1.694	19	58
Toscana	1.511	202	203
Umbria	1.713		150
Marche	1.569	144	664
Lazio	1.694	19	86
Abruzzo	1.691	22	12
Molise	1.711	2	
Campania	1.676	37	36
Puglia	1.698	15	17
Basilicata	1.704	9	558
Calabria	1.713		
Sicilia	1.694	19	94
Sardegna	1.683	30	24

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

Appare evidente, però, come il numero di prestazioni ex DM 1996 eliminate perché ritenute non più erogabili non sia correlato al numero di prestazioni nuove introdotte; infatti, in alcune Regioni all'elevato numero di nuove prestazioni introdotte non corrisponde una modifica di segno opposto tra le prestazioni ministeriali. Ne consegue, quindi, che il motivo per cui alcune Regioni non adottano integralmente il Nomenclatore nazionale, non deriva tanto dalla eliminazione di alcune prestazioni ritenute non più utili/appropriate, quanto piuttosto, nella maggior parte dei casi, dalla loro sostituzione con altre che da esse si discostano per una molteplicità di variabili: differente metodica, accorpamento con altre, differente unità di misura impiegata e da ultimo – non certamente per importanza – dall'utilizzo di codici diversi per identificare la medesima prestazione, ovvero ancora dall'impiego di codici uguali per differenti prestazioni.

**Tabella 8.3 - Esempi di codici diversi per medesime prestazioni.  
Anno 2009**

<b>Prestazione</b>	<b>Codice</b>	<b>Regione</b>
Acido tricloroacetico	90.0291	Friuli Venezia Giulia
Acido tricloroacetico	9002406	Marche
Altri interventi sui seni nasali	22.9.1	Valle d'Aosta
Altri interventi sui seni nasali	22.9	Friuli Venezia Giulia
Anticorpi anti fosfolipidi	90.49.7	Piemonte
Anticorpi anti fosfolipidi	90.49.6	Lombardia
Centratura di lesione con scintigrafia	92.16.9	P. A. Trento
Centratura di lesione con scintigrafia	92.20.7	Basilicata
Cromogranina	90.33.6	Valle d'Aosta
Cromogranina	90.1841	Friuli Venezia Giulia
Cromogranina	90.18.8	Toscana
Cromogranina	9004109	Marche
Cromogranina	90.57.6	Basilicata
Cromogranina	90.04.6	Piemonte
Cromogranina	90.16.8	Lombardia
Omocisteina	90.34.6	Valle d'Aosta
Omocisteina	90.3441	Friuli Venezia Giulia
Omocisteina	90.65.8	Basilicata
Otomicroscopia	18.19.1	Valle d'Aosta
Otomicroscopia	18.19	Lombardia
Otomicroscopia	18.19	Friuli Venezia Giulia
Otomicroscopia	18.19	Basilicata
Otomicroscopia	18.30	P. A. Bolzano
Otomicroscopia	18.11.1	Veneto

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.



**Tabella 8.4 - Esempi di codici uguali per prestazioni diverse.  
Anno 2009**

<b>Codici</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Regione</b>
89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Piemonte
89.01.1	Visita di controllo omeopatica	Valle d'Aosta
89.01.1	Visita anestesio-logia di controllo per terapia del dolore	Lombardia
89.01.1	Valutazione dietetica e terapia diabetica	Basilicata
89.01.2	Controllo dietologico	Valle d'Aosta
89.01.2	Visita angiologica di controllo	Lombardia
89.01.2	Consulenza e nutrizione artificiale domiciliare	Basilicata
89.05	Visita presso centro accoglienza e servizi (CAS)	Valle d'Aosta
89.05	Valutazione conclusiva del day service	Umbria
90.10.6	Biotinidasi	Piemonte
90.10.6	BNP o PRO-BNP	Valle d'Aosta
90.10.6	Buprenorfina	Toscana
90.17.6	Desossipiridinolina	Lombardia
90.17.6	Determinazioni di rischio prenatale per sindrome di down (1° trimestre): hcg frazione libera e papp A	Friuli Venezia Giulia
90.17.6	Desialo transferrina	Toscana

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

Le precedenti tabelle costituiscono una fotografia sufficiente a delineare la confusione che caratterizza attualmente i criteri di erogabilità nell'assistenza specialistica ambulatoriale in Italia. *In primis*, la mancanza di un sistema di manutenzione ed aggiornamento centralizzato del nomenclatore tariffario ha nella sostanza delegato alle Regioni questa attività, determinando una modifica della tipologia di prestazioni erogabili diversa da Regione a Regione e rendendo, quindi, assolutamente disomogenea la definizione delle prestazioni ricomprese nei LEA; ne discende, invero, da un lato, una profonda diversità del livello assistenziale garantito, intendendo con questo non solo il cosa viene erogato, ma anche le modalità mediante le quali questo si realizza e, dall'altro, ingenti problemi di confrontabilità tra le diverse Regioni.

Questa frammentazione di competenze, comportando, perciò, gradi differenti di accesso alle prestazioni, pone notevoli problemi anche sul piano dell'equità. L'applicazione di questo decentramento decisionale (tipico del disegno federalista), se da un lato dovrebbe garantire scelte più aderenti alle reali necessità delle popolazioni, incontra il suo limite maggiore nel rischio di vedere corrotta l'unità sostanziale del sistema, che trova nei LEA il suo principale riferimento. Il corretto bilanciamento tra autonomia ed equità è certamente uno dei principali problemi che il nostro sistema dovrebbe affrontare. Inoltre, ulteriore elemento critico è rappresentato dalla capacità di verifica che l'autonomia concessa alle Regioni porti alla realizzazione di modelli erogativi veramente efficienti/appropriati.

In conclusione, la mancanza di coordinamento non solo tra il livello centrale ed i sistemi regionali ma anche tra le Regioni stesse, ha generato disomogeneità che oltre a differenziare

l'effettivo livello dell'assistenza specialistica garantito ai cittadini, può sia rendere complessi gli scambi tra le Regioni per quanto riguarda la determinazione della compensazione della mobilità interregionale sia impedire l'effettivo monitoraggio e controllo di questo tipo di assistenza sul territorio nazionale.

### 8.3. Le politiche tariffarie

Il citato DM del 2006 ha fissato altresì le tariffe massime per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che «gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime.....restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe». Ogni Regione ha, quindi, avuto la possibilità o di attenersi al tariffario di riferimento nazionale oppure di adottare, di contro, un proprio meccanismo tariffario.

Aggiungiamo che evidentemente i diversi erogatori (sia pubblici che privati accreditati) presenti sul mercato hanno un interesse diverso nei confronti del sistema tariffario. Infatti, mentre per i soggetti privati le tariffe rappresentano sostanzialmente l'unica forma di finanziamento a fronte delle prestazioni rese a carico del SSN e, quindi, la fissazione di tariffe a livelli che non consentano la copertura dei loro effettivi costi di produzione potrebbe costringerli ad abbandonare il mercato, per i soggetti pubblici, di contro, il livello della tariffa, rappresentando solo una quota del finanziamento delle prestazioni ricomprese nei LEA, e non dovrebbe sostanzialmente modificare la loro offerta, essendo comunque tenuti all'erogazione delle prestazioni indipendentemente dalla loro remuneratività. Da ciò ne discende che in particolare in quelle realtà dove il mercato è rappresentato per una cospicua parte dal comparto privato accreditato, le Regioni dovrebbero porre attenzione nel fissare le tariffe in maniera tale da assicurare comunque una remunerazione adeguata per le prestazioni rese.

Il confronto tra le tariffe regionali e quelle nazionali relativamente alle sole prestazioni ex DM 1996, tuttavia, ha evidenziato che ci sono tariffe di prestazioni che, pur essendo previste in tutte le Regioni, presentano dei differenziali rispetto alla tariffa minima di oltre 61 volte. Ma, contrariamente a quanto ci si aspetterebbe, non sono le Regioni in cui il privato accreditato possiede la maggior parte delle strutture quelle in cui si sono avuti i maggiori incrementi tariffari rispetto al valore nazionale, quanto piuttosto quelle ripartizioni in cui il privato rispetto al pubblico occupa una quota inferiore del mercato. Questo può essere attribuito ad un duplice ordine di motivi: innanzitutto, agli ingenti disavanzi di alcune Regioni, il cui ripiano impone alle stesse l'applicazione ai soggetti erogatori di limiti di spesa, che a loro volta si traducono sia in una riduzione dell'acquisto di prestazioni, sia nell'adozione delle regressioni tariffarie, a discapito, in alcuni casi, della "regola aurea" secondo cui la tariffa dovrebbe coprire il costo di produzione; in secondo luogo, a meccanismi di "selezione delle strutture": alcune "realità" presentano sui loro territori una consistenza numerica di ambulatori e laboratori privati accreditati in eccesso rispetto all'effettivo fabbisogno – Sud e Isole hanno un numero di strutture accreditate triplice rispetto al dato del Centro, a parità di prestazioni pro-capite – e conseguentemente il meccanismo della regressione tariffaria dovrebbe permettere la sopravvivenza solamente delle più efficienti.

**Tabella 8.5 - Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa massima e minima.  
Valori assoluti - Anno 2009**

Rango	Prestazione	Max	Min	Max/Min	Media	a) <sup>4</sup>	b) <sup>5</sup>	c) <sup>6</sup>
1	FOTOFERESI TERAPEUTICA	665,00	7,70	86,36	73,70	7,75	10,00	5,00
2	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	475,15	7,78	61,07	98,21	77,47	21,00	10,00
3	LATTE MULIEBRE	94,00	1,70	55,29	8,48	3,98	20,00	8,00
4	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE, CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE	400,00	9,50	42,11	30,52	9,71	19,00	11,00
5	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	220,63	6,66	33,13	43,87	34,86	21,00	10,00
6	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	42,00	1,55	27,10	10,41	8,78	19,00	10,00
7	TRAINING PRENATALE	175,76	6,80	25,85	123,29	122,56	20,00	11,00
8	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	84,80	3,75	22,61	59,40	59,29	21,00	10,00
9	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	125,60	6,02	20,86	88,54	87,80	21,00	14,00
10	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	17,10	0,85	20,12	13,10	13,32	21,00	7,00
11	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	41,60	2,12	19,62	32,26	32,54	21,00	10,00
12	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	223,80	12,19	18,36	51,00	41,83	21,00	10,00
13	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	97,64	5,55	17,59	39,99	36,15	21,00	11,00
14	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	58,50	3,40	17,21	39,29	40,90	21,00	13,00
15	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	41,30	2,58	16,01	4,71	2,79	21,00	9,00
16	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	200,00	12,76	15,67	56,94	34,86	21,00	10,00
17	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	29,00	1,86	15,59	14,63	13,94	21,00	10,00
18	LEGATURA DELLE EMORROIDI	175,23	11,33	15,47	48,65	41,83	21,00	10,00
19	CROMOCISTOSCOPIA	211,12	13,89	15,20	64,70	56,81	21,00	10,00
20	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	51,70	3,46	14,94	36,29	36,15	21,00	12,00

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

<sup>4</sup> Tariffe ex DM 1996.

<sup>5</sup> Numero Regioni che prevedono la prestazione.

<sup>6</sup> Numero Regioni che adottano la tariffa ministeriale.

In effetti, benché sia evidente come le Regioni dovrebbero modulare i propri sistemi tariffari, tenendo in debita considerazione l'aggiornamento delle classificazioni, la verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, la verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni in base al livello tariffario), gli strumenti per l'identificazione e l'eventuale penalizzazione di comportamenti opportunistici da parte di determinati erogatori, di fatto spesso adottano politiche tariffarie influenzate dalle regole dettate dalle necessità di contenere i disavanzi o comunque non collegate agli effettivi costi di produzione.

#### 8.4. Le misure di compartecipazione

In seguito alla riforma dello scorso luglio sulle misure di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, attuata con Decreto del Ministero della Salute, le Regioni hanno provveduto a rimodulare gli importi delle compartecipazioni richieste ai cittadini.

Le compartecipazioni adottate dalle diverse Regioni non sono state, però, uniformi; ci sono state quelle che hanno applicato il "super ticket" da € 10,00 senza apportarvi alcuna modifica, quelle che invece non lo hanno applicato e, infine, ci sono state quelle che hanno deciso di modularlo o in base al reddito oppure in base alla tipologia di prestazione.

Le Regioni che hanno deciso di modulare i ticket sulla base del reddito hanno senza dubbio cercato di perseguire una politica più equa; non di meno non sono state ritoccate in analogia modalità le condizioni di esenzione per reddito, che rimangono rigidamente legate ad un unico livello reddituale.

Certamente meno informate a criteri di equità, quanto piuttosto a ragioni di efficienza o appropriatezza, sono state le scelte di quelle Regioni che hanno deciso di modellare i ticket in modo progressivo in base alla tipologia di prestazione a prescindere dalle condizioni reddituali<sup>7</sup>. Si consideri inoltre che i € 36,15 di franchigia, più i € 10,00 fissi aggiunti dalla manovra si pagano per ciascuna ricetta, che per legge non può contenere più di otto prestazioni che, soprattutto, devono essere omogenee. L'esito potrebbe essere un inasprimento delle compartecipazioni effettive, tale da indurre i cittadini non esenti alla rinuncia ad utilizzare la prescrizione del SSN, o al limite a rinunciare all'effettuazione di determinate prestazioni. Se la prima opzione si traduce in un risparmio per i SSR, è pur vero che determina un forte incentivo all'*opting out*, ovvero tendenzialmente una insoddisfazione per i servizi del Servizio sanitario pubblico.

<sup>7</sup> Nelle Regioni che hanno adottato un simile provvedimento, ai cittadini non esenti verrà richiesto di pagare una cifra variabile proporzionale al valore della prestazione stessa. Ad esempio, in Lombardia, per le ricette fino a € 5,00 non è previsto alcun aggravio di spesa mentre l'aumento del ticket è graduale per le altre prestazioni fino ad un massimo di € 30,00 in più per gli esami più complessi e quindi meno frequenti (ai circa € 36,00 attuali di ticket devono essere aggiunti € 30,00, quindi il totale da pagare è di € 66,00).

**Tabella 8.6 - Ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale  
Valori in € – In vigore al 12.2011**

Regioni	Ticket su prestazione	Applicazione ticket da € 10,00	Costo aggiuntivo	Costo totale
Piemonte	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
Valle d'Aosta	36,15	No	-	36,15
Lombardia	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
P. A. Bolzano	36,15	No	-	36,15
P. A. Trento	36,15	No	-	36,15
Veneto	36,15 (calcolato sulla base di un tariffario diverso da quello impiegato ai fini della remunerazione degli erogatori, non gravato dagli aumenti ex DGR 430/2004 e 917/2006)	Da 36,15 a 46,15	Sì, progressivo in base al reddito	Fino a 10,00
Friuli Venezia Giulia	36,00	Sì	10,00	46,00
Liguria	36,15	Sì	10,00	46,15
Emilia Romagna	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 70,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Toscana	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 34,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Umbria	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 34,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Marche	36,15	Sì	10,00	46,15
Lazio	36,15	Sì	10,00	46,15 (fino a 61,15 per TAC e RMN)
Abruzzo	36,15	Sì, € 10 fisso sopra € 36.000,00	Fino a 10,00	46,15
Molise	36,15 a cui si aggiungono: a) € 15,00 per RMN/TAC; b) € 5,00 per FKT; c) € 4,00 per tutte le altre prestazioni e per i "pacchetti ambulatoriali".	Sì	10,00	46,15 (fino a 61,15 per TAC e RMN)
Campania	36,15 (fino a € 50,00 per i "pacchetti ambulatoriali"), oltre ad una quota fissa di € 10,00 per ricetta (€ 5,00 per i cittadini esenti non dovuta per alcune categorie di esenti).	Sì	10,00	56,15 (fino a 70,00 per i pacchetti ambulatoriali)
Puglia	36,15	Sì	10,00	46,15
Basilicata	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
Calabria	45,00 + 1,00 (quota fissa).	Sì	10,00	56,00
Sicilia	36,15	Sì	10,00	46,15
Sardegna	46,15	Sì	1,00	47,15

Fonte: Quotidiano Sanità

### 8.5. Conclusioni

La breve disanima svolta ha permesso di evidenziare le carenze informative che, a tutt'oggi, insistono sul sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale. La mancanza di dati su alcuni aspetti fondamentali, quali l'utilizzo ed il costo della specialistica erogata nelle strutture pubbliche ospedaliere, congiuntamente all'assenza di una *governance* e di una "strategia centrale" sia sulle prestazioni erogabili, sia sulle politiche tariffarie, ma anche sulle misure di compartecipazione, hanno determinato:

- una modifica della tipologia di prestazioni erogabili diversa da Regione a Regione, con evidenti ripercussioni sul piano dell'equità;
- una scarsa capacità di verifica che la delega concessa alle Regioni sulle prestazioni erogabili e relative tariffe conduca alla realizzazione di modelli sia efficienti che appropriati;
- una oggettiva difficoltà nel determinare le compensazioni interregionali;
- un probabile "slittamento" di una parte della domanda verso il mercato privato.

Nella sostanza, la mancanza di regole comuni e ben definite non garantisce risposte omogenee in termini di tutela della salute dei cittadini.

## APPENDICE

### **Approfondimenti sull'“assistenza specialistica ambulatoriale” Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS**

#### **•Offerta**

Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori pubblici per tipo di assistenza  
Ambulatori e laboratori pubblici per tipo di assistenza. Variazioni medie annue  
Ambulatori e laboratori pubblici ospedalieri  
Ambulatori e laboratori pubblici ospedalieri. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori pubblici extraospedalieri  
Ambulatori e laboratori pubblici extraospedalieri. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori privati accreditati per tipo di assistenza  
Ambulatori e laboratori privati accreditati per tipo di assistenza. Incidenza  
Ambulatori e laboratori privati accreditati ospedalieri  
Ambulatori e laboratori privati accreditati ospedalieri. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori privati accreditati extraospedalieri  
Ambulatori e laboratori privati accreditati extraospedalieri. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto  
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto. Composizione  
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Dimensione media  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Dimensione media. Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti).  
Variazioni percentuali  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)  
per popolazione pesata  
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)  
per popolazione pesata. Variazioni percentuali

#### **•Utilizzo**

Prestazioni per tipo di assistenza  
Prestazioni per tipo di assistenza. Composizione  
Prestazioni per tipo di assistenza. Variazioni percentuali  
Prestazioni pro-capite per tipo di assistenza  
Prestazioni pro-capite per tipo di assistenza. Variazioni percentuali  
Prestazioni pro-capite per popolazione pesata per tipo di assistenza  
Prestazioni pro-capite per popolazione pesata per tipo di assistenza. Variazioni percentuali

#### **•Spesa**

Spesa per specialistica accreditata. Mil. di €  
Spesa per specialistica accreditata pro-capite. €

Spesa per specialistica accreditata. Variazioni %  
Spesa per specialistica accreditata. Numeri indice  
Spesa per specialistica accreditata su spesa convenzionata. %  
Spesa per specialistica accreditata su spesa pubblica. %  
Spesa per specialistica accreditata pro-capite per popolazione pesata. €  
Spesa specialistica accreditata-Graduatoria delle Regioni (per popolazione semplice e pesata)

**•Regolamentazione**

Prestazioni presenti nei Nomenclatori  
Prestazioni presenti nei Nomenclatori. Composizione  
Prestazioni non presenti nei Nomenclatori  
Prestazioni nuove  
Prestazioni nuove. Composizione  
Prestazioni nuove. Stesso codice prestazioni diverse  
Prestazioni nuove. Codice diverso stessa prestazione  
Prestazioni aggregate per categoria  
Prestazioni categoria diagnostica. Incidenza  
Prestazioni categoria laboratorio. Incidenza  
Prestazioni categoria riabilitazione. Incidenza  
Prestazioni categoria terapeutiche. Incidenza  
Prestazioni categoria visite. Incidenza  
Prestazioni aggregate per branca  
Prestazioni aggregate per branca. Incidenza  
Prestazioni. Rapporto tariffa massima e minima  
Prestazioni. Differenza minima tra tariffa massima e minima  
Compartecipazione