



Regione Lombardia
IL CONSIGLIO



Il finanziamento
delle funzioni
sanitarie non
coperte da
tariffe predefinite

Promossa dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione
Realizzata dal Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali
Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali

1 Bis **Marzo 2013**

CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Questa Missione Valutativa è stata promossa dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione d'intesa con la III Commissione consiliare. L'Ufficio di Presidenza ne ha approvato la realizzazione e la ha affidata al Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali – Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali del Consiglio regionale della Lombardia

Gruppo di lavoro:

Elvira Carola (*direzione*)

Isabella Bertoneri (*analisi*)

Daniela Carnelli (*segreteria di redazione*)

Stampa a cura del Centro Stampa del Consiglio regionale della Lombardia

È possibile richiedere copia della pubblicazione e della documentazione segnalata presso l'Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali tel. 0267482437 – 2302 - Via F. Filzi, 22 - 20124 Milano
e-mail ufficio.analisileggi@consiglio.regione.lombardia.it

Documentazione ad uso interno. Distribuzione gratuita. Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

PREMESSA

Questo documento costituisce un'appendice al Rapporto *Il finanziamento delle funzioni sanitarie non coperte da tariffe prestabilite* che ha concluso la missione valutativa assegnata a questa struttura dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione nell'anno 2012.

Il Comitato, d'intesa con la III Commissione Consiliare, aveva richiesto una ricerca descrittiva in chiave comparata sulla gestione delle funzioni non tariffate in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna per il triennio 2008-2010.

Durante lo svolgimento dello studio avevamo considerato la possibilità di includere informazioni sulla gestione 2011, che attendevamo entro l'estate 2012, secondo l'iter procedurale consueto seguito dalla Regione lombarda. Il provvedimento con cui la Giunta definisce a consuntivo gli importi corrisposti a funzione è invece stato deliberato il 25 ottobre 2012 e pubblicato sul BURL n. 2 del 9 gennaio 2013. Il Rapporto non ha potuto quindi comprendere i nuovi dati disponibili.

Con questa appendice intendiamo aggiornare le informazioni contenute nel Rapporto perché il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione abbia modo di conoscere il lavoro svolto contestualizzato su dati più recenti.

In sintesi questo documento

1. limita il campo di interesse al solo caso lombardo, confrontando gli anni 2010 e 2011
2. rimanda al Rapporto della Missione Valutativa per tutti gli aspetti descrittivi delle funzioni
3. replica la stessa metodologia utilizzata per lo studio precedente: (i) centra l'analisi sul provvedimento con cui la Giunta definisce modalità applicative ed entità dei finanziamenti a funzione, verificando le variazioni intervenute; (ii) utilizza le stesse dimensioni analitiche (studio dei criteri, riparto delle risorse per natura dei soggetti, per tipologia di strutture, per funzioni)
4. mantiene, dove possibile, la precedente struttura di presentazione delle informazioni, integrando tabelle e grafici con i dati del 2011
5. si conclude con uno sguardo alle principali innovazioni che interverranno per la gestione 2012.

I suoi contenuti si articolano secondo questo

indice

1. FnT Lombardia 2011: il punto di arrivo (pag. 2)

1.1 *Il percorso 2011: la revisione delle risorse* (3)

1.2 *Il percorso 2011: il mantenimento dei criteri* (3)

2. Il riparto delle risorse: per settori, per strutture (4)

3. Il finanziamento delle funzioni: conferme e variazioni (7)

3.1 *le funzioni in aumento* (9)

3.2 *le funzioni in diminuzione* (10)

3.3 *Un assetto definitivo?* (11)

4. Gestione 2012: i cambiamenti annunciati (13)

5. Osservazioni conclusive: un anno di transizione (14)

1. FNT LOMBARDIA 2011: IL PUNTO DI ARRIVO

Nell'ottobre 2012 la Giunta ha concluso la gestione delle funzioni non tariffate dell'esercizio 2011 (Dgr 4231), disegnando un assetto che non si discosta da quello precedente nelle sue dimensioni principali: numero e genere delle funzioni finanziate, risorse complessive assegnate ed erogate. Anche il lieve incremento dei soggetti finanziati è in realtà, come vedremo, più contenuto di quanto appare. La tabella che segue rapporta i dati del 2011 a quelli del triennio precedente.

Tabella 1 – Lombardia: dati sintetici di confronto FnT 2008-2011

FnT 2008-2011	2008	2009	2010	2011
<i>atto di Giunta di riferimento</i>	<i>DGR n. 9765 del 30/06/2009</i>	<i>DGR n. 133 del 17/06/2010</i>	<i>DGR n. 2132 del 04/08/2011</i>	<i>DGR n. 4231 del 25/10/2012</i>
totale risorse riconosciute alle FnT (somma delle funzioni al lordo degli abbattimenti)	1.054.373.657	1.103.763.870	998.624.024	997.238.470
totale risorse assegnate al netto degli abbattimenti	1.047.308.786	1.094.761.570	994.735.036	994.516.581
funzioni riconosciute	30	30	30	30
strutture finanziate	95	96	101	110
<i>di cui pubbliche</i>	49	49	50	50
<i>di cui private</i>	46	47	51	60
<i>spesa del SSN Lombardia secondo dati MEF (RGE 2011)</i>	16.724.676.000	17.201.280.000	17.818.517.000	18.514.009.000
<i>incidenza FnT</i>	6,3%	6,4%	5,6%	5,4%

L'incidenza della spesa per funzioni si conferma in diminuzione, e ciò avviene per effetto della crescita globale della spesa sanitaria regionale, secondo i dati pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, perché di fatto nell'ultimo anno non c'è stata variazione nella spesa per FnT (tab. 2).

Tab. 2 – Lombardia: differenze e variazioni di risorse FnT 2008-2011

FnT 2008-2011	diff (€) 2009-2008	diff (€) 2010-2009	diff (€) 2011-2010	var % 2009-2008	var % 2010-2009	var % 2011-2010
totale risorse riconosciute alle FnT (somma delle funzioni al lordo degli abbattimenti)	49.390.213	-105.139.846	-1.385.554	4,7	-9,5	-0,1
totale risorse assegnate al netto degli abbattimenti	47.452.784	-100.026.534	-218.455	4,5	-9,1	0,0



In Evidenza: Per la prima volta in Lombardia **le risorse erogate per le funzioni non tariffate coincidono esattamente con quelle dell'annualità precedente**. La differenza (218 mila euro) è infatti l'importo previsto da corrispondere ad una casa di cura in esito ad un'istruttoria ancora in corso al tempo dell'assunzione della delibera di Giunta¹. Il risultato è inedito rispetto al passato. Fino al 2009 la spesa per funzioni è costantemente cresciuta e nel 2010, quando la spesa si riduce di 100 milioni, le risorse erogate eccedono comunque le previsioni di partenza. Come si è ottenuto questo risultato?

¹ Si tratta dell'importo riferito alla funzione per la didattica universitaria da corrispondere alla Casa di Cura San Giuseppe di Milano. La liquidazione della somma dipenderà dagli esiti dell'istruttoria in corso per accertare se l'istituto ha titolo a ricevere una maggiorazione tariffaria in luogo del finanziamento a funzione.

1.1 - Il percorso 2011: la revisione delle risorse

Il procedimento che accantona le risorse per finanziare le funzioni non tariffate prende avvio con la “Delibera delle Regole”, che la Giunta assume prima dell’inizio dell’anno d’esercizio finanziario². Per il 2011 si individua un importo complessivo di 980 milioni di euro: un totale in crescita rispetto a quanto preventivato per il 2010 (965 milioni), ma in diminuzione rispetto a quanto effettivamente erogato a consuntivo per quell’anno (995M€). **Con la deliberazione 4231/2012** la Giunta, a consuntivo:

- elenca alcune situazioni specifiche che richiedono riconoscimenti economici non preventivati³
- conferma i correttivi previsti nel passato, tra cui il 40% come soglia di massimo incremento, rispetto a quanto percepito l’anno prima⁴
- **incrementa di 15 milioni le risorse complessive** rispetto a quanto previsto in fase di accantonamento, confermando lo stesso totale erogato a consuntivo nel 2010 (995 milioni). Ciò si è reso necessario, in via principale, perché alcune strutture, che la Regione prevedeva di remunerare attraverso la maggiorazione delle tariffe anziché attraverso le funzioni, non hanno superato la verifica dei requisiti richiesti. L’esclusione dalla maggiorazione tariffaria comporta per converso il finanziamento a funzione, che la Giunta, non conoscendo gli esiti dell’istruttoria al momento del riparto del Fondo sanitario regionale, presumeva di importo minore⁵
- **introduce nuovi correttivi** perché il calcolo a consuntivo delle risorse spettanti alle funzioni risulterebbe superiore anche al nuovo importo stabilito per il 2011. Così del totale:
 - i) viene individuata la quota destinata alle strutture pubbliche (806M€) e quella destinata alle strutture private (188M€), coincidente con quella erogata nel 2010
 - ii) si abbattano tutti gli importi da riconoscere alle strutture sanitarie, riducendo dello 0,51% i finanziamenti delle strutture pubbliche e del 2,54% quelli relativi alle strutture private.

1.2 - Il percorso 2011: il mantenimento dei criteri

La valorizzazione economica delle funzioni, ovvero i finanziamenti da corrispondere alle strutture sanitarie, si determina in via generale⁶ applicando specifici parametri, spesso compositi, ai volumi delle attività svolte. Il livello di spesa può quindi essere influenzato sia dall’entità delle funzioni svolte (informazioni non indicate in delibera) sia da eventuali modifiche ai criteri da applicare. Abbiamo quindi analizzato la relazione illustrativa della deliberazione per le FnT 2011 ricercando se fossero presenti variazioni nei parametri di calcolo, tali da accompagnare la riduzione di spesa osservata. Come risulta nel box che segue **il confronto non ha messo in evidenza l’intervento di modifiche sostanziali**.

² Per la descrizione del procedimento si rimanda alla pagg. 32 e 33 del Rapporto. La “Delibera delle Regole” del 2011 è la dgr 2633/2011.

³ Si tratta di due case di cura private, a Vigevano e a Lanzo d’Intelvi, per le attività svolte come Punti di Primo Intervento e dell’Ircs privato Istituto Europeo di Oncologia per l’impiego di radioterapia Intraoperatoria in chirurgia oncologica (ELIOT).

⁴ Diminuisce invece la quota massima da erogare a chi l’anno prima non ha percepito funzioni ma ne ha i requisiti per il 2011 o a chi può derogare all’incremento limite del 40%. Questa quota è stabilita in 683.400 euro, si riduce del 6% rispetto al 2010 (723.600€) ed è in costante calo. (Si veda il Rapporto, pag. 32).

⁵ La l.r. 33/2009 consente alle strutture sanitarie in cui si esercita didattica universitaria di richiedere una maggiorazione delle tariffe anziché il finanziamento di 3 funzioni non tariffate, se in possesso di alcuni requisiti stabiliti dalla Regione. La maggiorazione sostituisce le funzioni per la didattica universitaria, per l’ampiezza del case-mix, per la presenza di pazienti provenienti da altre regioni in percentuale doppia rispetto alla media regionale. Si veda l’art. 25 bis della l.r. 33/2009, la dgr.350/2010, il Rapporto alle pagine 33 e seguenti.

⁶ Non tutte le funzioni sono valorizzate in questo modo. Si rimanda al Rapporto che contiene descrizioni di dettaglio.

Box 1 – Le descrizioni delle FnT 2010 e 2011: che cosa cambia?

I criteri sui quali si determinano i finanziamenti FnT sono contenuti in allegato alla deliberazione della Giunta: è la Relazione illustrativa che prima li riassume in termini generali poi li declina nelle descrizioni di ciascuna funzione. Il confronto tra i documenti delle due annualità mostra un'unica variazione significativa ed alcune altre di minor rilievo, non riconducibili a 'criteri di calcolo' in senso stretto:

- scompare la voce "Oncologia ortopedica", finanziata all'Azienda Ospedaliera Gaetano Pini di Milano almeno dal 1999. E' un'attività compresa nella *funzione n. 19* - "Altre attività di rilievo regionale". Nel 2010 era finanziata con 1,4 milioni di euro
- entra un nuovo progetto all'interno della *funzione 19*: il Centro di Riferimento regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio, individuato presso l'Azienda ospedaliera di Crema (43mila euro circa)
- entra l'Istituto Europeo di Oncologia tra i soggetti che partecipano al progetto sperimentazione di radioterapia in chirurgia oncologica (si veda nota 3), nell'ambito della *funzione 14*
- esce l'Irccs Fondazione Policlinico dai soggetti remunerati per l'utilizzo del "Cuore artificiale" nei trapianti, previsto nella *funzione 12* - "Altre attività trapianti"; nel 2010 l'Irccs aveva percepito a riguardo 45mila euro
- diminuisce di 200mila euro il finanziamento per le culle neonatali, nell'ambito della *funzione 8* - "Assistenza in terapia intensiva di neonati", che dal 2011 viene riconosciuto alle sole strutture che dimettono neonati in forte sottopeso: esce così l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano subentra la Casa di Cura MBBM di Monza
- cambia il valore medio del fatturato prodotto dai posti letto clinicizzati, ovvero degli ospedali in cui si fa didattica universitaria, che costituisce un parametro di calcolo per remunerare la relativa *funzione n. 14*. Il parametro aumenta da 196mila euro del 2010, ai 259mila del 2011
- non comporta variazioni di spesa, ma risalta tra le modifiche più evidenti, la quasi totale riscrittura dei criteri di remunerazione per la *funzione 26*, riferita alla complessità dell'Assistenza riabilitativa. Si tratta di una funzione corrisposta alle strutture che trattano casistiche riabilitative in ambito neurologico, cardiologico e pneumologico per riconoscere il maggior assorbimento di risorse correlate. La nuova descrizione della funzione non introduce parametri diversi al passato ma spiega la scelta regionale di ricorrere al finanziamento a funzione anziché ad un incremento delle tariffe. Specifica inoltre che il finanziamento è destinato alle strutture che offrono l'assistenza in quantità elevata per allocare con certezza le risorse a enti che non improvvisino competenze con finalità opportunistiche. La *funzione 26* è erogata a Irccs e Case di Cura privati.
- non vengono esplicitate le spettanze per singole strutture sulle *funzioni 19 e 12*, che includono attività eterogenee, in precedenza descritte attraverso tabelle dedicate.



La gestione delle FnT in Lombardia prevede un tempo procedurale piuttosto lungo che, partendo dallo stanziamento preventivo delle risorse per giungere alla loro determinazione a consuntivo, abbraccia un intervallo di almeno 18 mesi, durante i quali si erogano acconti alle strutture sulla base di quanto hanno percepito nell'anno precedente. Questo aspetto può rendere difficile riallineare le scelte in breve tempo o in corso d'opera qualora si presentassero esigenze di revisione. Da quanto emerso dall'analisi fin qui svolta la Regione, per evitare ampliamenti alla spesa, ha applicato un generale abbattimento degli importi da corrispondere per attività già erogate ed acquisite, senza operare una revisione nel numero delle funzioni o nei criteri per finanziarle.

2. IL RIPARTO DELLE RISORSE: PER SETTORI, PER STRUTTURE

Rispetto all'invarianza che abbiamo osservato per la spesa e per i criteri che la definiscono, come avviene il riparto delle risorse per soggetti, pubblici e privati, e per tipologia di struttura?

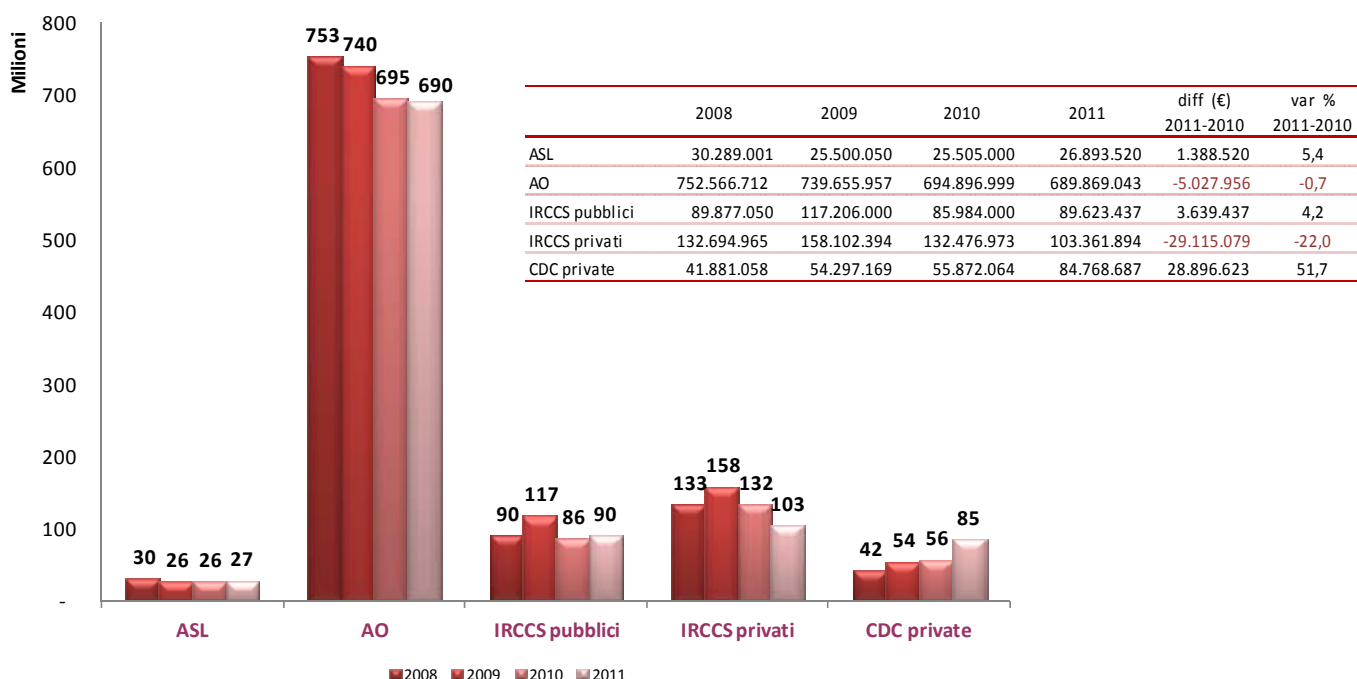
La quota delle risorse FnT erogate al pubblico e privato resta invariata rispetto al 2010, con le strutture pubbliche che ottengono l'81% dei finanziamenti complessivi e quelle private il 19%. Questo per effetto

delle decisioni descritte in delibera, che hanno individuato due quote distinte, confermando i totali dell'annualità precedente⁷.

Cambia invece il riparto per tipologia di struttura, in parte come **conseguenza di una diversa classificazione delle strutture** sanitarie finanziate. Quest'ultimo aspetto viene in rilievo **per il settore privato** e avviene a due livelli:

- i. alcune strutture, prima presentate come unico ente beneficiario nel riepilogo del provvedimento di Giunta, vengono ora indicate in modo separato. E' il caso degli Irccs privati Fondazione Maugeri, Fatebenefratelli di Brescia e Fondazione Don Gnocchi⁸
 - ii. alcuni istituti, prima annoverati tra gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), sono ora classificati come case di cura. E' il caso dell'Istituto Galeazzi di Milano, dell'Istituto San Donato e dell'Istituto Multimedica.
- ▶ Il primo punto produce una crescita dei soggetti finanziati: + 9 strutture private, come si osserva nella tabella 1. Se depuriamo questo dato dagli effetti della suddivisione osserviamo che in realtà **gli istituti di nuovo inserimento sono quattro**⁹.
 - ▶ Il secondo punto determina un significativo spostamento di risorse all'interno del comparto privato, dagli Irccs verso le Case di Cura. Come si osserva nella tabella e nel grafico che seguono i finanziamenti agli Irccs diminuirebbero di 29 milioni di euro (-22% rispetto al 2010) a favore delle case di cura, che vedrebbero le proprie risorse incrementate di oltre il 50%.

Grafico 1 - Dgr 4231/2012: le risorse assegnate alle FnT 2011 per tipologia di struttura



⁷ La decisione consegue alla dgr 3976 del 6 agosto 2012, con la quale la Giunta prende atto della necessità di operare una netta separazione di risorse tra il comparto pubblico ed il comparto privato per applicare il DL n. 95/2012, che prevede azioni di riduzione e contenimento della spesa differenti per i due settori.

⁸ Con questa classificazione la Fondazione Maugeri compare suddivisa in 4 strutture annoverate tra gli Irccs privati (Fondazione Maugeri di Tradate, di Gussago, di Pavia e di Montescano); l'Ente Fatebenefratelli di Brescia, che negli anni 2008 e 2009 era indicato come "Provincia Lombardo-Veneta Fatebenefratelli", è ora distinto nell'Irccs privato Centro San Giovanni di Dio e in due Case di Cura (gli ospedali Sacra Famiglia di Erba e Sant'Orsola di Brescia); l'Irccs Fondazione Don Gnocchi compare ora distinto dal Centro "Spalenza Fondazione Don Gnocchi" di Rovato (BS)

⁹ Costituiscono nuovi inserimenti la Clinica Ortopedica e Fisiatrica di Lanzo d'Intelvi e le Case di Cura San Giovanni di Milano, Beato Matteo di Vigevano, San Clemente di Mantova.



Come sarebbe andata se...? Abbiamo verificato, presso i siti web delle tre strutture interessate e presso quello del Ministero della Sanità¹⁰, che i tre istituti Galeazzi, San Donato e Multimedica risultano tuttora qualificati come Irccs. Inoltre la Regione stessa ne riconosce le attività di ricerca, remunerandoli con la funzione n. 13 “Attività di ricerca degli Irccs”. Abbiamo così provato a ricollocare i finanziamenti a funzione 2011 secondo la classificazione del 2010, ovvero al netto delle modifiche apportate dalla suddivisione delle strutture (i) e dalla nuova qualificazione degli istituti (ii). Il risultato è rappresentato in tabella.

Tab. 3 – Le risorse assegnate nel 2010 e 2011: come variano a seconda della classificazione delle strutture

Assegnazione delle risorse	2010	2011	(2011 se come 2010)	% 2010	% 2011	(% 2011 se come 2010)
ASL	25.505.000	26.893.520	26.893.520	2,6%	2,7%	2,7%
AO	694.896.999	689.869.043	689.869.043	69,9%	69,4%	69,4%
IRCCS pubblici	85.984.000	89.623.437	89.623.437	8,6%	9,0%	9,0%
IRCCS privati	132.476.973	103.361.894	130.419.161	13,3%	10,4%	13,1%
CDC private	55.872.064	84.768.687	57.711.420	5,6%	8,5%	5,8%
	994.735.036	994.516.581	994.516.581	100,0%	100,0%	100,0%

Secondo questi dati le variazioni che interessano le due tipologie di strutture private si ridimensionerebbero completamente, e mostrerebbero una diminuzione di finanziamenti per gli Irccs pari a 2 milioni di euro, ovvero un decremento dell’1,6% rispetto all’anno precedente. Le risorse per le Case di Cura aumenterebbero dello stesso totale¹¹, presentando una crescita del 3,3%.

Per le tre tipologie di **strutture pubbliche** si osservano **differenze nei finanziamenti attribuiti**, in questo caso non distorti da differenti modalità di classificazione. Nel 2011 le risorse

- ▶ aumentano di 1,4 M€ per le Asl (+5,4%)
- ▶ aumentano di 3,6M€ per gli Irccs pubblici (+4,2%)
- ▶ diminuiscono di 5M€ per le Aziende Ospedaliere (-0,7%)¹². Per le AO si conferma una tendenza presente nell’ultimo triennio¹³ che ha comportato una contrazione dei finanziamenti dell’8% rispetto a quanto erogato nel 2008. A livello di dettaglio, la contrazione di risorse del 2011 non è omogenea tra le singole strutture: 18 strutture ricevono minori risorse, mentre le altre 13 beneficiano di finanziamenti maggiori rispetto all’anno precedente¹⁴.

¹⁰ Questi gli indirizzi web che abbiamo verificato: <http://www.salute.gov.it/ricercaSanitaria/ricercaSanitaria.jsp>; <http://www.galeazzi-gsd.it/>; <http://www.grupposandonato.it/>; <http://www.multimedica.it/it/hospital/>.

¹¹ Si ricorda che l’importo che manca alla perfetta corrispondenza dei totali è costituito dalle risorse assegnate e non liquidate ad una Casa di Cura (si veda nota 1).

¹² Nella categoria è inclusa l’AREU che percepisce un finanziamento specifico per il trasporto dell’Equipe Prelievi per i trapianti, nell’ambito della funzione 12 “Altre attività connesse al trapianto d’organi”. Per il 2011 tale finanziamento ammonta a 1,9M€.

¹³ Si veda pag. 37 del Rapporto.

¹⁴ Nel dettaglio abbiamo osservato variazioni in diminuzione che superano il milione di euro per 8 AO (Gaetano Pini, -2,2M; Garbagnate, - 1,7M; Brescia, - 1,6M; Bergamo, - 1,4M; Cremona e Gallarate, -1,2M; Niguarda e Busto Arsizio, -1,1M€) e analoghe variazioni in aumento per 3 AO (Varese, +1,7M; Como, +2,5M; San Paolo di Milano, +2,8M€).

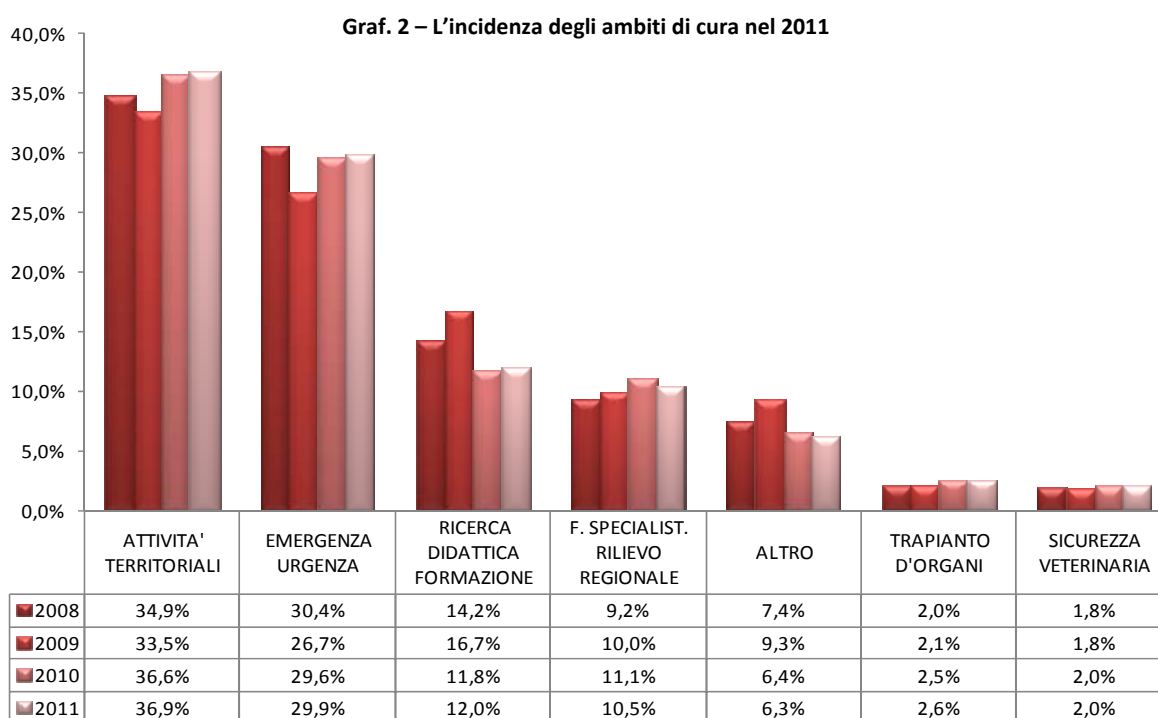
3. IL FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI: CONFERME E VARIAZIONI

Abbiamo già osservato che il numero ed il genere delle funzioni non tariffate resta invariato in Lombardia per l'annualità 2011. Nel Rapporto precedente, dopo la descrizione in dettaglio delle singole funzioni a cui si rimanda, avevamo considerato quali tra le FnT assumono maggior rilievo in termini di risorse dedicate e quali ambiti di cura ottengono il maggiore sostegno economico¹⁵.

Per entrambi gli aspetti il 2011 non modifica l'assetto precedente. Permangono le stesse 5 funzioni che assorbono due terzi delle risorse complessive FnT e resta invariato l'ordine di rilevanza economica degli ambiti di cura.

Tab. 4 – Le cinque funzioni economicamente più rilevanti (2011)

ranking 2011	n. FnT	denominazione FnT	totale FnT 2011	incidenza 2011
1°	6_2	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno	272 M€	27%
2°	23	funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	149 M€	15%
3°	29	funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	99 M€	10%
4°	13	attività di ricerca degli IRCCS	82 M€	8%
5°	24	molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	60 M€	6%
totale prime 5 funzioni			662 M€	66%



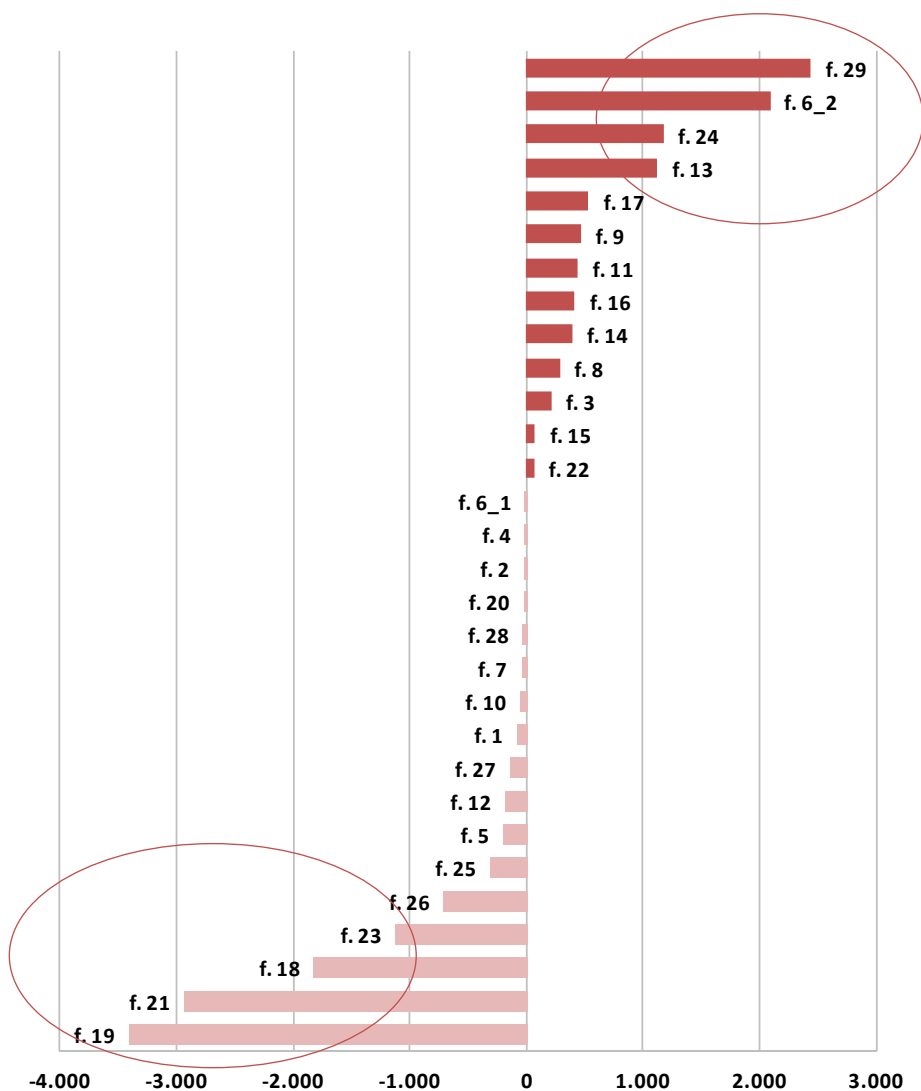
¹⁵ Per ottenere una visione di sintesi nel Rapporto FnT 2008-2010 avevamo operato una classificazione che riuniva ambiti di intervento omogenei, individuando 6 aree principali ed una residuale: 1) sicurezza veterinaria e ambiente; 2) emergenza-urgenza; 3) trapianto d'organi; 4) ricerca-didattica-formazione; 5) funzioni a presidio di attività territoriali e anziani in area metropolitana; 6) funzioni specialistiche e di rilievo regionale (assistenza riabilitativa, servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; cura dell'AIDS in regime ambulatoriale; sicurezza trasfusionale; le specifiche attività di rilievo regionale; le unità di medicina del lavoro); 7) altro (case-mix, pazienti extraregionali, gestione File F, guardia turistica stagionale, parti non cesarei)

Stessa spesa complessiva, stesso numero e genere di funzioni, criteri e strutture sanitarie pressoché confermati rispetto al 2010. **Che cosa avviene a livello delle singole funzioni?**

La valorizzazione economica, che si discosta leggermente da quanto poi erogato al netto degli abbattimenti ordinari¹⁶, ammonterebbe complessivamente a circa 997 milioni di euro: 1,4M€ in meno rispetto all'analogo ammontare 2010.

Se osserviamo le assegnazioni per singola funzione individuiamo un gruppo di 13 FnT che ottiene risorse in aumento ed un gruppo di 17 che ne riceve di meno. Rispetto al 2010 **otto funzioni presentano differenze maggiori al milione di euro**. Sono evidenziate nel grafico che segue, riepilogate nella tabella successiva e descritte nel prosieguo in forma sintetica.

Graf. 3 - Differenza di risorse assegnate alle FnT nel 2011 rispetto al 2010 (dati in migliaia di euro)



Box 2 - Le FnT in Lombardia anno 2011

n. FnT	denominazione e risorse
f. 1	Finanziamento per interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti (14,3M€)
f. 2	Raggiungimento obiettivi definiti dalla Direzione Generale Sanità - eradicazione BSE ed altri obiettivi stabiliti nelle regole di sistema (4,1M€)
f. 3	Guardia turistica stagionale (0,9M€)
f. 4	Centro per la sicurezza degli antiparassitari (1,2M€)
f. 5	Complessità di gestione del File F (23,5M€)
f. 6_1	Trasporto Neonatale (0,9 M€)
f. 6_2	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti al giorno (272 M€)
f. 7	Presidi EEUU Ospedali Montani (8,0 M€)
f. 8	Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso < 1.500 gr. (13,6 M€)
f. 9	Altre attività connesse all'emergenza-urgenza (3,6M€)
f. 10	Prelievo di organi e tessuti (5,7 M€)
f. 11	Centri trapianti organi (6,9M€)
f. 12	Altre attività connesse al trapianto d'organi (12,9M€)
f. 13	Attività di ricerca degli IRCCS (82,3M€)
f. 14	Didattica universitaria della facoltà di medicina-chirurgia (3,6M€)
f. 15	Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario (33,5M€)
f. 16	Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero (16,5M€)
f. 17	Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale (15,2M€)
f. 18	Ampiezza del case-mix (31,4M€)
f. 19	Altre attività di rilievo regionale (21,2M€)
f. 20	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.) (3,9M€)
f. 21	Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.) (20,6M€)
f. 22	Casistica extraregionale in % doppia rispetto alla media regionale (2M€)
f. 23	Complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici (148,9M€)
f. 24	Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale (59,6M€)
f. 25	Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatri (29,8M€)
f. 26	Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa (27,3M€)
f. 27	Distribuzione dello stabilimento di ricovero su padiglioni con vincolo architettonico (29,8M€)
f. 28	Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia (5M€)
f. 29	Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa (99,4M€)

¹⁶ Si fa qui riferimento ai correttivi previsti ogni anno, che riducono gli importi teorici previsti dai criteri per le strutture che non sono state finanziate l'anno prima e che presentano incrementi superiori alla soglia del 40%. Su questa base abbiamo impostato l'analisi delle funzioni contenuta nel Rapporto precedente.

Tab. 5 – Le FnT 2011 con variazioni superiori al milione di euro

Funzioni con risorse in aumento			Funzioni con risorse in diminuzione		
FnT n.	descrizione	differenza	FnT n.	descrizione	differenza
FnT n. 29	Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	+2,4M€	FnT n. 19	Altre attività di rilievo regionale	-3,4M€
FnT n. 6_2	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno	+2,1M€	FnT n. 21	Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)	-2,9M€
FnT n. 24	Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	+1,2M€	FnT n. 18	Ampiezza del case-mix	-1,8M€
FnT n. 13	Attività di ricerca degli IRCCS	+1,1M€	FnT n. 23	Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	-1,1M€

3.1 - Le funzioni in aumento

La FnT 29 assegna oltre 99 milioni di euro **al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta intensità abitativa**. La funzione, terza in ordine di rilevanza economica, ottiene nel 2011 un incremento di risorse di 2,4 milioni di euro, il 3% in più dell'anno precedente

Per cosa sostiene le strutture sanitarie che sopportano maggiori oneri e 'costi' connessi alla cura di un'utenza che richiede una degenza media nettamente superiore a quella richiesta in generale

Come si calcola considerando la percentuale dei dimessi con più di 75 anni, la densità di popolazione dell'area in cui è ubicato l'ospedale, il numero dei posti letto occupati da questi pazienti, l'incidenza di questi letti sul totale dei posti letto ordinari

A chi è corrisposta a 20 aziende ospedaliere, a 2 Irccs pubblici e ad una Casa di Cura privata. Nel 2011 le variazioni di rilievo riguardano l'azienda ospedaliera di Pavia e l'Irccs pubblico San Matteo di Pavia, che ottengono rispettivamente 2,3 e 2,8 milioni di euro in più e raddoppiano il finanziamento dell'anno prima¹⁷. Nel comparto privato non è più finanziata la Casa di Cura Poliambulanza di Brescia (che aveva percepito 2,3 M€ nel 2010) mentre sono assegnate risorse alla Casa di Cura Santa Rita di Milano (2,4 M€). Dati i criteri che definiscono le risorse sarebbe interessante capire quali eventi hanno concentrato gli aumenti di finanziamento sul territorio pavese.

La FnT 6_2 finanzia le **Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso** e riconosce uno specifico **Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno**. E' la FnT lombarda più importante che, con i 272 milioni di euro assorbe da sola il 27% del monte risorse FnT. Nel 2011 la funzione ottiene 2,1 milioni di euro in aumento rispetto all'anno precedente

Per cosa compensa la complessità e l'organizzazione dei servizi di pronto soccorso che si connotano per la non programmabilità di tempi operativi e attività

Come i criteri di calcolo dei finanziamenti, ridefiniti nel 2009, prevedono una quota di base, che cambia a seconda della presenza nella struttura di Pronto Soccorso, di Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) oppure di Dipartimento d'Emergenza ad Alta Specialità (EAS), da ponderare sulla base dei dati di flusso relativi ai pazienti *non ricoverati*¹⁸. L'incentivo che punta a ridurre i ricoveri urgenti di una sola giornata viene erogato in proporzione alla riduzione di tali ricoveri rispetto all'anno precedente

A chi la funzione finanzia 62 strutture sanitarie, 32 pubbliche e 30 private. Le variazioni del 2011 presentano un saldo positivo per Asl¹⁹ e AO e una diminuzione per i 2 Irccs pubblici che svolgono le attività di Pronto soccorso (- 1 milione). Non è agevole descrivere le variazioni per tipo di struttura privata perché due istituti prima riconosciuti Irccs sono ora scomposti in Irccs e in Case di Cura distinte. A livello complessivo,

¹⁷ Inoltre diminuiscono le risorse per 14 AO e per l'Irccs Fondazione Policlinico.

¹⁸ La quota di base si riferisce ai costi minimi di esercizio e va da un minimo di 804mila euro (PS) ad un massimo di 5,7 milioni di euro (Dipartimento EAS a 6 specialità). Il coefficiente di ponderazione riduce la quota per accessi inferiori al 50° percentile, la conferma dal 51° al 70° e la aumenta oltre il 71°. La base dei dati di flusso di riferimento è quella prevista dal D.M. 23.12.1996.

¹⁹ Si tratta dell'Asl Vallecarnonica, l'unica che gestisce direttamente presidi ospedalieri.

comunque, possiamo osservare che l'incremento di 2,1 M€ comporta un aumento di risorse di 1,5 milioni per il comparto pubblico e di quasi 600mila euro per quello privato²⁰.

La FnT 24 assegna 60 milioni di euro per la **Molteplicità di presidi di specialistica ambulatoriale**. E' una funzione che appartiene all'area delle FnT a presidio delle attività territoriali e rientra tra le 5 FnT di maggior rilievo economico. Nel 2011 la funzione ha risorse in crescita per 1,2 milioni

Per cosa compensa la complessità gestionale che incontrano gli enti che erogano prestazioni ambulatoriali su più presidi sul territorio, esclusi quelli presenti negli istituti di ricovero e cura

Come i finanziamenti alle strutture sono erogati in proporzione al fatturato prodotto e al numero di presidi

A chi la funzione viene assegnata a 30 istituti: 2 Irccs privati (San Raffaele e Multimedica), 5 Case di Cura, l'Asl Vallecamonica e 22 Aziende Ospedaliere, di cui otto con finanziamenti in aumento. La variazione più importante riguarda l'AO di Como: con un incremento di 3,2 milioni di euro (+55%) il sostegno che ottiene per questa funzione passa da 5,9 a 9,1 milioni di euro.

La FnT 13 investe 82,3 milioni di euro nelle **Attività di ricerca degli IRCCS**, con finanziamenti in crescita di 1,1 M€.

Per cosa potenzia la capacità di ricerca degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblici e privati, presenti in Lombardia

Come i contributi sono erogati secondo la percentuale di risorse che il Ministero della Salute assegna annualmente per la ricerca corrente a ciascun IRCCS. Secondo i criteri rinnovati nel 2009 si assegnano ad ogni struttura due quote: il 75% in base ai finanziamenti ministeriali ricevuti, il 25% redistribuito sulla base del valore dell'Impact Factor normalizzato, certificato dal Ministero per ciascun IRCCS²¹

A chi i finanziamenti sono riconosciuti a 4 Irccs pubblici e 13 privati (di cui 3 classificati dalla Giunta come Case di Cura nel 2011). Le risorse aumentano a livello complessivo per gli Irccs pubblici e diminuiscono per quelli privati. Le variazioni in aumento più importanti interessano l'Irccs pubblico San Matteo di Pavia (2,1 milioni) e la Fondazione Policlinico (500mila); le maggiori diminuzioni riguardano gli Irccs privati San Raffaele (-616mila) e Maugeri (-500mila).

3.2 - Le funzioni in diminuzione

La FnT 19 assegna 21 M€ alle **Altre attività di rilievo regionale** e presenta la variazione di risorse più consistente con 3,4 milioni di euro in meno, ed un calo del 14% rispetto all'anno prima

Per cosa è la funzione più eterogenea tra quelle lombarde: si compone di molteplici voci che includono servizi e progetti individuati da atti di programmazione nazionale o regionale, realizzati da determinate strutture quali punti di riferimento regionali

Come diversamente dagli anni precedenti, la delibera della Giunta non presenta la consueta tabella che esplicita le attività e le competenze per singola struttura. Non è quindi possibile determinare quali scelte producano variazioni di risorse osservata oltre a quanto espresso nelle premesse della dgr 4231/2012 e richiamato nel Box 1

A chi è corrisposta a 30 strutture pubbliche (Asl, AO e Irccs) e ad 11 strutture private (Irccs e CdC). La variazione interessa principalmente le aziende Ospedaliere (-3,4 M€) di cui 2,2 milioni corrisposti in meno all'AO Gaetano Pini²².

La FnT 21 destina 20,5 M€ al **Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)**, con un saldo negativo rispetto all'anno precedente (- 2,9 M€) che comporta una riduzione del 13%

²⁰ Le variazioni più importanti, a livello di singola struttura, riguardano l'Asl Vallecamonica (unica Asl a gestire direttamente presidi ospedalieri), l'AO San Paolo (+ 2M), l'AO di Varese (+1,6M), l'AO di Vimercate (+1,1M), l'AO di Legnano (+0,9). Nel settore privato si distingue la Casa di Cura Ospedale Pelascini Gravedona (+2M); tutti gli Irccs privati presentano finanziamenti in diminuzione.

²¹ L'impact Factor è l'indicatore bibliometrico più conosciuto e misura la frequenza con cui un articolo pubblicato su una rivista viene citato da altre riviste in un arco di tempo determinato (i due anni successivi alla sua uscita). <http://www.biblioteche.unibo.it/clinica>.

²² La riduzione di risorse per questa struttura supera l'importo che nel 2010 ha finanziato l'oncologia ortopedica (1,4M€) lasciando supporre che siano state escluse altre competenze. L'assenza della tabella esplicitiva non consente di verificarlo. La contrazione di risorse interessa anche le AO di: Brescia, Bergamo, ICP per importi compresi tra 600 e 400 mila euro. Due aziende ospedaliere ottengono variazioni in aumento superiori a 100mila euro: AO Niguarda e AO San Paolo di Milano.

- Per cosa** prevede finanziamenti in aggiunta alle tariffe esistenti per compensare alcune attività di assistenza indiretta, come la raccolta e trasmissione di informazioni per le attività di programmazione, di verifica sul caso clinico e le attività di prevenzione
- Come** è corrisposta secondo importi che vengono definiti per differenza tra il costo del personale assegnato ad ogni struttura e la quota finanziata mediante tariffe. Non sono indicate modifiche ai criteri nella dgr 4231, che offre la stessa descrizione presente per la funzione già dal 2001
- A chi** è erogata soltanto a strutture pubbliche: all'Asl Vallecamonica Sebino; a 2 Irccs con finanziamenti in aumento (1,2M€ totali), a 24 Aziende ospedaliere che nel complesso perdono 4,2M€; per le AO le variazioni avvengono con modalità molto differenziate: 9 ottengono finanziamenti in aumento e 15 in diminuzione (superiore al milione per l'AO di Brescia, e superiore a 500mila per altre 7 strutture).
- La FnT 18** remunera con 31,3M€ **l'Ampiezza del case-mix**; con risorse ridotte di 1,8M€ rispetto all'anno precedente. Nel 2010 la FnT aveva registrato un'importante contrazione (-32 milioni) perché da quell'anno viene assorbita dalla maggiorazione tariffaria, riconosciuta alle strutture che praticano didattica universitaria
- Per cosa** è assegnata per valorizzare la complessità della casistica medica trattata dalle strutture sanitarie
- Come** si calcola considerando il numero di DRG diversi tra loro, erogati con frequenza superiore ai 10 casi, in degenza ordinaria superiore ad un giorno. Applicando un processo di calcolo e ponderazione sul numero di queste ricorrenze e dei pazienti ricoverati si stila una graduatoria delle strutture e si ammettono al finanziamento quelle collocate oltre l'85° rango percentile
- A chi** è erogata a 13 strutture: 11 aziende ospedaliere, 1 casa di cura e l'Irccs privato/CdC San Donato. La diminuzione di risorse si concentra nell'Azienda Ospedaliera di Vimercate (-2,1 milioni di euro, -55% rispetto all'anno prima).
- La FnT 23** assegna 149 milioni per **complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici**. E' la seconda FnT lombarda per rilevanza economica; appartiene all'area delle funzioni per presidio delle attività territoriali, introdotte nel 2007. Nel 2011 le risorse assegnate si riducono di 1,1M€
- Per cosa** sostiene le strutture sanitarie che sopportano maggiori oneri organizzativi per la molteplicità dei presidi di ricovero sul territorio
- Come** si calcola considerando il numero dei presidi di ricovero e il loro fatturato, prodotto nell'anno di riferimento
- A chi** è erogata a 33 strutture (22 pubbliche). Delle otto FnT analizzate costituisce l'unico caso in cui le risorse diminuiscono per tutte le strutture a cui vengono riconosciute, che si decurtano esattamente dello 0,51% per le AO e del 2,54% per le strutture private rispetto agli importi 2010. A meno che il fatturato 2011 abbia coinciso esattamente con quello dell'anno prima per tutte e 33 le strutture, la riduzione delle risorse appare ottenuta applicando le percentuali di riduzione introdotte dalla Dgr 4231 (vedi pag. 3) ai totali dell'anno precedente.

3.3 - Un assetto definitivo?

Nonostante il 'congelamento' della spesa FnT ai livelli del 2010, i finanziamenti nel 2011 hanno quindi prodotto uno spostamento di risorse tra le funzioni, all'interno delle quali sono spesso alcune singole strutture sanitarie a determinare il saldo attivo o passivo delle variazioni complessive.

Per approfondire il senso di questi cambiamenti, ci siamo chiesti se quanto osservato esprime un indirizzo diverso che la Regione intende implementare riconoscendo, attraverso la variazione dei finanziamenti, priorità differenti agli ambiti di cura finanziati a funzione. A questo scopo, abbiamo considerato la DGR 4232²³, con cui la Giunta introduce una serie di modifiche che interesseranno la gestione delle funzioni non coperte da tariffa prestabilita per l'anno 2012 e nel quale, per la prima volta, vengono predeterminati tetti di funzione, entro cui erogare i finanziamenti.

²³ Il provvedimento della Giunta *Determinazioni in ordine ai criteri e alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012*, dgr 4232 del 25 ottobre 2012, è stata pubblicata insieme a quella fin qui esaminata sul BURL n.2, Serie ordinaria, 9 gennaio 2013.

L'esame del provvedimento **ha invece mostrato una direzione opposta** a quanto applicato nel 2011. In particolare, come mostriamo in tabella

- ▶ le funzioni diminuite nel 2011 ottengono finanziamenti in crescita nel 2012. Per tutte sono stabiliti incrementi superiori al milione di euro, che di fatto ripristinano i totali del 2010, ad eccezione del servizio di neuropsichiatria infantile che ottiene l'aumento di risorse più importante (5,5 milioni di euro)
- ▶ le funzioni incrementate nel 2011 presentano in due casi un consolidamento sostanziale delle risorse (la funzione del pronto soccorso e quella per il trattamento degli anziani), un importante incremento per la funzione per la molteplicità dei presidi ambulatoriali (8 milioni di euro in più) e invece un drastico taglio alle risorse destinate alla ricerca degli Irccs, abbattute di circa 21 milioni di euro, che comportano un decremento del 25%.

Tab. 6 - Le FnT con variazioni superiori al milione di euro: risorse 2011 e risorse 2012

Funzioni incrementate nel 2011				Funzioni diminuite nel 2011			
FnT n.	descrizione	2011	2012	FnT n.	descrizione	2011	2012
FnT n. 29	Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana	99,4 M€	100,0 M€	FnT n. 19	Altre attività di rilievo regionale	21,2 M€	24,0 M€
FnT n. 6_2	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno	272 M€	272,0 M€	FnT n. 21	Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)	20,6 M€	26,0 M€
FnT n. 24	Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	59,6 M€	67,5 M€	FnT n. 18	Ampiezza del case-mix	31,4 M€	33,0 M€
FnT n. 13	Attività di ricerca degli IRCCS	82,3 M€	61,5 M€	FnT n. 23	Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	148,9 M€	150,0 M€



Da quanto osservato possiamo concludere che tutte le variazioni di spesa registrate per il 2011 non implicano nuovi indirizzi, non esprimono scelte regionali diverse dal passato e non modificano in via definitiva il rilievo delle funzioni interessate dalle modifiche. Sembrerebbero invece correzioni transitorie, determinate dalla contingenza e applicate negli ambiti che verosimilmente hanno consentito un maggior margine di manovra. Potrebbe questo spiegare anche perché la contrazione di risorse più severa si concentri nella funzione 19? La FnT che finanzia "Altre attività di rilievo regionale" è tra tutte la più eterogenea e meno definita a livello dei criteri, composta di voci molteplici delle quali, per il 2011, non si indica il singolo valore.

4. GESTIONE 2012: I CAMBIAMENTI ANNUNCIATI

Per le attività non tariffate che le strutture sanitarie hanno erogato nel 2012 la Giunta ha introdotto innovazioni che sembrano mirare ad una gestione più semplificata, più controllata e meno onerosa in termini di spesa. Le leve su cui agisce sono tre:

▶ Riduzione delle risorse

- **A livello globale** la spesa preventivata per il 2012, e confermata con DGR 4232, ammonta a 985 milioni. E' superiore a quanto preventivato nel 2011 (980 M) ma inferiore a quanto poi è stato effettivamente erogato (995M.) Se consideriamo il quinquennio 2008-2012, la

previsione di spesa è stata mantenuta soltanto nel 2009, quando erano stati messi a disposizione risorse pari a 1.110 milioni²⁴.

- **A livello di funzione** (i) si riducono drasticamente le risorse per le **attività di ricerca degli Irccs (FnT 13), diminuite di 21M€ (-25%)**; (ii) **si dimezzano i finanziamenti per la FnT 27**, erogata alle strutture che operano su più padiglioni con vincolo architettonico, ora stabiliti in 15M€ contro i precedenti 30; (iii) **si riducono le risorse per la complessità dell'assistenza riabilitativa** (FnT 26), che perde oltre 4 milioni di euro.

Queste decisioni, tuttavia, **non si traducono in un risparmio simmetrico**: nell'area delle funzioni territoriali, infatti, la contrazione di risorse per la funzione 27 (punto ii) si traduce in un incremento delle funzioni 24 e 25, entrambe aumentate di oltre 7,5 milioni.

► **Introduzione di tetti di spesa**

- **per singola funzione, per la prima volta, sono stabilite quote massime di risorse da erogare per ciascuna funzione.**
- **per soggetti beneficiari, si specifica un tetto per le strutture private** che non potranno ricevere, globalmente, risorse superiori a 173 M€²⁵.

Interpretiamo come tetto di spesa anche la limitazione stabilita per l'area più rilevante dal punto di vista economico: le funzioni a presidio delle attività territoriali saranno erogate alle strutture che rientravano nelle **condizioni previste alla data del 30 giugno 2010**²⁶ e soltanto se i presidi insistono **sul territorio della stessa Asl.**

► **Semplificazione e riduzione delle FnT**

- Alcune funzioni, che avevamo riunito nell'area della prevenzione veterinaria, sono assorbite dalla nuova FnT n. 1 "Obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione veterinaria 2012-2014". Si tratta certamente delle funzioni 1 e 2, mentre non è chiaro se viene assorbita anche la funzione 4 (erogata all'Azienda Ospedaliera Sacco) per le attività del Centro per la sicurezza degli antiparassitari, in quanto la delibera non la pone in elenco e nulla specifica al riguardo. Nel 2011 le tre funzioni insieme avevano ottenuto risorse pari a 19,7M€; nel 2012 sono assegnati 17M€.
- Viene eliminata la FnT 22, Casistica di pazienti da fuori regione in percentuale doppia rispetto alla media regionale, scegliendo di adeguarsi alle regole decise a livello nazionale, per cui la mobilità trova compensazione attraverso la specifica Tariffa Unica Convenzionale (TUC), introdotta nel 2011²⁷.

Infine per la FnT 26, Complessità dell'assistenza riabilitativa, avevamo segnalato una parziale riscrittura della descrizione, nel senso di una esplicitazione più esaustiva della scelta regionale di corrisponderla a funzione, senza alcuna innovazione in merito ai parametri di calcolo. Per il 2012, invece, si individua un parametro preciso, che consiste nel valore mediano regionale del tempo di assistenza giornaliera al paziente, stabilito in 293,9 minuti, dedicato dal personale medico, infermieristico, tecnico della

²⁴ Per previsione di spesa intendiamo le risorse accantonate con la Delibera delle Regole, che viene assunta nel dicembre precedente all'anno di esercizio. L'accantonamento per le FnT 2008 era di 1.057 milioni, poi incrementati a 1.059; per il 2010 è stato di 965M, poi erogati per un importo di 995M€.

²⁵ Una determinazione precisa e in diminuzione per il settore privato discende dalla dgr 3976 del 6 agosto 2012, con cui la Giunta interviene per adeguarsi anche alle disposizioni nazionali in tal senso.

²⁶ Più in dettaglio si tratta delle funzioni riconosciute (i) per la complessità di erogazione delle attività di erogazione per gli enti gestori unici (FnT n. 23); (ii) per la molteplicità di presidi per erogazione prestazioni di specialistica ambulatoriale (FnT 24); (iii) per la molteplicità e complessità di erogazione nel territorio dei servizi UONPIA (FnT 25).

²⁷ Il provvedimento richiama in proposito la dgr 2057/2011, ma per il 2011 la funzione è stata erogata.

riabilitazione e operatore socio sanitario. Occorrerà attendere la prossima delibera di determinazione a consuntivo per conoscere come questo elemento sia applicato e con quali esiti in termini di risorse assegnate.

5. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE: UN ANNO DI TRANSIZIONE

In Lombardia la gestione delle FnT ha sempre previsto un tempo procedurale piuttosto lungo: a partire dall'accantonamento delle risorse, che avviene con la "Delibera delle Regole", dura circa un anno e mezzo. **Per la gestione 2011 il periodo è stato ancora più lungo**, con il provvedimento definitivo assunto solo a fine ottobre 2012, quasi al termine dell'esercizio successivo.

Questo ritardo ha portato il processo conclusivo a coincidere con quello in itinere per il 2012 e con quello in avvio per il 2013: negli stessi giorni sono state adottate le delibere per le funzioni non tariffate 2011, per le determinazioni che innovano criteri e gestione per l'anno 2012, per le regole che definiscono lo stanziamento complessivo riservato alle funzioni del 2013²⁸. Questo accavallamento temporale ha consentito una lettura di maggior respiro, non limitata alla ricostruzione dei soli risultati quantitativi di gestione, ma volta a ricercare se sia in atto un processo di cambiamento, promosso dall'intervento di provvedimenti nazionali di contenimento della spesa e, probabilmente, anche dall'attenzione mediatica che ha investito questo importante settore di spesa sanitaria regionale.

Attraverso questa lettura prospettica ci sembra possibile individuare tre tappe di un percorso che pare orientarsi, in modo graduale ma costante, verso un governo delle funzioni improntato a maggior certezza di spesa, semplificazione dell'assetto, trasparenza di gestione.

Una prima fase poggia sul '**congelamento della spesa**', osservato nella gestione analizzata in questo studio. La gestione 2011 può infatti costituire la tappa di partenza, o di transizione rispetto al passato in cui, quasi sempre, la spesa effettiva si è mostrata superiore alle previsioni. In sintesi per il 2011

- si stabilisce il massimo dei finanziamenti erogabili, incrementando quanto previsto e ancorandolo a quanto erogato nel 2010
- si scompone questo totale nella quota destinata alle strutture pubbliche e a quelle private
- si riconduce quanto teoricamente dovuto al massimo erogabile, con abbattimenti differenziati per i due comparti, maggiori per il privato.

Il congelamento della spesa così ottenuto ha prodotto comunque qualche variazione, apprezzabile a livello

- **dei soggetti finanziati**, con uno spostamento di risorse che nel pubblico favorisce gli Irccs a svantaggio delle aziende ospedaliere mentre, per una diversa classificazione delle strutture, non risulta leggibile nel privato
- **delle funzioni finanziate**, con otto di esse interessate da incrementi e decrementi superiori al milione di euro.

La natura transitoria della gestione 2011 è comunque espressa

- dall'assenza di modifiche sostanziali ai criteri che determinano la valorizzazione delle funzioni

²⁸ La delibera che ha concluso la gestione delle FnT 2011 (4231) e la delibera che innova i criteri per il 2012 (4232) sono state assunte il 25 ottobre 2012; la delibera delle Regole per il 2013 il 26 ottobre 2012. I tre provvedimenti sono stati pubblicati insieme sul Burl n. 2 del 9 gennaio 2013, dopo aver ottenuto il visto da parte della sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti, come previsto dalla L. 213/2012.

- dal successivo ripristino di risorse per le funzioni in diminuzione, che nel 2012 tornano ai livelli del 2010

La seconda fase introduce, a valere dalla gestione 2012, alcune innovazioni che dovranno assicurare un miglior **controllo della spesa**: una riduzione delle funzioni, l'accorpamento di altre e la specificazione di tetti di finanziamento per ciascuna di esse.

Una terza fase, infine, stabilisce **una riduzione della spesa**. La delibera delle regole 2013, infatti, determina un risparmio nello stanziamento previsto, che si riduce del 2,5% rispetto al 2012 e del 3,5% rispetto all'erogato 2011. Inquadra inoltre con maggior definizione e maggior chiarezza l'ambito di applicazione delle Funzioni non tariffate, stabilendo un unico importo onnicomprensivo e la sua natura di intervento diretto regionale²⁹.

In conclusione di analisi, rispetto alle osservazioni contenute nel Rapporto *Il finanziamento delle funzioni sanitarie non coperte da tariffe prestabilite*, anche la gestione 2011 conferma in Lombardia

- lo spazio e l'importanza riservato al finanziamento a funzione, con FnT numerose fin dalla loro introduzione e risorse che dal 2008 si attestano intorno al miliardo di euro
- la scelta delle attività sanitarie remunerate a funzione e l'ordine di rilevanza economica degli ambiti di cura, invariati dal 2008
- la necessità di intervenire sull'assetto delle funzioni con interventi di semplificazione e chiarificazione, direzione nella quale la Regione sembra abbia iniziato a muoversi.

Un'osservazione finale riguarda l'arco temporale di gestione del finanziamento a funzione lombardo. Durante un processo che dura 18 mesi, o più, si erogano acconti per l'anno in corso d'esercizio sulla base dei corrispettivi precedenti che, come accaduto per il 2011, sono suscettibili di riduzioni a consuntivo. Questo aspetto comporta che eventuali riallineamenti della spesa siano imposti alle strutture sanitarie dopo che queste hanno erogato le attività, realizzate con aspettative di entrate differenti. Anche questo ambito offre margini di miglioramento, volti a individuare modalità che assicurino da un lato la certezza dei finanziamenti a chi eroga prestazioni sanitarie e dall'altro un più rapido intervento correttivo quando se ne ravvisi la necessità.

²⁹ Fino al 2012 la Delibera delle Regole ha individuato, senza chiarirne la necessità, due quote distinte per le funzioni non tariffate. Nel 2011, ad esempio, la dgr 937/2010 individua una prima voce "fino a 571 milioni di euro per funzioni non tariffate" ed una seconda per le funzioni a presidio dei servizi territoriali così descritta "Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali fino a 13.708 milioni di euro ripartiti fra le ASL (...) precisando che tale importo è comprensivo dei costi di sistema e delle voci relative a: 1. Funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa, oltre alla quota per funzioni non tariffate sopradescritte, fino a 409 milioni(...)" Si veda il Quadro del sistema per l'anno 2011, Allegato 2 del provvedimento. Per il 2013 l'importo per FnT è unico e onnicomprensivo, e si attesta a 960 milioni di euro.