

Chi siamo Formazione Abbonati Contatti Convegni Libri Link utili Norme&Sentenze Newsletter



Fatti E Persone Direzioni ▾ Unità Operative ▾ Sicurezza Ingegneria Clinica Ricerca Editoriale



Home > Unità Operative > Diagnostica > Costi delle prestazioni diagnostiche in radiologia l'analisi di Sirm

Unità Operative Diagnostica

Costi delle prestazioni diagnostiche in radiologia l'analisi di Sirm

Il progetto E-value, sviluppato da Sirm in collaborazione con Fondazione Sirm e Gene.sys, rileva in ambito di diagnostica radiologica forti criticità in termini di prestazioni in perdita. Serve una nuova governance per l'ottimizzazione delle risorse, delle strutture, della gestione della spesa nel suo complesso

Maria Mori 13 Luglio 2026



È un contesto critico quello che si presenta in ambito di diagnostica radiologica, a seguito del documento sulla "Determinazione dei costi delle prestazioni diagnostiche. Il progetto E-value", redatto dalla Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica in collaborazione con Fondazione Sirm e Gene.sys. Criticità che sono confermate anche da documenti ufficiali come il Rapporto del Ministero della Salute, sebbene riferito al 2023, e analisi di Fondazione Gimbe, più recenti e aggiornate.

Dati che richiamano alla necessità di nuove politiche sanitarie, di un'ottimizzazione delle risorse, economiche e umane, organizzative delle strutture di riferimento, di sinergie fra istituzioni, stakeholder, specialisti del settore e radiologi, per dare una nuova possibilità e risorse alla diagnostica in ottica di prestazioni stimate in aumento, in funzione dello scenario sociodemografico attuale: una popolazione di anziani e di cronici in crescita, così come di pazienti oncologici e, di conseguenza, anche i (fab)bisogni assistenziali. Comprese le prestazioni di diagnostica e nello specifico, di radiologia diagnostica.

Il progetto E-value

Lo studio è stato condotto con l'obiettivo di dare una panoramica, profilata, oggettiva e aggiornata dei costi reali delle prestazioni di radiologia, tramite una rilevazione ampia e inclusiva, rappresentativa delle diverse realtà territoriali e organizzative e un

LEGGI TECNICA OSPEDALIERA



n.6 - Luglio 2026 n.5 - Giugno 2026 n.4 - Maggio 2026

[Edicola Web](#)

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER



FARMACIA OSPEDALIERA

Dispositivi medici e IA, l'esperienza dell'E.O. Ospedali Galliera


numero adeguato di strutture, pubbliche che private distribuite sull'intero territorio nazionale secondo quanto prevede la normativa. Lo studio ha analizzato i costi delle singole prestazioni in ambito radiologico, sia in termini di tipologie di costo che di processo, l'organizzazione dei Servizi di Radiologia, comprese le dotazioni strumentali in essere, l'organizzazione del personale, l'andamento dei costi in funzione dei volumi di attività e dei differenti modelli organizzativi.

Il tutto per definire volumi e modelli ottimali e offrire una valutazione di efficienza nell'utilizzo delle strumentazioni e del personale. Sono state individuate 12 strutture campione, 6 pubbliche e 6 private, dislocate nelle varie aree territoriali (Nord Est e Nord Ovest, Centro, Sud e Isole), nelle quali si è proceduto alla rilevazione e valutazione dei costi, specificatamente i costi delle strumentazioni, del personale e generali, secondo la metodologia dell'Activity Based Costing.

Si tratta di un sistema di raccolta di informazioni per la determinazione del costo pieno (full costing) di prodotti/servizi, ribaltando i costi delle attività (necessarie per realizzare quel prodotto/servizio) sul prodotto/servizio attraverso dei parametri detti activity drivers che misurano quanto un prodotto/servizio ha consumato per attività specifiche, sulla scorta della cd distinta base utilizzata da Ministero della Salute e dal MEF negli atti di riferimento. Dallo studio, in tutte le aree radiologiche analizzate, emerge un quadro generalmente in perdita, con vari gradi di rilevanza, in riferimento al R.O.I. (Return On Investment), un indicatore di redditività della tariffa in confronto al valore mediano di costo. Nello specifico in ambito di:

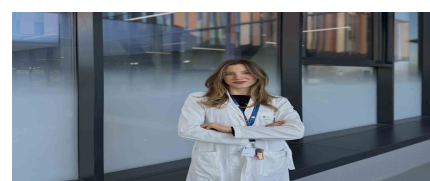
- radiologia tradizionale: tutte le prestazioni, dalle più frequenti, come rx del torace, della colonna cervicale, del sacrococcige, per citarne alcune, fino alle più specialistiche, tra cui mammografie, ortopantomiche, sono in rosso con valori tariffari fermi al 1988, e con valori ROI, variabili da punte minime intorno allo 0,22 a picchi di 0,94. Fanno eccezione poche prestazioni: la Densitometria ossea, DXA lombare, femorale, ultradistale in cui il ROI si assesta su una redditività presumibilmente insufficiente (per valori compresi fra 1.2 e 1.5), nello specifico attorno a 1,23;
- tomografia computerizzata: la gran parte delle prestazioni è in perdita, come TC dell'addome completo o del torace senza e con mezzo di contrasto, TC Total Body per stadiazione oncologica, così come TC del cuore con e senza mezzo di contrasto, TC coronarografia. Mentre in numero inferiore, in cui rientrano ad esempio TC del cranio-encelalo, del braccio e gomito, fanno rilevare ROI di insufficiente redditività, e in una misura ancora più ridotta prestazioni quali Tac del rachide e dello speco vertebrale e cervicale, TC dell'addome inferiore e superiore, mostrano un ROI significativamente insufficiente con valori tra 1 e 1.2;
- vascolare interventistica: anche in questo contesto, sebbene siano state rilevate solo alcune prestazioni, si alternano prestazioni in rosso, come arteriografia monolaterale dell'arto superiore e inferiore, rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale, toracentesi ecoguidata o TC guidata. A poche le prestazioni, in giallo (presumibilmente con redditività insufficiente). Tra queste, agobiopsia ecoguidata transtracheale o transbronchiale di linfonodi ilo mediastinici e, infine, alcune in arancione, con ROI a valori fra 1.2 e 1.5 quali la biopsia della parete toracica TC-guidata o della pleura o la biopsia a cielo aperto dei nervi periferici. In controtendenza alcune prestazioni in positivo, come la nefrostomia percutanea senza frammentazione, la biopsia [percutanea] mammaria vacuum assisted ecoguidata e in stereotassi e poche altre, con punte ROI che superano anche il 5.0;



Stada Health Report 2026: il bivio tra carenza di personale e transizione all'IA



L'incontro con la farmacologia clinica



Monitoraggio dei consumi farmaceutici territoriali e farmacoepidemiologia



01HEALTH

Ospedali connessi, IoT e cybersecurity per continuità operativa e cura



Dati sanitari rubati, il cybercrime trasforma la sanità in una supply chain criminale



- ecografia-ecocolordoppler: è un comparto generalmente in perdita con poche eccezioni, come l'ecografia ostetrica morfologica, l'ecoencefalografia, l'ecografia transfontanellare insieme ad alcune altre che fanno registrare redditività in giallo, mentre uniche in arancio sono il monitoraggio ecografico del ciclo ovulatorio e l'ecografia mediastinica transesofagea;
- risonanza magnetica: le prestazioni in quest'ambito sono tutte, senza alcuna eccezione, in perdita.

Una delle ragioni di perdite così ingenti è correlata al fatto che le strutture di radiologia sono per antonomasia energivore, specie in relazione alla quantità di energia elettrica necessaria al funzionamento delle macchine pesanti (Tac e RM), come è stato evidenziato dal lavoro di Sirm per tutto il periodo quinquennale di rilevazione dei dati, con un confronto a 5 e 8 anni, a partire dal 2019. Le variazioni, in quest'arco temporale, mostrano un'incidenza significativa sul costo finale di produzione delle prestazioni dell'ordine non inferiore al 10% circa, tra dicembre 2020 e luglio 2022.

«Un sistema che non è in grado di recepire cambiamenti di questa portata nella struttura dei costi delle prestazioni sanitarie», dichiara **Bruno Accarino**, membro del Consiglio Direttivo Sirm e coordinatore del gruppo di lavoro che ha redatto il documento, «introduce ulteriori elementi di disomogeneità nei valori tariffari. Il risultato non potrà che essere quello di avere distorsioni significative nell'offerta dei servizi radiologici nel nostro Paese». Dati che sono meritevoli di alcune ulteriori osservazioni.



Bruno Accarino, membro del Consiglio Direttivo Sirm e coordinatore del gruppo di lavoro che ha redatto il documento

Considerazioni preliminari

L'analisi dei costi delle prestazioni è intimamente correlata con la questione delle tariffe, quale base necessaria per la loro determinazione, che non può prescindere dall'analisi e dell'attenzione da riservare al comparto. Tenendo altresì conto che la radiodiagnostica rappresenta la terza voce di costo nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale del Ssn, che comprende personale e l'assistenza farmaceutica, caratterizzato da una forte vocazione (necessità) all'innovazione continua e quindi di costanti investimenti in macchinari e in aggiornamento del personale specialistico che le utilizza, e con revisione periodica del nomenclatore e delle tariffe.

Allo stato attuale, tuttavia, si evidenzia che il Ssn non è stato (s)oggetto a tale aggiornamento, o laddove lo sia, è stato implementato con molto ritardo e notevoli

Serenis porta online medicina generale e pediatria per privati e famiglie



Sanità e AI: il vero limite non sono i modelli ma i dati



criticità. Va detto che il nomenclatore è stato sottoposto a revisione dei Lea, sulla base di quanto definito al 2017, criteri e valutazioni anch'essi troppo datati e pertanto meritevoli di un up-dating, mentre un recente aggiustamento delle tariffe, a livello nazionale, è stato presentato ed approvato dalla Conferenza Stato Regioni con prescrizioni, non ancora pubblicate, quindi attualmente non esecutive.

Le prestazioni che rientrano nella diagnostica Lea

Fa fede allo stato attuale, per quanto riguarda le prestazioni incluse nei Lea, il decreto ministeriale del 2017, in rielaborazione al Ministero della Salute, a quasi dieci anni dalla sua pubblicazione, prioritaria in considerazione dello scenario sociodemografico e assistenziale radicalmente cambiato, passato anche dalla pandemia Covid.

«Tale documento», spiega Accarino, «resta a oggi la base per definire le prestazioni a carico del Ssn, ovvero la soglia di prestazioni minime accettabile ma con eventualmente possibilità di superamento da parte delle Regioni, ad esempio quelle che non si ritrovano in piano di rientro, con fondi propri e non statali. Va infatti ricordato che i Lea sono finanziati dal riparto del Fondo Ssn, pari all'incirca a 134 miliardi di euro onnicomprensivi di tutti i comparti che lo compongono, ovvero ospedali con il proprio personale, medici di medicina generale, pediatri, ma anche strutture da quelle convenzionate, alle cliniche private, alle farmacie. Questa cifra sommatrice viene poi ripartita tra le varie regioni, con un criterio di fatto vecchio e che andrebbe rivisto, poiché crea delle disparità documentabili sul territorio nazionale».

In merito alle scheda di dimissione ospedaliera, gli ultimi dati di spesa sono datati, riferiti al rapporto del Ministero della Salute del 2023, con anche alcune criticità da considerare: non sempre vengono infatti trasmessi tutti i dati da tutte le Regioni, pertanto assodata la loro attendibilità, i dati delle Sdo potrebbero essere lacunosi o non totalmente corrispondenti al vero per alcune voci. In generale, nel 2023, si osserva una ripresa dei ricoveri ospedalieri, già emersa dal 2021, dopo la contrazione del 2020 a causa della pandemia, ma con volumi prodotti al di sotto dei livelli pre-pandemici. Oltre ai dati ministeriali esiste anche un documento spalla di Gimbe, anch'esso comprensivo di tutti i dati e più aggiornato, con la differenza che quelli del Ministero sono dati ufficiali e quelli del Gimbe di una organizzazione, comunque valida.

«Le Sdo», chiarisce Accarino, «sono la base, come detto, per la definizione dei Drg, che come noto stanno per diagnosis related groups e indicano la tipologia di ricovero, calcolato non in funzione delle giornate di degenza ma di una classificazione delle varie patologie oggetto di trattamento, secondo decreto ministeriale, che includono prestazioni ospedaliere (ricoveri) e ambulatoriali che rientrano nei Lea, definiti dall'ICD9CM, una classificazione internazionale, in fase di aggiornamento da parte del Ministero della Salute».

Le variabili di spesa che sfuggono

Sono molteplici, anche in ambito di radiologia diagnostica, essenzialmente per un problema di metodologia di calcolo. «Allo stato attuale la spesa dovrebbe essere calcolata sui bisogni, quindi su un dato statistico, per esempio sul numero di esami eseguiti per il monitoraggio delle singole patologie, ma ciò non sempre avviene. I dati per la specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento all'area radiologica,

mostrano diverse criticità. Mentre la spesa convenzionata esterna, cioè delle strutture accreditate a gestione privata, è facilmente desumibile poiché mensilmente queste strutture sono tenute a rendicontare quanto eseguito per conto del Ssn, e quindi a essere remunerate per il numero di prestazioni effettivamente erogate, così come per i Drg eseguiti da privati, che seguono il medesimo iter della spesa ambulatoriale convenzionata, non esistono grosse criticità, diversamente dai Drg erogati dalle strutture a gestione pubblica. In questo contesto, la Sdo che determina il Drg, non è lineare. Infatti, il paziente al primo accesso in ospedale viene inquadrato per una certa patologia, ma questa può subire delle variazioni durante il ricovero, nel caso in cui il paziente, ad esempio, dopo un intervento chirurgico richieda un periodo di degenza in rianimazione, e un successivo passaggio a un reparto diverso da quello del primo ingresso. Tutte queste variabili saranno incluse nella Sdo alla dimissione con sensibili impatti sui Drg. Inoltre, va considerato che il Drg è omnicomprensivo, ovvero non ha un indice analitico che permetta di rendicontare gli antibiotici somministrati, le quantità di garze e siringhe utilizzate, piuttosto che le prestazioni di radiologia effettuate o altro. Non c'è, in buona sostanza, una vera e propria distinzione fra le varie prestazioni effettuate nel corso del ricovero, sebbene possano essere desunte ed estrapolate tramite un algoritmo che il Ministero ha appositamente creato».

Allo stato attuale, l'unico modo per ricavare l'analitico del numero di prestazioni, comprese quelle di radiologia diagnostica eseguite durante il ricovero, sarebbe la compilazione nella scheda della Sdo di otto campi specifici dedicati, identificativi di tutte le prestazioni che il paziente può aver eseguito durante il ricovero.

Ecco, però, un'altra criticità: la compilazione di questi otto campi è facoltativa, se vengono riempiti, bene, altrimenti fa lo stesso. Il bandolo della matassa non è quindi sciolto, con la logica conseguenza che è pressoché impossibile calcolare in maniera analitica, certificata, e accurata il numero di prestazioni, per esempio, di radiodiagnostica che il paziente ha realmente effettuato durante il ricovero: una radiografia del torace, o forse due, o tre? Una ecografia dell'addome? Impossibile a dirsi, e lo stesso vale per tutti gli altri esami, compresa la possibilità di quantificare il numero di emocromi ripetuti nell'arco del ricovero.

«Ciò fa sì che il dato che il Ministero riporta ufficialmente è sempre monco e incompleto. Pertanto, è da intendersi che i 65 milioni annui di prestazioni di radiodiagnostica, dichiarate nei rapporti ministeriali, si riferiscono solo a prestazioni eseguite da privati in accreditamento ambulatoriale, tutto il resto della sanità resta escluso: esami effettuati in ricovero, Day Hospital, accessi in Pronto Soccorso e così via. In buona sostanza, tuttavia, estrapolando dal numero di Sdo, e calcolando 1,5 prestazioni per ogni paziente, si desume che il numero di prestazioni denunciato sia nettamente inferiore rispetto a quello realmente eseguito, a differenza della specialistica ambulatoriale convenzionata in cui invece è possibile arrivare a un dato certo e certificato, sulle base del nomenclatore e del tariffario».

Inoltre, esiste una distinta base, inserita nei decreti ministeriali, in cui sono indicati i singoli costi che devono essere verificati e computati per arrivare alla determinazione del costo di ogni singola prestazione. Anche in quest'ambito, però, sussistono delle criticità: il Ministero, non mantiene sempre attivo e aggiornato questo computo e – secondo aspetto – la valutazione per essere obiettiva e oggettiva, andrebbe eseguita su una quota significativa di strutture pubbliche e private, distribuite in maniera ubiquitaria su tutto il territorio italiano.

Azione incompiuta anche in questo caso a livello centrale, spingendo Sirm a redigere il proprio documento. Alle strutture partecipanti al progetto E-valuate è stato pertanto chiesto di fornire dati rispetto a questa distinta base, potendo così stimare il costo effettivo di produzione e da qui se la tariffa stabilita dal Ministero era remunerativa, sotto-remunerativa o sovra-remunerativa, in riferimento ai costi considerati (strumentazione, personale, costi generali).

«Anche sulla determinazione del fabbisogno di prestazioni, sempre in riferimento alla parte ambulatoriale è stato condotto un apposito studio in collaborazione con Crea Sanità, dove, utilizzando i dati forniti dalla Regione Basilicata, definito un algoritmo, è stato strutturato un sistema per la determinazione dei fabbisogni. L'analisi è stata anche presentata in Agenas e potrebbe fungere da traccia per definire i fabbisogni nelle differenti realtà territoriali. Tali calcoli e valutazioni sono uno strumento di grande utilità, ad esempio, per migliorare la gestione delle risorse, stimare se queste sono allocate in maniera congrua e adeguata, evitando eventuali sprechi. Le istituzioni intervenute in queste valutazioni, come Sirm e anche il Sindacato Nazionale Radiologi, sono interlocutori qualificati per poter contribuire a dare risposte utili in tema di determinazioni di spesa, dovendo comunque poi fare i conti con i fondi delle Casse dello Stato. Punto di partenza resta, comunque, la finalizzazione nel modo ottimale delle poche e attuali risorse disponibili».

Ulteriori criticità

Sullo scenario generale e determinazione dei fabbisogni potrebbero impattare altre variabili importanti, in primo luogo la regionalizzazione che ha creato un "mostro con 21 teste" in cui ciascun territorio si gestisce in autonomia e dove il Ministero in alcuni casi è costretto a subire determinate scelte non del tutto condivise.

«È la Conferenza Stato-Regioni a dettare legge in materia e con la regionalizzazione derivante dalla modifica di titolo V della Costituzione che risale al 2001, si sono creati forti squilibri che hanno portato a identificare alcune Regioni come virtuose e altre canaglia, ma anziché aiutare vietando, sarebbe cruciale migliorare il sistema alla fonte per non ampliare le divergenze e le disparità già tutt'ora esistenti. In assenza di una inversione di rotta nella gestione della sanità, tenendo conto che non esiste una sanità pubblica e una privata ma un'unica sanità a gestione pubblica e a gestione privata, l'impatto sulla qualità delle prestazioni e sulla disponibilità dei servizi potrà essere enorme su tutti i fronti. Il Ssn, infatti, è un organismo unico che si regge su due gambe, come viene meno una delle due, la struttura cade. La diatriba tra pubblico e privato è di conseguenza una guerra ideologica che non porta da nessuna parte: ben inteso, vanno definiti i compiti, i limiti e i perimetri di ognuna delle due, ma è cosa ben diversa dalla diatriba di contrapposizione».

Tali criticità si evidenziano in molteplici altri settori, per esempio in ambito di spesa sanitaria attribuita alle regioni, dove la cosiddetta quota capitaria pesata, ovvero il meccanismo di finanziamento sanitario basata su una somma fissa erogata per ogni assistito, poi ridefinita in relazione a precisi indici, risulta anacronistica, tenuto conto anche del radicale cambiamento cui stiamo assistendo.

Per esempio, il Trentino-Alto Adige ha una quota capitaria pesata che è di circa 200 euro, più alta rispetto al Lazio.

«Questo metodo oggi non regge più, poiché dà maggior peso alla media dell'età delle

persone, non all'età media di sopravvivenza, e a una serie di altri fattori impattanti. Tant'è che più di recente alla quota capitaria pesata sono stati aggiunti altri due indici, l'indice di deprivazione, in cui rientra, per esempio, la disoccupazione e, appunto, la vita media della popolazione, tenuto conto che dal Lazio a scendere questa si riduce mediamente di tre anni. Va da sé che sul 97,50% dato dall'età anagrafica, che pesa per la maggiore, si sommano uno 0,75% per ciascuno degli altri due indici. Se l'indice di deprivazione e di vita media venissero variati e si entrasse in una fase più virtuosa e aderente alla realtà, lo scenario di finanziamento delle regioni cambierebbe radicalmente. Per una serie di inspiegabili ragioni, però, questo non avviene. Inoltre, fra il Nord e il Sud Italia c'è una grande differenza in termini di strutture, con al Nord una concentrazione di Irccs che si riduce in maniera drastica via via che ci si sposta verso Sud. Ciò significa che le strutture abilitate a fare ricerca attingono a doppi finanziamenti, dal Ssn e dal Miur, con possibilità differente di erogazione anche al cittadino-paziente».

La grande sfida

È la qualificazione della spesa. Per esempio, i pazienti oncologici dovrebbero essere gestiti con una governance a parte. Sì all'erogazione in Ssn di prestazioni come radioterapia e chemioterapia ed altri trattamenti oncologici senza limiti, ma l'offerta gratuita dovrebbe (anzi deve) estendersi anche a tutte le prestazioni per il monitoraggio della malattia o il controllo degli esiti delle terapie.

«Un paziente cronico o un anziano con la lombalgia possono attendere una prestazione, anche radiologica, non il paziente oncologico. Il quale a fronte di lunghe liste di attesa, se ne ha la possibilità si rivolgerà a prestazioni di carattere totalmente privato e non pubblico, sottolineando ancora una volta la divergenza e la categorizzazione di pazienti di serie A e di serie B».

Dati di fatto che a oggi con l'innovazione, le tecnologie e le strutture di eccellenza e il Ssn universalistico non sono più accettabili. La governance della spesa deve essere pertanto una priorità, a livello istituzionale e clinico, a salvaguardia del paziente. Indipendentemente dalla patologia di cui è affetto, dalla prestazione di cui ha diritto, in cronicità o estemporanee, dal territorio di residenza.

Articolo tratto dal numero di giugno 2026 di Tecnica Ospedaliera



Abbonati a Tecnica Ospedaliera

TAGS diagnostica radiologica



ARTICOLI CORRELATI DI PIÙ DELLO STESSO AUTORE

