



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

Gennaio 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:

Pinuccia Dantino (*supervisione*)

Elvira Carola (*direzione*)

Isabella Bertoneri (*analisi Lombardia e Veneto*)

Francesco Pellegrini (*analisi Emilia Romagna*)

Daniela Carnelli e Fiorenza Gianduzzo (*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 il Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali – 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.

Consiglio regionale della Lombardia

Missione valutativa 1/2012

**IL FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI SANITARIE
NON COPERTE DA TARIFFE PREDEFINITE**
in Lombardia, Veneto e Emilia Romagna

GENNAIO 2013

Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali
Ufficio Analisi Leggi e Politiche regionali

SOMMARIO

	Pag.
1. L'oggetto della ricerca e le scelte metodologiche	9
2. Le "funzioni non tariffate": cosa sono e a cosa servono	11
3. Le funzioni non tariffate in Lombardia, Veneto e Emilia -Romagna: visione di sintesi	17
3.1 Quali sono le attività compensate come funzioni non tariffate?	19
3.2 Come variano nel triennio le funzioni per tipo e per risorse?	22
3.3 Qual è il trend di spesa?	23
3.4 Quali strutture ricevono le risorse FnT?	25
3.5 Come varia la spesa per tipo di struttura?	26
3.6 Integrazione o sostituzione?	28
#	
4. I casi di studio: Lombardia, Veneto e Emilia - Romagna	30
4.1 Lombardia	31
4.2 Veneto	66
4.3 Emilia Romagna	81
5. Osservazioni conclusive	95
6. Fonti e riferimenti	97
#	
Glossario e abbreviazioni usate nel testo	106
Appendice: Criteri per la scelta dei casi di studio	108

1 – L’oggetto della ricerca e le scelte metodologiche

Non tutte le attività di assistenza sanitaria trovano un adeguato compenso in tariffe determinate a priori. Per questo il sistema sanitario nazionale prevede uno specifico meccanismo remunerativo che riserva risorse da attribuire alle ‘funzioni assistenziali’, svolte in via principale nell’ambito dell’assistenza ospedaliera e ambulatoriale. Quali attività comprendere nelle **funzioni non tariffate**, come quantificarne il valore, a quali strutture riconoscerle e in base a quali criteri sono scelte che il legislatore lascia alla discrezionalità delle Regioni, che ha prodotto esperienze diverse e poco esplorate in letteratura.

Il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione ha richiesto una **descrizione** approfondita della loro applicazione in Lombardia **nel triennio 2008-2010**, articolata sulla base di alcune **domande di ricerca**:

- **quali attività sono compensate come funzioni non tariffate**
- **come queste varino qualitativamente e in termini di risorse attribuite**
- **come le risorse siano ripartite tra strutture pubbliche e private e per tipologia di struttura**

Per comprendere meglio l’esperienza lombarda, il Comitato ne ha richiesto la **lettura in chiave comparata con altre due Regioni**.

Quali regioni?

La **scelta delle regioni** su cui programmare il confronto si è basata su parametri ampiamente diffusi in letteratura:

- **le dimensioni** dell’attività sanitaria (ammontare delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale¹ e offerta ospedaliera di strutture e posti letto)²
- **la performance** (disavanzo sanitario procapite³ e indicatore sintetico di qualità delle prestazioni sanitarie – ISQ –)⁴
- **i soggetti** che erogano le prestazioni (percentuale dei costi sanitari per tipologia di erogatore⁵ e incidenza dei posti letto privati)⁶.

L’analisi di questi parametri ha permesso di identificare una rosa di Regioni fra le quali il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione ha scelto **Emilia Romagna e Veneto** perché hanno presentato 5 punti su 6 di somiglianza con la Lombardia, rispetto ai tre criteri di selezione utilizzati. L’analisi svolta è descritta in Appendice.

Quali fonti?

La ricerca è impostata sull’**analisi documentale** dei provvedimenti, presenti sul web, con cui le Giunte regionali hanno operato le proprie scelte sul tema ed hanno individuato le risorse riservate alle funzioni non tariffate.

¹ Dati 2011 della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni.

² Numero degli istituti di cura pubblici e privati accreditati e dei posti letto offerti, elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute 2008.

³ Disavanzo sanitario procapite cumulato per regione, dal 2001 al 2010, Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2011.

⁴ Dati 1998-2006, Centro di ricerca indipendente CERM, Competitività, Regolazione, Mercati.

⁵ Percentuale dei costi dell’assistenza sanitaria per tipologia di erogatore (enti a gestione diretta ed enti convenzionati o accreditati), dati 2010, Ministero della Salute.

⁶ Incidenza dei posti letto privati per acuti e non acuti, in regime ordinario e day hospital, dati 2007, elaborazioni Cergas Bocconi, rapporto OASI, su dati del Ministero della Salute.

Per quanto riguarda la letteratura, non risultano svolti studi monografici sull'argomento. Alcune ricerche disponibili sul web non coprono in modo specifico l'oggetto della nostra analisi, né il suo ambito territoriale e temporale, ma hanno in qualche caso costituito un riferimento importante per il nostro lavoro: si tratta, ad esempio del Rapporto dell'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.)⁷ e di alcuni Rapporti OASI del Cergas Bocconi, citati nel testo.

Quale periodo di osservazione?

L'orizzonte temporale della ricerca abbraccia il triennio 2008-2010; tuttavia alcune variazioni molto significative precedono questo periodo e dunque, in alcune parti del rapporto, vengono proposte osservazioni su un arco temporale più ampio.

Inoltre, anche se non previsto dal piano della ricerca, ritenevamo possibile includere nell'analisi i dati più aggiornati, relativi all'anno 2011. Per il mese di agosto 2012, infatti, era attesa la deliberazione lombarda con la determinazione a consuntivo delle quote assegnate per l'anno concluso. Invece il provvedimento, unitamente a decisioni preliminari per il 2012, in tempi che non hanno consentito l'inserimento nel rapporto⁸.

In quanto disponibili, tuttavia, le informazioni sull'applicazione delle FnT nel 2011 sono invece riportate nelle apposite sezioni in forma analitica per la regione Veneto, in forma sintetica (solo i totali annui) per la regione Emilia Romagna.

⁷ Si veda Isabella Morandi, Age.na.s., *Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008.*

⁸ Gli atti relativi alle FnT del 2011 e 2012 sono stati adottati il 25 ottobre 2012: dgr 4231 "determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011" e dgr n. 4232 "Determinazioni in ordine ai criteri ed alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012" del 25/10/2012. Si segnala anche la dgr 3976 del 06/08/2012 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali". L'esame di questi atti avrebbe comportato la riapertura dell'analisi che era in fase conclusiva.

Capitolo 2 – Le “funzioni non tariffate”: cosa sono e a cosa servono

UNA DEFINIZIONE NON UNIVOCA ...

Funzioni non coperte da tariffe predefinite, funzioni non tariffate, funzioni non tariffabili, finanziamenti a funzione, funzioni assistenziali: molti modi diversi con i quali norme, rapporti di ricerca, atti ufficiali e articoli di stampa chiamano alcune **attività sanitarie** non remunerate a tariffa, bensì **finanziate a funzione** sulla base, secondo la norma che le prevede, del costo standard di produzione del programma di assistenza⁹.

Accomunate dalla stessa modalità di finanziamento, le funzioni non tariffate riguardano un’ampia e variegata casistica di servizi, principalmente ospedalieri, che includono attività legate all’emergenza-urgenza, al pronto soccorso, al trapianto d’organi, alla terapia intensiva, alle attività trasfusionali, alla ricerca e alla didattica universitaria, tra le altre.

... NELLA NORMATIVA

Le **funzioni non tariffate** sono previste dal Decreto legislativo 502/1992 che le definisce **funzioni assistenziali**. Più precisamente, la loro presenza compare in questa normativa nel 1999, quando il D. Lgs. 229/1999 introduce un apposito articolo che disciplina la remunerazione delle attività sanitarie (art. 8-sexies in Box 1). Vi si prevede che le strutture erogatrici dei servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale siano remunerate secondo un ammontare globale determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte, distinguendo due meccanismi di finanziamento: quello a funzione, in base ai costi standard, e quello in base a tariffe predefinite, da riferirsi ai ricoveri ospedalieri per acuti (sia ordinari che in day hospital) e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale¹⁰.

La scelta di **quali attività** remunerare a funzione spetta alle Regioni, che le individuano nell’ambito di:

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territorio;
- b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione;
- c) attività riferite a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie gravi;
- e) attività con rilevanti costi di attesa (come il sistema di allarme sanitario e il trasporto d’emergenza);
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto.

Un successivo decreto ministeriale avrebbe dovuto stabilire i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la loro remunerazione massima (da valorizzare in base a standard organizzativi, costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, volume dell’attività svolta), ma tale provvedimento non risulta adottato. E’ invece del luglio 2012 un intervento legislativo che, attraverso il decreto legge 95/2012, pone un tetto al valore complessivo della remunerazione a

⁹ A ciascuna di queste denominazioni possiamo ricondurre un diverso significato, o per meglio dire una diversa sottolineatura, ma che non sempre è rilevante ai fini di questa ricerca. Li usiamo quindi come sinonimi, ma privilegiamo la dicitura più agile di “funzioni non tariffate” e spesso, per brevità, ricorriamo all’acronimo FnT.

¹⁰ Senza approfondire l’argomento, si ricorda qui che oltre ai ricoveri per acuti in regime di degenza ordinaria o di day hospital, i ricoveri ospedalieri includono quelli per lungodegenza e riabilitazione, che vengono remunerati moltiplicando la tariffa giornaliera per il numero delle giornate di degenza.

funzione “che non può in ogni caso superare il 30 per cento” dell’ammontare globale assegnato alle strutture per le prestazioni definite negli accordi contrattuali¹¹ (vedi box 1).

Box 1 - Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, Art. 8-sexies – Remunerazione

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;

d) programmi di assistenza a malattie rare;

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

(omissis)

... IN LETTERATURA

Inteso come criterio con cui le Regioni ripartiscono il fondo sanitario regionale, insieme alla quota capitaria, al sistema tariffario, ai finanziamenti straordinari, alcuni studi del Cergas¹² definiscono il finanziamento a funzione “un **fattore di parziale compensazione** dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione”¹³.

Questa modalità di finanziamento troverebbe giustificazione quando la funzione ha rilevanza sovrarazionale, regionale o nazionale (ad esempio la banca dei tessuti); quando occorre assicurare una remunerazione indipendentemente dal volume di attività svolta (ad esempio il Pronto Soccorso); quando sono presenti tariffe non sufficientemente remunerative oppure quando sono commisurate al costo di produzione ma non alle esternalità positive, di tipo sia sanitario sia sociale, che la funzione produce (ad esempio un centro trapianti); quando si vuole incentivare scelte strategiche regionali per

¹¹ Il decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, modifica l’art. 8 sexies del d. lgs. 502/1992, con l’introduzione del comma 1 bis, che stabilisce tale limite. Si veda l’art. 15, comma 13, lett. g), del decreto legge.

¹² Si fa qui riferimento principalmente ai diversi Rapporti OASI, realizzati dal Cergas, Centro di ricerche sulla gestione dell’assistenza sanitaria dell’Università Bocconi, che non sono studi monografici sul finanziamento a funzione, ma contengono osservazioni sul ruolo di questo meccanismo nell’ambito dei Sistemi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie, che il Cergas ha seguito nel tempo, per un cluster di regioni, dal 2000 al 2004.

¹³ Si veda Elena Cantù e Carlo Jommi “I sistemi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali” in Cergas, *Rapporto Oasi 2001*, pp.111-113. Il concetto è ripreso in Claudio Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Cergas Bocconi, Egea, Milano, 2004, pag. 57.

favorire l'innovazione, lo sviluppo o il consolidamento di specifici progetti, servizi, forme di assistenza¹⁴.

Alla base del ricorso al finanziamento a funzione, quindi, starebbe l'inadeguatezza del sistema tariffario, impostato sui DRG (Diagnosis Related Groups), a valorizzare le caratteristiche di attività ospedaliere che implicano costi non sempre, o non facilmente, riconducibili al consumo medio di risorse, stabilito a priori (vedi box 2). E' il caso di servizi che hanno tempi non programmabili, come il pronto soccorso, oppure che presentano un alto grado di complessità tecnica (ma anche organizzativa, gestionale, ecc.). In questo senso il finanziamento a funzione può offrire una compensazione ai limiti connotati in un sistema di remunerazione prospettico¹⁵.

Box 2 - Il sistema dei DRG: caratteristiche, risultati, rischi

Il sistema tariffario delle attività ospedaliere in Italia è impostato sui DRG (Diagnosis Related Groups), detti anche ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). Questo sistema, introdotto nel 1995 e mutuato dagli Stati Uniti, classifica i ricoveri ospedalieri sulla base della medesima quantità di risorse (isorisorse) necessarie alle cure dell'assistito. I ricoveri ospedalieri sono, cioè, raggruppati in modo che tutti i ricoveri afferenti ad un medesimo DRG presentino approssimativamente un simile carico assistenziale e consumo medio di risorse. Ad ogni DRG è associata una tariffa che rispecchia una stima del costo medio di ciascun ricovero, in base alla quale si remunera l'attività ospedaliera erogata. (Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri>)

Il sistema dei DRG ha permesso di conseguire importanti **risultati** nell'ambito di un'aumentata appropriatezza dell'uso delle risorse e dell'efficienza operativa. Poiché non rileva più la durata della degenza, in quanto viene remunerato il singolo episodio di ricovero, si è osservato in particolare: un migliore utilizzo delle risorse; la riduzione delle liste d'attesa; la misurazione dell'efficienza aziendale; la disponibilità di dati epidemiologici completi, perché la rilevazione dei fatti connessi ai ricoveri assume rilevanza economica. Al sistema si attribuiscono però anche alcuni **rischi**, che derivano dai possibili comportamenti opportunistici degli operatori. Tra i principali: il fenomeno delle dimissioni precoci, con riduzione eccessiva dei tempi di degenza, insieme a quello dei ricoveri ripetuti; la selezione dei pazienti, per una possibile preferenza per il trattamento delle patologie più remunerative; una insufficiente considerazione della complessità delle strutture erogatrici, contrastata dalla tariffazione uniforme.

Secondo alcuni esperti, una parte di remunerazione corrisposta con il finanziamento a funzione potrebbe rappresentare una compensazione, oppure un correttivo, per il contenimento di alcuni di questi rischi.

(osservazioni tratte da S. Albini, "Il finanziamento degli ospedali" nella rivista "Tendenze nuove" - n. 4/1999 Fondazione Smith Kline, <http://www.fsk.it/pubblicazioni/>)

Ciò che invece le ricerche non indicano è come avverrebbe in pratica l'effetto compensazione: le funzioni non tariffate **sostituiscono** le tariffe in determinati ambiti di attività oppure le **integrano**?

Da una lettura letterale della norma sembrerebbe che i due meccanismi di finanziamento fossero, in origine, mutualmente esclusivi: la remunerazione a tariffa è prevista per le attività *diverse* dalle fattispecie dei programmi elencati e comunque non rientranti tra quelle individuate come funzioni assistenziali¹⁶.

Nella stessa direzione sembrerebbero andare le linee guida del Ministero della Salute (n. 1/1995), emanate per l'applicazione delle "Tariffe delle prestazioni ospedaliere"¹⁷. Esse richiedono alle Regioni di individuare la quota di finanziamento da destinare all'assistenza ospedaliera, specificando che: "Appare altresì opportuno non destinare tutte le risorse così individuate al pagamento a tariffa delle

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ E' così definito il sistema impostato sui DRG in quanto punta a definire a priori la somma da destinare ad ogni singola situazione. Il modello precedente era invece retrospettivo, ovvero impostato sulla totale copertura dei costi già sostenuti (più di lista).

¹⁶ Si veda il testo del comma 4 dell'art. 8-sexies riportato nel Box 1.

¹⁷ Linee guida per l'applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994.

prestazioni, riservando una quota congrua al finanziamento di attività specifiche, quali l'attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto d'organi (...)"¹⁸.

La lettura non è invece risultata univoca e, forse in assenza del decreto ministeriale chiarificatore, ha dato luogo ad applicazioni differenziate anche tra le Regioni che abbiamo esaminato, dove il finanziamento a funzione è adottato sia in sostituzione delle tariffe, sia a loro integrazione.

... NEI PROVVEDIMENTI REGIONALI

L'assenza di criteri generali uniformi, che la normativa statale non ha specificato, può contribuire a spiegare l'eterogeneità delle scelte regionali rispetto alle funzioni non tariffate. Queste infatti, secondo una ricostruzione dei sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario, realizzata da Age.na.s. nel 2008, sono previste da molte Regioni, ma con scelte assai diverse in merito alla tipologia di funzioni individuate, alle risorse dedicate, all'assetto proprietario dei soggetti che le percepiscono¹⁹.

Ma ancor prima, ciò che l'analisi documentale ci ha da subito permesso di osservare è un diverso livello di formalizzazione delle FnT ed un diverso grado della loro determinatezza. E' questa **la prima evidenza dell'analisi documentale** svolta per le Regioni che costituiscono i nostri casi di studio.

- In **Lombardia** la Giunta, con un provvedimento *ad hoc* assunto nel secondo semestre dell'anno successivo a quello di competenza, delibera la remunerazione di "**alcune funzioni non coperte da tariffe prestabilite**"; l'atto contiene la descrizione di ciascuna funzione e dei criteri che ne determinano la valorizzazione economica, oltre ad indicare gli importi assegnati a ciascuna struttura sanitaria, per ciascuna FnT. Le risorse complessive a riferimento della spesa sono preventivate prima dell'esercizio finanziario nel provvedimento che ripartisce il fondo sanitario regionale ('delibera delle Regole' assunta entro il mese di dicembre). In Lombardia le funzioni non tariffate sono previste anche in *legge regionale*: dal 1997 una norma dispone che la Giunta costituisca un fondo ad esse dedicato e ne determini modalità di riparto e assegnazione²⁰; nel 2001 con una deliberazione apposita sono stati riordinati e ridefiniti i criteri generali per la loro remunerazione, in parte ancora vigenti²¹.
- Il **Veneto** dispone il "**finanziamento a funzione**" di alcune attività con la delibera annuale che ripartisce il Fondo sanitario regionale tra tutte le Aziende sanitarie della Regione. Nelle tabelle allegate al provvedimento si indicano importi per funzione e per Ulss, con una specifica degli importi da corrispondere alle strutture private. L'atto della Giunta, che viene assunto nel secondo semestre dell'anno in cui sono erogate le attività, non contiene descrizioni puntuali delle attività finanziate a funzione né specifiche dei criteri con cui si sono determinate le risorse²². Non troviamo invece riferimenti alle funzioni nella legge regionale sul servizio sanitario

¹⁸ Il testo peraltro aggiunge "Tale quota potrà essere altresì utilizzata per far fronte a particolari e motivate esigenze di riequilibrio finanziario di strutture ospedaliere impegnate in programmi di riconversione organizzativa e gestionale, con importi decrescenti da riassorbire gradualmente nell'arco di un triennio".

¹⁹ Age.na.s., *Sistemi regionali di ripartizione del fondo sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza. Analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008*, pag. 6.

²⁰ L.r. 11 luglio 1997, n. 31 - Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali, art. 13, comma 15. Oggi la stessa disposizione è contenuta nel comma 9, articolo 19 della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

²¹ Dgr 5349/2001.

²² La descrizione di alcuni parametri è invece presente nella delibera della Regione veneta per l'anno 2011. Si veda il capitolo 4.2.

regionale, datata 1994, né nel Piano Socio Sanitario varato nel 1996²³. Il loro ruolo specifico sarà invece previsto nel PSSR approvato nel giugno 2012.

- In **Emilia Romagna** individuare le funzioni non tariffate attraverso l'analisi documentale risulta problematico. In questa Regione non sono adottati provvedimenti specifici e neppure nell'atto fondamentale, che ripartisce annualmente le risorse del Sistema Sanitario Regionale, sono presenti definizioni analoghe agli altri casi. Individuando la spesa da destinarsi al finanziamento dei Livelli di Assistenza, la delibera della Giunta stabilisce che il relativo "riparto tra le aziende avviene a quota capitaria e per **progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento**". Il riparto è quindi rimandato ad una tabella (figura 1) che non fornisce elementi ulteriori per individuare con certezza quali siano le attività finanziate a funzione. In questa situazione, abbiamo scelto – in via interpretativa – di ritagliare la nostra analisi sulle singole attività che la tabella ascrive ai "Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali" (nella figura 1 sono cerchiare in rosso) seguendo una scelta che trova parziale conferma in letteratura²⁴.

Figura 1 – Finanziamento del Servizio sanitario dell'Emilia – Romagna, anno 2010

RISORSE DISPONIBILI (compreso risorse a carico Bilancio regionale)	7.781.924
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	7.396.800
di cui	
Risorse ripartite a quota capitaria	6.767.820
Accantonamento per adeguamento popolazione all'1/1/2009	10.000
ARPA	52.000
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.	41.000
FRNA quota "storica"	211.270
Assistenza termale	18.110
Oneri vari personale dipendente (esclusività,...)	200.000
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:	96.600
Emergenza 118	23.700
Progetto sangue ed emoderivati	11.850
Trapianti e medicina rigenerativa	6.400
Altre funzioni sovra-aziendali	21.200
Specificità aziendali	13.450
Contributo Aziende Ospedaliere, Ospedaliere-universitarie, IRCCS funzioni alta specialità	20.000
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	102.060
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	47.700
Integrazione tariffaria per progetti di ricerca	10.000
Altro:	44.360
Contributo per trascinamento arretrati contratto	19.000
Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)	9.660
Corsi universitari delle professioni sanitarie	15.700
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE	45.081
Agenzia Sanitaria Regionale	4.381
Obiettivi e progetti per innovazione...	18.000
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo ICT....)	22.700
5 GARANZIA EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	147.900
di cui Aziende USL	96.150
di cui Aziende Ospedaliere e IOR	51.750
6 ULTERIORE CONTRIBUTO AL FRNA	50.000
7 ALTRO	40.083
Altro extra-LEA (Interventi umanitari, Area dipendenze, integrazione sanità penitenziaria)	6.433
Da ripartire (liste d'attesa - Ricerca IRCCS -FRNA psichiatria, acc. riserva)	33.650

valori x 1000

Fonte: Regione Emilia Romagna, delibera n. 234 del 8/2/10

²³ Un richiamo alle scelte procedurali della Regione è invece contenuto nella Circolare 1/2001 "Bilancio economico preventivo e budget generale anno 2001", approvata dalla Giunta regionale con deliberazione n. 309/2001, secondo cui le risorse finanziate a funzione vengono attribuite alle Ulss di riferimento per tutte le strutture a cui spetta, presenti sul loro territorio.

²⁴ Nel Rapporto OASI 2004 gli autori indicano tra le risorse per funzioni quelle destinate al Servizio 118, all'emergenza-urgenza, ai trapianti, al termalismo, agli assegni per gli anziani e i trasferimenti a favore del sistema universitario. Si veda il Rapporto OASI 2004, a cura di Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, pag. 133.

Per quanto riguarda i contenuti, l'analisi documentale ha messo in luce forti differenze anche per il grado di determinatezza dei criteri di assegnazione e valorizzazione delle FnT: non espressi in forma compiuta in Veneto ed Emilia Romagna, risultano molto dettagliati nella delibera lombarda, che tuttavia presenta un quadro di forte complessità, con criteri multipli che cambiano per ciascuna delle trenta funzioni e nelle singole annualità²⁵.

UNA CONSEGUENZA

La scelta analitica adottata per l'Emilia Romagna espone indubbiamente a rischi di incompletezza e di sottostima della spesa FnT, che non sono superabili attenendosi alla metodologia prescelta, basata sull'analisi documentale e rendono poco solido l'esercizio del confronto. Questo aspetto ci ha indotto ad **evitare il paragone delle Regioni sulle singole dimensioni**, in favore della presentazione diretta dei casi studiati, che contengono comunque informazioni interessanti sulle scelte regionali in tema di FnT.

Nel capitolo che segue descriviamo in sintesi le scelte regionali attraverso le domande di ricerca stabilite (cap. 1), presentate in dettaglio nelle singole sezioni regionali (cap. 4). La sintesi è introdotta da un inquadramento dei diversi modelli organizzativi dei tre sistemi sanitari, a nostro avviso necessari per una più significativa lettura dei risultati dell'analisi.

²⁵ In Lombardia la scelta di quali funzioni non tariffare ricade tra "attività indicate dalla programmazione nazionale e regionale nonché provvedimenti specifici della Giunta regionale" per riconoscere particolari attività svolte dagli enti sanitari, mentre per determinare gli importi sono considerati – per ciascuna FnT – "il profilo organizzativo, le specifiche attività, i volumi prodotti e i costi dei fattori produttivi impiegati", sulla base dei flussi informativi disponibili presso la Direzione Generale Sanità. Per alcune funzioni la remunerazione prevede: una quota forfettaria, che può essere maggiorata da un coefficiente di complessità di funzione; una ripartizione mutuata dalle modalità con cui il Ministero assegna fondi per funzioni simili; un incremento di finanziamento per incentivare alcune funzioni di particolare interesse regionale. (dgr 2132/2011 - Relazione)

3 – LE FUNZIONI NON TARIFFATE IN LOMBARDIA, VENETO E EMILIA ROMAGNA: VISIONE DI SINTESI

Il finanziamento a funzione *concorre*, con il sistema tariffario, alla remunerazione dei servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale, secondo criteri e ampiezza di impiego decisi dalle Regioni. È quindi una componente del finanziamento complessivo che alimenta il sistema sanitario regionale, che in Lombardia, Veneto e Emilia Romagna si organizza su **modelli di governance sanitaria diversi**.

In letteratura²⁶ sono stati individuati tre modelli regionali principali che si fondano (i) sulla competizione tra organizzazioni sanitarie, (ii) sulla cooperazione o integrazione tra organizzazioni, (iii) sui tradizionali meccanismi burocratici di governo²⁷.

Due dei casi che osserviamo appartengono al modello dell'integrazione, che presenta due varianti: la prima impostata su meccanismi di programmazione negoziata (**Emilia Romagna**), la seconda su una programmazione centralizzata di livello regionale (**Veneto**)²⁸. Entrambe le versioni sono comunque orientate alla costruzione di reti di offerta in cui tutte le strutture siano **nodi tra loro collegati in complementarità**, non in competizione, per evitare sprechi, ridondanze e duplicazione di servizi.

Per il **caso lombardo**, invece, occorre distinguere **due periodi**. Il primo, che va dal 1997 al 2002, riflette il modello fondato sulla competizione, che dà importanza alla libertà di scelta del cittadino tra strutture di cura e persegue l'incremento della qualità dei servizi ponendo in concorrenza gli erogatori, pubblici e privati. Dagli anni 2002-2003 in poi, pur mantenendo centrale la libertà di scelta della persona, si recuperano forme di programmazione centralizzata e di controllo della spesa che attenuano la concorrenzialità del modello. Le innovazioni riguardano comunque *l'assetto regolativo*, senza modificare *l'assetto organizzativo* adottato nella prima fase²⁹.

Da questi diversi orientamenti derivano alcuni elementi rilevanti per la nostra indagine³⁰.

- La Lombardia sceglie la quasi totale separazione tra acquirenti (Asl) e fornitori (le strutture sanitarie, pubbliche e private, poste su un piano di tendenziale parità). I **presidi ospedalieri** sono stati **annessi** alle **29 aziende ospedaliere pubbliche**; la presenza della **sanità privata** è **significativa**, **l'applicazione dei meccanismi tariffari** progressivamente **estesa**, fino a raggiungere dimensioni senza riscontro in altre regioni^{31 32}.
- Emilia Romagna e Veneto scelgono di costituire un **numero limitato di aziende ospedaliere autonome**, dove concentrare la produzione delle prestazioni di alta specializzazione e di elevata complessità (oncologia, cardiocirurgia, ecc.), per conseguire economie di scala (volumi elevati e concentrati delle prestazioni) e, al contempo, migliorare la qualità dei servizi. I **presidi ospedalieri** sono **integrati alle Asl** di riferimento e **l'offerta privata ha un peso diverso** rispetto

²⁶ Si veda Stefano Neri "Italia. La costruzione dei Servizi Sanitari regionali e la governance del sistema sanitario", in *RPS, La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3, luglio-settembre 2008. Un'altra classificazione per modelli, impostata sul grado di integrazione/separazione tra ospedali ed Asl di riferimento, è presente nella ricerca realizzata da Vittorio Mapelli, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, 2007.

²⁷ Quest'ultimo modello, di carattere residuale-incrementale, è presente in diverse regioni meridionali. Definito negli anni '90, negli anni più recenti sta convergendo verso il modello dell'integrazione.

²⁸ In Emilia Romagna il governo sanitario regionale si realizza attraverso la definizione di accordi, piani, programmi regionali e locali elaborati di concerto con tutti gli attori coinvolti nella progettazione e gestione degli interventi sanitari. In Veneto invece il ricorso a questi strumenti è assai limitato: la Regione definisce direttamente il finanziamento delle aziende ospedaliere con la determinazione di budget e a livello regionale sono in via prevalente definiti anche i contratti con le strutture private, con scarso ruolo delle Asl. (Cfr. S. Neri, cit.)

²⁹ Cfr. S. Neri, "La sanità lombarda tra centralizzazione e privatizzazione" in E. Pavolini (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Fondazione Res, Donzelli, Roma 2011.

³⁰ Altri elementi concorrono alla definizione dei modelli, tra cui le scelte regionali in merito ai tetti di spesa, che qui non affrontiamo.

³¹ S. Neri, "Italia. La costruzione dei Servizi Sanitari regionali e la governance del sistema sanitario", cit.

³² Il modello della separazione non è applicato nella Asl Vallecamonica Sebino, che gestisce direttamente i presidi ospedalieri di Edolo ed Esine.

al caso lombardo. In Emilia Romagna, anziché rappresentare un'alternativa, svolge un ruolo complementare all'offerta pubblica; in Veneto la sua presenza è assai misurata. Anche **l'impiego di meccanismi tariffari è più contenuto** che nel caso lombardo.

Dunque per quanto si sia cercato di individuare le regioni più simili da osservare secondo alcuni parametri specifici³³, i casi prescelti rappresentano realtà molto diverse. In particolare sarebbe proprio la Lombardia a presentare caratteristiche uniche, che di fatto rendono arduo ogni tentativo di comparazione, pur nel nostro limitato campo di indagine.

Se le funzioni non tariffate sono uno strumento con cui le Regioni finanziano in parte la sanità regionale possiamo attenderci che riflettano – e rispondano al sistema complessivo di riferimento. Possono, ad esempio, agire da **fattore di riequilibrio** a seconda del modello organizzativo prescelto, della scelta di corrisponderle o meno agli erogatori privati e della maggiore o minore presenza del privato nell'ambito dell'offerta sanitaria. Osserva ad esempio il Cergas nel 2002 come in Lombardia la rilevanza dei sistemi tariffari abbia determinato l'esigenza di prevedere un ruolo crescente delle funzioni non tariffate, sia per riconoscere la complessità delle funzioni svolte da alcune Aziende Ospedaliere, sia per smussare il meccanismo competitivo legato alle tariffe³⁴.

La stessa rilevanza delle tariffe si acuisce nei sistemi sanitari con maggiore presenza di strutture private e di strutture pubbliche aziendalizzate, cioè non gestite dalle Asl. Alcuni studi, infatti, osservano che le tariffe giocano un ruolo diverso secondo la tipologia dei produttori che remunerano. Costituiscono il 'prezzo reale' per i privati, una 'quota di finanziamento' per le strutture pubbliche aziendalizzate, ma diventano poco più che un mero riferimento contabile per i presidi a gestione diretta Asl dove si impiegano per contabilizzare le attività ed effettuare il controllo di gestione³⁵. L'eventuale esigenza di riequilibrare le tariffe, mediante il ricorso alle funzioni, potrebbe allora essere connessa anche alla tipologia prevalente delle strutture sanitarie nelle regioni.

Di seguito riepiloghiamo le **strutture** che erogano assistenza ospedaliera in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna. In tabella sono indicate in modo distinto, sia per tipo di struttura che per natura pubblica o privata. Nel prosieguo della ricerca, diversamente da altre analisi disponibili³⁶, ascriviamo al settore pubblico le aziende Sanitarie Locali e i loro presidi ospedalieri, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici; al settore privato gli IRCCS e le Case di Cura private (CdC), queste ultime inclusive degli ospedali classificati.

³³ Si veda il capitolo 1 e l'Appendice.

³⁴ Elena Cantù e Claudio Jommi, "Federalismo fiscale: sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali", in Rapporto Oasi 2002, pag. 158.

³⁵ [Le tariffe per il privato] "rappresentano il 'prezzo reale' che la regione paga agli erogatori"; [per i soggetti pubblici aziendalizzati] "rappresentano una quota di finanziamento (...) mentre nei confronti dei presidi che fanno parte delle Asl le tariffe hanno il solo scopo di consentire la contabilizzazione delle attività e di permettere un migliore controllo di gestione". Così Morandi I., Pieroni E., Giuliani F., Cislighi C., *Criticità delle tariffe nel SSN*, Convegno annuale dell'AIES "I primi 30 anni del servizio sanitario nazionale e il contributo dell'economia sanitaria", Matera 9-10 ottobre 2008. L'articolo prosegue spiegando che i presidi Asl non hanno un proprio bilancio e non hanno un finanziamento predeterminato, in quanto la Asl si assume direttamente i costi dei fattori di produzione.

³⁶ Alcune analisi presentano infatti le strutture sanitarie distinte tra strutture private, strutture pubbliche e strutture equiparate al pubblico, con queste ultime che comprendono gli IRCCS (pubblici e privati) e i Policlinici universitari. Un glossario riporta una breve descrizione delle definizioni e delle sigle utilizzate.

Tabella 1 – Tipologia delle strutture di assistenza ospedaliera in Lombardia, Veneto e Emilia Romagna, ottobre 2011, dati Ministero della Salute

	Presidi a gestione diretta ASL	(strutture interne dei presidi)	Aziende Ospedaliere	(stabilimenti di AO)	IRCCS pubblici	IRCCS privati	Ospedali classificati	Presidi privati qualificati presidi Asl	CdC private accreditate	CdC private non accreditate
Lombardia	2	2	29	97	5	21	6		73	12
Veneto	21	53	2	3	1	2	6	6	15	1
Emilia-Romagna	21	55	5	5	3	1			45	2
Italia	380	580	90	202	28	38	30	18	523	64
% Lombardia su Italia	0%	0%	32%	48%	18%	55%	20%	0%	14%	19%
% Veneto su Italia	4%	9%	2%	1%	4%	5%	20%	33%	3%	2%
% Emilia R. su Italia	4%	9%	6%	2%	11%	3%	0%	0%	9%	3%

I dati del Ministero della Salute, in tabella 1, evidenziano una relativa vicinanza tra Veneto ed Emilia Romagna (con più privato nella seconda) ed un contesto significativamente diverso per la Lombardia, che concentra quasi un terzo delle strutture ospedaliere aziendalizzate in Italia nella quasi totale assenza di presidi a gestione diretta, oltre la metà degli IRCCS privati italiani e, rispetto alle altre due regioni, una quota maggiore di case di cura private.

Poste queste premesse, nei paragrafi che seguono evidenziamo i principali risultati dell'analisi svolta, documentata in dettaglio nelle sezioni dedicate alle singole regioni, rispondendo alle domande previste dal piano della ricerca.

3.1 - QUALI SONO LE ATTIVITÀ COMPENSATE COME FUNZIONI NON TARIFFATE?

In generale, le attività che con più frequenza le Regioni finanziano a funzione sono l'attività di ricerca, la didattica universitaria, le attività connesse al trapianto d'organi, l'alta specialità, l'emergenza-urgenza, il pronto soccorso, la neuropsichiatria, la terapia intensiva, le attività trasfusionali³⁷. Tuttavia le singole scelte regionali definiscono una gamma di funzioni molto variabile, sia per numero che per ambito di assistenza in cui intervengono. Di seguito le sintetizziamo con riferimento all'anno 2010, che è l'annualità più recente di cui si hanno dati per tutte e tre le Regioni, presentandole in ordine di rilevanza economica.

Lombardia

La Lombardia riconosce risorse per circa un miliardo di euro l'anno (pari al 6% dell'intera spesa sanitaria) a **trenta funzioni non tariffate**, alcune delle quali articolate in molteplici attività. Per semplificarne la lettura le abbiamo ricondotte a sei aree principali ed una residuale³⁸.

- *L'area delle specifiche attività territoriali* include un blocco di cinque funzioni, introdotte principalmente nel 2007, che sostengono le maggiori complessità gestite da chi eroga le prestazioni su più presidi (di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale, di

³⁷ Così Age.na.s., cit., pag. 6.

³⁸ Per l'analisi più puntuale si rimanda all'apposita sezione nel capitolo 4.

neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza), da chi ha strutture di ricovero articolate su più padiglioni con vincolo architettonico, da chi ha maggiori costi connessi al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta intensità abitativa. Quest'area è quella economicamente più rilevante, e assorbe il 37% dell'intero monte risorse FnT.

- *L'area dell'emergenza-urgenza* include il sostegno alle strutture dotate di Pronto soccorso, ai presidi di emergenza degli ospedali montani, il trasporto neonatale, la terapia intensiva di neonati in forte sottopeso e altre attività emergenziali come quelle svolte dai Centri Antiveneni e dal Centro Grandi Ustionati. Quest'area incide per il 30% del totale delle risorse FnT.
 - *L'area della ricerca, didattica, formazione* supporta l'attività di ricerca degli IRCCS, i maggiori costi delle strutture sanitarie che sono sedi didattiche dei corsi universitari delle Facoltà di medicina e chirurgia lombarde, le spese per la formazione del personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario. L'area assorbe il 12% della spesa FnT complessiva.
 - *L'area delle funzioni specialistiche e di rilievo regionale* è una categoria dove abbiamo collocato alcune specialità: l'assistenza riabilitativa, il servizio UONPIA (neuropsichiatria infantile), le unità di medicina del lavoro, il trattamento ambulatoriale dei casi di AIDS, le attività per la sicurezza trasfusionale e produzione sangue. Un'ulteriore funzione, denominata "Funzione 19: Altre attività di rilievo regionale" finanzia le attività esplicitamente individuate da atti di programmazione regionale o nazionale. L'area incide per l'11% sulle risorse FnT.
 - *L'area "Altro"* è una categoria residuale dove abbiamo inserito funzioni che non era agevole ascrivere altrove. Vi abbiamo incluso le funzioni: per la casistica di pazienti extraregionali, per l'ampiezza del case mix, per la complessità di gestione del File F, per la guardia turistica stagionale e quella integrativa per parti effettuati in analgesia. Queste funzioni globalmente assorbono il 6% di tutte le risorse.
 - *L'area del trapianto d'organi* si articola in tre funzioni abbastanza simili, che integrano le tariffe previste per le attività di trapianto, riconoscendo somme ulteriori ai centri che praticano determinati trapianti, alle strutture che procurano più donatori d'organo, e a specifici centri regionali attivi nell'area (dal Centro Regionale di Riferimento per il coordinamento, alle diverse banche dei tessuti, delle cornee, del cordone ombelicale, ecc.). A quest'area è assegnato il 3% delle risorse complessive.
 - *L'area sicurezza, veterinaria e ambiente* include tre funzioni di sostegno alla bonifica sanitaria negli allevamenti, all'eradicazione della BSE, al centro per la sicurezza degli antiparassitari che assorbono il 2% di tutte le risorse.
- **IN EVIDENZA** La necessità di dover operare una categorizzazione delle funzioni per comprendere le principali aree di riferimento è un segnale della forte complessità acquisita dalla gestione FnT in Lombardia. In questa Regione le FnT sono state fin da subito molto numerose, ma oggi il quadro appare meno ordinato che in passato. Ciò risulta evidente confrontando le deliberazioni più recenti con quella che individua le funzioni per il 1999, dove in buona parte le funzioni odierne erano già presenti. Questa complessità si riflette in una elevata frammentazione delle risorse, assorbite per due terzi da sole cinque funzioni, come mostriamo a pag. 58.

Veneto

Il Veneto nel 2010 assegna 354 milioni di euro (il 4% della spesa sanitaria complessiva) al finanziamento di **quattro funzioni**, per attività non sempre riconoscibili nelle denominazioni e che come vedremo sfuggono all'inquadramento che abbiamo operato per la Lombardia:

- le funzioni *Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento, Servizio di Urgenza-Emergenza Medica - 118* e la funzione *Terapia intensiva* hanno denominazioni esplicite e si riferiscono chiaramente all'*area emergenza-urgenza*. Incidono complessivamente per il 44% sul totale delle risorse.
- il *finanziamento delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto* assegna risorse mirate alle tre strutture venete che costituiscono una realtà di riferimento per tutta la regione e che sono ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione. Il finanziamento ha una duplice finalità: da un lato sostiene i costi della formazione universitaria delle facoltà di medicina delle AO di Padova e Verona; dall'altro sostiene economicamente lo start up aziendale dello IOV e del completamento del suo assetto organizzativo e strutturale. Questa funzione dunque comprende in parte attività che in Lombardia abbiamo ascrivito all'*area ricerca-didattica- formazione*, in parte invece riferite ad una complessità gestionale probabilmente assimilabili all'*area delle specifiche attività territoriali*. La funzione assorbe il 34% delle risorse.
- le *funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale* costituiscono uno stanziamento integrativo forfettario, introdotto nel 2009, per quelle strutture che rappresentano un riferimento provinciale e regionale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera; con questi fondi la Regione intende inoltre promuovere la rete clinica degli ospedali ed il loro collegamento funzionale. Anche in questo caso lo scopo sembra consistere nel sostegno di una maggiore complessità organizzativa e gestionale. La funzione assorbe il 22% delle risorse FnT.

Emilia Romagna

L'Emilia Romagna nel 2010 riserva circa 97 milioni di euro (l'1% della spesa sanitaria complessiva) ai "Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali", articolati in **sei voci**:

- l'*Emergenza 118* comprende spese per l'informatizzazione della rete radio tra centrale e mezzi di soccorso, l'integrazione delle tecnologie per la gestione amministrativa e tecnica del servizio, gli adeguamenti tecnici per l'attivazione del Numero Unico Europeo 112, la gestione dell'elisoccorso, e altri programmi regionali destinati al miglioramento della sicurezza degli operatori e la gestione di materiali e farmaci per emergenza. Queste attività assorbono il 25% del totale delle risorse.
- le *Altre funzioni sovra-aziendali* supportano alcune attività specialistiche di rilievo regionale come quelle dei Trauma Center, dell'Unità spinale, della Casa dei Risvegli, del centro grandi ustionati, dei centri Hub per difetti della coagulazione, di genetica, di neuro riabilitazione; per i trattamenti di casistica ortopedica di elevata complessità, del centro di chirurgia della mano. Si tratta di attività in parte assimilabili a quanto in Lombardia abbiamo ascrivito all'*area delle funzioni specialistiche e di rilievo regionale* e che assorbono il 22% delle risorse totali.
- le *funzioni di alta specialità* prevedono un finanziamento mirato alle strutture sanitarie regionali di maggiore complessità (le aziende ospedaliere e l'IRCCS pubblico). Introdotte nel 2009, assorbono il 21% delle risorse.
- le *specificità aziendali* compensano alcuni bisogni che connotano determinati territori, per esempio la presenza straordinaria di strutture per recupero dipendenze nel Riminese e la forte presenza di soggetti talassemici nel Ferrarese. I relativi finanziamenti incidono per l'11%.
- il *progetto sangue ed emoderivati* conferisce all'Ausl di Bologna risorse pari al 13% del totale.

- la voce *Trapianti e medicina rigenerativa* nel 2010 finanzia 63 progetti tra cui la lista regionale unica per il trapianto di rene, la gestione integrata della rete Hub & Spoke per il trapianto di cuore, il coordinamento dei centri per il trapianto di midollo osseo e i trasporti finalizzati ai trapianti o ai tessuti. Il complesso delle attività assorbe l'8% del totale assegnato all'insieme "Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali".
- ▶ **IN EVIDENZA:** L'Emilia Romagna remunera l'attività di didattica universitaria attraverso maggiorazioni tariffarie, che compongono una voce apposita del riparto del FSR. Altre attività, come la ricerca degli IRCCS, sono incluse in altra voce (si veda Figura 1, voci 2 e 7, a pag. 15). Come vedremo, a partire dal 2010 anche in Lombardia verrà introdotta la modalità della maggiorazione tariffaria a compensazione della didattica universitaria.

3.2 - COME VARIANO NEL TRIENNIO LE FUNZIONI PER TIPO E PER RISORSE?

Lombardia

Seppure il numero delle funzioni resta costante (30), nel triennio in Lombardia intervengono cambiamenti significativi. Tra i più rilevanti:

- nel 2009 esce dal novero delle FnT una delle funzioni fino ad allora più rilevanti, quella per il servizio di 118, le cui attività passano sotto il coordinamento dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (AREU) attivata in quell'anno; subentra la funzione che supporta le procedure connesse al flusso dei farmaci ad alto costo somministrati a pazienti non ricoverati. Nella stessa annualità vengono rivisti i parametri su cui si stanziavano risorse per la funzione di Pronto Soccorso e vengono potenziate le funzioni per le attività di ricerca degli IRCCS e per la didattica universitaria. A questi cambiamenti conseguono ad esempio: l'esclusione delle risorse per il 118 (-160M€), l'introduzione di quelle per la gestione del File F (+23M€), l'incremento delle risorse per il Pronto Soccorso (+132M€), per la ricerca (+26M€) e per la didattica (+8M€) a cui si aggiungono maggiori finanziamenti per il servizio di neuropsichiatria UONPIA (+11M€), per la concentrazione di pazienti anziani (+2,6M€), per le attività di trapianto (+1,7M€) per la cura ambulatoriale dell'Aids (+2M€) e per le strutture con più padiglioni di ricovero (+1M€).
Complessivamente **nel 2009 la spesa per FnT cresce di circa 50 milioni di euro.**
- nel 2010 la variazione più importante consegue all'applicazione dell'articolo 25bis del Testo Unico della sanità (l.r. 33/2009) che permette alle strutture con vocazione universitaria di ottenere una maggiorazione tariffaria rinunciando alla remunerazione della funzione per la didattica universitaria, per complessità di case-mix e per la presenza significativa di pazienti extraregionali. All'opzione aderiscono tutte le strutture pubbliche che ne hanno titolo e i principali istituti privati, il che comporta la conseguente riduzione di finanziamento a funzione per la didattica (-68M€), per il case-mix (-32M€), per la casistica di pazienti da fuori regione (-6,3M€).
Complessivamente³⁹ **nel 2010 la spesa diminuisce di circa 100 milioni di euro.**

³⁹ Nel 2010 variazioni significative (superiori al milione di euro) interessano molte funzioni che qui non è possibile riassumere: si rimanda alla sezione 4.1 dove sono puntualmente descritte e rappresentate nelle tabelle delle singole funzioni.

Veneto

Nel triennio in Veneto le variazioni interessano in parte il numero delle funzioni, ma in modo molto più sostanziale una distribuzione delle risorse tra le funzioni stesse.

- nel 2009 viene istituito il “Fondo per funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale”, che accresce il monte risorse (+19M€); viene ridotto il finanziamento della Terapia intensiva, che nel 2008 costituiva la spesa a funzione più rilevante⁴⁰, da cui vengono escluse le attività sub-intensive (-54M€); sono incrementate le risorse per il finanziamento delle aziende ospedaliere e dell’IRCCS pubblico (+46 M€).

Complessivamente **nel 2009 la spesa a funzione cresce di circa 11 milioni di euro.**

- Nel 2010 la quantità dei finanziamenti a funzione non cambia, ma con un pressoché totale svuotamento della funzione di terapia intensiva, erogata provvisoriamente a poche strutture, in attesa della sua soppressione definitiva⁴¹. Le sue risorse diminuiscono (-98M€) mentre crescono sensibilmente quelle sovra-aziendali a valenza provinciale (+57M€) ed il finanziamento per le AO e per l’istituto Oncologico (+11M). Decresce infine la spesa per il 118 (-1M€).

Complessivamente **nel 2010 la spesa a funzione diminuisce di circa 31 milioni di euro.**

Emilia Romagna

In Emilia Romagna nel triennio le variazioni interessano sostanzialmente l’annualità centrale.

- Nel 2009 escono dai “Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali” due voci minori: l’assistenza specialistica nelle carceri (-1,8M€) e gli interventi sanitari a carattere umanitario (-1,6M€). Vi entrano invece le “Funzioni di alta specialità” (+20M€), che costituiscono la variazione più rilevante.

Complessivamente **nel 2009 le risorse crescono di circa 20 milioni di euro; nel 2010 di 450mila.**

- ▶ **IN EVIDENZA:** In tutte le Regioni si osserva un potenziamento progressivo di funzioni che riguardano la complessità gestionale e organizzativa delle strutture erogatrici piuttosto che attività di cura: in questa direzione leggiamo l’introduzione delle funzioni territoriali lombarde, avvenuta nel 2007, che risultano le più rilevanti in termini di risorse; l’istituzione del fondo veneto per le funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale; l’istituzione delle funzioni di alta specialità che l’Emilia-Romagna destina alle Aziende Ospedaliere e allo IOR. Questo aspetto sembrerebbe confermare l’osservazione contenuta nel box 2 (a pag. 13), secondo la quale tra i rischi connessi all’applicazione della tariffazione uniforme rientra una insufficiente considerazione della complessità delle strutture, a cui l’impiego delle FnT fornirebbe un possibile correttivo.

3.3 - QUAL È IL TREND DI SPESA?

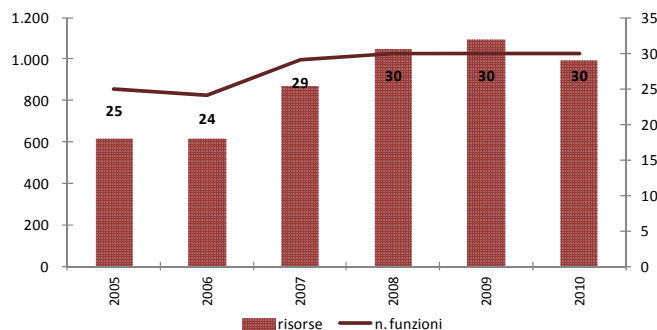
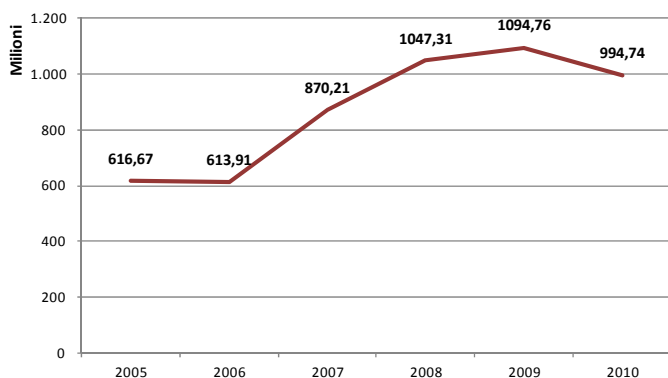
Un triennio, che in alcuni casi presenta variazioni di qualche rilievo, non è sufficiente a stabilire la dinamica della spesa; abbiamo quindi ricercato informazioni su un arco temporale più ampio. I dati sono stati raccolti attraverso le deliberazioni assunte dal 2005⁴² e mostrano curve diverse per le tre Regioni, in parte indipendenti dal numero delle funzioni attivate. Come rappresentiamo nei grafici:

⁴⁰ Nel 2008 la funzione era finanziata con 156 milioni di euro, il 42% del totale delle risorse. Si veda la sezione 4.2.

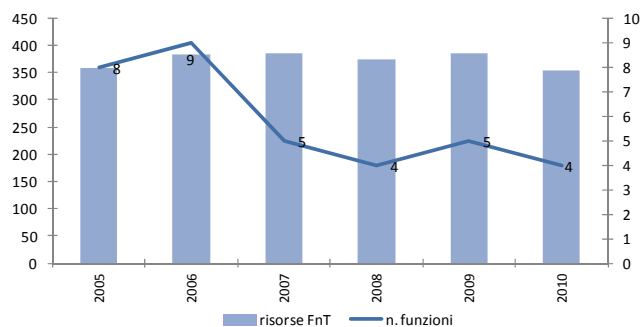
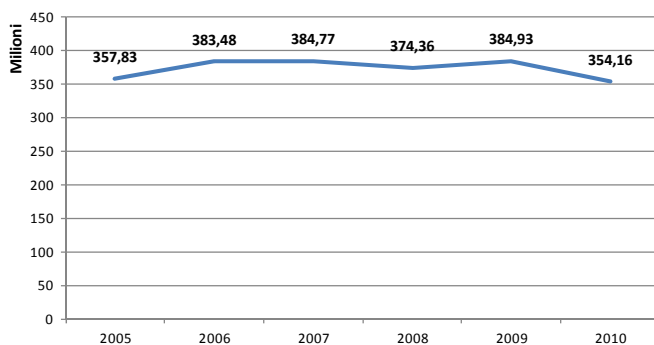
⁴¹ Si vedano le pagine 73 e 78.

⁴² Abbiamo preso a riferimento il 2005 perché sul web per il Veneto non sono disponibili delibere precedenti a quell’annualità.

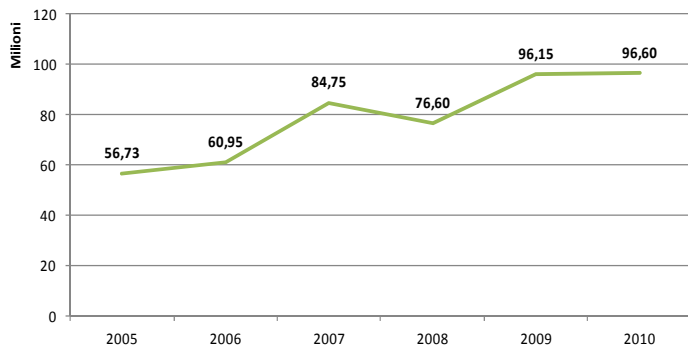
- In Lombardia la spesa appare in espansione, con un’iniziale inversione di tendenza per il 2010. Si osserva una forte crescita nel 2007, con l’attivazione delle nuove funzioni territoriali, che incrementa la spesa del 42% rispetto all’anno prima (le risorse FnT passano da 614 a 870M€).



- In Veneto l’andamento delle risorse appare pressoché costante e stabile, nonostante la progressiva diminuzione di funzioni



- In Emilia Romagna l’andamento appare in crescita⁴³ e indipendente dal variare dei “Progetti e funzioni sovra-aziendali”



⁴³ Negli anni 2011 e 2012, invece, la spesa subirà una contrazione, come indicato nel capitolo 4.3.

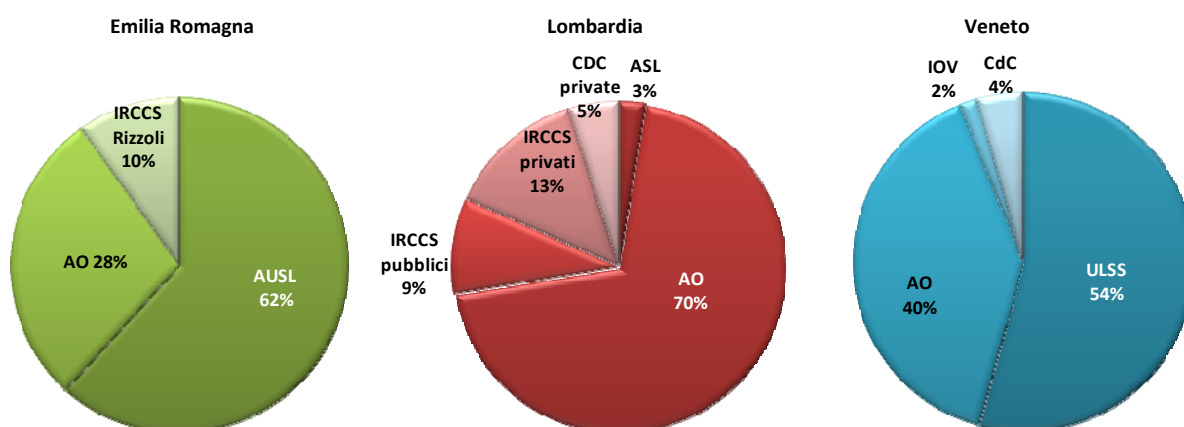
3.4 - QUALI STRUTTURE RICEVONO LE RISORSE FNT?

Le tre regioni presentano un numero molto diverso di soggetti cui vengono riconosciuti i finanziamenti analizzati. Dal 2008 al 2010 passano da 95 a **101 in Lombardia**, scendono da 36 a **30 in Veneto**, restano in numero costante, pari a **17 in Emilia Romagna**. Lombardia e Veneto li erogano anche a strutture private, secondo un andamento in crescita nella prima ed in diminuzione nella seconda.

- In **Lombardia** nel 2010 ricevono risorse FnT tutte le Asl (15), tutte le aziende ospedaliere (29 AO, oltre all'Azienda Regionale Emergenza-Urgenza⁴⁴), 5 IRCCS pubblici, 13 IRCCS privati e 38 strutture private, tra case di cura e ospedali classificati. Negli anni 2008-2010 le risorse assegnate al privato crescono dal 16,7 al 19,4%, per attestarsi al 18,9% del 2010.
- Il **Veneto** nel 2010 corrisponde finanziamenti a funzione a tutte le 21 Unità Locali Socio Sanitarie, alle due uniche Aziende Ospedaliere della Regione (Padova e Verona), all'Istituto Oncologico Veneto (IRCCS pubblico) e a 6 strutture private (comprendenti 3 ospedali classificati). Negli anni 2008-2010 le risorse assegnate al privato passano dal 5 al 4%.
- L'**Emilia Romagna** eroga risorse per i "Progetti e funzioni sovra-aziendali" descritti a soggetti pubblici: alle 11 Aziende Usl presenti sul territorio, alle 5 Aziende Ospedaliere e all'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'IRCCS pubblico con sede a Bologna.

Differenze importanti emergono anche in considerazione della **tipologia delle strutture sanitarie** beneficiarie dei finanziamenti. In Lombardia si osserva un quadro più articolato rispetto alle altre due regioni, con la presenza significativa degli IRCCS privati, che ricevono in media il 13% delle risorse complessive nel periodo 2008-2010. Per converso, spicca il peso molto contenuto delle Asl (3%), che è invece il principale soggetto percettore in Veneto (54%) ed in Emilia Romagna (62%).

Grafico 1 – Distribuzione percentuale delle risorse FnT 2008-2010 per tipologia di struttura sanitaria



⁴⁴ L'AREU è remunerata per un'unica funzione che riguarda il trasporto dell' Equipe Prelevi dei trapianti (1,4 M€). Nell'analisi delle risorse attribuite per strutture, abbiamo ascrivito la voce alle aziende ospedaliere (AO).

Le ragioni di questo diverso assetto risiedono nel differente modello organizzativo adottato dalla Regione lombarda. Le FnT finanziano prioritariamente attività di assistenza ospedaliera e ambulatoriale che in Lombardia non sono prodotte dalle Asl, individuate invece come soggetto acquirente delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie.

Pertanto le aziende sanitarie locali:

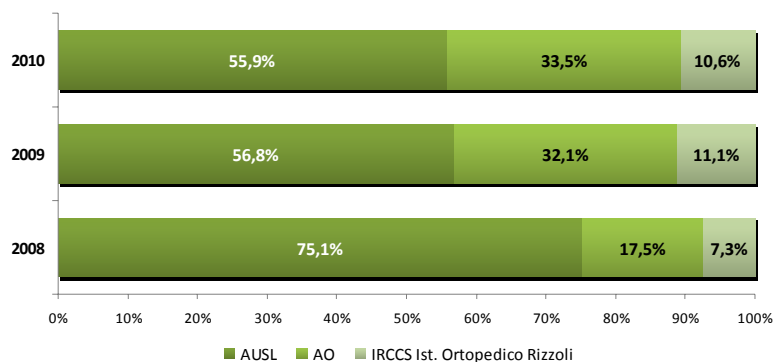
- in Veneto ed Emilia Romagna percepiscono finanziamenti per le attività ospedaliere che producono ed erogano attraverso i propri presidi
- in Lombardia ottengono risorse per alcune specifiche funzioni inerenti, in via prioritaria, la prevenzione veterinaria (non previste tra le FnT delle altre due regioni)⁴⁵.

3.5 - COME VARIA LA SPESA PER TIPO DI STRUTTURA?

Mettendo in relazione il variare delle risorse nel triennio con la tipologia delle strutture che ne beneficiano si osserva un andamento abbastanza simile per Emilia Romagna e Veneto. Nelle due regioni i finanziamenti analizzati tendono a convergere dai presidi ospedalieri gestiti dalle Aziende Sanitarie alle Aziende Ospedaliere Regionali, ovvero verso le strutture più complesse.

In **Emilia Romagna** il finanziamento delle Ausl si contrae di quasi 20 punti percentuali nel triennio, a vantaggio delle cinque AO (per 16 punti) e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Ciò avviene in via principale con l'introduzione delle Funzioni di alta specialità, che pesano per il 22% delle risorse complessive e sono erogate soltanto alle 6 strutture.

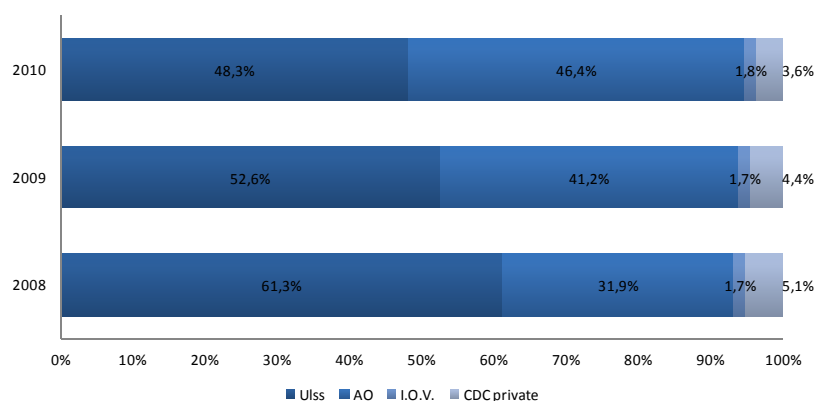
Grafico 2 – Riparto dei finanziamenti FnT per tipologia di struttura in Emilia Romagna (2008-2010)



In **Veneto** i finanziamenti a funzione erogati alle due Aziende Ospedaliere aumentano nel triennio di quasi 15 punti percentuali, a fronte di una contrazione di 13 punti che interessa le Ulss e per 1,5 punti le case di cura private. Questo movimento si verifica per il potenziamento della funzione riservata proprio al finanziamento AO e IOV (che, come abbiamo visto, riguarda anche la didattica universitaria) e con l'incremento di risorse destinate alle "funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale". Al nuovo riparto contribuisce la progressiva eliminazione delle funzione di terapia intensiva, che nel 2008 era erogata principalmente alle Ulss.

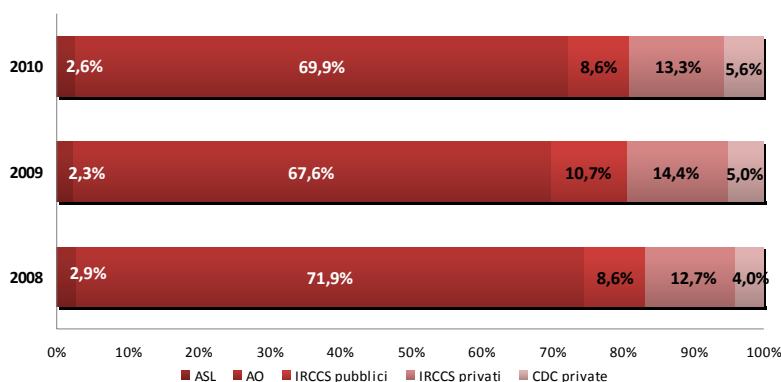
⁴⁵ Le principali funzioni riconosciute alle 15 Asl lombarde riguardano interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti animali e azioni per l'eradicazione dell'encefalopatia spongiforme bovina (BSE). Queste due funzioni costituiscono il 73% del totale delle risorse FnT assegnate alle Asl. Il resto dei finanziamenti è erogato, solo ad alcune Asl, per i servizi di guardia medica turistica, per la formazione degli infermieri, per la tenuta del Registro Tumori in Lombardia. L'Asl Vallecamonica Sebino, in cui non è applicata la separazione tra produttore/acquirente percepisce risorse FnT anche per l'attività erogata dai suoi presidi ospedalieri.

Grafico 3 – Riparto dei finanziamenti FnT per tipologia di struttura in Veneto (2008-2010)



Diversa è la dinamica della spesa osservata in **Lombardia**, dove le variazioni interessano per contrazione le AO e per incremento gli IRCCS – sia pubblici che privati – e le case di cura private.

Grafico 4 – Riparto dei finanziamenti FnT per tipologia di struttura in Lombardia (2008-2010)



Il movimento di risorse in Lombardia:

- è rilevante verso gli IRCCS, pubblici e privati, nel 2009; rientra nel 2010 per l'opzione esercitata da ospedali a vocazione universitaria verso la maggiorazione tariffaria già descritta
- resta in crescita nel triennio per le case di cura private
- coincide con la dinamica di spesa osservata complessivamente per assetto proprietario delle strutture: l'incidenza del privato (IRCCS privati e case di cura) passa dal 16,7% al 19,4 del 2009 per attestarsi al 18,9% dell'ultimo anno.

A quest'ultimo riguardo, abbiamo osservato che le variazioni principali riguardano l'area dell'emergenza-urgenza e l'area della didattica-ricerca.

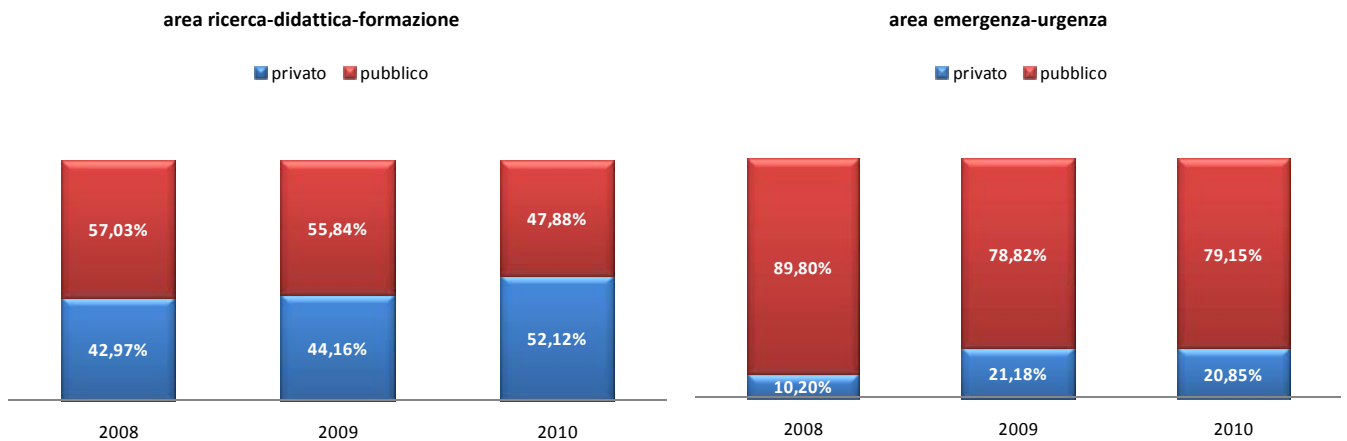
In queste aree negli anni 2008-2010, come mostrano i grafici che seguono, l'incidenza tra settore pubblico (IRCCS pubblici e AO) e settore privato (IRCCS privati e case di cura) varia di circa 10 punti percentuali. La spiegazione risiede nelle innovazioni già descritte:

- Per l'area di emergenza-urgenza, interviene l'esclusione del servizio 118 dal finanziamento a funzione, attività trasferita dal 2009 all'Azienda Regionale Emergenza Urgenza, che è un'azienda

pubblica costituita per questo scopo. Di conseguenza esce dalle risorse FnT l'apposito finanziamento (-160M€), fino ad allora erogato soltanto a strutture pubbliche⁴⁶.

- Per l'area della ricerca-didattica-formazione nel 2010 interviene la possibilità di ottenere una maggiorazione tariffaria per le strutture sedi di didattica universitaria, in opzione alla remunerazione della FnT. L'opzione, esercitata da tutte le strutture ospedaliere pubbliche e dai maggiori istituti privati, comporta una riduzione di circa 46M€ per il pubblico e di circa 22M€ per il privato, che spiega in buona parte la diversa distribuzione di risorse risultante⁴⁷.

Grafico 5 – Variazione % delle risorse FnT attribuite a strutture pubbliche e private in Lombardia (2008-2010)



3.6 - INTEGRAZIONE O SOSTITUZIONE?

In apertura di analisi ci eravamo domandati se le FnT intervengono in **sostituzione** delle tariffe, qualora queste siano inadeguate ad una remunerazione appropriata, oppure se agiscono a loro **integrazione**. Dalle informazioni presenti nei documenti esaminati:

- in Emilia Romagna la sintesi descrittiva non permette osservazioni a riguardo
- in **Veneto** sembrerebbe prevalere un'applicazione *sostitutiva*. Il finanziamento a funzione infatti si attiva a sostegno di attività da consolidare e viene solitamente riassorbito quando si definiscono tariffe ritenute sufficienti alla loro piena remunerazione. Il caso della terapia intensiva, prima ridotta all'ambito sub-intensivo e poi espunta dalle funzioni, ne è un esempio. Non è questa tuttavia una regola assoluta, come dimostra il caso delle funzioni sovra aziendali a valenza provinciale, che fruiscono di un fondo esplicitamente qualificato come 'integrativo'.
- in **Lombardia** sembrerebbe predominante la finalità *integrativa*, applicata ad esempio per incentivare i trapianti, favorire i parti naturali, sostenere i 'costi' connessi a trattamenti specifici (pazienti anziani, assistenza riabilitativa complessa, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) oppure i maggiori 'costi di attesa' delle strutture che curano una quota maggiore di pazienti provenienti da fuori regione. Se poi, in via generale, si considerano

⁴⁶ Per quest'area il contemporaneo aumento di risorse per la funzione di Pronto Soccorso interessa invece anche le strutture private, a cui viene inoltre riconosciuta la funzione di terapia intensiva per neonati in forte sottopeso. Le funzioni sono descritte nelle schede alle pagine 42-44.

⁴⁷ Oltre alla didattica, chi sceglie la maggiorazione tariffaria rinuncia alla remunerazione della funzione per complessità del case mix e di quella che sostiene una rilevante presenza di pazienti extra regionali. Si rimanda alla descrizione delle singole funzioni, contenute nel capitolo seguente. Alle variazioni osservate per quest'area concorrono anche le risorse per la formazione del personale tecnico, e quelle per la ricerca.

‘integrative’ le FnT rivolte a chi opera in condizioni di maggiore complessità gestionale od organizzativa (si pensi alle funzioni per attività territoriali) l’interpretazione integrativa acquista spazio e rilevanza economica predominanti. Questo forse spiegherebbe la denominazione specifica che le FnT acquisiscono in Lombardia, dove sono definite funzioni *non coperte* da tariffe prestabilite.

4 – I CASI DI STUDIO: LOMBARDIA, VENETO E EMILIA ROMAGNA

In questo capitolo osserviamo più approfonditamente il finanziamento di funzioni non tariffate nelle tre regioni esaminate. Il diverso contenuto e dettaglio delle informazioni cui abbiamo avuto accesso determina la minore o maggiore ricchezza delle elaborazioni che qui restituiamo.

In ogni caso, per ciascuna regione offriamo una sintetica ricostruzione del contesto nel quale si colloca il finanziamento delle FnT, la descrizione delle funzioni individuate e delle strutture sanitarie beneficiarie del finanziamento, la quantificazione delle risorse finanziarie dedicate. Concludiamo poi con uno sguardo d'assieme alla situazione di ogni regione.

4.1 LOMBARDIA

IL CONTESTO

Il Servizio sanitario regionale lombardo si connota per alcuni elementi fondamentali:

1. la quasi totale separazione dei ruoli di acquirente (Asl) e fornitore (strutture sanitarie pubbliche e private) di prestazioni sanitarie; solo l'Asl della Vallecamonica gestisce direttamente due presidi ospedalieri (Edolo e Esine) e dunque eroga anche i servizi di assistenza ospedaliera
2. la significativa presenza di strutture private, poste in un piano di sostanziale parità con gli erogatori pubblici
3. l'estesa applicazione del sistema tariffario, sia per i ricoveri ospedalieri (DRG) sia per molte prestazioni ambulatoriali.

In questo assetto l'Azienda sanitaria locale acquista le prestazioni sanitarie da fornitori esterni accreditati, costituiti dalle aziende ospedaliere pubbliche (AO), dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici e privati, dagli ospedali classificati e dalle case di cura private.

Secondo il **Rapporto Oasi 2011**⁴⁸, la Regione Lombardia:

- rientra tra le più virtuose nell'ambito del SSN per il sostanziale pareggio di bilancio che garantisce⁴⁹ e per l'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate dal punto di vista quantitativo e qualitativo
- ha un settore privato accreditato che assorbe il 30% del fondo sanitario regionale, rispetto al 21% della media nazionale, con una spesa privata sopra la media nazionale per i ricoveri (il 13,3% contro l'8% nazionale), per le prestazioni ambulatoriali specialistiche (4,7% contro 4%), per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (12% contro 9%)⁵⁰
- ha strutture private che offrono il 30% dei ricoveri ospedalieri (contro la media nazionale del 23%) e fanno registrare uno tra i più alti tassi di attrazione di pazienti fuori regione: il 51% dei pazienti in mobilità attiva in Lombardia si rivolgono a strutture private accreditate, con l'IRCCS San Raffaele che rappresenta il maggior polo di attrazione.

Le **Asl** attive sul territorio sono 15, una per provincia, con Milano organizzata in 3 Asl sub provinciali e Brescia che comprende, oltre all'azienda cittadina, l'Asl Vallecamonica – Sebino.

Le **Aziende Ospedaliere (AO)** sono 29, di cui 9 a vocazione universitaria⁵¹, e riuniscono 97 ospedali. La sola ASL Vallecamonica – Sebino ha invece 2 **Ospedali a gestione diretta** (Edolo ed Esine). Sul territorio operano inoltre 5 **IRCCS pubblici**, e 21 **IRCCS privati**, 13 dei quali sono stati riconosciuti come sedi di poli universitari.

Gli **Ospedali classificati** sono 6 e le **Case di Cura private** accreditate 84 (12 quelle non accreditate)⁵².

⁴⁸ Il Rapporto Oasi 2011, redatto dal Centro ricerche Cergas dell'Università Bocconi, propone al capitolo 6 un aggiornamento in chiave comparata di alcuni sistemi sanitari regionali, basato sia sull'analisi dei documenti legislativi delle Regioni che sui dati presenti nelle banche dati dei Ministeri della Salute e dell'Economia, oltre che sul proprio database.

⁴⁹ Il disavanzo procapite cumulato negli anni 2001-2010 si attesta a 41 euro a fronte dei 631 della media nazionale).

⁵⁰ Questa voce comprende: cure termali; medicina dei servizi; assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili; comunità terapeutiche (RGE 2011).

⁵¹ Sono le AO Spedali civili di Brescia, AO Fondazione Macchi di Varese, AO S. Paolo, AO L. Sacco, AO Fatebenefratelli, AO G. Pini, AO Istituti Clinici di Perfezionamento, AO Niguarda Cà Granda e AO S. Gerardo di Monza.

⁵² Dati Ministero della Salute, Strutture attive al 31/10/2011, dati aggiornati a maggio 2012.

<http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=elenchi>

IL FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI NON COPERTE DA TARIFFA PRESTABILITA

In Lombardia il finanziamento delle funzioni non coperte da tariffa prestabilita è definito annualmente da deliberazioni di Giunta regionale, che attribuiscono gli importi riconosciuti alle strutture sanitarie accreditate sulla base delle funzioni svolte nell'anno precedente.

Il numero delle FnT riconosciute è cresciuto nel tempo fino a raggiungere le attuali 30 funzioni, numero che resta costante a partire dall'anno 2008. Per ciascuna di queste, l'atto di Giunta descrive brevemente lo scopo e i parametri di calcolo utilizzati per definire l'importo spettante a ciascuna struttura sanitaria.

Per la valorizzazione economica delle FnT, in linea generale vengono considerati il profilo organizzativo della funzione, le specifiche attività che comporta, i volumi prodotti e i costi dei fattori produttivi impiegati. In particolare, per alcune funzioni la Giunta individua: (i) una quota forfettaria, eventualmente maggiorata del tasso d'inflazione o incrementata in base ad un coefficiente di complessità di funzione; (ii) una ripartizione che in parte tiene conto delle modalità di assegnazione dei fondi per funzioni simili da parte del Ministero; (iii) un incremento di finanziamento per promuovere e incentivare specifiche funzioni di particolare interesse regionale⁵³.

Nell'ambito degli accantonamenti previsti con l'annuale 'delibera delle Regole'⁵⁴, le risorse vengono prima attribuite alle strutture sanitarie accreditate sulla base delle attività effettivamente svolte tra le 30 funzioni previste; quindi corrette sulla base di criteri ulteriori che puntano a mantenere gli incrementi nei limiti di spesa previsti (si veda box 3).

Avremo quindi totali di riferimento che differiscono perché al netto o al lordo degli abbattimenti che i correttivi comportano. La decurtazione per superamento della soglia del 40%, in particolare, è applicata direttamente al totale spettante a ciascuna struttura e non è ripartita sulla quota delle singole funzioni non tariffate.

Avvertenza – L'applicazione degli abbattimenti al totale dei finanziamenti erogati alle strutture sanitarie, non specificato per funzione, introduce delle criticità per la nostra analisi, che intende esaminare le FnT del triennio 2008-2010 per osservarne le variazioni nel tempo. Ciò ci ha indotto a svolgere le nostre osservazioni su due binari e a prendere a riferimento:

Box 3 - I correttivi applicati per definire il totale di risorse FnT erogabile alle strutture

- a) Per ciascuna struttura accreditata, o per l'ente gestore di più strutture, l'incremento di risorse rispetto all'anno precedente non può superare la soglia del 40%, con la sola eccezione delle funzioni di Emergenza-Urgenza, i cui costi minimi di esercizio devono comunque essere garantiti.
- b) Le strutture sanitarie che nel corso dell'anno precedente non erano assegnatarie di alcuna funzione, ma che hanno maturato i requisiti nell'anno di riferimento, possono percepire un ammontare massimo pari a 856.074 euro per il 2008, 737.074 euro per il 2009 e 723.600 euro per il 2010.
- c) Le strutture sanitarie che nel corso dell'anno precedente hanno ottenuto risorse inferiori alle soglie sopra previste possono ottenere un incremento superiore alla soglia del 40%, fino a raggiungere tale limite.

⁵³ Cfr. le dgr di riferimento: n. 9675/2009; n. 133/2010 e n. 2132/2011. Ogni deliberazione specifica di aver preso a riferimento, come principali fonti dei dati utilizzati, i flussi informativi disponibili presso la Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia (costituiti dalle base dati delle prestazioni di ricovero e cura, delle prestazioni ambulatoriali, dell'accreditamento, del flusso del personale), integrati con pubblicazioni ufficiali e indicazioni fornite direttamente dalle singole strutture.

⁵⁴ Ogni anno a dicembre la GR adotta la delibera "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario" per l'esercizio successivo. Nell'Allegato 2 (Quadro del sistema) viene ripartito il finanziamento del servizio sanitario regionale e si accantonano le risorse tra le varie voci di spesa sanitaria. In corso d'anno, questa delibera viene ripresa con ulteriori provvedimenti per dettagliarne i contenuti e articolarne le decisioni. Questi provvedimenti si chiameranno "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio XXXX. Provvedimento 1 /o 2, 3, 4 ecc.". Le deliberazioni esaminate sono citate al cap. 6.

- il totale delle risorse erogate, al netto degli abbattimenti, per la ripartizione delle risorse in base alla natura giuridica delle strutture beneficiarie (pubblico/privato) e alla loro tipologia (Asl, Aziende ospedaliere, IRCCS ecc.)
- la valorizzazione economica delle funzioni, al lordo degli abbattimenti applicati, per lo studio delle variazioni nel tempo delle diverse FnT.

LE RISORSE ASSEGNATE

Il procedimento – Alla fine di ogni anno, con la ‘delibera delle Regole’, la Regione definisce l’ammontare e l’allocazione delle risorse del Fondo sanitario regionale per l’esercizio dell’anno successivo. Le risorse sono articolate nelle diverse tipologie di spesa e costituiscono il riferimento perché ciascuna azienda sanitaria possa redigere il proprio bilancio preventivo, sulla base degli obiettivi indicati.

Nel 2010 l’allocazione delle risorse destinate alle funzioni non coperte da tariffa prestabilita si compongono di due voci: (i) le risorse complessive per FnT ripartite tra le Asl⁵⁵ e (ii) le risorse complessive per FnT per presidio servizi territoriali e per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa, ripartite tra le ASL quali costi standard territoriali⁵⁶.

Il documento precisa inoltre che per quasi tutte le funzioni i costi possono essere definiti solo a consuntivo: pertanto, nel rispetto dell’ammontare totale delle due quote, gli importi definitivi sono rimandati alla deliberazione di assegnazione. Vengono infine segnalate quali tra le risorse sono da intendersi a destinazione vincolata per l’esercizio di riferimento, perché in linea generale i fondi sono destinati agli enti quale quota indistinta, con facoltà di destinazione all’interno dell’Azienda, secondo le necessità⁵⁷.

Su queste premesse, e in base alle FnT finanziate l’anno precedente, nel corso d’esercizio vengono erogati acconti di cassa (i) dalla Direzione Generale Sanità, per gli enti sanitari pubblici e gli IRCCS privati; (ii) dalle Asl, per tutte le altre strutture accreditate di diritto privato.

Nei mesi di luglio/agosto, infine, una delibera di Giunta regionale determina a consuntivo le risorse complessive spettanti a ciascuna struttura, per ciascuna funzione espletata l’anno precedente e dà mandato alla DG Sanità perché provveda all’erogazione dei saldi spettanti, al netto degli acconti già erogati.

Esempio:

dicembre 2009: deliberazione delle regole di sistema per l’esercizio 2010 e definizione delle risorse per FnT

anno 2010: erogazione degli acconti di cassa, in base a quanto erogato in acconto nel 2009

agosto 2010: determinazione a consuntivo delle risorse spettanti ad ogni struttura per le attività finanziate a funzione nel 2009 e saldo delle risorse ancora spettanti al netto degli acconti ricevuti nel 2009.

Le risorse – Nel triennio 2008-2010 le risorse riconosciute al finanziamento per funzioni non coperte da tariffa prestabilita si attestano a circa 1 miliardo di euro l’anno e registrano un **incremento nell’anno 2009** di circa 50M, cui segue una **marcata riduzione nell’anno 2010** (oltre 105 milioni, pari

⁵⁵ La suddivisione in due quote compare a partire dall’esercizio 2007. Fino al 2009 la prima voce indicava che la ripartizione tra le Asl avveniva “in base alla competenza territoriale degli erogatori”.

⁵⁶ Fino al 2008 questa voce era ripartita tra le Asl come quota capitaria.

⁵⁷ Nel 2010 sono a destinazione vincolata le attività di trapianto, di neuropsichiatria, terapia intensiva, trasporto neonatale e di formazione universitaria del personale non medico.

al 9,5%). In termini di risorse effettivamente erogate, al netto degli abbattimenti, le variazioni si attestano al +4,5% nel 2009 e a -9,1% nel 2010 (si vedano tabelle 2 e 3). L'incidenza delle funzioni non tariffate sul totale delle risorse del sistema sanitario lombardo⁵⁸ cresce nel 2009, passando dal 6,3 al 6,4%, e diminuisce nel 2010 (5,6%).

Tabella 2 – Lombardia: dati sintetici di confronto FnT 2008-2010

	2008	2009	2010
<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>
totale risorse riconosciute alle FnT (somma delle funzioni al lordo degli abbattimenti)	1.054.373.657	1.103.763.870	998.624.024
totale risorse assegnate al netto degli abbattimenti	1.047.308.786	1.094.761.570	994.735.036
funzioni riconosciute	30	30	30
strutture finanziate	95	96	101
<i>di cui pubbliche</i>	49	49	50
<i>di cui private</i>	46	47	51
<i>spesa del SSN Lombardia secondo dati MEF (RGE 2011)</i>	16.724.676.000	17.201.280.000	17.818.517.000
<i>incidenza FnT</i>	6,3%	6,4%	5,6%

Tabella 3 – Lombardia: differenze e variazioni risorse FnT 2008-2010

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

Gli **abbattimenti** di risorse, che derivano dall'applicazione dei criteri descritti (si veda box 3), interessano soltanto strutture sanitarie private, per i totali riportati nella tabella seguente.

Tabella 4 – Lombardia: abbattimenti risorse 2008-2010

Anno	Totale risorse abbattute	n. strutture interessate
2008	7 milioni euro circa	8 strutture (n. 4 case di cura, per circa 3,1 M€ e n. 4 IRCCS privati, per ca. 3,9 M€)
2009	9 milioni euro ca.	13 strutture (n. 7 case di cura, per ca. 3,2M€; n. 6 IRCCS privati, per ca. 5,8M€)
2010	3,9 milioni euro ca.	3 strutture (n. 2 case di cura, per ca. 2,4M€; n. 1 IRCCS privato, per ca. 1,5 M€)

I SOGGETTI BENEFICIARI

Nel periodo osservato, il numero delle strutture sanitarie che hanno percepito il finanziamento per FnT varia da 95 a 96, per attestarsi a 101 nel 2010. Oltre all'unica nuova struttura pubblica, l'Agenzia Regionale Emergenza-Urgenza (AREU) che si aggiunge nel 2010, le variazioni interessano le case di

⁵⁸ Il totale delle risorse considerato è tratto dalla Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 2011, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, tab. SA. 2, pag 180. La Relazione è scaricabile dai siti: www.mef.gov.it e www.dt.tesoro.it

cura private⁵⁹. A conclusione del periodo osservato, pertanto, i soggetti beneficiari pubblici sono: 15 Asl, 29 aziende ospedaliere e AREU, 5 IRCCS pubblici. I beneficiari privati sono 38 case di cura e 13 IRCCS privati.

CHE COSA CAMBIA NEL TRIENNIO 2008-2010?

Se è vero che il numero delle funzioni non tariffate riconosciute resta pari a 30 nel triennio, alcune disposizioni regionali, introdotte in genere con l'annuale 'delibera delle Regole', hanno inciso in modo significativo sulle risorse complessive assegnate al loro finanziamento e sulla ripartizione dei fondi per tipologia di struttura. Di seguito i principali cambiamenti apportati.

- Nel 2008, la funzione 5 è denominata "Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza 118" e riconosce i costi per le centrali Operative e l'organizzazione del 118 alle Aziende che li hanno sostenuti. Questa funzione, che prevede una valorizzazione economica di oltre 160M€, è riconosciuta a strutture pubbliche: alcune Asl, alcune aziende ospedaliere e un IRCCS pubblico (San Matteo di Pavia). Nell'aprile dello stesso anno, in attuazione del Piano Socio Sanitario 2007-2009, parte l'attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza: con dgr 6994 si specificano obiettivi e funzioni dell'AREU, da finanziare con le risorse FnT previste per l'emergenza urgenza⁶⁰. L'atto dispone inoltre il finanziamento all'AREU con apposito decreto della Direzione Generale Sanità, dunque a partire dall'anno seguente, questa funzione e le sue risorse non compaiono più nel portafoglio delle FnT.
- Dal 2009, invece, la funzione 5 compensa la "Complessità di gestione del File F", remunera cioè la gestione del flusso dei farmaci ad alto costo (come quelli antineoplastici), con somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, che comporta anche la gestione del Registro AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco⁶¹). A questa funzione vengono assegnati 23,5M€, sia per il 2009 che per il 2010, che sono riconosciuti ad Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e IRCCS privati.
- Nel corso del 2009 viene inoltre deciso: (i) di affinare il metodo di attribuzione delle FnT alle strutture provviste di Pronto Soccorso, del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) o di un Dipartimento d'Emergenza ad alta Specialità (EAS) considerando il costo delle figure professionali necessarie ai servizi, introducendo specifiche ponderazioni e prevedendo un incentivo per la riduzione dei ricoveri di un giorno; (ii) potenziare le funzioni relative all'attività di ricerca degli IRCCS e di didattica universitaria delle facoltà di Medicina e Chirurgia, integrandone la valorizzazione anche con indicatori capaci di tener conto dell'impatto organizzativo e gestionale di tali attività⁶².

⁵⁹ Nel 2009 si aggiungono 5 nuove case di cura a fronte di 3 che non percepiscono finanziamenti e di una assorbita dall'IRCCS privato Don Gnocchi (la struttura di riabilitazione Spalenza di Rovato); nel 2010 entrano tra i beneficiari 3 nuove case di cura mentre un ente, la Congregazione delle suore ancelle della carità, si scinde in due soggetti percettori (Congregazione e Poliambulanza). Nel calcolo delle strutture sanitarie ammesse al finanziamento si è fatto riferimento alla tabella di riepilogo delle deliberazioni di Giunta, dove alcuni enti gestori unici riuniscono più strutture.

⁶⁰ Si veda il punto 13 della dgr VIII/6994 del 2.4.2008, che dispone "di attribuire alla costituenda A.R.E.U. l'iniziale finanziamento annuo, individuato nelle funzioni specifiche non coperte da tariffe predefinite relative all'emergenza urgenza, incrementato della quota necessaria per l'implementazione e sviluppo della stessa e del sistema sanitario di urgenza emergenza territoriale, pari a 155 milioni di euro".

⁶¹ L'AIFA è l'autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia; è un ente pubblico che opera in autonomia sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia. Si avvale di Osservatori e banche-dati con i quali controlla ed analizza il consumo dei farmaci a livello nazionale, regionale e locale, opera il monitoraggio delle sperimentazioni cliniche approvate dai Comitati etici locali ed integra le informazioni derivanti dalla rete nazionale di *Farmacovigilanza*.

⁶² Queste decisioni sono state introdotte con le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009" (dgr 8501/2008) e specificate con dgr 10077/2009.

- Dal 2010, in attuazione del nuovo art. 25 bis del Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità (l.r. 33/2009)⁶³, la complessità gestionale prodotta dalle attività di didattica universitaria viene riconosciuta attraverso una maggiorazione sulle tariffe per prestazioni di ricovero e cura erogate dalle strutture sanitarie convenzionate con le facoltà lombarde di medicina e chirurgia quali sedi didattiche di corsi di laurea. Chi ottiene questa maggiorazione⁶⁴, non otterrà la remunerazione di tre FnT (oltre alla didattica universitaria, quelle riferite all'ampiezza del case-mix e alla percentuale di pazienti extra regionali superiore alla media regionale) e non potrà accedere ai contributi economici previsti per i soggetti privati non profit (art. 25 T.U. sanità).
- Nel 2010, infine, per supportare le attività di cardiocirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità si determina una funzione specifica, riconosciuta all'Azienda Ospedaliera di Bergamo e all'IRCCS di San Donato per un finanziamento totale di circa 1 milione di euro. Questa funzione viene ricompresa nella n. 19 – Altre Attività di rilievo regionale.

Come vedremo, questi cambiamenti possono spiegare la diversa ripartizione dei finanziamenti tra strutture sanitarie pubbliche e private che si osserva negli anni 2009 e nel 2010.

LA RIPARTIZIONE DEI FINANZIAMENTI TRA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI

Nel 2008 oltre l'83% dei finanziamenti per funzioni non tariffate beneficia strutture sanitarie pubbliche, quota che si riduce nel 2009, a fronte di un incremento delle risorse complessive, per attestarsi all'81% nel 2010.

Tabella 5 – Lombardia: risorse FnT assegnate a strutture pubbliche e private nel triennio 2008-2010

	2008	2009	2010	diff (€) 2009-2008	diff (€) 2010-2009
risorse FnT erogate a strutture pubbliche	872.732.763	882.362.007	806.385.999	9.629.244 -	75.976.008
risorse FnT erogate a strutture private	174.576.023	212.399.563	188.349.037	37.823.540 -	24.050.526
<i>totale</i>	<i>1.047.308.786</i>	<i>1.094.761.570</i>	<i>994.735.036</i>	<i>47.452.784 -</i>	<i>100.026.534</i>
% a pubblico	83,3	80,6	81,1		
% a privato	16,7	19,4	18,9		

Questa quota di riparto, determinata dalle risorse percepite dalle strutture sanitarie, è rappresentata come media del periodo nel grafico 6, che distingue la distribuzione complessiva per tipologia di struttura, in base ai dati presentati in tabella 6.

⁶³ L'articolo è stato introdotto con il Collegato ordinamentale 2010. Si veda la l.r. 5 febbraio 2010, n. 7. La norma è prevista all'art. 16, comma 1, lettera d). Ne viene data attuazione con dgr 350/2010.

⁶⁴ La maggiorazione è determinata annualmente dalla Giunta regionale. Per gli IRCCS può raggiungere un massimo del 19%, in base al numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto, al numero di progetti di ricerca in corso, all'impact factor standardizzato per struttura. Per le strutture di ricovero e cura può giungere ad un massimo del 25%, in base al numero dei posti letto destinati alle attività didattiche, al numero degli studenti frequentanti, al numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio. La maggiorazione è riconosciuta su richiesta dei soggetti interessati, a fronte di un formale impegno a soddisfare determinati requisiti stabiliti dalla Regione.

Grafico 6 – Lombardia: riparto delle risorse FnT assegnate, per tipologia di struttura (media 2008-2010)

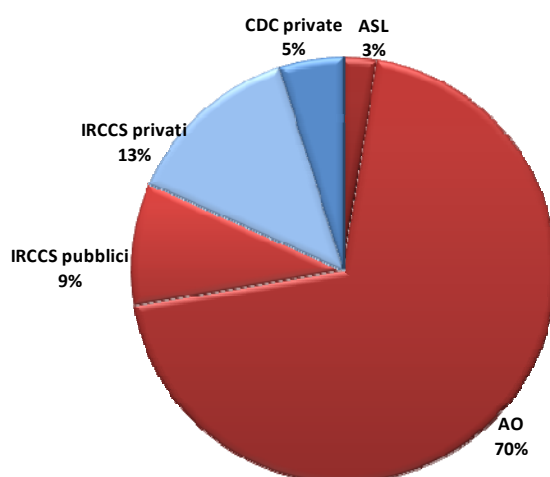


Tabella 6 – Lombardia: risorse FnT assegnate nel triennio 2008-2010, per tipologia di struttura

	2008	2009	2010	diff (€) 2009-2008	diff (€) 2010-2009
ASL	30.289.001	25.500.050	25.505.000	- 4.788.951	4.950
AO (nel 2010 comprende AREU)	752.566.712	739.655.957	694.896.999	- 12.910.755	- 44.758.958
IRCCS pubblici	89.877.050	117.206.000	85.984.000	27.328.950	- 31.222.000
IRCCS privati	132.694.965	158.102.394	132.476.973	25.407.429	- 25.625.421
CDC private	41.881.058	54.297.169	55.872.064	12.416.111	1.574.895
<i>totali</i>	<i>1.047.308.786</i>	<i>1.094.761.570</i>	<i>994.735.036</i>	<i>47.452.784</i>	<i>- 100.026.534</i>

Dalle colonne finali della tabella 6 possiamo rilevare:

- per il 2009, un marcato aumento di risorse erogate agli IRCCS pubblici e privati e, in misura minore alle Case di Cura, a fronte di una minor spesa per Asl e Aziende ospedaliere. Come vedremo meglio nello studio delle singole funzioni, le variazioni in incremento dipendono principalmente dal rafforzamento delle funzioni a sostegno della ricerca degli IRCCS e della didattica universitaria, oltre alle diverse modalità di calcolo adottate per sostenere le strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e ridurre i ricoveri urgenti di una giornata. Le variazioni in diminuzione dipendono essenzialmente dall'eliminazione della funzione a sostegno del 118, assegnata all'AREU e prima corrisposta principalmente alle AO e alle Asl;
- per il 2010, una significativa riduzione della spesa per AO e IRCCS pubblici e privati, per effetto dell'applicazione dell'art. 25 bis del Testo Unico Sanità. A fronte della maggiorazione delle tariffe per ricovero e cura prevista dall'innovazione legislativa, sono state assegnate minori risorse alle FnT per la didattica universitaria (-67,5M, rispetto all'anno precedente), all'ampiezza del case-mix (-31,8M), alla percentuale di pazienti extra regionali superiore alla media regionale (-6,2M), di cui AO e IRCCS erano i principali percettori.

I grafici che seguono raffigurano le risorse che le strutture sanitarie hanno percepito per ciascun anno considerato (grafico 7) e come esse siano variate, in percentuale, nel 2009 e nel 2010 (grafico 8).

Grafico 7 – Lombardia: risorse FnT assegnate nel triennio 2008-2010, per tipologia di struttura

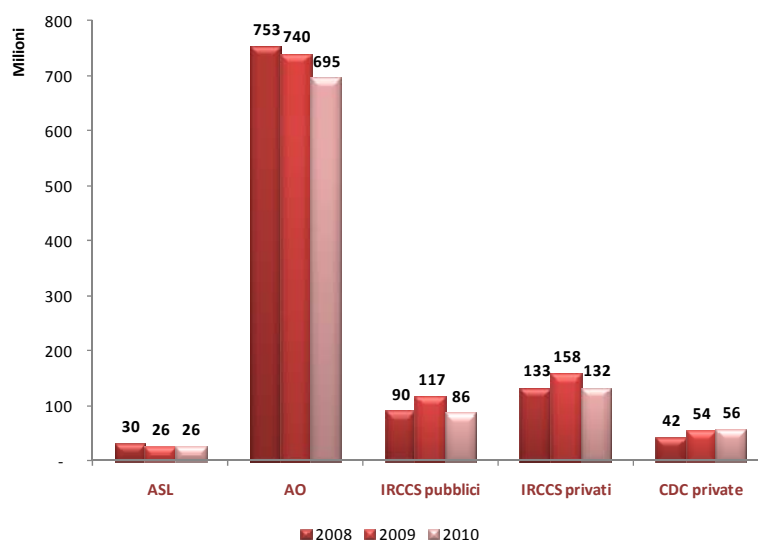
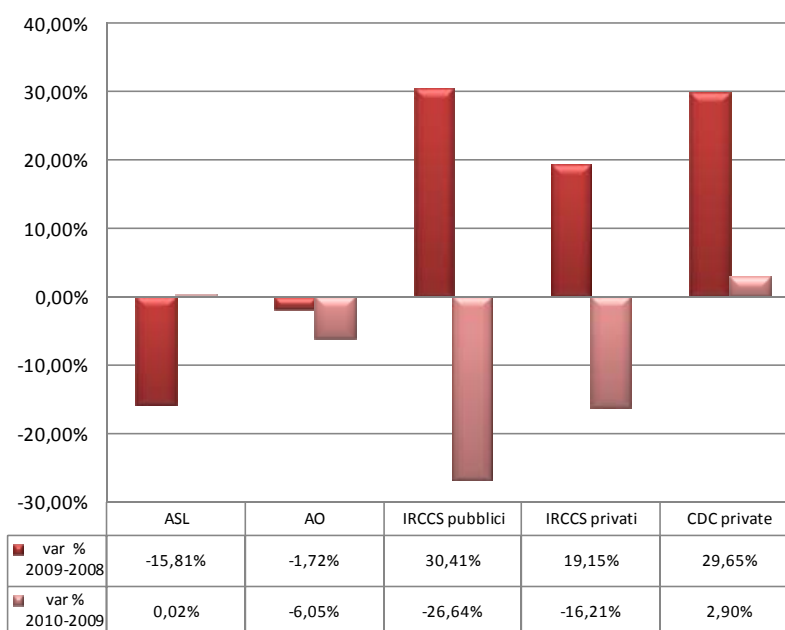


Grafico 8 – Lombardia: variazione percentuale delle risorse FnT negli anni 2009 e 2010, per tipologia di struttura



LO STUDIO DELLE FUNZIONI

In questa sezione si analizzano le funzioni non tariffate riconosciute da Regione Lombardia alle strutture sanitarie accreditate, pubbliche e private, nel triennio 2008-2010. Una breve descrizione introduce lo scopo del finanziamento regionale, nella maggior parte dei casi volto a compensare aspetti delle prestazioni cui la remunerazione a tariffa non darebbe copertura adeguata. Per ogni funzione, indicata con la denominazione usata negli atti della Giunta regionale, una tabella indica le risorse assegnate nei tre anni di osservazione: al lordo degli abbattimenti, distinte per tipologia di struttura sanitaria, con le differenze annuali osservate ed il peso della funzione sulle risorse complessive per ciascun anno. Si segnalano – e dove possibile si spiegano – le variazioni annuali di risorse che superano la soglia del milione di euro.

Presentiamo le funzioni seguendo generalmente l'ordine progressivo attribuito negli atti regionali; raggruppiamo alcune funzioni nelle aree indicate dagli atti stessi.

Funzione 1 – Finanziamento per interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti

Questa funzione ha lo scopo di sostenere interventi di bonifica e controllo sanitario del bestiame, di assicurare l'accreditamento e la qualifica degli allevamenti suini, consentire gli interventi conseguenti all'applicazione di misure di polizia veterinaria e garantire l'attuazione dei piani nazionali e regionali di sorveglianza e controllo in sanità animale. Le risorse previste (che per quanto riguarda i Dipartimenti di Prevenzione Veterinari sono assegnate in maniera vincolata) sono riconosciute a tutte le 15 Asl lombarde. Nel triennio si osserva un'assegnazione di risorse che resta sostanzialmente invariata.

Finanziamento per interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	-	14.054.539	-	14.054.539		1,3%
anno 2009	-	-	-	14.390.421	-	14.390.421	335.882	1,3%
anno 2010				14.393.231		14.393.231	2.810	1,4%

Le risorse assegnate a questa funzione costituiscono, nel 2008, il 46% di quanto complessivamente attribuito alle Asl attraverso le funzioni non tariffate. Nel 2009 e nel 2010 costituiscono una quota pari al 56%.

Funzione 2 – Raggiungimento obiettivi definiti dalla Direzione Generale Sanità – Eradicazione BSE ed altri obiettivi stabiliti nelle Regole di sistema

Questa funzione finanzia una serie di azioni volte a combattere e prevenire l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) per poter destinare le carni dei bovini macellati al consumo umano. Il programma di prevenzione si attiva in Lombardia nel 2000⁶⁵ a seguito di previsioni normative nazionali e comunitarie, ed oggi prevede azioni per (i) l'eradicazione BSE; (ii) l'implementazione dei sistemi informativi BDR/SIV (Banca Dati Regionale per le unità zootecniche e il Sistema informatizzato delle attività di controllo ufficiale svolta dai Servizi veterinari delle Asl per la sicurezza alimentare); (iii) l'attuazione del Piano annuale della Prevenzione e dei controlli. Le risorse assegnate alla funzione sono destinate a tutte le 15 Asl lombarde e nel triennio restano invariate.

Raggiungimento obiettivi definiti dalla Direzione Generale Sanità - Eradicazione BSE ed altri obiettivi stabiliti nelle Regole di sistema	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	-	4.163.797		4.163.797		0,4%
anno 2009	-	-	-	4.163.797		4.163.797	0	0,4%
anno 2010				4.163.797		4.163.797	0	0,4%

Per le Asl le risorse assegnate a questa funzione costituiscono il 14-16% (rispettivamente nel 2008 e nel successivo biennio) del totale FnT.

⁶⁵ Si veda il decreto della Direzione Generale Sanità n. 33144 del 22/12/2000, in attuazione alla dgr VII/2639 dello stesso anno.

Funzione 3 – Guardia turistica stagionale

La funzione supporta il servizio di guardia medica svolto in alcune Asl dove, in alcuni periodi dell'anno, la presenza turistica è particolarmente significativa in rapporto alla popolazione residente. Il servizio estivo o invernale, che assicura gratuitamente l'assistenza sanitaria ai villeggianti, è attivato nelle località montane o lacustri a seguito di un'apposita autorizzazione regionale. Nel triennio 2008-2010 la funzione è riconosciuta a 7 Asl: Bergamo, Brescia, Como, Lecco, Pavia, Sondrio e Vallecambonica-Sebino. Le risorse restano pressoché invariate nel periodo, con un aumento nel 2010 che beneficia l'Asl di Sondrio⁶⁶. L'incidenza di queste risorse sul totale FnT assegnato alle Asl nel 2010 è di circa il 2,8%.

Guardia turistica stagionale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	-	717.358		717.358		0,1%
anno 2009	-	-	-	717.358		717.358	0	0,1%
anno 2010				725.016		725.016	7.658	0,1%

Funzione 4 – Centro per la sicurezza degli antiparassitari

La funzione di prevenzione dagli effetti indesiderati degli antiparassitari sull'ambiente e la salute dell'uomo, è svolta dal Centro internazionale per gli Antiparassitari e la prevenzione Sanitaria (ICPS), istituito nel 1990 dalla Regione Lombardia su proposta dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e d'intesa con il Ministero della Salute. Oggi l'ICPS è una struttura complessa dell'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco – Polo Universitario di Milano: tra le attività principali svolte in collaborazione con la DG Sanità della Regione Lombardia, molte riguardano specificatamente l'uso dei pesticidi in Lombardia e la sicurezza alimentare con particolare riguardo al monitoraggio degli alimenti per la presenza di contaminanti chimici e all'anagrafe dei rivenditori di pesticidi⁶⁷. Come risulta in tabella, le risorse assegnate a questa funzione risultano stabili nel triennio.

Centro per la sicurezza degli antiparassitari	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	1.152.129	-	-	1.152.129		0,1%
anno 2009	-	-	1.200.000	-	-	1.200.000	47.871	0,1%
anno 2010	-	-	1.200.000	-	-	1.200.000	0	0,1%

Funzione 5/2009-2010 – Complessità di gestione del File F

Con la 'delibera delle Regole' per l'esercizio 2010, è stata istituita questa nuova funzione, che viene riconosciuta anche retroattivamente per l'esercizio 2009 e riguarda la gestione del File F (Flusso dei farmaci a somministrazione diretta). Nel File F rientrano farmaci innovativi e molto costosi, indicati per la cura di tumori, Aids, emofilia, malattie rare e problematiche riferite ai trapianti, che gli ospedali acquistano direttamente e che somministrano in regime di assistenza diversa dal ricovero.

⁶⁶ Sebbene sia l'Asl di Bergamo ad avere il maggior numero di località turistiche dove viene attivato il servizio di guardia medica (estiva), l'Asl di Sondrio ha quasi tutte le sue località turistiche che attivano il servizio sia d'estate che d'inverno.

⁶⁷ http://www.icps.it/cosa_facciamo.htm

La gestione e l'utilizzo di questi farmaci è soggetta a flussi informativi di rendicontazione, a cui si associa anche la gestione del Registro AIFA (Associazione Italiana del Farmaco) che richiede la compilazione di schede di raccolta dati anche al fine di garantire l'appropriatezza d'uso di farmaci antineoplastici, farmaci orfani⁶⁸, farmaci oftalmici ecc. I registri e le relative procedure regolatorie introducono elementi di aggravio procedurale sul lavoro sia del personale clinico che degli operatori sanitari, di cui questa funzione intende tener conto. In particolare si riconoscono risorse pari a 1 milione di euro alle strutture accreditate che, per valore di farmaci ad alto costo erogati in File F, si collocano tra l'80° e il 97° percentile del valore complessivo di tale spesa fra tutte le strutture lombarde accreditate⁶⁹. Alle strutture che si collocano oltre il 97° percentile sono riconosciute risorse paria 2,5 milioni di euro. Rientrano nel primo caso 16 strutture sanitarie (principalmente AO); nel secondo soltanto tre: l'Azienda Ospedaliera Sacco di Milano, l'Azienda Ospedaliera di Brescia e l'IRCCS privato San Raffaele, per entrambi gli anni 2009 e 2010.

Complessità di gestione del File F	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008				-	-	0		
anno 2009	3.000.000	4.500.000	16.000.000		-	23.500.000	23.500.000	2,1%
anno 2010	3.000.000	4.500.000	16.000.000	-	-	23.500.000	0	2,4%

AREA EMERGENZA – URGENZA

Quest'area nel 2008 comprendeva sei funzioni, di cui una riservata alla remunerazione del servizio 118, oggi svolta dall'AREU. Queste funzioni non tariffabili sostengono attività volte ad assicurare a tutti i cittadini le cure necessarie a stabilizzarne le funzioni vitali, assicurare l'orientamento diagnostico ed il trattamento terapeutico, qualora si trovino in condizioni di emergenza o urgenza. I fondi di queste funzioni sono a destinazione vincolata.

Funzione 5/2008 – Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza "118"

Nel 2008 la funzione ha remunerato le attività del trasporto sanitario di emergenza ed urgenza sia alle aziende ospedaliere sedi di Centrali Operative per il 118 (COEU)⁷⁰ sia alle aziende sanitarie che ne hanno sostenuto direttamente i costi, per un totale di 36 strutture pubbliche. La quantificazione delle risorse ha tenuto conto di diversi parametri tra i quali consumi, servizi sanitari e non, manutenzioni e riparazioni dei mezzi, costo del personale dipendente e convenzionato; mentre per l'assegnazione si è fatto riferimento sia ai costi già individuati dalla Giunta nel 1999⁷¹, sia all'analisi organizzativa svolta sui dati forniti dalle aziende coinvolte, sia alla standardizzazione dei costi del personale. Nel 2008, ultima annualità in cui è stata riconosciuta, la funzione ha ottenuto risorse per oltre 160 milioni di euro, che costituiscono il 15,2% del finanziamento complessivo delle FnT di quell'anno.

⁶⁸ Sono definiti così i prodotti utili a trattare una malattia rara, che per questa ragione "non hanno un mercato sufficiente per ripagare le spese del suo sviluppo. Un farmaco quindi si definisce "orfano" perché manca l'interesse da parte delle industrie farmaceutiche ad investire sul suo sviluppo" (<http://www.iss.it>).

⁶⁹ La spesa complessiva per il 2012 è di circa 650 milioni di euro, come riportato in numerose agenzie di stampa, in commento ai controlli attivati dalla Regione in aprile 2012. Per tutti si veda: http://milano.corriere.it/milano/notizie/cronaca/12_aprile_5/farmaci-salvavita-risparmi-ospedali-2003962807629.shtml

⁷⁰ Nel 1997 sono state individuate come sedi di Centrali Operative le attuali Aziende Ospedaliere di Niguarda, Varese, Como, Lecco, Bergamo, Brescia, Mantova, Cremona, Lodi, Monza, l'ospedale di Sondrio (oggi AO Valtellina e Valchiavenna) e l'IRCCS pubblico San Matteo di Pavia. Si veda dgr VI/27099/1997.

⁷¹ I costi di riferimento del servizio 118 sono stati previsti nella dgr 45819/1999.

Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza "118"	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	3.036.000	-	149.928.259	7.400.379	-	160.364.638		15,2%
anno 2009	-	-	-	-	-	0	-160.364.638	
anno 2010	-	-	-	-	-	0	0	

A partire dall'anno successivo, la competenza delle attività remunerate con questa funzione passerà all'Azienda Regionale Emergenza e Urgenza, attivata con dgr 6994/2008 in attuazione al Piano Socio Sanitario 2007-2009, allo scopo di promuovere l'evoluzione del sistema SSUEm 118 e di sviluppare l'integrazione a rete dell'assistenza. Con quell'atto costitutivo, inoltre, si specifica che il finanziamento annuale iniziale all'AREU, pari a 155 milioni di euro, è da individuarsi nelle funzioni specifiche non coperte da tariffe predefinite relative all'emergenza urgenza. Dunque a partire dal 2009 la funzione descritta e le sue risorse non compaiono più nel portafoglio delle FnT.

Funzione 6.01 – Trasporto neonatale

Nato come progetto sperimentale nel 1991⁷² il servizio di trasporto neonatale di emergenza (STEN) interviene per assicurare il trasporto protetto presso strutture idonee al neonato che, non prevedendosi complicazioni alla sua nascita, nasce in strutture non provviste di terapia Intensiva neonatale. Alle strutture che hanno in carico questo servizio, nove Aziende ospedaliere e due IRCCS pubblici, viene riconosciuta una quota forfettaria pari a 80 mila euro, lievemente incrementata rispetto al 2008 (euro 79.534).

Trasporto neonatale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	159.068	-	715.806	-	-	874.874		0,1%
anno 2009	160.000	-	720.000	-	-	880.000	5.126	0,1%
anno 2010	160.000	-	720.000	-	-	880.000	0	0,1%

Funzione 6.02 – Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno

Questa funzione è volta a riconoscere il diverso livello di complessità operativa e gestionale in cui agiscono le strutture sanitarie dotate di Pronto Soccorso (PS), di Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) o di un dipartimento d'Emergenza ad Alta Specialità (EAS), le quali per far fronte ai problemi legati all'emergenza – urgenza devono rendere disponibili nell'arco di 24 ore personale, strumentazione, competenze e modalità organizzative specifiche. I criteri legati alla remunerazione della funzione sono stati rivisti nel tempo, pur mantenendo un meccanismo simile: una quota forfettaria che, nel 2001, si prevede di ponderare sugli aspetti organizzativi, i volumi di attività realmente erogati, le tipologie delle unità operative presenti⁷³. Nel 2007 viene inserito un ulteriore finanziamento sulla base della riduzione dei ricoveri medici urgenti con un solo giorno di degenza,

⁷² Con dgr V/17546/1991 (http://www.mangiagalli.it/ita/attivita%EO_2006_2008.htm).

⁷³ Si veda la dgr 5349/2001 che definisce i "Nuovi criteri per la remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati non coperte da tariffe predefinite per gli anni 2001-2002". L'atto di Giunta prevede inoltre, per la Rete emergenza di 1° e 2° livello, una quota da riconoscere alle singole strutture a sostegno di attività svolte a favore di pazienti accettati in modalità urgente a cui sono collegati costi organizzativi e gestionali superiori a quelli delle altre attività: verrà pertanto richiesto di registrare le differenti modalità di accettazione (urgente o elettiva) nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

effettuati nel corso dell'anno⁷⁴. E' questa la situazione confermata nel 2008, che riconosce una quota forfettaria minima di 516.000 euro per la copertura delle attività di PS, di 1.200.000 per le attività di DEA e di 3.500.000 per le attività di EAS, ma non indica l'entità specifica del finanziamento per la riduzione di ricoveri di 1 giorno.

Come osserviamo in tabella, nel 2009 si registra un significativo aumento di risorse assegnate alla funzione, che rende la sua incidenza sul totale complessivo doppia rispetto all'anno precedente. Nel corso del 2009, infatti, si è deciso "di affinare il metodo di attribuzione delle funzioni non tariffabili per le strutture provviste di PS, DEA od EAS mediante una analisi più puntuale dei modelli organizzativi operanti presso le strutture"⁷⁵ che rivede al rialzo le quote forfettarie e distingue le strutture EAS in base al numero di alte specialità che offrono⁷⁶.

La nuova quantificazione dei costi minimi di esercizio valorizza a costi standard le figure professionali necessarie per la categoria di struttura sanitaria di riferimento⁷⁷. Le nuove quote si attestano a 804.000 euro per strutture con PS, a 3.558.000 per le strutture con DEA e – per le strutture con EAS – da un minimo di 3.918.000 (EAS 1) ad un massimo di 5.718.000 euro (EAS a sei specialità).

Su questi importi di base si procede all'attribuzione delle risorse applicando un coefficiente che ne riduce l'ammontare o l'incrementa, sulla base dei dati di flusso relativi alle attività di PS per pazienti *non ricoverati*⁷⁸.

Come incentivo alla riduzione dei ricoveri urgenti di una sola giornata è stato previsto un finanziamento di 17,5 milioni di euro, erogato in proporzione alla riduzione di tali ricoveri rispetto all'anno precedente.

Tutte queste innovazioni sono confermate per l'anno 2010.

Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	9.175.142	15.969.671	92.966.003	1.204.575	16.775.521	136.090.912		12,9%
anno 2009	12.427.200	29.401.166	192.789.476	2.378.395	30.906.703	267.902.940	131.812.028	24,3%
anno 2010	13.413.641	27.375.046	194.418.032	2.378.395	32.322.084	269.907.198	2.004.258	27,0%

Per effetto complessivo delle nuove modalità di calcolo, le risorse assegnate aumentano, nel 2009, per tutte le tipologie di strutture: in termini percentuali del 107% per le Aziende ospedaliere, del 97% per le Asl, dell'84% per Case di Cura e IRCCS privati, del 35% per gli IRCCS pubblici. L'anno seguente diminuiranno (rispetto al 2009) per i soli IRCCS privati (-7%, circa 2M di euro in meno)⁷⁹.

In termini economici nel 2010 la funzione descritta è la più rilevante ed incide per il 27% sulle risorse complessive assegnate alle FnT.

⁷⁴ Si veda la dgr 7294/2008 "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2007".

⁷⁵ Così in dgr 9173/2009 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 – III Provvedimento".

⁷⁶ Avremo così EAS 1 se è presente un'alta specialità; EAS 2, se sono presenti due alte specialità, e via proseguendo fino ad EAS 6. La dgr che aggiorna il valore della funzione è la n. 10077/2009 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 – V Provvedimento".

⁷⁷ Tali requisiti minimi sono stati definiti con dgr VI/38133/1998.

⁷⁸ Il coefficiente è di 0,85 per le strutture con accessi giornalieri minori o uguali al 25° percentile della distribuzione regionale di questo indicatore; poi 0,9 (26°-50° percentile) quindi 1 (51°-70° percentile); 1,1 per le strutture tra il 71° e l'85° percentile; infine 1,2 per le strutture collocate sopra l'85° percentile della distribuzione. La base dei dati di flusso di riferimento è quella prevista dal D.M. 23.12.1996.

⁷⁹ Crescono invece per le AO (1,6M€); per le Cdc (1,4M€) e per gli IRCCS pubblici (poco meno di 1M€).

Funzione 7 – Presidi EEUU Ospedali Montani

Questa funzione è stata introdotta nel 2007 per finanziare i presidi di emergenza-urgenza degli ospedali montani. La somma complessiva stanziata, stabile nel triennio, è distribuita alle strutture dotate di Pronto Soccorso e con meno di 140 posti letto ordinari, che rientrino nei parametri definiti in base all'altimetria del territorio⁸⁰.

presidi EEUU Ospedali Montani	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	7.731.303	-	-	7.731.303		0,7%
anno 2009	-	-	8.000.000	-	-	8.000.000	268.697	0,7%
anno 2010	-	-	8.000.000	-	-	8.000.000	0	0,8%

Funzione 8 – Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1500 grammi

Introdotta allo scopo di sostenere le strutture dotate di unità operative accreditate di terapia Intensiva neonatale, questa funzione riconosce la somma di circa 13.000 euro per ogni nascita, superiore alle 20 nascite annuali, per ogni neonato prematuro di peso inferiore ai 1500 grammi che abbia avuto una degenza superiore a 25 giorni. Questa soglia è individuata per concentrare le risorse nelle strutture in cui la numerosità di casi permette una migliore qualificazione del personale, una maggiore efficacia delle cure ed una allocazione di risorse più efficiente.

Le risorse destinate a questa funzione, che hanno destinazione vincolata, sono state integrate per tutti e tre gli anni di osservazione da un ulteriore finanziamento per l'acquisto di culle neonatali in risposta alla domanda territoriale crescente di terapia intensiva neonatale. Questa integrazione⁸¹ ammontava a 2,3M€ per il 2008 e il 2009; a 2,1M€ per il 2010, a fronte di un costo di 100.000 euro per culla.

Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso < 1500 gr.	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	3.342.835	-	10.227.262	-	-	13.570.097		1,3%
anno 2009	3.519.329	-	9.835.461	-	1.238.805	14.593.595	1.023.498	1,3%
anno 2010	3.129.972	-	9.102.344	-	1.057.685	13.290.001	-1.303.594	1,3%

Funzione 9 – Altre attività connesse all'emergenza-urgenza

Contribuiscono alle attività dell'area emergenza urgenza le attività svolte dai **Centri Antiveleni** e dal **Centro Grandi Ustionati**. I tre centri antiveleni di riferimento nazionale, situati in Lombardia, sono presso l'AO Niguarda, l'AO Ospedali Riuniti di Bergamo e, dal 2009, l'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia⁸². Il Centro Grandi Ustionati, unico presente sul territorio regionale, ha sede presso l'AO Niguarda.

⁸⁰ dgr 3776/2006 e dgr 4341/2007.

⁸¹ L'integrazione per l'acquisto di culle neonatali è stata disposta con dgr 8446/2008 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2008 –III Provvedimento".

⁸² Si veda DDGS n. 14220 del 21/12/2009 che ha recepito l'accordo tra governo e regioni con cui si definiscono funzioni e attività dei Centri Antiveleni (CAV) ai fini del loro riconoscimento e integrazione nei sistemi regionali e nazionale, il set minimo di dati da rilevare, le sindromi chimiche da sottoporre a specifica sorveglianza.

Altre attività connesse all'emergenza-urgenza	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	-	2.283.833	-	-	2.283.833		0,2%
anno 2009	-	800.000	2.256.395	-	-	3.056.395	772.562	0,3%
anno 2010	-	800.000	2.317.099	-	-	3.117.099	60.704	0,3%

AREA TRAPIANTO D'ORGANI

Il trapianto rappresenta l'unica vera cura per un numero crescente di insufficienze irreversibili d'organo, ma non tutti i pazienti che ne hanno bisogno possono avvalersene, a causa del numero insufficiente di organi disponibili⁸³. Al tema critico della donazione, si associa la complessità dell'organizzazione e gestione delle attività di trapianto, che richiede all'ospedale di mettere a disposizione nel giro di pochissime ore, e talvolta di pochi minuti, tutte le numerose competenze altamente specializzate, le equipe chirurgiche, gli strumentisti, il personale di sala.

Le tre funzioni che seguono, a destinazione vincolata, sono mirate al sostegno di quest'area, e vanno ad aggiungersi, dove esistenti, alle tariffe già previste da appositi DRG. La Regione infatti considera necessario valorizzare le attività di trapianto di organi e tessuti mediante tariffe predeterminate e in questa direzione, con dgr 6291 del dicembre 2007, delibera apposite modalità di finanziamento e remunerazione delle banche delle Cornee e dei Tessuti. Queste modalità, da implementare gradualmente, prevedono l'autofinanziamento delle banche tramite fatturazione dei tessuti ceduti alla struttura sede del trapianto, con l'intervento delle funzioni non tariffate a copertura dei costi residuali di gestione e di coordinamento.

Funzione 10 – prelievo di organi e tessuti

Questa funzione valorizza il contributo riconosciuto per ciascun organo o tessuto fornito oltre ad un'ulteriore somma di € 4.000 per ogni donatore effettivo procurato, al fine di potenziare ulteriormente il settore e valorizzare il ruolo degli operatori impegnati nelle attività.

Prelievo di organi e tessuti	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	406.211	274.000	2.884.643	-	38.440	3.603.294		0,3%
anno 2009	594.303	301.259	3.894.279	-	172.160	4.962.001	1.358.707	0,4%
anno 2010	744.658	399.905	4.373.524	-	175.211	5.693.298	731.297	0,6%

La funzione, nel 2010, è riconosciuta a tutte le 29 Aziende Ospedaliere, a 10 Case di Cura, a tre IRCCS pubblici (Fondazione Policlinico Milano, San Matteo di Pavia, Casatenovo INRCA), a tre IRCCS privati (S. Raffaele, Galeazzi, S. Donato).

Funzione 11 – Centri trapianto d'organi

Questa funzione ha lo scopo di potenziare le attività di trapianto, già remunerate attraverso specifici DRG (tariffe), attribuendo una quota forfettaria aggiuntiva di finanziamento ai centri lombardi che

⁸³ La domanda di trapianti è tripla rispetto alla disponibilità di organi trapiantabili; in Italia sono in lista d'attesa quasi 10.000 pazienti, oltre 2.000 nella sola Lombardia. In proposito si veda il Report di Attività 2011, del Nord Italia Transplant program (NITp), la rete interregionale di coordinamento che coinvolge Lombardia, Veneto, Friuli V.G., Marche e la Provincia Autonoma di Trento, e che ha sede presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico di Milano.

praticano trapianti di rene, cuore, fegato, polmoni, pancreas. La quota forfettaria consiste nel 25% del valore tariffario riconosciuto per ogni trapianto d'organo eseguito dai centri.

Centri trapianto d'organi	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	1.575.736	170.007	3.561.677	-	-	5.307.420		0,5%
anno 2009	2.062.914	215.740	4.454.170	-	-	6.732.824	1.425.404	0,6%
anno 2010	2.068.689	363.076	4.070.516	-	-	6.502.281	-230.543	0,7%

La funzione, nel 2010, è riconosciuta a 6 Aziende ospedaliere (Niguarda, Bergamo, Brescia, Varese, Mantova e Cremona); a 3 IRCCS pubblici (Fondazione Policlinico, Istituto Tumori, San Matteo-Pavia); a 3 IRCCS privati (San Raffaele, Humanitas e Monzino).

Funzione 12 – Altre attività connesse al trapianto d'organi

Questa funzione, economicamente più rilevante tra quelle riferite ai trapianti, remunera e supporta attività specifiche svolte da centri di riferimento sul territorio regionale.

Nel 2010 ha remunerato:

- le banche delle cornee (AO di Monza e IRCCS San Matteo di Pavia) per i costi residuali di gestione (circa 1M€)
- il Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, individuato nella Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico di Milano, per le funzioni di coordinamento (ca. 2M€)
- il Centro raccolta e crioconservazione delle cellule staminali periferiche, presso l'AO Niguarda, (ca. 900mila €)
- la banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale, che ha più sedi decentrate quali Centri di raccolta e Conservazione, attualmente ubicate presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico di Milano e presso l'IRCCS San Matteo di Pavia (ca. 3,2M€)
- la banca degli omoinnesti valvolari e vascolari della regione Lombardia, con sede presso l'IRCCS Fondazione Monzino – Centro Cardiologico di Milano (ca. 183mila €)
- il supporto economico per il Cuore Artificiale, riconosciuto soltanto ai centri autorizzati che utilizzano il cuore artificiale come bridge al trapianto da donatore, funzione che è stata assicurata dalle Aziende Ospedaliere di Niguarda e di Bergamo e dall'IRCCS Policlinico di Milano (900mila €)
- il Centro coltura epidermide umana e crioconservazione dei tessuti, istituito presso l'Azienda Ospedaliera Niguarda di Milano (900mila €)
- il Centro di riferimento regionale "Banca di emocomponenti di gruppi rari", all'IRCCS policlinico di Milano, con cui è stata attivata una convenzione per il periodo 2008-2010 (1,7M€)
- la funzione di trapianto delle cellule staminali emopoietiche⁸⁴, assicurata dall'AO di Bergamo (ca. 900mila €)
- l'AREU per il trasporto di Equipe Prelievi (1,4M€).

⁸⁴ Il termine cellule staminali emopoietiche si riferisce ad una popolazione cellulare in grado di dare origine a tutti gli elementi corpuscolati del sangue periferico (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine) <http://ibmdr.galliera.it/info/la-donazione-di-sangue-cordonale/position-paper-del-ministero-della-salute>

Altre attività connesse al trapianto d'organi	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	6.588.580	433.724	5.066.745	-	-	12.089.049		1,1%
anno 2009	7.020.246	194.914	3.726.559	-	-	10.941.719	-1.147.330	1,0%
anno 2010	7.223.174	182.441	5.649.067	-	-	13.054.682	2.112.963	1,3%

La diminuzione di risorse nel 2009 è data principalmente dai minori contributi: alla banca delle cornee di Monza (nel 2008 la funzione remunerava anche le cornee, oltre ai costi di gestione residuali); all'AO Niguarda per il cuore artificiale; all'IRCCS privato Fondazione Monzino. L'incremento del 2010 si spiega con il riconoscimento del Trasporto Equipe Prelievi in capo all'AREU (prima non previsto) e i maggiori contributi alle due sedi della Banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale.

AREA RICERCA, DIDATTICA UNIVERSITARIA E FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO

A quest'area afferiscono tre funzioni non coperte da tariffa prestabilita su alcune delle quali sono intervenute importanti variazioni nel corso degli anni 2009 e 2010, che contribuiscono a spiegare le differenze osservate sia in termini di risorse complessive, tra le diverse annualità, sia in termini di distribuzione tra pubblico e privato.

Funzione 13 – Attività di ricerca degli IRCCS

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che assieme alla terapia ed alla riabilitazione sono impegnati nell'attività di ricerca principalmente nell'oncologia, nella pediatria, nella neurologia e nell'ortopedia. Secondo l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute in Italia gli IRCCS (riconosciuti tali con decreto ministeriale) sono, tra pubblici e privati, 45, di cui 17 in territorio lombardo⁸⁵.

Le attività di ricerca di questi istituti sono finanziate dallo Stato attraverso le risorse destinate alla "ricerca corrente" e alla "ricerca finalizzata" (condotta su progetti specifici)⁸⁶. In base alla prima voce, gli IRCCS lombardi hanno ricevuto finanziamenti per circa 105M di euro nel 2008, per 86M nel 2009, per 88M nel 2010, assorbendo sempre oltre la metà delle risorse complessive⁸⁷.

Attraverso la funzione non tariffata n. 13, Regione Lombardia intende rafforzare la capacità di ricerca dei propri Istituti ed assegna ulteriori contributi, che eroga in rapporto alle risorse assegnate dal Ministero per la ricerca corrente a ciascun IRCCS.

⁸⁵ L'elenco del Ministero, consultabile in <http://www.salute.gov.it/ricercaSanitaria>, non annovera tra gli IRCCS lombardi la struttura di Casatenovo INRCA, in provincia di Lecco, che è un Presidio Ospedaliero di Ricerca dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA) con sede legale ad Ancona.

⁸⁶ La ricerca corrente ha come scopo quello di "sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica"; la ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale (artt. 12 e 12 bis del D.Lgs. 502/1992, come modificato e integrato dal D.Lgs. 229/1999), <http://www.salute.gov.it/ricercaSanitaria/>. Sul sistema di finanziamento della ricerca sanitaria si rimanda alla ricerca del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (Cergas) dell'Università Bocconi, *Analisi del sistema di finanziamento della ricerca sanitaria in Italia*, 2009.

⁸⁷ Dati ricavati dalle informazioni presenti sul sito di cui alle note precedenti. In particolare per l'anno 2008, annualità presa a riferimento da Regione Lombardia, le risorse assegnate agli IRCCS lombardi sono state pari a 41,6M€ per gli IRCCS pubblici e a 63,1M€ per quelli privati.

Attività di ricerca degli IRCCS	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	19.737.202	37.877.443	-	-	-	57.614.645		5,5%
anno 2009	32.007.890	51.814.582	-	-	-	83.822.472	26.207.827	7,6%
anno 2010	29.020.847	52.182.360	-	-	-	81.203.207	-2.619.265	8,1%

Le variazioni registrate in tabella, con l'incremento significativo osservato nel 2009, si spiegano con la decisione di potenziare la ricerca degli IRCCS, annunciata nella 'delibera delle Regole' per l'esercizio 2009, attuata con dgr 10077/2009 che modifica la remunerazione della funzione 13 e i criteri di distribuzione delle risorse. Per il 2008, il finanziamento regionale prevedeva un'erogazione per istituto pari al 60% delle risorse statali assegnate. Per il 2009 e il 2010, invece: (i) si fissa la remunerazione totale della funzione all'80% dei finanziamenti statali del 2008; (ii) 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 IRCCS⁸⁸.

L'incremento di oltre 26 milioni osservato nel 2009, determinato dalla decisione di rafforzare la funzione di ricerca, consegue dunque dall'innalzamento della quota – passata dal 60 all'80% – applicata al finanziamento statale quale riferimento per il calcolo dei contributi regionali. Il secondo criterio introdotto, i cui effetti non compaiono in tabella, costituisce un correttivo nella distribuzione tra le diverse strutture delle risorse totali attribuite alla funzione, in ragione dei migliori risultati conseguiti nella ricerca⁸⁹.

I criteri introdotti nel 2009 restano confermati nel 2010⁹⁰.

Funzione 14 – Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Questa funzione intende contribuire ai maggiori oneri economici che sostengono le strutture sanitarie sedi didattiche dei corsi formativi pre-laurea delle facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università lombarde. Laddove si svolge attività didattica universitaria accanto alla normale attività assistenziale possono infatti verificarsi tempi operatori più lunghi, degenze medie più prolungate, prestazioni diagnostiche più numerose, duplicazioni delle attrezzature in dotazione, maggiore complessità della casistica o una sua particolare specializzazione e concentrazione. Questi fattori di complessità possono determinare un maggior consumo di risorse assorbite e dunque maggiori costi, a cui le sole tariffe potrebbero non dare copertura completa.

La remunerazione di questa funzione prevede un complesso processo di calcolo, dettagliato nella delibera di assegnazione delle risorse per le FnT del 2008. Nel 2009 la Regione decide di potenziare la funzione⁹¹, le cui risorse aumentano del 13% rispetto all'anno precedente. Introduce inoltre criteri aggiuntivi per ponderare meglio l'impatto organizzativo e gestionale della didattica sulle strutture: si prendono così in considerazione anche gli anni di corso svolti per sede ospedaliera, il numero di studenti che frequentano i corsi, le ore di frequenza, il numero dei tutor ospedalieri.

⁸⁸ 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>

⁸⁹ Sull'argomento si richiamano i seguenti articoli: "Pochi IRCCS fanno vera ricerca", pubblicato sul Sole 24ore Sanità, 21-27 settembre 2010, che pubblica gli Impact Factor normalizzati assegnati agli IRCCS dal Ministero per l'anno 2009; "Luci e ombre del finanziamento della ricerca" in <http://www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/luci-e-ombre-del-finanziamento-della-ricerca>; "Ricerca, ecco la classifica degli IRCCS" pubblicato sul Sole 24ore Sanità, 17-23 gennaio 2012.

⁹⁰ Nel 2010 le risorse attribuite all'IRCCS pubblico San Matteo di Pavia risultano ridotte di 2,7 M€.

⁹¹ Così in dgr 10077/2009, punto 6 del deliberato.

Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	13.313.613	20.136.474	27.472.687	-	1.716.443	62.639.217		5,9%
anno 2009	16.947.275	21.918.389	28.686.880	-	3.163.650	70.716.194	8.076.977	6,4%
anno 2010		2.963.826	-	-	243.966	3.207.792	-67.508.402	0,3%

E' nel 2010 però che la remunerazione della funzione subisce il cambiamento più radicale, come mostra la tabella. Con dgr 350/2010 infatti la Giunta dà attuazione all'art. 25bis del Testo Unico Sanità (l.r. 33/2009) in base al quale gli istituti di ricovero e cura pubblici e privati e gli IRCCS possono richiedere una maggiorazione tariffaria delle prestazioni in luogo della remunerazione delle funzioni per la didattica, per l'ampiezza del case mix (funzione n. 18) e per la percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale (funzione n. 22). La maggiorazione preclude inoltre il riconoscimento di contributi economici per i progetti di miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici di soggetti privati non profit, previsti dall'art. 25 della legge regionale. Le strutture sanitarie interessate possono esprimere l'opzione per la maggiorazione tariffaria a fronte di un formale impegno a soddisfare determinati requisiti stabiliti dalla Regione⁹². L'incremento tariffario, stabilito annualmente dalla Giunta, può arrivare ad un massimo del 25% per le strutture sanitarie convenzionate come sedi di didattica universitaria, in base al numero dei posti letto destinati alle attività didattiche, al numero degli studenti frequentanti, al numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio. Per gli IRCCS pubblici e privati la maggiorazione può raggiungere il 19% massimo, ed è determinata in base al numero di addetti alle attività di ricerca per posto letto, al numero di progetti di ricerca in corso, all'impact factor standardizzato per struttura. La dgr 350 ha quantificato in via presuntiva il finanziamento necessario alle maggiorazioni pari a 130 milioni di euro⁹³.

L'opzione è stata esercitata dalla maggioranza delle strutture sanitarie che ne avevano titolo: questa funzione remunera nel 2010 soltanto due IRCCS privati (Galeazzi e San Donato) e due Case di Cura (Istituti Clinici Zucchi di Monza e Istituti Clinici Città di Pavia). A seguito della riduzione di risorse (-67,5 milioni) l'incidenza della funzione sul totale delle risorse passa dal 6,4% del 2009 allo 0,3% del 2010.

Funzione 15 – Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario

La funzione, con risorse a destinazione vincolata, riguarda la formazione universitaria per i profili professionali sanitari del Servizio Sanitario Regionale. Per la sua valorizzazione economica sono considerati i costi per servizi agli studenti (divise, tutela sanitaria, mensa), il materiale didattico, le attività didattiche, il costo del personale assegnato alle attività formative, il contributo per l'immatricolazione al primo anno del corso di laurea di Infermiere, come previsto dalla dgr 6596/2001.

⁹² I requisiti richiedono di (i) rispettare gli standard definiti dalla Giunta per l'instaurazione prevalente di rapporti di lavoro a tempo indeterminato di medici e infermieri, (ii) presentare il consolidamento dei bilanci evidenziando i conti economici relativi all'attività sanitaria, (iii) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e delle prestazioni erogate programmate.

⁹³ Per il 2011 le maggiorazioni tariffarie sono state diminuite secondo i parametri riportati in dgr 2057/2011.

Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	3.859.474	3.695.000	19.643.887	1.425.000	960.000	29.583.361		2,8%
anno 2009	4.345.000	3.695.000	19.670.000	1.450.000	960.000	30.120.000	536.639	2,7%
anno 2010	5.156.061	4.813.056	20.784.675	1.443.800	1.204.000	33.401.592	3.281.592	3,3%

Nel 2009 le risorse assegnate risultano sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente. Nel 2010 l'incremento della spesa osservato (3,2M€ circa) riguarda maggiori risorse erogate agli IRCCS privati (+1,1M), alle aziende ospedaliere (+1,1M), agli IRCCS pubblici (0,8M).

Funzione 16 – Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero

Per garantire un adeguato livello di sicurezza del sistema trasfusionale, del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati, viene utilizzata la tecnica di amplificazione degli acidi nucleici (NAT) per rilevare i costituenti virali dell'HCV (epatite C), dell'HBV (epatite B) e dell'HIV. Con dgr 15690/2003⁹⁴ si è stabilito di riconoscere, mediante il finanziamento di funzioni non tariffate, il costo di 10 euro per ogni unità di sangue intero prelevato e 'disponibile', cui si aggiunge l'importo di 18 euro per ogni prestazione di analisi fornita.

Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	1.365.264	100.260	13.735.027	58.280	-	15.258.831		1,4%
anno 2009	1.500.432	100.220	13.931.084	60.500	-	15.592.236	333.405	1,4%
anno 2010	879.218	105.670	15.017.870	60.500	-	16.063.258	471.022	1,6%

La funzione è riconosciuta a tutte le aziende ospedaliere, all'Asl Vallecamonica Sebino, a tre IRCCS pubblici (Policlinico, istituto tumori e IRCCS San Matteo di Pavia) e a due IRCCS privati (San Raffaele e Fatebenefratelli di Brescia). Le risorse erogate alle strutture sanitarie non registrano variazioni di rilievo ad eccezione dell'IRCCS Policlinico (da circa 1M nel 2009 a 0,3M l'anno successivo) che spiega la riduzione complessiva di risorse assegnate agli IRCCS pubblici.

Funzione 17 – Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale

Alle strutture sanitarie accreditate specificatamente per le malattie infettive questa funzione riconosce una quota forfettaria per ciascun paziente affetto da HIV, trattato in regime ambulatoriale in alternativa al ricovero. La quota riconosciuta (619 euro) resta costante nel triennio ed ha lo scopo di coprire i maggiori costi organizzativi e gestionali. Resta identico nel triennio anche il numero di strutture cui è riconosciuta (14 AO, 4 IRCCS di cui tre pubblici).

⁹⁴ La dgr richiamata recepisce l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome per l'Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici", del 24 luglio 2003. Con dgr 1732/2006 si dispone di aggiungere la ricerca dei virus dell'Epatite B e dell'HIV, da intendersi già remunerati nel costo riconosciuto per le analisi effettuate.

Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	1.111.868	2.081.078	9.252.590	-	-	12.445.536		1,2%
anno 2009	1.380.370	2.267.397	10.792.884	-	-	14.440.651	1.995.115	1,3%
anno 2010	1.380.370	2.267.397	11.004.582	-	-	14.652.349	211.698	1,5%

Funzione 18 – Ampiezza del case-mix

Questa funzione intende valorizzare la complessità della casistica medica trattata dalle strutture sanitarie ed è calcolata considerando il numero di DRG diversi tra loro, erogati con frequenza superiore ai 10 casi, in degenza ordinaria superiore ad un giorno. Partendo dal database regionale dei ricoveri ospedalieri per ogni struttura, si considerano tali ricorrenze ed il numero di pazienti ricoverati, per l'anno di riferimento, che, al termine di un processo di calcolo e ponderazione, consentono di stilare una graduatoria. La funzione remunera le strutture che si posizionano oltre l'85° rango percentile.

Le risorse riconosciute alla funzione restano invariate per l'anno 2009 mentre subiscono una significativa riduzione nell'anno 2010 per effetto dell'attuazione dell'art. 25bis del t.u. della sanità, come descritto nella scheda della funzione 14. A seguito dell'opzione esercitata dalle strutture, nel 2010 la funzione non viene più riconosciuta agli IRCCS pubblici e remunera 15 aziende ospedaliere su 29, una sola Casa di Cura (Poliambulanza) e un IRCCS privato (San Donato).

Ampiezza del case-mix	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	7.729.396	7.209.472	47.707.542	-	2.250.295	64.896.705		6,2%
anno 2009	8.164.432	7.005.898	47.550.279	-	2.279.392	65.000.001	103.296	5,9%
anno 2010	-	1.369.788	29.674.842	-	2.156.053	33.200.683	-31.799.318	3,3%

Funzione 19 – Altre attività di rilievo regionale

Con i "Nuovi Criteri per la remunerazione di alcune funzione non coperte da tariffe predefinite per gli anni 2001/2002"⁹⁵ la Regione individua la funzione "Altre attività di rilievo regionale" che a partire dal 2001 finanzia in via prioritaria le attività esplicitamente individuate da atti di programmazione regionale o nazionale. Questa funzione remunera determinate attività erogate da alcune strutture e alcuni progetti specifici. Nel 2008 e 2009 le attività riconosciute hanno compreso quelle erogate: per la lotta alla tubercolosi, per l'attivazione dei registri tumori in Lombardia, per lo screening delle malattie che potrebbero causare handicap, per i disturbi del comportamento alimentare, per l'assistenza ai problemi di violenza alle donne e ai minori, per l'assistenza a pazienti affetti da epilessia, per le malattie neuromuscolari e patologie metaboliche e tumorali nell'infanzia e adolescenza, per la cura e la diagnosi delle cefalee, per il pronto soccorso odontoiatrico, per il trattamento delle gravi ipercolesterolemie familiari (LDL Aferesi), per il trattamento di complicanze settiche, per l'oncologia ortopedica e per le iniziative di aggiornamento professionale svolte dal Centro regionale Salute Ambiente.

⁹⁵ Dgr 5349 del 02/07/2001.

A questo elenco si aggiunge nel 2010 la Cardiocirurgia pediatrica, per le strutture che svolgono attività di chirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità. E' riconosciuta all'Azienda Ospedaliera di Bergamo e all'IRCCS San Donato.

Altre attività di rilievo regionale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	3.585.466	2.149.748	16.611.998	524.873	756.000	23.628.085		2,2%
anno 2009	3.870.744	1.779.957	15.561.841	599.873	756.000	22.568.415	-1.059.670	2,0%
anno 2010	3.942.754	2.679.670	16.526.605	600.556	832.456	24.582.041	2.013.626	2,5%

Funzione 20 – Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)

Con apposite linee guida adottate nel 1999, la Regione ha ridefinito i compiti, le funzioni, la distribuzione territoriale e i meccanismi di finanziamento delle unità operative ospedaliere di Medicina del Lavoro⁹⁶. In particolare, si stabiliva che le attività prestate in quattro aree fondamentali (diagnostica clinica e strumentale di medicina del Lavoro; ergonomia; igiene e tossicologia industriale; epidemiologia, ricerca, sviluppo e formazione) dai 10 Centri Regionali di Riferimento, venissero remunerate con i fondi disponibili per le funzioni non tariffabili, in attesa di definire apposite tariffe regionali.

Queste modalità transitorie sono ancora attive. Attualmente le attività sono erogate dai Centri presso 8 Aziende Ospedaliere⁹⁷, un IRCCS pubblico (Policlinico Milano) e un IRCCS privato (Maugeri) e finanziano (i) le attività istituzionali, con una quota riferita alla popolazione dei residenti della ASL e delle Asl servite, per circa 2 milioni di euro; (ii) le attività specifiche, in particolari filoni di interesse scientifico che qualificano le unità come centri di riferimento, attraverso una quota forfettaria di 155mila euro. Gli importi così definiti restano invariati nel triennio.

Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	599.515	324.837	3.022.028	-	-	3.946.380		0,4%
anno 2009	767.080	324.837	2.802.190	-	-	3.894.107	-52.273	0,4%
anno 2010	767.080	324.837	2.802.190	-	-	3.894.107	0	0,4%

Funzione 21 – Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)

La funzione integra le tariffe per le prestazioni di neuropsichiatria Infantile erogate in regime ambulatoriale o di residenzialità, stabilite nel 2000 con dgr 2800. In questo provvedimento si considerava che alcuni aspetti peculiari delle attività, tra cui la raccolta e trasmissione di informazioni per le attività di programmazione, di verifica sul caso clinico e le attività di prevenzione, rendevano opportuni meccanismi di integrazione tariffaria, da attribuire nell'ambito delle funzioni non tariffate. Il valore della funzione è definito sulla base della differenza tra il costo del personale assegnato ad ogni struttura e la quota finanziata mediante tariffe.

Nel 2008 la funzione è erogata a 21 Aziende Ospedaliere e a due IRCCS pubblici (Policlinico e Besta), cui si aggiungono, l'anno successivo, altre 4 aziende ospedaliere e l'Asl Vallecamonica Sebino. L'aumento di risorse assegnate nel 2009, tuttavia, dipende principalmente dai maggiori finanziamenti

⁹⁶ Una prima definizione delle attività e dell'organizzazione delle UOOML era stata effettuata con dgr 50765/1985.

⁹⁷ Si tratta delle AO di Varese, Brescia, Cremona, Lecco, Bergamo, Vimercate, Monza, Garbagnate.

riconosciuti a quasi tutte le strutture che, con una media che passa da 615mila a 907mila euro, spiegano l'80% dell'incremento osservato⁹⁸. Nel 2010, a fronte di due AO uscite ed un ingresso nella lista dei beneficiari⁹⁹, si registrano risorse leggermente diminuite per quasi tutte le strutture interessate.

Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	1.225.685	-	12.923.563	-	-	14.149.248		1,3%
anno 2009	2.864.930	-	22.456.791	78.151	-	25.399.872	11.250.624	2,3%
anno 2010	2.757.240	-	20.677.413	78.151	-	23.512.804	-1.887.068	2,4%

Funzione 22 – Funzione per casistica extraregionale in % doppia rispetto alla media regionale

Le strutture sanitarie che erogano un'alta percentuale di prestazioni a cittadini provenienti da altre regioni sostengono maggiori costi di attesa, che questa funzione interviene a compensare quando l'incidenza dei ricoveri per pazienti extra regione raddoppia la media regionale (9,27%)¹⁰⁰. Alle strutture che hanno effettuato più del 18,54% di tali ricoveri è assegnato un finanziamento pari al 3% del valore dei ricoveri extra regionali effettuati nell'anno. Per applicazione dell'art. 25bis del testo unico della sanità, dal 2010 possono accedere a questo finanziamento solo le strutture che non hanno richiesto la maggiorazione tariffaria, già descritta alle funzioni 14 e 16. E' questo che spiega la riduzione di risorse del 2010, percepite soltanto dall'IRCCS privato Galeazzi e da 6 Case di Cura private.

Funzione per casistica extraregionale in % doppia rispetto alla media regionale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	771.388	5.755.801	122.438	-	1.093.179	7.742.806		0,7%
anno 2009	1.280.797	5.717.878	-	-	1.222.273	8.220.948	478.142	0,7%
anno 2010	-	670.910	-	-	1.275.844	1.946.754	-6.274.194	0,2%

AREA DELLE FUNZIONI NON TARIFFATE PER SPECIFICHE ATTIVITÀ TERRITORIALI

Con la 'delibera delle Regole' per l'esercizio 2007¹⁰¹, la Giunta ha introdotto cinque nuove tipologie di FnT per il riconoscimento di specifiche attività territoriali. Sono le funzioni per (i) complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici distribuita su più presidi nel territorio di una medesima Asl; (ii) molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ad esclusione di quelli presenti all'interno della struttura di ricovero e cura; (iii) molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio, al di fuori della struttura di ricovero, relativamente ai servizi di UONPIA e di Psichiatria; (iv) prestazioni odontoiatriche per pazienti affetti da handicap

⁹⁸ Per quattro strutture si osservano incrementi che superano il milione di euro: AO Garbagnate (1,6M), AO Como (1,3M), AO Treviglio e IRCCS Besta (1M circa ciascuno).

⁹⁹ Nel 2010 la funzione non è riconosciuta alle AO ICP e San Paolo di Milano ed è riconosciuta per la prima volta nel triennio all'AO Fatebenefratelli di Milano.

¹⁰⁰ Questa percentuale è il parametro di riferimento per tutto il triennio. Per "costi di attesa", secondo un'analisi economica ed organizzativa per i Centri Grandi ustionati in Emilia-Romagna, si intendono le risorse finanziarie necessarie a fronteggiare una domanda non programmabile

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/governoclinico/gr_fun/pr_profili/stpr_ricoveri/pubblicazioni/grandi_ustionati/link/grandi_ustionati.pdf.

¹⁰¹ Dgr 3776/2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007 (di concerto con l'Assessore Abelli)".

grave; (v) distribuzione di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico, anche parziale, e quindi con un maggior onere di gestione storicizzato. Ad eccezione della funzione per prestazioni odontoiatriche (punto iv), le nuove funzioni sono confermate per il triennio analizzato.

Tratto comune a queste funzioni è l'intenzione di compensare un maggior grado di complessità organizzativa e di gestione affrontata dalle strutture che attraverso una molteplicità di presidi distribuiti sul territorio erogano:

- attività di ricovero (funzione 23, che attribuisce risorse in proporzione al fatturato prodotto nell'anno considerato e al numero dei presidi)
- prestazioni di specialistica ambulatoriale (funzione 24, erogata in proporzione al numero dei presidi ambulatoriali e al loro fatturato prodotto)
- servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di psichiatria (funzione 25, corrisposta in proporzione al numero di strutture UONPIA e di psichiatria presenti nell'ente).

La funzione 27¹⁰², invece, sostiene le strutture di ricovero articolate su più padiglioni con vincolo architettonico anche parziale che sopportano un maggior onere di gestione storicizzato e che incontrano maggiori vincoli al raggiungimento dei requisiti strutturali di accreditamento.

Considerata la *ratio* comune alle quattro funzioni, si presentano di seguito le tabelle con l'andamento dei finanziamenti relativi agli anni 2008-2010, che non indicano variazioni di grande rilievo¹⁰³.

Si segnala invece l'incidenza di queste funzioni rispetto al totale delle risorse annuali assegnate globalmente alle FnT. La funzione n. 23, in particolare, è la seconda in ordine di rilevanza economica nel 2010 e per le aziende ospedaliere, che sono i maggiori soggetti beneficiari, alimenta il 19% dei finanziamenti complessivi ottenuti in quell'anno.

Di seguito presentiamo le risorse assegnate alle funzioni, accorpate per omogeneità nella stessa sezione, abbandonando l'ordine numerico fin qui seguito.

Funzione 23 – Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici

Funzione per complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	19.343.950	124.247.657	-	7.356.541	150.948.148		14,3%
anno 2009	-	11.729.565	133.648.235	-	4.683.612	150.061.412	-886.736	13,6%
anno 2010	-	12.863.678	132.390.040	-	4.745.359	149.999.077	-62.335	15,0%

Funzione 24 – Molteplicità di presidi di erogazione di prestazione di specialistica ambulatoriale

Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	2.980.881	55.677.185	421.132	1.554.764	60.633.962		5,8%
anno 2009	-	2.042.026	54.920.024	1.179.375	1.858.575	60.000.000	-633.962	5,4%
anno 2010	-	2.042.026	53.601.141	1.181.451	1.615.218	58.439.836	-1.560.164	5,9%

¹⁰² Per ragioni espositive, anticipiamo la descrizione della funzione 27 che ci appare motivata da presupposti organizzativi e gestionali assimilabili alle funzioni precedenti.

¹⁰³ La variazione più rilevante si riferisce alla funzione 24 per l'annualità 2010 (-1,5M€) ed è data sostanzialmente da una riduzione delle somme erogate che coinvolge 11 delle 22 AO interessate.

Funzione 25 – Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria

Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	258.102	-	29.222.726	319.069	-	29.799.897		2,8%
anno 2009	263.620	-	29.348.580	369.069	-	29.981.269	181.372	2,7%
anno 2010	419.580	-	29.370.227	369.069	-	30.158.876	177.607	3,0%

Funzione 27 – Distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico

Distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	2.988.106	-	25.845.177	-	-	28.833.283		2,7%
anno 2009	3.563.780	-	26.341.461	-	-	29.905.241	1.071.958	2,7%
anno 2010	3.593.308	-	26.341.540	-	-	29.934.848	29.607	3,0%

Questo gruppo di funzioni viene integrato nel 2008 dalla funzione di più recente introduzione, relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta intensità abitativa¹⁰⁴. La complessità che questa funzione intende compensare attiene, diversamente alle precedenti, alla tipologia d'utenza, come vediamo nella scheda che segue.

Funzione 29 – Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa

La funzione intende sostenere le strutture sanitarie che sopportano maggiori oneri e 'costi' connessi al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa. Tali pazienti, infatti, richiedono una degenza media nettamente superiore ai giorni registrati nella popolazione generale¹⁰⁵.

Il finanziamento viene calcolato osservando per ogni struttura ospedaliera lombarda la percentuale di dimessi maggiori di 75 anni di età per uno stesso DRG, 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.

Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	7.761.050	-	87.351.613	-	2.337.509	97.450.172		9,2%
anno 2009	10.175.810	-	87.486.681	-	2.337.509	100.000.000	2.549.828	9,1%
anno 2010	7.176.007	-	87.486.681	-	2.337.509	97.000.197	-2.999.803	9,7%

Questa funzione, terza per incidenza sul totale delle risorse nel 2010, è corrisposta principalmente alle aziende ospedaliere (19 nel primo biennio e 20 nel 2010), a due IRCCS pubblici (Policlinico e San

¹⁰⁴ Dgr 5743/2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008". Con dgr 7612/2008 si sono poi definiti i criteri di calcolo.

¹⁰⁵ Secondo il Rapporto Sanità 2009, pubblicato dal Ceis di Tor Vergata, in Lombardia la degenza media per acuti in regime ordinario passa da 6,5 a 9,3 giornate per pazienti over 75 (anno 2006).

Matteo) e ad una Casa di Cura privata (Poliambulanza di Brescia). Le variazioni di risorse indicate nelle differenze annuali dipendono sostanzialmente dai finanziamenti riconosciuti all'IRCCS San Matteo, che crescono nel 2009 di 2,4M di euro e scendono, l'anno dopo, di tre milioni.

Considerate globalmente, nel 2010 le cinque funzioni raggiungono i 366 milioni di euro, (37% circa del totale annuo) e costituiscono il 47% dei finanziamenti riconosciuti alle aziende ospedaliere per quell'anno.

Funzione 26 – Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa

Questa funzione intende incentivare le attività di strutture che trattano casistica riabilitativa riferita alle categorie MDC Neurologica, Cardiologica e Pneumologica¹⁰⁶ e riconoscere il maggior assorbimento di risorse correlate. Per attribuire le risorse sono stati individuati i DRG più rappresentativi di queste patologie, si è composta - in ordine decrescente – una lista delle strutture sanitarie in base al numero delle giornate di degenza riferite ai DRG individuati, si è calcolata la percentuale di giornate di degenza per casi complessi per ogni struttura in esame e si è determinato il rango percentile in cui si collocano le strutture con almeno il 50% di casi complessi sul totale delle giornate di degenza erogate. Il finanziamento viene attribuito al primo 20% di queste strutture.

Le risorse della funzione sono riconosciute a 7 strutture private: 4 case di cura e 3 IRCCS¹⁰⁷ ed hanno un importo complessivo costante nel triennio. Le variazioni nella distribuzione dei finanziamenti tra tipologie di struttura invece si spiegano (i) nel 2009, con l'attribuzione delle risorse di un presidio riabilitativo alla fondazione IRCCS di riferimento (Don Gnocchi di Milano)¹⁰⁸, (ii) nel 2010, con l'ingresso di una nuova casa di Cura tra i beneficiari e con una riduzione di risorse corrisposte agli IRCCS, in particolare al Maugeri (-1,5M€).

Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	18.122.852	-	-	9.877.148	28.000.000		2,7%
anno 2009	-	20.129.824	-	-	7.870.176	28.000.000	0	2,5%
anno 2010	-	17.871.921	-	-	10.128.080	28.000.001	1	2,8%

Funzione 28 – Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia

Introdotta nel 2007, questa funzione va ad integrare la tariffa dei ricoveri per parti non cesarei effettuati in analgesia mediante iniezione di anestetico nel canale vertebrale. La delibera che istituisce la funzione¹⁰⁹ prevede risorse pari a 5 milioni di euro da corrispondere alle strutture presso

¹⁰⁶ MDC è l'acronimo per Major Diagnostic Category (Categoria Diagnostica Maggiore), ovvero gruppi di diagnosi (25 nella decima revisione) che costituiscono l'architettura di base del sistema di classificazione DRG, di cui rappresenta un livello di aggregazione. Questo livello di aggregazione si basa su criteri anatomici (relativi all'apparato affetto dalla patologia) e eziologici (relativi alla causa della patologia); esiste inoltre il raggruppamento pre-MDC, che comprende casistica ad alto assorbimento di risorse (ad esempio trapianti e tracheostomie). In generale la MDC viene attribuita in base al codice di diagnosi principale. (<http://www.salute.gov.it>, nella sezione Ricoveri Ospedaliari, Glossario e FAQ).

¹⁰⁷ Nel 2010 sono le Case di Cura Policlinico di Milano, Le Terrazze di Cunardo (nuovo inserimento), Congregazione Ancelle Carità (Domus salutis) di Brescia, l'ospedale Valduce di Como e gli IRCCS privati Maugeri, San Raffaele, Don Gnocchi. Per il 2008, nella dgr di assegnazione delle risorse per le funzioni non tariffate, era presente anche casa di cura per la riabilitazione Spalenza di Rovato: il suo finanziamento, dall'anno successivo, è corrisposto all'IRCCS Don Gnocchi del quale è un presidio riabilitativo. Si vedano le dgr 9765/2009 e 133/2010, in particolare le tabelle n. 30.

¹⁰⁸ Si veda la nota precedente.

¹⁰⁹ Dgr 4239/2007.

le quali i parti effettuati in analgesia superano la soglia del 20% rispetto al numero totale dei parti non cesarei.

Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia	IRCCS Pubblici	IRCCS Privati	Aziende Ospedaliere	ASL	Case di cura private	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	1.287.349	-	3.212.927	-	299.862	4.800.138		0,5%
anno 2009	1.289.846	-	3.505.785	113.111	91.260	5.000.002	199.864	0,5%
anno 2010	1.151.399	157.298	3.368.609	111.034	211.659	4.999.999	-3	0,5%

UNO SGUARDO D'INSIEME

Per ricondurre a sintesi l'analisi di dettaglio svolta sulle singole funzioni ci siamo posti cinque domande:

- (i) qual è lo scopo delle funzioni non coperte da tariffa prestabilita in Lombardia
- (ii) quali funzioni risultano economicamente più rilevanti
- (iii) quali funzioni risultano più remunerative per le diverse tipologie di strutture sanitarie
- (iv) quali ambiti delle prestazioni sanitarie sono sostenute con questo canale di finanziamento
- (v) come varia l'assegnazione delle risorse fra strutture pubbliche e private.

Per rispondere a questi quesiti focalizzeremo in particolare l'anno più recente, il 2010, che tiene conto di tutti i cambiamenti conseguenti all'attuazione di decisioni e norme regionali, già richiamate.

Qual è lo scopo delle FnT in Lombardia?

Nel 2001¹¹⁰ la Regione individua nuovi criteri per la remunerazione delle FnT, specificando che esse sono riferite ad attività che presentano

- a) difficoltà di classificazione degli eventi che, ad esempio, risultano non direttamente riconducibili alle codifiche presenti nei nomenclatori ambulatoriali;
- b) difficoltà di misurazione dell'attività, perché i parametri standard, come la giornata o l'accesso, non sono applicabili agevolmente;
- c) forte incidenza dei "costi di attesa" (non programmabili), impliciti in alcune attività come il pronto soccorso, le terapie intensive;
- d) rilevanza strategica nell'ambito della programmazione regionale;
- e) grande variabilità dei costi di produzione, che rende difficile l'individuazione di un costo medio o standard di riferimento remunerativo dei fattori produttivi utilizzati;
- f) straordinarietà dell'evento e presumibile irripetibilità dello stesso.

Le attività che ricadono in queste fattispecie richiedono "di trovare modalità di remunerazione **alternativa** al finanziamento prospettico a prestazione"¹¹¹.

Non ci risulta che questi criteri siano stati abbandonati nel tempo, essi anzi vengono puntualmente richiamati nelle premesse di tutti gli atti che definiscono le funzioni non tariffate nel periodo 2008-2010. Diverse tra le funzioni analizzate presentano caratteristiche che ricadono nelle fattispecie previste oramai oltre un decennio fa: tutta l'area emergenza-urgenza, ad esempio, per il criterio c);

¹¹⁰ Dgr 5349/2001.

¹¹¹ Dgr 5349/2001, Allegato 1.

oppure le attività connesse al trapianto, le attività di rilievo regionale, le attività di ricerca – didattica e formazione, per il criterio d).

Ciò che invece parrebbe superato è la *natura alternativa* di questo canale di finanziamento rispetto alla remunerazione a tariffa¹¹². Dall'esame condotto sulle FnT in Lombardia nel triennio 2008-2010 sembrerebbe infatti che la natura addizionale, o *integrativa*, del finanziamento a funzione sia lo scopo predominante delle funzioni oggi attive, anche se la descrizione contenuta nelle delibere esaminate non ci permette di escludere, né di distinguere con certezza, la valenza *alternativa* al finanziamento a tariffa per alcune delle attività remunerate¹¹³.

Se invece volessimo riconoscere una cifra comune e trasversale come *aspetto principale* delle attività sanitarie valorizzato e sostenuto attraverso le FnT, potremmo individuare quello connesso alla *complessità* nelle sue diverse declinazioni: da quella procedurale (flussi informativi connessi alla gestione del File F, funzione n. 5), a quella gestionale, organizzativa e funzionale, presente nelle strutture con Pronto Soccorso, negli enti che hanno più presidi e ambulatori sul territorio, nelle strutture che hanno un maggior numero di pazienti extra regionali, che hanno un *case mix* più ampio, con alta presenza di anziani, con erogazione della funzione riabilitativa.

Quali sono le funzioni economicamente più rilevanti in Lombardia?

Come già anticipato, l'ordine di incidenza delle FnT rispetto al totale annuo delle risorse cambia in conseguenza all'attuazione delle decisioni e norme regionali, che abbiamo descritto. Focalizzando pertanto l'anno più recente, possiamo osservare un quadro molto disomogeneo in ordine alla rilevanza economica delle singole funzioni. Cinque di queste assorbono due terzi delle risorse totali, mentre il terzo restante è frammentato tra le altre 25, di cui 13 con peso compreso tra l'1,3% e il 3,3%, le altre 12 con incidenza inferiore all'1% (tabelle 7, 8 e 9).

Tabella 7 – Lombardia: le cinque funzioni economicamente più rilevanti (2010)

n.	nome funzione	Meuro	incidenza
6_2	Strutture di ricovero con Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno	270	27,0%
23	funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici	150	15,0%
29	funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa	97	9,7%
13	attività di ricerca degli IRCCS	81,2	8,1%
24	molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	58,4	5,9%
		656,6	65,7%

¹¹² La stessa delibera 5349/2001 preannuncia il superamento del finanziamento a funzioni per alcune attività che godranno di una remunerazione aggiuntiva attraverso altre modalità, come un adeguamento tariffario o una maggiorazione. Ad esempio il potenziamento dei centri dialisi di assistenza limitata, la riabilitazione ad alta complessità, le unità spinali, le attività di trapianto di midollo osseo.

¹¹³ Ciò sembrerebbe chiaro, ad esempio, per la funzione n. 20 (Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro – U.O.O.M.L.) per la quale si specifica che la funzione remunera le attività "in attesa che siano definite le relative tariffe regionali" (cfr. dgr 2132/2011, pagg. 11 e 12).

Tabella 8 – Lombardia: FnT con incidenza 1,3-3,3% (2010)

n.	nome funzione	Meuro	%
15	formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	33,4	3,3%
18	ampiezza del case-mix	33,2	3,3%
25	molteplicità e complessità erogazione nel territorio dei serv. UONPIA e psichiatr.	30,2	3,0%
27	distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo arch.	29,9	3,0%
26	funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa	28,0	2,8%
19	altre attività di rilievo regionale	24,6	2,5%
21	Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.)	23,6	2,4%
5b	Complessità di gestione del File F	23,5	2,4%
16	Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione sangue	16,0	1,6%
17	Integrazione tariffaria casi AIDS trattati in regime amb. per terapia antiretrovirale	14,7	1,5%
1	Finanziamento per interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti	14,4	1,4%
8	Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso < 1.500 gr.	13,3	1,3%
12	altre attività connesse al trapianto organi	13,0	1,3%
		297,8	29,8%

Tabella 9 – Lombardia: FnT con incidenza < 1% (2010)

n.	nome funzione	Meuro	%
7	Presidi EEUU Ospedali Montani	8,0	0,8%
11	Centri trapianti organi	6,5	0,7%
10	Prelievo di organi e tessuti	5,7	0,6%
28	funzione integrativa per parti effettuati in analgesia	5,0	0,5%
2	Raggiungimento obiettivi definiti dalla D. G. Sanità - eradicazione BSE ed altri	4,2	0,4%
20	unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)	3,9	0,4%
14	Didattica universitaria della facoltà di medicina e chirurgia	3,2	0,3%
9	Altre attività connesse all'emergenza-urgenza	3,1	0,3%
22	funzione per casistica extraregionale in % doppia	2,0	0,2%
4	Centro per la sicurezza degli antiparassitari	1,2	0,1%
6_1	Trasporto Neonatale	0,9	0,1%
3	Guardia turistica stagionale	0,7	0,1%
		44,4	4,4%

Rispetto alle cinque funzioni più rilevanti, quella destinata alle strutture dotate di Pronto Soccorso assorbe oltre un quarto di tutte le risorse disponibili. La sua rilevanza è quasi raddoppiata rispetto al 2008 (dal 15 al 27%): le risorse passano infatti da 136 milioni a 270 milioni di euro. L'incremento va ascritto alla rivisitazione dei criteri di calcolo introdotti nel 2009, perché il numero di soggetti percettori resta il medesimo (58 strutture).

Tre delle funzioni presenti tra le cinque a maggiore incidenza appartengono al blocco di funzioni introdotte nel 2007 per riconoscere specifiche attività territoriali, ovvero la presenza di più presidi sul territorio, mentre quella che sostiene l'attività di ricerca degli IRCCS ha beneficiato di un significativo potenziamento nell'anno 2009, pari a oltre 26 milioni di euro.

Negli altri due blocchi di funzioni emerge un forte grado di frammentazione delle risorse, che rende opportuno tentare una categorizzazione delle attività. Il raggruppamento per area d'intervento delle attività sarà proposto in risposta all'ultimo quesito che ci siamo posti.

Questo grado di dettaglio, invece, è utile per rispondere alla terza domanda di riepilogo.

Quali funzioni sono più remunerative per le diverse strutture sanitarie?

Per rispondere a questo quesito abbiamo considerato le risorse complessive percepite da ciascuna tipologia di struttura nell'anno 2010 e osservato le prime cinque funzioni di maggiore incidenza.

Tabella 10 – Lombardia: le FnT più rilevanti per tipologia di struttura (2010)

ranking	IRCCS Pubblici		IRCCS Privati		Aziende Ospedaliere		ASL		Case di Cura	
	FnT	%	FnT	%	FnT	%	FnT	%	FnT	%
1	n. 13 - attività ricerca IRCCS	33,75	n. 13 - attività ricerca IRCCS	38,96	n. 6_2 - strutture con PS	27,98	n. 1 - bonifica sanitaria allev.	56,43	n. 6_2 - strutture con PS	55,44
2	n. 6_2 - strutture con PS	15,60	n. 6_2 - strutture con PS	20,44	n. 23 - complessità enti gestori unici	19,05	n. 2 - eradicazione BSE	16,33	n. 26 - assistenza riabilitativa	17,37
3	n. 12 - altre attività trapianti	8,40	n. 26 - assistenza riabilitativa	13,34	n. 29 - pazienti anziani area metr.	12,59	n. 6_2 - strutture con PS	9,33	n. 23 - complessità enti gestori unici	8,14
4	n. 29 - pazienti anziani area metr.	8,35	n. 23 - complessità enti gestori unici	9,6	n. 24 - molteplici presidi ambul.	7,71	n. 15 - formazione personale inferm.	5,66	n. 29 - pazienti anziani area metr.	4,01
5	n. 15 - formazione personale inferm.	6,00	n. 15 - formazione personale inferm.	3,59	n. 18 - ampiezza case-mix	4,27	n. 24 - molteplici presidi ambul.	4,63	n. 18 - ampiezza case-mix	3,7
	<i>totale incidenza</i>	<i>72,10</i>	<i>totale incidenza</i>	<i>85,93</i>	<i>totale incidenza</i>	<i>71,60</i>	<i>totale incidenza</i>	<i>92,38</i>	<i>totale incidenza</i>	<i>88,66</i>
	risorse 2010 (Meuro)	85,9	133,9	694,8	25,5	58,3				

Dalla tabella 10 si osserva, in generale, che:

- cinque funzioni sono sufficienti a spiegare oltre il 70% delle risorse assegnate a ciascun tipo di struttura
- le cinque funzioni economicamente più rilevanti osservate a livello complessivo (tabella7) sono presenti tra quelle a maggiore incidenza anche per tipologia di struttura.

In particolare, la funzione per **le strutture dotate di pronto soccorso** è nelle prime tre posizioni per tutte le tipologie: al primo posto per le aziende ospedaliere (28%) e le case di cura (55%); al secondo per gli IRCCS sia pubblici che privati (rispettivamente 16% e 20%), al terzo per le Asl (9%). In quest'ultimo caso occorre specificare che la funzione è erogata alla sola Asl Vallecamonica-Sebino, unica azienda sanitaria locale che gestisce direttamente due presidi ospedalieri (l'ospedale di Edolo e quello di Esine).

Gli **IRCCS**, sia pubblici che privati, sono remunerati in via principale attraverso funzioni simili: oltre alla **funzione di ricerca**, che li vede primi e unici beneficiari, hanno in comune la funzione per strutture di pronto soccorso e per la formazione del personale infermieristico e tecnico sanitario. Differiscono in un ambito che potremmo definire di specialità: nel privato ha rilevanza la funzione di complessità riabilitativa, nel pubblico quella che remunera attività specifiche tra quelle connesse al trapianto d'organi¹¹⁴. Per le attività di presidio territoriale gli IRCCS privati sono remunerati attraverso la funzione di sostegno agli enti gestori unici di più presidi; gli IRCCS pubblici sono compensati per i maggiori oneri connessi al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana.

Le **Aziende Ospedaliere** ricevono risorse in via principale come strutture dotate di pronto Soccorso o di altri reparti di emergenza urgenza, per la complessità connessa alla gestione di molteplici presidi e ambulatori sul territorio, per gli oneri connessi al trattamento di pazienti anziani. Sono infine finanziate per la funzione che riconosce la complessità del case-mix quelle aziende ospedaliere che non fruiscono della maggiorazione prevista come sedi di didattica universitaria.

Le **Asl** ottengono i loro principali finanziamenti a funzione per attività di loro esclusiva pertinenza, che appartengono all'ambito della sicurezza veterinaria e alimentare (circa il 73%), cui si aggiungono risorse per la formazione del personale tecnico erogate a 6 Asl. La funzione per molteplicità dei presidi ambulatoriali e, come già indicato, quella per le strutture dotate di Pronto Soccorso, sono erogate soltanto all'Asl Vallecamonica-Sebino.

¹¹⁴ Ricordiamo, come descritto alla scheda della funzione 12, che l'IRCCS pubblico Ca' Granda Policlinico di Milano riceve risorse quale Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e trapianto di organi di tessuti, come banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale (con l'altro IRCCS pubblico San Matteo di Pavia), come centro autorizzato per il Cuore Artificiale, come Centro di riferimento regionale "Banca di emocomponenti di gruppi rari".

Infine le **Case di Cura private**, che includono gli ospedali classificati, ovvero retti da ordini religiosi, ottengono oltre la metà del finanziamento a funzione in quanto strutture dotate di pronto soccorso (55%). In ordine seguono la funzione per la complessità della riabilitazione (17%), per gestori unici di più presidi (88%), per il trattamento di pazienti anziani (4%) e per ampiezza di case-mix (4%).

Quali ambiti della sanità finanziano le FnT in Lombardia?

Con l'ultimo quesito di sintesi, ci proponiamo di comprendere qual è la destinazione delle risorse assegnate attraverso il finanziamento a funzione. Questo interrogativo potrebbe aiutarci a ricomporre il quadro molto frammentato che abbiamo osservato con l'analisi delle singole funzioni. Tuttavia individuare aree di intervento precise ed univoche non è un esercizio semplice: le descrizioni ricavate dall'analisi documentale lasciano ampio spazio all'interpretazione.

In passato¹¹⁵ la Giunta distingueva le funzioni non coperte da tariffa prestabilita in due blocchi. Il blocco A era costituito dalle funzioni riconosciute alle *Aziende sanitarie locali* e comprendeva in via di massima le prime quattro funzioni ancora oggi attive: interventi di bonifica sanitaria negli allevamenti; interventi a favore di realtà agrozoooteniche industriali rilevanti (oggi funzione per l'eradicazione BSE); guardia turistica stagionale; centro per la sicurezza degli antiparassitari. Il blocco B distingueva le funzioni per le *strutture di ricovero e cura pubbliche e private*, con due aree articolate in più interventi (emergenza-urgenza e attività connesse al trapianto d'organi) ed una serie di funzioni eterogenee e distinte. Da allora quell'elenco ha perso la suddivisione per destinatari ed è stato modificato con l'introduzione di nuove funzioni, senza alcuna operazione di riordino o classificazione.

Sulla base dello studio delle funzioni svolto per gli anni 2008-2010 e seguendo in parte alcune indicazioni presenti nelle delibere di assegnazione delle risorse, potremmo distinguere 6 aree principali ed una residuale (altro), come segue.

La prima area riunisce le funzioni destinate alla sicurezza e prevenzione veterinaria, degli allevamenti e dell'ambiente. La seconda comprende le attività dell'emergenza-urgenza e la terza quelle relative al trapianto d'organi, la quarta le attività di ricerca, didattica e formazione. Una quinta area fa riferimento al blocco di funzioni introdotto nel 2007, definite a presidio di attività territoriali, insieme alla funzione che sostiene le strutture con elevata presenza di anziani in area metropolitana¹¹⁶. Nella sesta area riconosciamo – consapevoli dell'opinabilità della scelta – alcune funzioni specialistiche e di rilievo regionale: la funzione per la complessità dell'assistenza riabilitativa delle categorie neurologica, cardiologia e pneumologica; per il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; per la terapia antiretrovirale dei casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale; per la sicurezza trasfusionale e trattamento con metodica NAT; per le attività di rilievo regionale; per le attività svolte dalle unità ospedaliere specializzate in medicina del lavoro. L'area residuale (altro) include quindi le restanti cinque funzioni: ampiezza case-mix, la casistica di pazienti extraregionali, la gestione del File F, la guardia turistica stagionale, la funzione per parti non cesarei effettuati in analgesia. Otteniamo così la ripartizione che segue.

¹¹⁵ Si fa riferimento alle FnT riconosciute per l'anno 1999 con dgr 2801/2000.

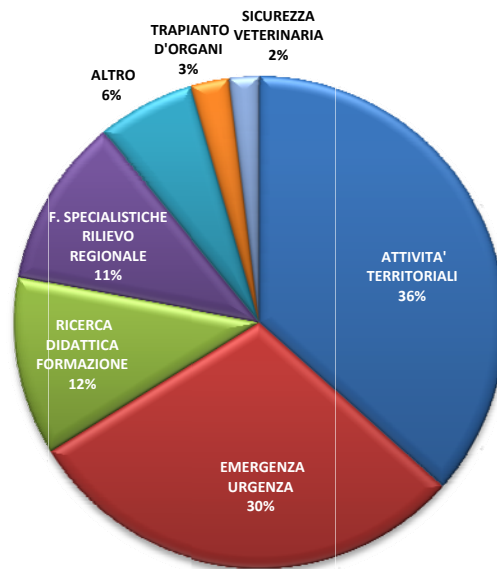
¹¹⁶ E' la Giunta stessa che aggiunge la funzione a questo "blocco" di cui condivide una distinta allocazione di risorse nell'ambito della 'delibera delle regole' (si veda pag. 53).

Tabella 11 – le FnT in Lombardia: raggruppamento in aree e relative risorse (2010)

FnT n.	AREA SICUREZZA VETERINARIA E AMBIENTE	totale 2010	% FnT su tot
1	Finanziamento bonifica sanitaria negli allevamenti	14.393.231	1,4%
2	Obiettivi definiti dalla D. G. Sanità - eradicazione BSE ed altri	4.163.797	0,4%
4	Centro per la sicurezza degli antiparassitari	1.200.000	0,1%
totale SICUREZZA VETERINARIA		19.757.028	2,0%
FnT n.	EMERGENZA-URGENZA	totale 2010	% FnT su tot
6_1	Trasporto Neonatale	880.000	0,1%
6_2	Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo	269.907.198	27,0%
7	Presidi EEUU Ospedali Montani	8.000.000	0,8%
8	Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso < 1.500 g.	13.290.001	1,3%
9	Altre attività connesse all'emergenza-urgenza	3.117.099	0,3%
totale EMERGENZA URGENZA		295.194.298	29,6%
FnT n.	TRAPIANTO D'ORGANI	totale 2010	% FnT su tot
10	Prelievo di organi e tessuti	5.693.298	0,6%
11	Centri trapianti organi	6.502.281	0,7%
12	Altre attività connesse al trapianto d'organi	13.054.682	1,3%
totale TRAPIANTO D'ORGANI		25.250.261	2,5%
FnT n.	RICERCA DIDATTICA FORMAZIONE	totale 2010	% FnT su tot
13	Attività di ricerca degli IRCCS	81.203.207	8,1%
14	Didattica universitaria della facoltà di medicina e chirurgia	3.207.792	0,3%
15	Formazione personale infermieristico e tecnico sanitario	33.401.592	3,3%
totale RICERCA DIDATTICA FORMAZIONE		117.812.591	11,8%
FnT n.	SPECIFICHE ATTIVITA' TERRITORIALI	totale 2010	% FnT su tot
23	Complessità erogazione ricoveri enti gestori unici	149.999.077	15,0%
24	Molteplicità di presidi di erogazione specialistica ambul.	58.439.836	5,9%
25	Molteplicità/complessità livelli di erogazione servizi UONPIA	30.158.876	3,0%
27	Stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo archit.	29.934.848	3,0%
29	Pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abit.	97.000.197	9,7%
totale SPECIFICHE ATTIVITA' TERRITORIALI		365.532.834	36,6%
FnT n.	FUNZIONI SPECIALISTICHE E DI RILIEVO REGIONALE	totale 2010	% FnT su tot
26	Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa	28.000.001	2,8%
21	Servizio di neuropsichiatria infantile UONPIA	23.512.804	2,4%
16	Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) e produzione sangue	16.063.258	1,6%
17	Integrazione tariffaria casi AIDS trattati in ambulatorio	14.652.349	1,5%
19	Altre attività di rilievo regionale	24.582.041	2,5%
20	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro UOOLM	3.894.107	0,4%
totale FUNZIONI SPECIALISTICHE E DI RILIEVO REGIONALE		110.704.560	11,1%
FnT n.	ALTRO	totale 2010	% FnT su tot
18	Ampiezza del case-mix	33.200.683	3,3%
22	funzione per casistica extraregionale in % doppia	1.946.754	0,2%
5b	Complessità di gestione del File F	23.500.000	2,4%
3	Guardia turistica stagionale	725.016	0,1%
28	funzione integrativa per parti effettuati in analgesia	4.999.999	0,5%
Totale ALTRO		64.372.452	6,4%

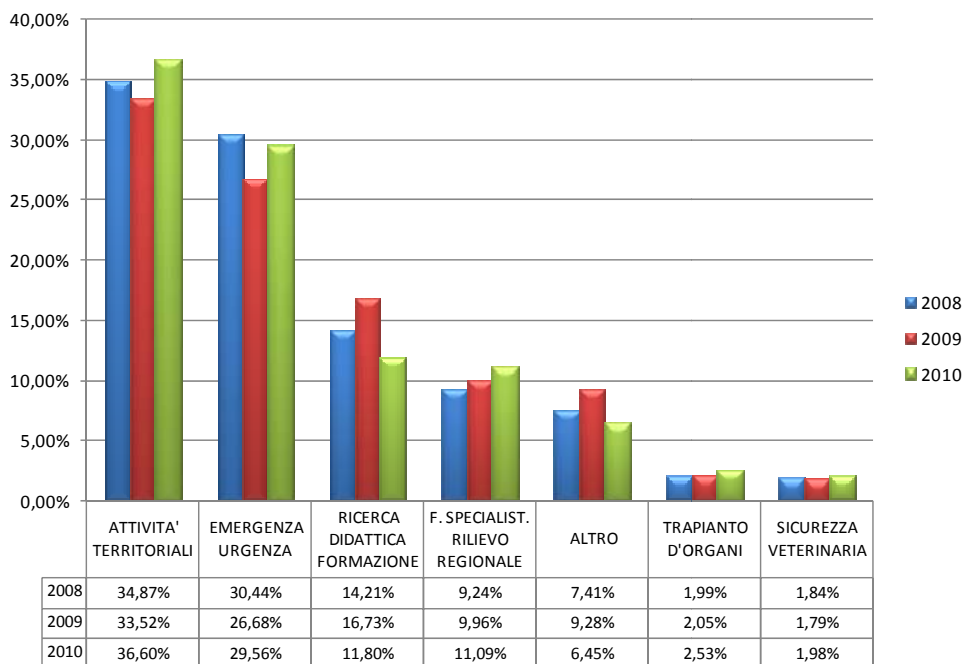
In base a questa lettura otterremmo la suddivisione di risorse rappresentata nel grafico che segue. Vi si legge la rilevanza riconosciuta agli aspetti di complessità gestionale ed organizzativa connessi all'erogazione delle prestazioni attraverso più presidi sul territorio (attività territoriali). Questi, insieme alle attività dell'emergenza-urgenza, che seguono in ordine di rilevanza, assorbono il 67% delle risorse. Al polo opposto, le attività legate alla prevenzione veterinaria e dell'ambiente (2%), con risorse assegnate principalmente alle Asl, e le attività connesse al trapianto d'organi (2,5%).

Grafico 9 – Lombardia: suddivisione delle risorse FnT per area (2010)



Considerato l'intero triennio, nel grafico seguente osserviamo che i cambiamenti intervenuti nel periodo di osservazione non hanno modificato l'ordine di incidenza complessivo delle risorse assegnate a ciascuna area.

Grafico 10 – Lombardia: l'incidenza delle aree nel triennio 2008-2010



Come varia l'assegnazione delle risorse tra strutture pubbliche e private?

Come osservato all'inizio di questa analisi, nel corso del triennio si è registrata a livello complessivo una riduzione delle risorse erogate alle strutture sanitarie pubbliche, che vedono passare la loro partecipazione ai finanziamenti regionali dall'83,3% del 2008, all'80,6% del 2009, all'81,1% del 2010¹¹⁷.

Abbiamo pertanto verificato quali aree previste dalla nostra classificazione, ne fossero coinvolte. Le variazioni più significative riguardano l'area ricerca-didattica-formazione e quella dell'emergenza urgenza nelle quali, nel triennio, il rapporto tra pubblico-privato si sposta di 10 punti percentuali. La tabella 12 riporta le percentuali rilevate per tutte le aree; i grafici 12 e 13 rappresentano le variazioni nelle due aree segnalate.

Tabella 12 – Lombardia: distribuzione percentuale delle risorse FnT fra pubblico e privato, per area (2008-2010)

		sicurezza veterinaria e ambiente	emergenza urgenza	trapianti d'organo	ricerca-didattica-formazione	specifiche attività territoriali	funzioni specialis. rilievo reg.	altro
2008	% pubblico	100,0%	89,8%	95,6%	57,0%	90,9%	65,7%	78,7%
	% privato	0,0%	10,2%	4,4%	43,0%	9,1%	34,3%	21,3%
2009	% pubblico	100,0%	78,8%	96,1%	55,8%	93,9%	69,8%	79,7%
	% privato	0,0%	21,2%	3,9%	44,2%	6,1%	30,2%	20,3%
2010	% pubblico	100,0%	79,1%	95,6%	47,9%	93,5%	69,1%	83,9%
	% privato	0,0%	20,9%	4,4%	52,1%	6,5%	30,9%	16,1%

Nelle due aree a maggior variazione abbiamo analizzato come cambia nel triennio il rapporto di risorse pubblico-privato per ciascuna funzione che compone i due blocchi. Dall'analisi dei dati possiamo comprendere i meccanismi delle variazioni più significative:

- **per l'area ricerca-didattica-formazione:** l'applicazione della maggiorazione tariffaria per la didattica universitaria in luogo del finanziamento a funzione, avvenuta nel 2010, interessa tutte le strutture sanitarie pubbliche¹¹⁸
- **per l'area emergenza-urgenza:** l'esclusione del Soccorso Sanitario Emergenza Urgenza – 118 dal finanziamento a funzione elimina dal novero delle FnT la funzione più rilevante per l'anno 2008, che era erogata soltanto a strutture pubbliche. Dal 2009 il servizio è affidato ad un'unica struttura pubblica appositamente costituita e finanziata: l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza.

¹¹⁷ Si confronti la tabella 5. Si ricorda che i totali di riferimento in quel caso si riferivano alle risorse assegnate al netto degli abbattimenti.

¹¹⁸ Si ricorda che la funzione nel 2009 era valorizzata per complessivi 70,7 milioni di euro, mentre nel 2010 le risorse assegnate ammontano a 3,2 milioni di euro erogati solo a due IRCCS privati (Galeazzi e San Donato) e a due Case di Cura private (Istituti Clinici Zucchi di Monza e Istituti Clinici Città di Pavia). Si veda la scheda dedicata alla Funzione 14.

Grafico 11 – Lombardia: variazione percentuale risorse pubblico-privato per l'area ricerca-didattica-formazione

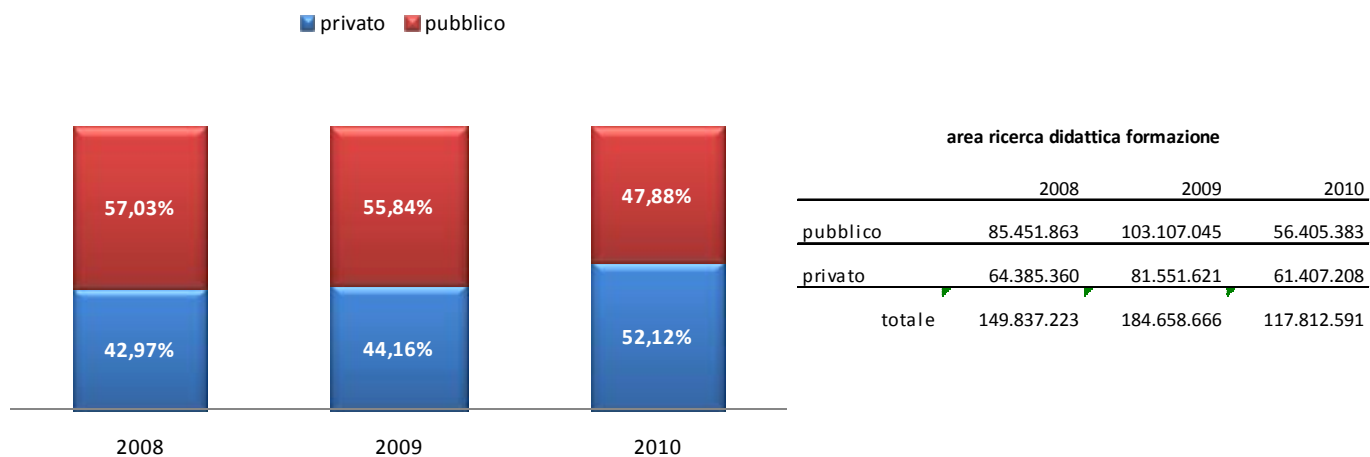
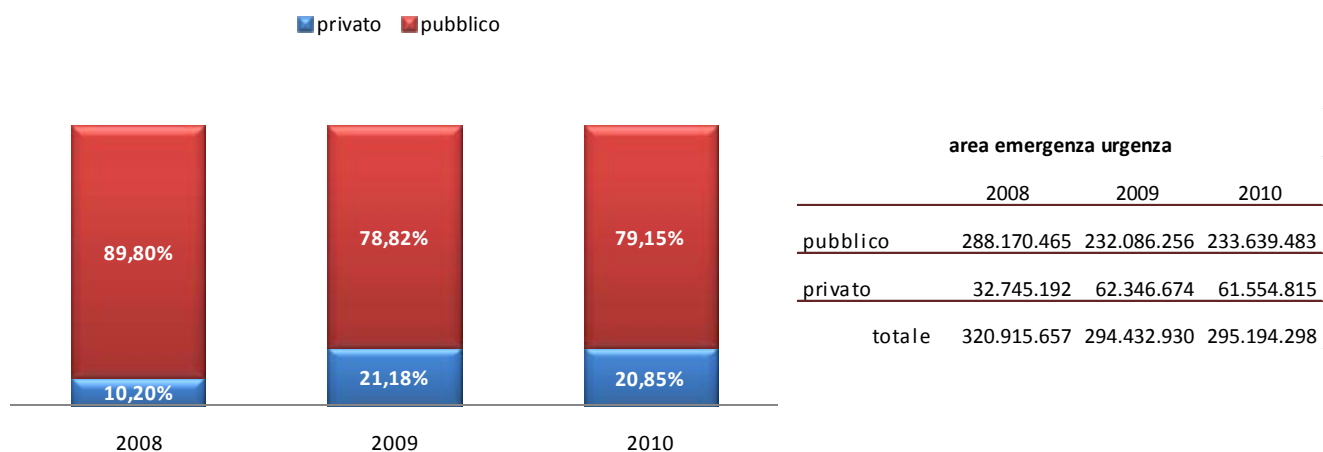


Grafico 12 – Lombardia: variazione percentuale risorse pubblico-privato per l'area emergenza-urgenza



4.2 VENETO

IL CONTESTO

In Veneto l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale è impostata sul principio di cooperazione e integrazione tra le organizzazioni sanitarie. Secondo questo modello le strutture sanitarie, pubbliche e private, costituiscono nodi di una rete di servizi in rapporto di complementarità, con l'obiettivo di ridurre sprechi, ridondanze e duplicazioni di servizi.

Risponderebbe a quest'obiettivo la scelta di costituire poche Aziende Ospedaliere autonome, dove concentrare prestazioni di alta specializzazione ed alta complessità, che siano di riferimento per l'intero territorio regionale. Ciò dovrebbe permettere di realizzare economie di scala e, al contempo, accrescere la qualità dei servizi.

Del modello dell'integrazione, il Veneto rappresenta la variante "accentrata", dove la programmazione centralizzata a livello regionale ha maggior rilievo della concertazione e della negoziazione regionale (tratto distintivo dell'altra variante del modello, tipica di Emilia Romagna e Toscana).

L'offerta sanitaria è prevalentemente pubblica, costituita in parte rilevante o prevalente dalle strutture gestite direttamente dalle Unità locali socio sanitarie (Ulss), le quali svolgono invece un ruolo limitato nei contratti con le strutture private, definiti per lo più a livello regionale¹¹⁹.

Secondo i dati del Ministero della Salute¹²⁰, il Veneto:

- ha un settore privato accreditato che assorbe il 22% del fondo sanitario regionale, quasi in linea con la media nazionale (21%), con una spesa privata inferiore alla media per i ricoveri (6,4% contro l'8%), identica alla media per le prestazioni ambulatoriali specialistiche (4%), nettamente superiore per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata (14% contro 9%)
- registra un'incidenza di ricoveri presso le strutture private pari al 18% dei ricoveri ospedalieri totali, contro la media nazionale del 23%¹²¹.

Le **Ulss** attive sul territorio sono 21, gestiscono direttamente i propri **presidi ospedalieri**, che riuniscono 53 strutture. Le **Aziende Ospedaliere (AO)** autonome rispetto alle Asl sono 2: l'AO di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (dotata di due sedi).

Sul territorio operano inoltre 1 **IRCCS pubblico**, l'Istituto Oncologico Veneto, e 2 **IRCCS privati**, il San Camillo di Venezia e La Nostra Famiglia IRCCS Medea, che ha due sedi in provincia di Treviso.

Gli **Ospedali classificati** sono 6, come pure gli **Istituti privati qualificati Presidio Ulss**, mentre le **Case di Cura private** accreditate sono 15 (oltre ad una non accreditata)¹²².

¹¹⁹ Le informazioni che descrivono in sintesi il modello veneto di SSR sono tratte da Stefano Neri "Italia. La costruzione dei Servizi Sanitari regionali e la governance del sistema sanitario", in *RPS, La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3, luglio-settembre 2008.

¹²⁰ Si veda Ministero della salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010* <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/homeRssp.jsp>. I dati presentati sono una nostra rielaborazione della tabella 4.5 alle pp. 520-521, che non comprende le voci "Medicina generale" e "Farmaceutica" per quanto riguarda l'assistenza erogata da Enti privati convenzionati e accreditati. Questa è infatti la modalità di calcolo applicata dal Cergas Bocconi per le analoghe voci riferite alla spesa privata per Lombardia ed Emilia Romagna, riportate nelle relative sezioni di questo documento. Si veda Cergas Bocconi, *Rapporto Oasi 2011*, pp. 233 e 239. Il Rapporto Oasi non presenta dati per la regione Veneto.

¹²¹ Fonte Cergas Bocconi, *Osservatorio sull'assistenza sanitaria privata in Italia* – Rapporto di ricerca, dati 2008 riferiti ai ricoveri acuti e non acuti, in regime ordinario e day hospital. http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Presentazione_8_giugnoCC.pdf

¹²² Dati Ministero della Salute, Strutture attive al 31/10/2011, dati aggiornati a maggio 2012. <http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=elenchi>

IL FINANZIAMENTO A FUNZIONE

In Veneto il finanziamento a funzione è definito annualmente con deliberazione della Giunta regionale. Si tratta del provvedimento che ripartisce il fondo regionale tra le Aziende sanitarie del Veneto, per l'esercizio di competenza, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La delibera in primo luogo accantona le somme riservate ad interventi che la Regione intende gestire a livello accentrato; quindi provvede all'assegnazione delle risorse articolate per livelli di assistenza: a) assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; b) assistenza distrettuale; c) assistenza ospedaliera. Ai due ultimi livelli sono riferiti anche i finanziamenti a funzione previsti in Veneto: la funzione riconosciuta per il SUEM (servizio di urgenza ed emergenza) è individuata nell'ambito dell'Assistenza distrettuale; le altre previste sono individuate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. Oltre a queste funzioni, dal 2009 il Veneto ha istituito un Fondo destinato alle funzioni sovra aziendali a valenza provinciale: si tratta di un apposito stanziamento integrativo e forfettario, attribuito ad alcune aziende in virtù del ruolo di riferimento che svolgono in ambito sanitario a livello provinciale ed è finalizzato, tra l'altro, a favorire la creazione della rete clinica degli ospedali ed il loro collegamento funzionale per il pieno governo delle liste di attesa¹²³.

Il procedimento. In Veneto, a differenza della Lombardia, non viene adottato un provvedimento ad hoc riservato alla quantificazione e corresponsione delle funzioni non tariffate, qui definite direttamente "finanziamento a funzione", così come non si fa cenno a questo meccanismo di finanziamento nella legge regionale sul servizio sanitario regionale, datata 1994, né nel Piano Socio Sanitario varato nel 1996 e non aggiornato fino al 2012. Un richiamo esplicito al finanziamento a funzione è contenuto invece nella circolare 7 febbraio 2001, n. 1, indirizzata ai Direttori generali delle Ulss e delle aziende ospedaliere del Veneto, in cui "è peraltro contemplato un criterio aggiuntivo per il finanziamento di particolari funzioni ospedaliere volto a meglio correlare l'allocazione delle risorse ai costi di produzione, evitando di sovraccaricare altri strumenti che genererebbero distorsioni ed iniquità"¹²⁴. In base alla circolare il finanziamento è attribuito alle Ulss di riferimento territoriale sia per quanto riguarda le aziende ospedaliere di Padova e Verona (ad eccezione dei percorsi di formazione universitaria) sia per le strutture private accreditate. A queste ultime saranno corrisposte dalle Ulss mediante pagamenti mensili previa verifica della loro attivazione e in misura proporzionale al periodo di effettivo funzionamento.

La determinazione delle risorse che alimentano il finanziamento a funzione è contenuta nella delibera annuale con cui la Giunta provvede al riparto delle risorse del Fondo sanitario. Generalmente la Giunta delibera il provvedimento di riparto nel secondo semestre dell'anno¹²⁵, individuando contestualmente i soggetti, pubblici e privati, destinatari dei finanziamenti. Considerata la tempistica di adozione, che abbiamo visto intervenire anche alla fine dell'esercizio finanziario cui si riferisce, la deliberazione di riparto del Fondo più che un atto di programmazione sembrerebbe un provvedimento riepilogativo di un assetto, sia finanziario che organizzativo, che si mantiene, nel complesso, stabile nel tempo. L'atto di Giunta, peraltro, non contiene dettagli descrittivi delle attività finanziate a funzione né indica i criteri e parametri di cui la Regione si avvale per quantificare i finanziamenti.

¹²³ Così viene descritto il fondo integrativo nella dgr 3473/2010.

¹²⁴ Così nella circolare che ha ad oggetto "Bilancio economico preventivo e budget generale anno 2001" ed è stata approvata dalla Giunta regionale con deliberazione n. 309/2001.

¹²⁵ Ad esempio negli anni 2008-2011 il provvedimento annuale di riparto è stato approvato, rispettivamente, nei mesi di settembre 2008, novembre 2009, dicembre 2010 e luglio 2011.

Tenuto conto della tempistica descritta, abbiamo potuto estendere l'analisi del caso veneto anche al 2011.

Quante e quali funzioni? Nel quadriennio che osserviamo (2008-2011) le funzioni non tariffate attive non cambiano sensibilmente di numero: sono 4 nel 2008; aumentano a 5 l'anno seguente, grazie alla costituzione del fondo per le funzioni sovra aziendali a valenza provinciale, ritornano 4 a partire dal 2010, con la soppressione della funzione che remunera le terapie intensive, attivata in origine per sostenere parzialmente e temporaneamente i costi ad esse connessi. A seguito dell'aggiornamento del tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera¹²⁶, la Regione ha ritenuto infatti che la funzione abbia conseguito il suo scopo e non propone, nel 2010, l'attribuzione di specifiche risorse. Su richiesta della Commissione competente, tuttavia, ne ha riconosciuto parzialmente i costi già affrontati dalle strutture private preaccreditate per il solo 2010¹²⁷. Una riduzione di funzioni più significativa si era invece osservata in passato, con 9 FnT attivate nel 2006 diminuite a 5 l'anno seguente.

Nel periodo osservato, in Veneto rientrano tra le funzioni non tariffate: il Servizio di Urgenza – Emergenza Medica, il Pronto Soccorso/Punto di Primo Intervento, il finanziamento delle Aziende Ospedaliere e dell'IOV per la didattica e lo start-up dell'Istituto Oncologico, la Terapia Intensiva, le funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale.

LE RISORSE ASSEGNATE

Piuttosto stabili sono anche le risorse assegnate al finanziamento a funzione che si attestano intorno a 360 milioni in media all'anno. Come rappresentato nelle tabelle 13 e 14 crescono del 3% nel 2009 e invertono l'andamento nel biennio successivo, contraendosi dell'8% (-31 milioni) nel 2010 e del 2% (-8 milioni) nel 2011.

Considerando la spesa regionale per il funzionamento a funzione, comparata sui dati del Ministero dell'Economia e Finanza e relativi alla spesa complessiva per la sanità¹²⁸, osserviamo un'incidenza che decresce nel tempo e che passa dal 4,5% dell'anno 2008 al 3,9% del 2011.

¹²⁶ L'aggiornamento delle tariffe di assistenza ospedaliera è avvenuto a seguito dell'adozione della versione italiana 2007 dell'International Classification of Disease 9th revisione – Clinical Modification (ICD9CM) e della 24^a versione del sistema di classificazione del DRG. Come spiega la deliberazione di Giunta nelle premesse all'assegnazione delle risorse 2010, tali revisioni hanno consentito di attribuire con più precisione anche i ricoveri complessi ai corrispondenti DRG, le cui tariffe sono ritenute comprensive di tutti i costi (cfr. delibera n. 3473/2010, pag. 3).

¹²⁷ Per le strutture private preaccreditate è stato previsto un finanziamento pari al 50% di quanto loro erogato nel corso dell'anno precedente, per un totale di 4,3M€.

¹²⁸ Si veda Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Generale sulla situazione economica del Paese: 2011*, tabella SA.2 – Spesa del SSN anni 2008-2011.

Tabella 13 – Veneto: dati sintetici di confronto FnT 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
<i>atto di Giunta di riferimento</i>	<i>DGR 2690/2008</i>	<i>DGR 3494/2009</i>	<i>DGR 3473/2010</i>	<i>DGR 951/2011</i>
totale risorse riconosciute alle FnT	374.360.000	384.933.000	354.161.980	345.986.793
funzioni riconosciute	4	5	4(*)	4
strutture finanziate	36	30	30	29
<i>di cui pubbliche</i>	24	24	24	24
<i>di cui private</i>	12	6	6	5
spesa del SSN - Regione Veneto (dati MEF 2011)	8.387.263.000	8.641.706.000	8.784.613.000	8.946.090.000
incidenza FnT	4,5%	4,5%	4,0%	3,9%

(*) esclusa la funzione di terapia intensiva soppressa nel 2010, anche se riconosciuta parzialmente alle sole strutture private

Tabella 14 – Veneto: differenze e variazioni risorse 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	10.573.000	-30.771.020	-8.175.187	3%	-8%	-2%

I SOGGETTI BENEFICIARI

Le strutture sanitarie che percepiscono risorse con finanziamento a funzione passano da 36 nel 2008 a 29 nel 2011. Si tratta di tutte le 21 Ulss venete¹²⁹ che gestiscono direttamente i presidi ospedalieri che erogano le prestazioni sanitarie; delle 2 Aziende Ospedaliere di Padova e Verona; dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV), IRCCS di diritto pubblico¹³⁰; di 12 strutture private (9 case di cura e 3 ospedali classificati), che si riducono a 6 dal 2009 e a 5 nel 2011.

Occorre però specificare che le risorse da corrispondere agli istituti privati sono ascritte alle Ulss di riferimento e comprese nel loro totale. La delibera di assegnazione individua "le somme massime riconoscibili ai singoli privati pre-accreditati, in base alla costante verifica, attivata dalle Aziende Sanitarie interessate, dell'effettiva erogazione e qualità del servizio corrispondente"¹³¹. Si specifica inoltre che i parametri di calcolo adottati per determinare tali somme sono gli stessi applicati alle strutture pubbliche. Identica anche la modalità di corresponsione delle risorse, liquidate dalla direzione regionale competente in dodicesimi.

CHE COSA CAMBIA NEL PERIODO 2008-2011?

Complessivamente il sistema di finanziamento a funzione resta stabile nel tempo, come conferma uno sguardo ampliato agli anni che precedono il periodo di osservazione stabilito. Il primo dei due grafici che seguono registra l'andamento delle risorse così veicolate alle strutture sanitarie e mostra una curva pressoché invariata fino al 2009, nonostante in questo arco di tempo le funzioni siano

¹²⁹ Le Ulss venete sono denominate da un numero che va da 1 a 22. Nel 1996 le Ulss 11 e 12 sono state unificate mediante fusione per incorporazione della Ulss di Venezia (11) nella Ulss di Mestre (n. 12). Le Ulss sono pertanto 21. (dgr 6368/1996)

¹³⁰ Lo IOV è stato istituito con la Legge regionale del Veneto n. 26 del 22 dicembre 2005, quale ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, operante in conformità con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale. Lo IOV ha inoltre ottenuto dal Ministero della Salute (decreto del 18 marzo 2005) il riconoscimento a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

¹³¹ Così nelle premesse di tutte le deliberazioni 2008-2010. La stessa indicazione è riportata nell'allegato alla delibera per l'anno 2011.

diminuite da 9 (2006) a 5 (grafico 14). Sembrerebbe pertanto che le risorse totali siano mantenute costanti e semplicemente ridistribuite in modo diverso tra le funzioni conservate.

Grafico 13 – Veneto: risorse FnT 2008-2011 (milioni di euro)

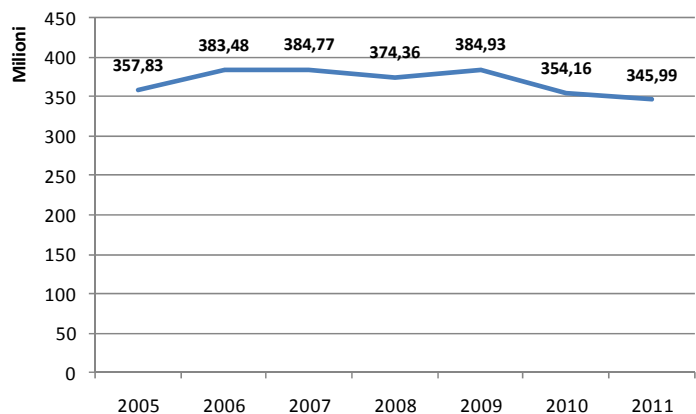


Grafico 14 – Veneto: variazione di risorse e numero FnT 2008-2011



La variazione di risorse più rilevante si registra nel 2010. In quell'anno la Regione Veneto elimina il finanziamento a funzione per la terapia intensiva, che ritiene ormai assorbita dal tariffario aggiornato per l'assistenza ospedaliera, e remunera, per quest'anno di passaggio, soltanto la metà di quanto corrisposto nel 2009 alle sole strutture private¹³². L'eliminazione della funzione, inizialmente la più rilevante tra tutte¹³³, avrebbe comportato una contrazione molto più marcata, che è stata però compensata dall'incremento di risorse fornito dal fondo per le funzioni sovra aziendali e dal potenziamento della funzione destinata alle aziende ospedaliere e all'Istituto Oncologico Veneto.

LA RIPARTIZIONE DEI FINANZIAMENTI TRA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI

Come si osserva nella tabella che segue, il finanziamento a funzione riguarda prevalentemente strutture pubbliche, con una percentuale che cresce nel periodo osservato.

Tabella 15 – Veneto: differenze e variazioni risorse FnT 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
risorse FnT erogate a strutture pubbliche	355.338.812	367.997.951	341.550.909	337.180.480
risorse FnT erogate a strutture private	19.021.188	16.935.049	12.611.071	8.806.313
<i>totale</i>	<i>374.360.000</i>	<i>384.933.000</i>	<i>354.161.980</i>	<i>345.986.793</i>
% a pubblico	95%	96%	96%	97%
% a privato	5%	4%	4%	3%

¹³² L'importo complessivo riconosciuto ammonta a 4,3 milioni di euro e viene erogata a 6 strutture private delle Ulss di Venezia Mestre, di Padova, di Rovigo, di Adria e di Bussolengo. Per l'anno 2010 le somme così individuate per la funzione di terapia intensiva non sono comprese nel totale determinato per le Asl interessate, come pare intendere al punto 5 la dgr 3473/2010.

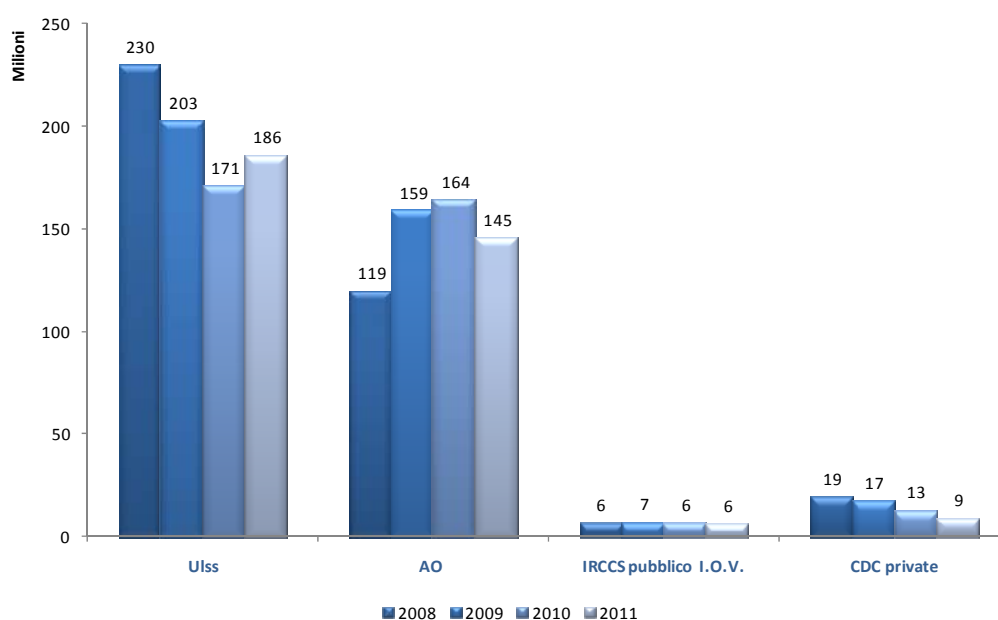
¹³³ Nel 2008 la terapia intensiva assorbiva oltre il 41% dell'intero monte risorse destinato al finanziamento a funzione. Si veda più avanti la scheda dedicata alla funzione. La sua soppressione nel 2010, se non compensata dalle altre funzioni, avrebbe comportato una riduzione di circa 98M€.

Analizzato per tipologia di strutture, tenuto a mente che alla categoria Asl competono le attività svolte dai propri ospedali, il riparto delle risorse è rappresentato nella tabella 16 e nel grafico 15.

Tabella 16 – Veneto: riparto risorse FnT 2008-2011 per tipologia di struttura

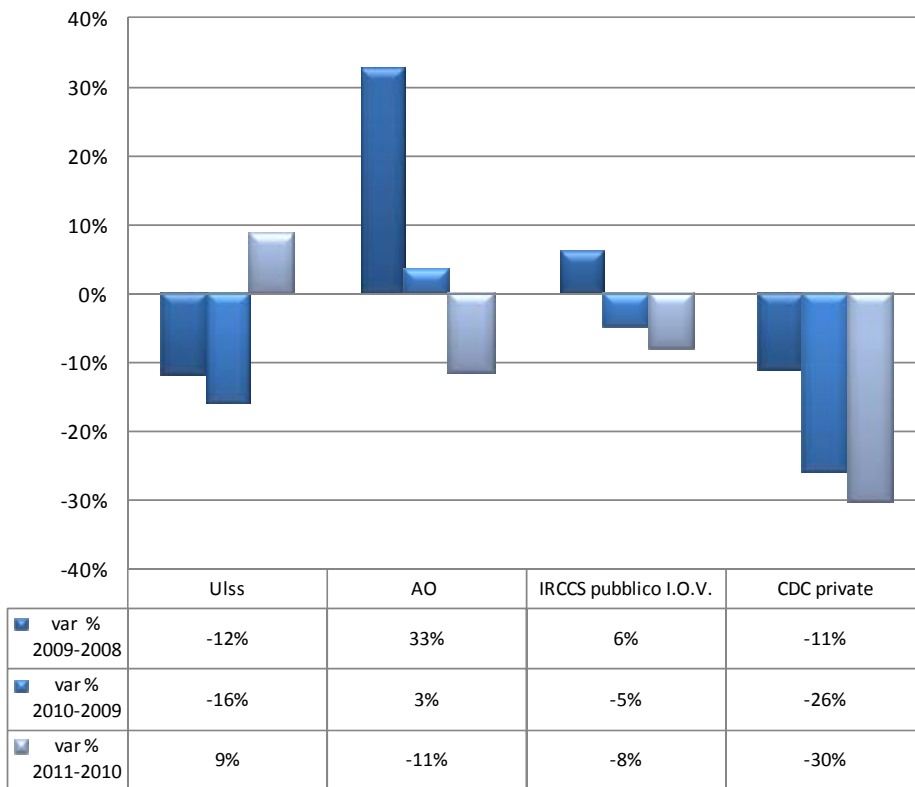
	2008	2009	2010	2011
Ulss	229.534.812	202.640.951	171.001.909	185.860.480
AO	119.499.000	158.661.000	164.165.000	145.440.000
IRCCS pubblico I.O.V.	6.305.000	6.696.000	6.384.000	5.880.000
CDC private	19.021.188	16.935.049	12.611.070	8.806.313
<i>totali</i>	<i>374.360.000</i>	<i>384.933.000</i>	<i>354.161.979</i>	<i>345.986.793</i>

Grafico 15 – Veneto: riparto risorse FnT 2008-2011 per tipologia di struttura



Considerato il riparto delle risorse suddiviso per tipologia di struttura, possiamo osservare che alla sostanziale stabilità delle risorse complessive corrisponde una diversa distribuzione dei finanziamenti avvenuta nel quadriennio. Il grafico 17 indica una contrazione di risorse assegnate alle Ulss venete controbilanciata da una marcata crescita dei finanziamenti destinati alle due aziende ospedaliere di Padova e Verona e all'IOV, che si apprezza particolarmente nell'anno 2009. L'anno seguente la riduzione di risorse delle Ulss si accentua perché erano le principali destinatarie della funzione di terapia intensiva eliminata, mentre nel 2011 recuperano risorse dalla funzione Suem 118 e dal fondo funzioni sovra aziendali. Resta invece costantemente negativo l'andamento delle risorse corrisposte alle strutture private.

Grafico 16 – Veneto: variazione percentuale del riparto risorse FnT 2008-2011 per tipologia di struttura

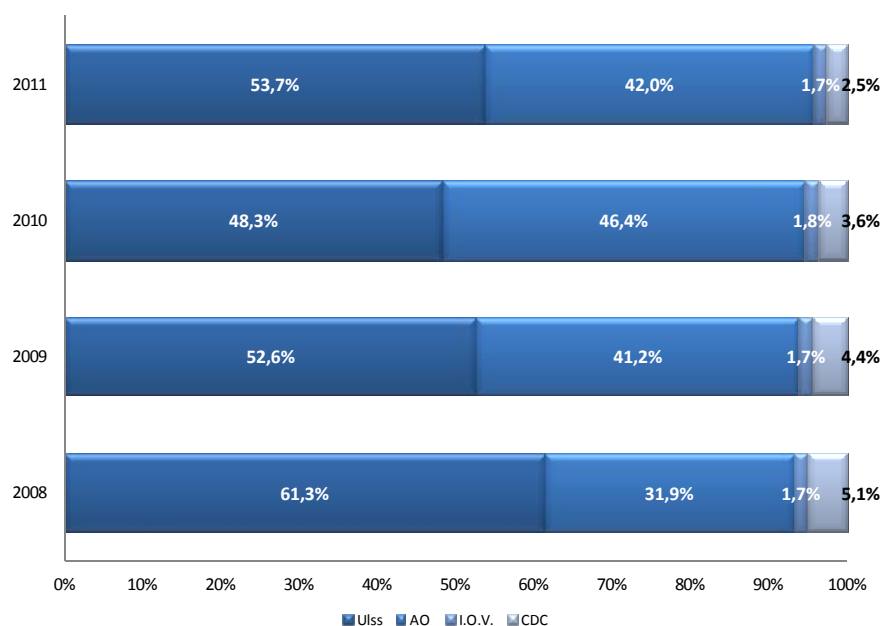


Da quanto emerso dall’analisi dei dati, dunque, sembrerebbe in corso una sostanziale redistribuzione delle risorse assegnate per tipologia di struttura, che nei quattro anni modifica l’incidenza di ciascuna sul totale delle risorse messe a disposizione per le funzioni non tariffate.

Se consideriamo che il finanziamento a funzione riguarda principalmente attività ospedaliere, riconosciuto alle Ulss in quanto enti gestori dei propri presidi ospedalieri, un’ipotesi interpretativa dei cambiamenti in atto potrebbe rilevare **una diversa distribuzione dei finanziamenti tra ospedali gestiti con modalità differente** (ospedali a presidio Ulss e aziende ospedaliere).

Nel grafico 17 infatti osserviamo nel quadriennio (i) il ridimensionamento della quota Ulss, passata dal 61% del 2008 al 54% del 2011, (ii) la crescita della quota delle due aziende ospedaliere (dal 32 al 42%), che sale al 44% includendo lo IOV, (iii) la riduzione del peso di risorse assegnate al privato (da 5 a 2,5%). Nel 2010, peraltro, l’incidenza del complesso degli ospedali gestiti dalle Ulss e delle tre strutture ospedaliere aziendalizzate era pressoché identica: 48,3 e 48,2%.

Grafico 17 – Veneto: variazione del riparto percentuale delle risorse per tipologia di struttura (2008-2011)



LO STUDIO DELLE FUNZIONI

In questa analisi abbiamo considerato come funzioni non tariffate ciò che la Regione Veneto indica come "finanziamento a funzione" negli allegati al provvedimento di assegnazione di risorse finanziarie alle aziende sanitarie, integrandovi il fondo specifico destinato alle funzioni sovra aziendali, come segnalatoci dalla Unità di progetto Programmazione Risorse Finanziarie SSR della Regione Veneto. Su questo ambito abbiamo focalizzato l'analisi testuale delle deliberazioni di Giunta, da cui sembrerebbe possibile leggere il finanziamento a funzione, in generale, come un'alternativa alla remunerazione a tariffa.

Infatti (i) spesso la sospensione del finanziamento a funzione di alcune attività interviene alla determinazione di una tariffa ritenuta adeguata; (ii) in qualche caso il finanziamento è attivato transitoriamente, nella fase propedeutica di allestimento o avvio di un servizio, con l'intenzione, al suo consolidarsi, di passare ad altro meccanismo di finanziamento¹³⁴.

Tuttavia, come già osservato, la soppressione delle funzioni non comporta correlate economie complessive, sia perché subentrano altri fondi (funzioni sovra aziendali) sia perché le risorse vengono sostanzialmente ridistribuite. E' ciò che osserviamo nelle schede che seguono dove, dopo aver inquadrato la funzione studiata, riportiamo le variazioni di finanziamento intervenute nel nostro orizzonte temporale di analisi.

Funzione Servizio di Urgenza – Emergenza Medica

L'istituzione del numero unico nazionale per l'emergenza sanitaria "118" avveniva vent'anni fa, con il decreto ministeriale del 27 marzo del 1992. Due anni prima (1990) il Veneto ne aveva avviato la sperimentazione nelle aree di Belluno e Verona. Oggi l'organizzazione del Suem 118 del Veneto conta su 7 centrali operative H24, dispone di quasi 300 mezzi tra ambulanze, idroambulanze, automediche, veicoli speciali e centrali operative mobili. I soccorsi sono inoltre garantiti da 4 elicotteri con base a

¹³⁴ E' il caso della remunerazione della funzione di riabilitazione di terzo livello, attivata nel 2004 e abrogata con dgr 4549 del dicembre 2007.

Pieve di Cadore, Treviso, Padova e Verona e da una rete di 42 elisuperfici, delle quali 37 ospedaliere e 7 di comunità¹³⁵.

Il finanziamento a funzione che remunera il servizio è corrisposto a tutte le 21 Ulss venete e a 4 strutture sanitarie private: la Casa di cura Abano terme (PD, Ulss 16), la Casa di cura Madonna della Salute di Porto Viro (RO, Ulss 19), la Casa di cura Pederzoli a Peschiera del Garda (VR, Ulss 22)¹³⁶ e l'ospedale classificato Sacro Cuore di Negrar (VR, Ulss 22).

SUEM - elisoccorso trasp neonatale	Ulss	AO	I.O.V.	CdC	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	67.544.822	-	-	2.285.178	69.830.000		18,7%
anno 2009	67.544.222	-	-	2.285.778	69.830.000	0	18,1%
anno 2010	66.374.222	-	-	2.285.778	68.660.000	-1.170.000	19,4%
anno 2011	79.261.793	-	-	2.805.000	82.066.793	13.406.793	23,7%

Il totale delle risorse dedicate si è mantenuto stabile nei primi due anni osservati. Nel 2010, una riduzione di 1,2M di euro è data dal saldo di variazioni, in aumento o in diminuzione rispetto all'anno precedente, delle sole Ulss¹³⁷. Nel 2011 un significativo incremento, che supera di 13,4 milioni il totale 2010, potrebbe conseguire all'indirizzo espresso con la delibera di Giunta del 2010 in merito ad un eventuale adeguamento delle risorse da ripartire nei futuri esercizi¹³⁸.

Nel 2011 per la prima volta vengono indicate le modalità di calcolo ed il criterio di riparto delle risorse destinate alla funzione. Quest'ultimo si basa sui dati 2010 forniti dal Coordinamento Regionale Emergenza-Urgenza (CREU) e valorizza il costo delle ambulanze, auto mediche, postazioni di ascolto, elisoccorso. Al costo annuo di funzionamento dei veicoli in dotazione alle aziende sanitarie, si sommano i costi delle postazioni d'ascolto delle centrali Suem e i costi dell'elisoccorso. L'aumento delle risorse per il 2011 interessa per circa 500mila euro le strutture private e per 12,8 milioni le Ulss¹³⁹.

L'incidenza della funzione Suem è cresciuta nel tempo e nel 2011 assorbe quasi un quarto dei finanziamenti a funzione della Regione Veneto.

Funzione Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento

Nell'ambito del Progetto "Mattoni SSN"¹⁴⁰, un'apposita linea di ricerca riguarda il Pronto Soccorso e sistema 118 (Mattone 11) e comprende una ricognizione della normativa, delle esperienze, delle

¹³⁵ I dati riportati sono tratti dal comunicato stampa della Regione Veneto del 27 marzo 2012.

¹³⁶ Le tre case di cura sono strutture private qualificate presidi Ulss. Secondo l'art. 43 della L. 833/78 "Gli istituti, enti ed ospedali (...) e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi". L'ospedale classificato è un ospedale religioso che eroga assistenza pubblica ma a gestione privata.

¹³⁷ Il campo di variazione va da +558mila euro per l'Ulss Pieve di Soligo a -752mila euro per l'Ulss Veneziana.

¹³⁸ Si veda dgr 3473/2010, pag. 4.

¹³⁹ Tra queste ottengono un incremento superiore al milione di euro: l'Ulss Belluno (3,8M), l'Ulss Bussolengo (1,9M), l'Ulss Este (1,6M), l'Ulss Verona (1,2M), l'Ulss Asolo (1,1M).

¹⁴⁰ Il progetto Mattoni SSN è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nel 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). I materiali di studio prodotti in esito al progetto sono pubblicati sul sito del Ministero della salute, <http://www.mattoni.salute.gov.it>

sperimentazioni, in corso a livello regionale e nazionale. Nella scheda dedicata alla Regione Veneto, si descrive un modello organizzativo¹⁴¹ che prevede tre modalità di risposta all'emergenza urgenza ospedaliera: (i) il Punto di Primo Intervento, che provvede alla valutazione clinica, alla stabilizzazione delle funzioni vitali del paziente e al trasporto assistito presso l'ospedale per acuti più idoneo, e può essere localizzato su postazioni sia fisse che mobili, oppure presso strutture sanitarie; (ii) il Pronto Soccorso ospedaliero, ovvero l'unità operativa dedicata all'attività diagnostica e terapeutica di urgenza ed emergenza sanitaria, che fornisce le cure e l'assistenza che il livello precedente non presta; (iii) il dipartimento di emergenza ed urgenza, a organizzazione multidisciplinare, che comporta l'integrazione funzionale delle Unità Operative e servizi necessari ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico del caso. Il DEU ha sede presso l'ospedale in cui è allocata la Centrale operativa 118 e costituisce riferimento provinciale per le funzioni di più alta qualificazione.

In tempi più recenti alcuni provvedimenti di Giunta hanno sviluppato la rete del sistema per l'emergenza ed urgenza¹⁴², prevedendo anche una rete integrata per l'emergenza in cardiologia pediatrica su progetto dell'Azienda Ospedaliera di Padova (dgr 2190/2008).

Le risorse per questa funzione, comprese le attività di pronto soccorso pediatrico dell'Azienda ospedaliera padovana, sono corrisposte a tutte le 21 Ulss venete, alle due aziende ospedaliere di Padova e Verona, alle stesse quattro strutture private percettrici del finanziamento a funzione per il Suem 118.

Pronto Soccorso/PPI	Ulss	AO	I.O.V.	CdC	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	64.998.687	13.220.000	-	6.001.313	84.220.000		22,5%
anno 2009	65.373.687	13.220.000	-	6.001.313	84.595.000	375.000	22,0%
anno 2010	64.627.687	13.967.000	-	6.001.313	84.596.000	1.000	23,9%
anno 2011	62.598.687	13.720.000	-	6.001.313	82.320.000	- 2.276.000	23,8%

Le risorse non subiscono variazioni nei primi due anni di osservazione e restano costanti per le strutture private durante tutto il quadriennio. Nel 2010 il totale, che appare invariato, sottende una diversa assegnazione tra le strutture: per dodici Ulss e per l'AO di Verona le risorse sono diminuite, con l'Ulss di Chioggia che subisce una riduzione pari a 1,2 milioni di euro; le altre strutture ottengono un incremento, che è significativo per l'Ulss e per l'AO di Padova (rispettivamente di 1,7 e 1,1 M€).

La diminuzione delle risorse osservate nel 2011, invece, che ammonta a 2,3 milioni di euro è prodotta da una contrazione che interessa 15 strutture per importi più contenuti¹⁴³. Il provvedimento del riparto di risorse per il 2011 è stato assunto con anticipo rispetto agli anni precedenti, ovvero nel mese di luglio, esplicitando in oggetto che l'assegnazione è provvisoria. Nel deliberato si rimanda ad "appositi atti successivi l'assegnazione di eventuali risorse finanziarie che risulteranno disponibili a seguito della definizione del riparto nazionale del Fondo sanitario 2011 e finalizzate, in particolare alla necessità di potenziare il sistema del Pronto Soccorso e dell'Urgenza/Emergenza"¹⁴⁴. Da una

¹⁴¹ L'organizzazione descritta è stata impostata in Veneto con dgr 1179/2000.

¹⁴² Si fa riferimento agli atti che hanno attivato: il servizio OBI (Osservazione Breve Intensiva) nell'attività di pronto soccorso (dgr 4419/2005); la rete integrata intra ospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto – IMA (dgr 4550/2007); l'istituzione della rete integrata per gestione e trattamento ictus in fase acuta nella Regione Veneto (dgr 4198/2008); la sperimentazione di un modello di dipartimento interaziendale nell'area dell'emergenza e urgenza nella provincia di Padova (dgr 1088/2011).

¹⁴³ La diminuzione più importante, di circa 700mila euro, riguarda l'Ulss di Padova. Le altre strutture perdono in media 180mila euro.

¹⁴⁴ Così al punto 2 del dispositivo della dgr 951/2011.

ricerca effettuata sul sito della Regione, tuttavia, non abbiamo individuato, ad oggi, atti assunti in tal senso.

Funzione Finanziamento delle Aziende Ospedaliere e dell'IOV

In Veneto l'assistenza ospedaliera è assicurata dagli ospedali a gestione diretta delle Ulss, **dall'Azienda Ospedaliera di Padova**, dall'**Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona** e dall'**Istituto Oncologico Veneto**. Le due aziende ospedaliere sono ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, che costituiscono realtà di riferimento per tutta la regione. Il loro contenuto tecnologico e assistenziale è qualificato dall'integrazione fra assistenza, didattica e ricerca assicurata dalla collaborazione istituzionale con le rispettive Università.

Lo IOV – Istituto Oncologico Veneto – IRCCS è il primo Istituto del Veneto specificatamente destinato alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori ed alla ricerca sul cancro. E' stato istituito con la legge regionale n. 26 del 22 dicembre 2005, quale ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, operante in conformità con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale. Lo IOV ha inoltre ottenuto dal Ministero della Salute il riconoscimento a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): in quanto tale, lo IOV affianca alle prestazioni di ricovero e cura di alta specialità un'intensa attività di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'erogazione e gestione dei servizi sanitari. Lo IOV svolge le proprie attività assistenziali e di ricerca in collaborazione, con apposite convenzioni stipulate con l'Azienda Ospedaliera, l'Ulss 16 e con l'Università degli Studi di Padova.

A queste tre strutture pubbliche è riservato il finanziamento a funzione qui esaminato, attivato a partire dall'esercizio 2006 con la denominazione "Avviamento IRCCS e finanziamento ospedali delle aziende capoluogo", che in quell'anno risulta attribuito allo IOV e alle Ulss di Belluno, Vicenza, Treviso, Veneziana, Padova, Rovigo e Verona, per un importo complessivo di 25,5 milioni di euro. Dal 2007, la funzione cambia la denominazione in "Avviamento attività IRCCS e complessità aziende ospedaliere" e viene destinata, con risorse pari a circa 68 milioni di euro, alle sole tre strutture pubbliche che la percepiscono tutt'oggi.

Dal 2008 cade la definizione "complessità delle aziende ospedaliere" nel titolo della funzione (ora qualificata come "finanziamento aziende ospedaliere e IOV) e dal 2009 si precisa che nell'assegnazione delle risorse "è stato previsto il mantenimento del finanziamento delle aziende ospedaliere per i percorsi formativi universitari, coerentemente con i livelli definiti negli anni precedenti"¹⁴⁵.

La finalità del finanziamento risulta la medesima anche per l'anno 2011: secondo la dgr 951/2011, "il finanziamento alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona è finalizzato alla copertura dei costi derivanti dai percorsi di formazione universitaria delle facoltà di medicina. Il finanziamento allo IOV è finalizzato al pieno start up aziendale e completamento dell'assetto organizzativo e strutturale".

¹⁴⁵ Negli anni 2005 e 2006 i "Percorsi formativi universitari" godevano del finanziamento di un'apposita funzione erogata alle sole due aziende ospedaliere di Padova e Verona, evidentemente riassorbita dalla funzione in esame a partire dal 2007, anno in cui le risorse dedicate sono più che raddoppiate rispetto all'anno precedente.

finanziamento AO e IOV	Ulss	AO	I.O.V.	CdC	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	-	57.642.000	6.305.000	-	63.947.000		17,1%
anno 2009	-	103.269.000	6.231.000	-	109.500.000	45.553.000	28,4%
anno 2010	-	114.198.000	6.384.000	-	120.582.000	11.082.000	34,0%
anno 2011	-	111.720.000	5.880.000	-	117.600.000	-2.982.000	34,0%

Come si osserva in tabella, nel 2009 le risorse attribuite alla funzione aumentano in modo significativo, in particolare per le due aziende ospedaliere che ricevono il 79% di risorse in più rispetto all'anno prima, con un incremento presente anche nel 2010, pur di entità più contenuta (11% in più rispetto al 2009). Pertanto saremmo di fronte ad un rafforzamento piuttosto che ad un mantenimento dei livelli definiti negli anni precedenti.

A seguito degli incrementi osservati, la funzione in esame acquista nel tempo l'incidenza maggiore tra tutte le funzioni previste dalla Regione Veneto: nel 2011, anche a fronte di una contrazione di risorse (- 3 milioni circa) la funzione assorbe oltre un terzo del totale finanziato a funzione.

L'assenza di descrizioni di dettaglio e di precisazioni sui criteri di calcolo utilizzati per la definizione degli importi assegnati non consente di spiegare meglio le variazioni osservate.

Funzione Terapia intensiva

Questa funzione è stata introdotta per dare stabilità alle attività di terapia intensiva accompagnandone il processo di inserimento organico nella programmazione delle strutture ospedaliere. L'aggiornamento del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera, conseguito all'adozione di una nuova versione del sistema di classificazione dei DRG, ha consentito un'attribuzione tariffaria più precisa anche per i ricoveri particolarmente complessi, in grado di assorbirne tutti i costi. Per questa ragione la delibera di riparto delle risorse sanitarie per l'esercizio 2010 decreta la soppressione del finanziamento a funzione per queste attività, che sarà estesa a tutte le strutture a partire dal 2011, mantenendola parzialmente in vigore (soltanto per le strutture private, soltanto per il 2010, e con risorse ridotte del 50% rispetto all'anno prima) in accoglimento di una specifica richiesta della Commissione consiliare competente, visti i costi già sostenuti da tali strutture nel corso dell'esercizio 2010.

La terapia intensiva, che nel 2008 assorbiva la quota più rilevante delle risorse erogate a funzione, aveva comunque subito un rilevante ridimensionamento nel 2009 quando agli ospedali gestiti dalle Ulss vengono decurtati i finanziamenti del 51% in media e alle Aziende ospedaliere del 13%¹⁴⁶. La delibera di riferimento spiega in questo caso che per il 2009 "non è stato previsto il finanziamento della terapia "sub-intensiva", in quanto i relativi costi sono ricompresi nelle tariffe DRG's, il cui sistema è stato recentemente aggiornato"¹⁴⁷.

Nell'anno 2011 il finanziamento della funzione non è stato assegnato ad alcuna struttura.

¹⁴⁶ Unica voce in incremento, nel 2009, è il finanziamento corrisposto per la prima e unica volta allo IOV, pari a 465mila euro.

¹⁴⁷ Così in dgr 3494/2009, pag. 2.

terapia intensiva	Ulss	AO	I.O.V.	CdC	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008	96.991.303	48.637.000	-	10.734.697	156.363.000		41,8%
anno 2009	50.723.042	42.172.000	465.000	8.647.958	102.008.000	-54.355.000	26,5%
anno 2010	-	-	-	4.323.980	4.323.980	-97.684.020	1,2%
anno 2011	-	-	-	-	-		0,0%

Fondo per funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale

Questo specifico fondo, erogato a funzione, è stato istituito nel 2009 per sostenere con uno stanziamento integrativo forfettario aziende che costituiscono un riferimento provinciale e regionale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. Dal 2010 con questa funzione la Regione intende anche favorire la creazione della rete clinica degli ospedali ed il loro collegamento funzionale per meglio governare le liste di attesa¹⁴⁸.

In quell'anno i finanziamenti aumentano del 300% e crescono i soggetti che ne beneficiano: erano solo tre Ulss nel 2009, diventano 7 nel 2010, grazie anche all'inclusione delle due AO di Padova e Verona che percepiscono, ciascuna, quasi il totale di quanto stanziato nel 2009¹⁴⁹.

Nel 2011 le risorse diminuiscono di 12 milioni e vengono assegnate alle stesse strutture, con una riduzione di importo che interessa le sole due Aziende Ospedaliere. Si osserva anche un cambio di denominazione del Fondo, ora definito Fondo ospedaliero per funzioni provinciali.

funzioni sovraziendali a valenza provinciale	Ulss	AO	I.O.V.	CdC	totale	differenze annuali	incidenza funzione su totale annuo
anno 2008							0
anno 2009	19.000.000	-	-	-	19.000.000	19.000.000	4,9%
anno 2010	40.000.000	36.000.000	-	-	76.000.000	57.000.000	21,5%
anno 2011	44.000.000	20.000.000	-	-	64.000.000	-12.000.000	18,5%

UNO SGUARDO D'INSIEME

Ricapitolando le osservazioni svolte, limitate all'analisi dei dati quantitativi, potremmo sintetizzare quanto segue.

La **rilevanza economica** del finanziamento a funzione in Veneto si mantiene **complessivamente costante** nel tempo, sia nell'arco temporale di osservazione previsto da questa analisi, sia in un intervallo più ampio, costituito dal periodo compreso da ogni provvedimento di assegnazione delle risorse a noi accessibile tramite web (anni 2005-2011), si veda il grafico 14.

In via generale il finanziamento a funzione in Veneto sembra rappresentare un **meccanismo di finanziamento principalmente alternativo o sostitutivo, piuttosto che integrativo**, rispetto a quello a tariffa. Abbiamo infatti notato che le funzioni si attivano a sostegno di attività da consolidare e sono destinate ad essere riassorbite quando si definiscono tariffe ritenute sufficienti ed idonee alla

¹⁴⁸ Questa finalità è indicata nel provvedimento del 2010 (dgr 3473/2010).

¹⁴⁹ Nel 2009 il totale complessivo di 19 milioni di euro è riconosciuto alle Ulss di Vicenza, di Treviso (8 milioni ciascuna) e di Rovigo (3M€). Nel 2010 il totale di 76 milioni di euro è assegnato alle Ulss di Belluno e di Rovigo (5 M€ ciascuna); alle Ulss di Vicenza, di Treviso e di Venezia Mestre (10M€ ciascuna) e alle due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona per un importo pari a 18 milioni ciascuna.

loro piena remunerazione. Il caso della terapia intensiva, prima ridotta per l'ambito sub-intensivo e poi espunta dalle funzioni, ne è un esempio. Non sarebbe così invece per le funzioni sovra aziendali a valenza provinciale, alimentate da un fondo definito, appunto, integrativo.

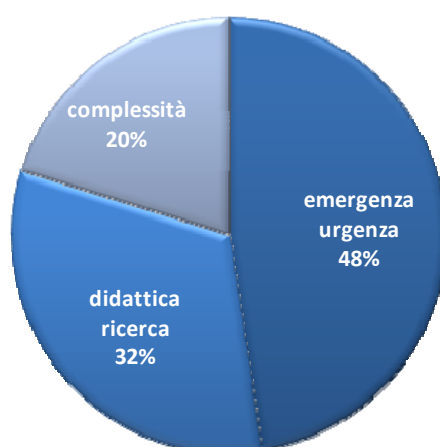
Il finanziamento a funzione in Veneto riguarda attività riferite all'**area dell'emergenza-urgenza** (servizio 118, pronto soccorso, terapia intensiva), all'**area della ricerca-didattica** (il finanziamento delle aziende ospedaliere per i percorsi universitari) e, in qualche misura, alla **complessità organizzativa e gestionale**, se così possiamo leggere il finanziamento allo IOV per lo start up aziendale e il completamento dell'assetto organizzativo e strutturale e quello riservato al fondo ospedaliero per funzioni provinciali destinato, anche, al collegamento funzionale tra ospedali.

In realtà la complessità gestionale, riferita a particolari condizioni del territorio, è stata affrontata in Veneto con altri strumenti. Fino al 2010 la Regione ha infatti riconosciuto, con un'apposita voce, le "specificità aziendali" capaci di incidere nell'erogazione dei servizi ai cittadini. Erano quindi previste maggiorazioni nella quota capitaria riferita ai diversi livelli di assistenza ed attribuita per i residenti di comuni montani particolarmente disagiati, di territori lagunari o insulari, oppure di territori a densità abitativa inferiore alla media regionale o con una dispersione maggiore del 50% rispetto alla media. Nel 2011 invece si è cercato di correlare maggiormente la suddivisione delle risorse secondo parametri diversi "quali quelli sostenuti dalle migliori Aziende Sanitarie del Veneto, unitamente alla popolazione (intesa come numero di residenti e/o numero di residenti pesati per l'età)"¹⁵⁰.

Tenendo conto di questa premessa, potremmo rappresentare la destinazione dei finanziamenti a funzione in Veneto come nel grafico 18, riferito all'ultima annualità, dove alla voce emergenza urgenza abbiamo ascrivito le risorse per Suem e Pronto Soccorso, all'impatto della didattica e ricerca quelle attribuite alle aziende ospedaliere per i percorsi universitari, alla voce complessità le risorse riservate allo start up dello IOV e al fondo ospedaliero per attività provinciali.

Per quasi la metà le risorse dedicate alle funzioni sono dunque assegnate ad ambiti di attività "ad alti costi di attesa", come il servizio del 118 ed il Pronto Soccorso.

Grafico 18 – Veneto: le principali aree finanziate a funzione (2011)



¹⁵⁰ Così in premessa alla dgr 951/2011, dove si esemplifica che per l'assistenza ospedaliera le risorse sono suddivise per il 75% in base alla popolazione pesata per età e per il restante 25% per quota capitaria. Nello stesso provvedimento si prevede per il 2011 l'assegnazione "Specificità Anziani" pari a 11 milioni di euro, volta a favorire le aziende con bassa densità e presenza di popolazioni meno autonome. Questo finanziamento è finalizzato alla copertura dei maggiori costi per l'organizzazione dei servizi territoriali, sostenuti da quelle Aziende che presentano un'incidenza elevata della popolazione anziana accompagnata da un basso livello di densità della popolazione residente.

Il **riparto delle risorse tra pubblico e privato** riflette il modello veneto di gestione del servizio sanitario regionale, a cui il privato contribuisce in modo molto contenuto e che, per quanto attiene le funzioni non tariffate, subisce una contrazione continua, fino a ripartirsi nel 2011 tra un 97,5% destinato al pubblico e un 2,5% al privato.

Molto interessante, in particolare se letto in prospettiva, è invece il crescente trasferimento di risorse attribuite alla funzione che finanzia le due aziende ospedaliere e che sembra propedeutico alla nuova organizzazione prevista dal recentissimo Piano Socio Sanitario Regionale. Nel giugno 2012 il Veneto, dopo circa sedici anni dall'adozione del precedente PSSR¹⁵¹, ha approvato le nuove "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016"¹⁵². Nel sistema dei finanziamenti previsti dal PSSR¹⁵³ sono indicate le modalità di riparto delle risorse destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il riparto potrà avvenire:

- a) con finanziamento in base a quota capitaria, che finanzia i fabbisogni standard valorizzati in base alla popolazione assistita, opportunamente pesata in ragione dell'età
- b) con finanziamento a funzione, da utilizzare in via residuale per finanziare costi non direttamente correlabili al fabbisogno, ma al funzionamento di servizi a valenza sovra aziendale o regionale, per il quale il sistema di compensazione tra Aziende non consente la corretta remunerazione dei costi.

Secondo il nuovo Piano, si prevedono inoltre: (i) il 'finanziamento a funzioni dedicate' per la provincia di Belluno, per il Polesine, per la città di Venezia e la laguna, al fine di garantire ai cittadini pari opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari; (ii) la remunerazione su tariffe predeterminate, da aggiornare periodicamente in base alla normativa regionale, per i servizi sanitari reciprocamente resi tra Aziende pubbliche e private.

Su questa base, il Piano propone di verificare la possibilità di applicare due linee sperimentali di finanziamento che attribuiscono le risorse:

alle aziende Ulss su quota capitaria, costruita su standard di costo, con l'individuazione delle migliori performance delle Ulss a livello regionale, e quota definita in base alla distribuzione per età della popolazione e alla prevalenza delle principali patologie croniche presenti sul territorio

alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS-IOV, con finanziamento prevalentemente **per funzioni**, finalizzato alla ricerca di una maggiore appropriatezza e coerenza con la riprogrammazione del sistema di offerta.

A ragione di questa scelta sperimentale, il nuovo PSSR veneto richiama esplicitamente l'art. 8 sexies del D. Lgs. 229/1999 e la previsione di remunerare l'attività ospedaliera anche a funzione assistenziale *"dal momento che tale modalità sembra maggiormente in grado di garantire la continuità dell'assistenza e l'erogazione di attività strategiche sul piano della tutela della salute"*, risultando al contempo più adeguata allo svolgimento di particolari compiti istituzionali non subordinabili a volumi predefiniti di prestazioni.

La sperimentazione prospettata potrebbe suggerire l'ipotesi che quanto colto dall'analisi dei dati sia alla base di un processo di cambiamento incrementale, in atto da tempo nella Regione Veneto, verso una riorganizzazione complessiva del modello di finanziamento del sistema sanitario regionale.

¹⁵¹ Il Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998 è stato approvato con la legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5. Pur avendo durata e validità per il triennio, l'articolo 1 al comma 4 prevede la piena validità delle sue norme e disposizioni fino all'entrata in vigore del successivo.

¹⁵² L.r. 29 giugno 2012, n. 23.

¹⁵³ Si veda il capitolo 5, *Il sistema dei finanziamenti*, par. 5.1 "Finanziamento del SSSR".

4.3 EMILIA ROMAGNA

IL CONTESTO

La Regione Emilia-Romagna viene considerata (insieme a Toscana, Lombardia e Veneto) tra le 4 regioni *best practice* in Italia per il servizio sanitario, vale a dire quelle regioni capaci di accompagnare ad un sostanziale pareggio di bilancio, una buona erogazione quantitativa di servizi di elevata qualità, con una sufficiente equità territoriale e sociale. Inoltre il sistema sanitario di questa regione ha una configurazione istituzionale che non ha subito modifiche sostanziali dal 1995 ed è dunque contraddistinto da una grande stabilità¹⁵⁴.

Le **AUSL** attive sul territorio sono 11, una per provincia, con l'aggiunta di Imola e con Cesena e Forlì che presentano due aziende distinte.

Le Aziende Ospedaliere sono 5: l'**Azienda Ospedaliera** di Reggio Emilia e le **Aziende Ospedaliere-Universitarie** di Bologna, Ferrara, Modena e Parma.

Inoltre vi sono 4 **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico** (IRCCS): l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, le cui funzioni sono state ridefinite con legge regionale 2/2006, l'Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (all'interno dell'Azienda Usl di Bologna) e l'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) riconosciuti nel 2011 e l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, unica struttura privata riconosciuta, nel maggio del 2012, quale IRCCS in "terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica".

Gli **Ospedali a gestione diretta** della Regione Emilia Romagna (escluse le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS) sono 55, mentre le **Case di Cura private** accreditate sono 45¹⁵⁵ (2 quelle non accreditate).

Rispetto alla natura pubblica o privata degli erogatori, al settore privato viene destinata una quota del Fondo Sanitario Regionale (17,5%) inferiore alla media nazionale (21%).

La spesa privata è sotto la media nazionale per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, vicina alla media nazionale per i ricoveri, mentre è in linea per l'area dell'altra assistenza convenzionata e accreditata, in particolare per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri di alta specializzazione.

Infine, l'Emilia-Romagna è la regione con il più alto tasso di attrazione di pazienti da fuori regione, la maggior parte dei quali si rivolgono al Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna¹⁵⁶.

Il modello sanitario emiliano romagnolo si fonda sul principio di **complementarietà** tra operatori.

Mentre Regione Lombardia, attraverso un alto numero di soggetti accreditati ed un'ampia applicazione dei meccanismi tariffari, cerca di mantenere un'offerta pluralistica ed un regime di operatori in competizione tra loro, l'Emilia-Romagna, sulla base dei principi di cooperazione e integrazione tra le strutture sanitarie, ha cercato di costruire una rete di offerta di servizi nella quale i diversi soggetti pubblici o privati siano in un rapporto di complementarietà e non di competizione.

L'assetto del sistema sanitario regionale in Emilia Romagna è impostato sul ruolo centrale delle strutture sanitarie pubbliche, in particolare delle AUSL, cui vengono assegnate gran parte delle risorse.

¹⁵⁴ Cfr. Rapporto OASI 2011, p. 239.

¹⁵⁵ Cfr. Dati Ministero della Salute confermati da <http://www.saluter.it/documentazione/elenchi/gli-ospedali-della-regione-emilia-romagna>

¹⁵⁶ Cfr. Rapporto OASI 2011, p. 241.

Le Aziende Ospedaliere sono 5 e rappresentano dei poli nei quali è concentrata la produzione delle prestazioni di alta specializzazione e di elevata complessità (ad esempio quelle di oncologia, cardiocirurgia, neurochirurgia e i trapianti)¹⁵⁷.

Questo sistema utilizza la **logica della concertazione per aree provinciali**: le risorse vengono allocate alle aree provinciali in funzione del numero degli abitanti e gli erogatori pubblici o privati della provincia negoziano l'allocazione strategica dei compiti e quindi delle risorse. Per ognuno di essi, la AUSL di riferimento definisce e negozia il case mix di prestazioni annuali attese, i volumi e, conseguentemente, le risorse finanziarie dedicate (esclusa la mobilità interregionale dei pazienti gestita dalla Regione). Il sistema concertativo garantisce comunque ai produttori privati volumi certi e indicazioni puntuali sul tipo di specializzazioni e investimenti che sono chiamati ad erogare¹⁵⁸. Questo modello si basa sulla programmazione attraverso accordi contrattuali tra committenti e produttori e il governo del sistema sanitario regionale si realizza attraverso la definizione e la realizzazione di piani regionali e locali elaborati attraverso processi, formali e informali, di negoziazione con tutti gli attori coinvolti nella progettazione e nella gestione degli interventi sanitari e socio-sanitari. La programmazione concertativa garantisce il controllo sulla dinamica della spesa, grazie anche alla forte integrazione dei presidi ospedalieri nelle AUSL; i nuovi accreditamenti sono circoscritti e funzionali alle esigenze della pianificazione regionale; la concorrenza è limitata e l'impiego dei meccanismi tariffari è più contenuto che nel caso lombardo¹⁵⁹.

IL FINANZIAMENTO PER FUNZIONI

Nella Regione Emilia Romagna il modello di finanziamento delle Aziende sanitarie si basa sul finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, sull'applicazione del sistema tariffario, su finanziamenti a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e sul **finanziamento di funzioni**¹⁶⁰.

Il finanziamento diretto di funzioni di particolare rilevanza, legate anche ad una complessità organizzativa particolarmente elevata, in alcuni casi funzioni sovra-aziendali, rappresenta un fattore di parziale compensazione dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione¹⁶¹. Il finanziamento di queste funzioni è definito annualmente con la deliberazione della Giunta Regionale che (solitamente nel mese di maggio) provvede alle indicazioni programmatiche e al riparto tra le Aziende sanitarie delle risorse dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

Le deliberazioni regionali che abbiamo preso in considerazione per quest'analisi sono quindi principalmente quelle che hanno definito le Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR¹⁶² nel triennio 2008-2010. Tuttavia, per meglio descrivere i cambiamenti che nel tempo

¹⁵⁷ Cfr. Stefano Neri, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, Rivista delle Politiche Sociali, anno 2008.

¹⁵⁸ Cfr. Rapporto OASI 2011, p. 240.

¹⁵⁹ Cfr. Stefano Neri, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, Rivista delle Politiche Sociali, anno 2008.

¹⁶⁰ Cfr. dgr 732/2011, Allegato A, Criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, anno 2011, p. 15.

¹⁶¹ Cfr. dgr 732/2011, Allegato A, Criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, anno 2011, p. 16.

¹⁶² Dgr. 896/2003 del 20 maggio 2003, *Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle aziende sanitarie*; Dgr. 1280/2004 del 28 giugno 2004, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2004*; Dgr. 291/2005 14 febbraio 2005, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2005*; Dgr. 1051/2006 del 24 luglio 2006, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006*; Dgr. 686/2007 del 14 maggio 2007, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007*; Dgr. 602/2008, 28 aprile 2008, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2008*; Dgr. 602/2009, 4 maggio 2009, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2009*; Dgr. 234/2010, del 8 febbraio 2010, *Finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2010*;

hanno interessato il numero di funzioni ed il totale delle risorse assegnate ai finanziamenti a funzione in Emilia Romagna, si è ritenuto utile considerare anche alcune informazioni riferite al decennio 2003-2012. L'analisi più puntuale, che approfondisce le caratteristiche delle diverse funzioni e i soggetti assegnatari, riguarderà invece esclusivamente il triennio 2008-2010¹⁶³.

Gli atti di programmazione della spesa sanitaria sui quali si è basata questa analisi non indicano i criteri di assegnazione dei finanziamenti per funzione, le finalità e le caratteristiche delle funzioni stesse. Pertanto non è risultato agevole determinare con certezza quali siano le funzioni non tariffate nel Sistema Sanitario dell'Emilia-Romagna.

In questa situazione abbiamo scelto di considerare quelle funzioni non finanziate attraverso la quota capitolaria, non finanziate attraverso fondi straordinari o attraverso la copertura di spese dirette della Regione. Abbiamo quindi considerato le funzioni che nel triennio oggetto della nostra analisi (2008-2010) vengono assegnate per **progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento**: Emergenza 118, Progetto sangue ed emoderivati, Trapianti e medicina rigenerativa, Funzioni sovra-aziendali, Interventi sanitari a carattere umanitario, Assistenza farmaceutica nelle carceri, Specificità aziendali, Contributo alle Aziende Ospedaliere, ospedaliero-universitarie e agli IRCCS per funzioni di alta specialità.

Quante funzioni finanziate? Nel triennio che osserviamo (2008-2010) le funzioni non tariffate, così come sopra identificate, non cambiano in modo sensibile nel numero: sono 7 nel 2008, 6 nel 2009 e nel 2010. Tuttavia in questi anni il gruppo di funzioni finanziato subisce alcune modifiche rilevanti nella sua composizione: tra il 2008 e il 2009 non vengono più finanziati gli "Interventi sanitari a carattere umanitario" e l'"Assistenza farmaceutica nelle carceri" mentre si aggiunge il "Contributo per Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS per funzioni di alta specialità".

LE RISORSE ASSEGNATE

Nel triennio considerato (2008-2010) la Regione Emilia Romagna ha finanziato i "progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali" mediamente con circa 90 milioni all'anno. Nel 2009 e nel 2010 vi è stato un notevole incremento di risorse rispetto al 2008, per l'inserimento della voce: "Contributo per Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS per funzioni di alta specialità", sostenuta da un finanziamento di 20 milioni di euro.

Rispetto alle risorse disponibili per il SSR nell'anno 2008, l'1% viene destinato a 'progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento' (FnT). Nel 2009 il finanziamento a funzioni cresce di quasi 20 milioni (+25,5%) e l'incidenza sulla spesa sanitaria complessiva passa all'1,2%. I dati 2010 non differiscono sostanzialmente da quelli dell'anno precedente.

Dgr. 732/2011, del 30 maggio 2011, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011*; Dgr. 653/2012, del 21 maggio 2012, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012*.

¹⁶³ Riteniamo utile segnalare che l'ammontare delle risorse desunto dagli atti citati e indicato di seguito rappresenta una previsione di spesa e quindi potrebbe non coincidere completamente con le somme effettivamente erogate a saldo nell'anno seguente.

Tabella 17 – Emilia Romagna: dati sintetici di confronto FnT 2008-2010

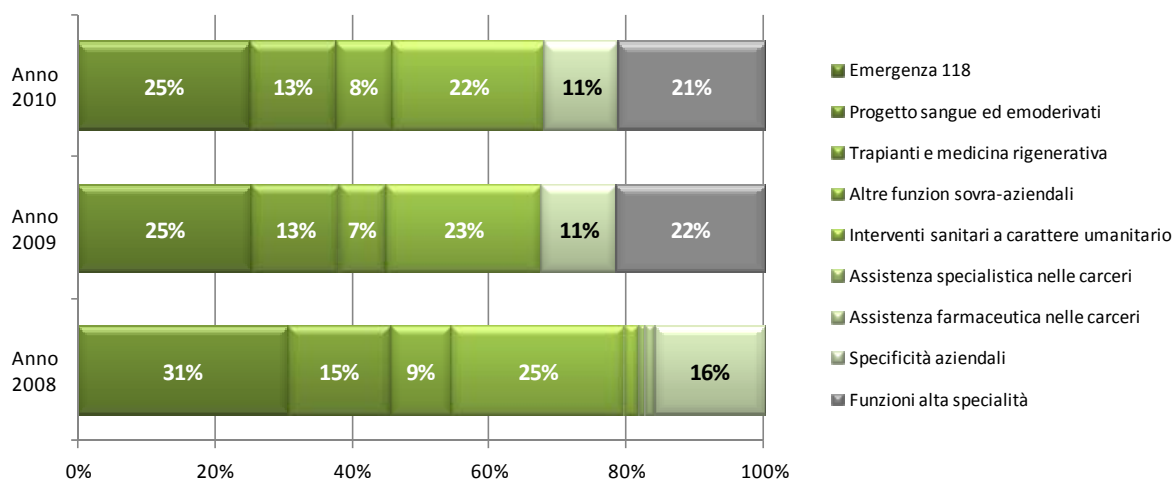
	2008	2009	2010
Atto di Giunta di riferimento	Dgr. 602/2008	Dgr. 602/2009	Dgr. 234/2010
Totale progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali	76.600.000	96.150.000	96.600.000
Emergenza 118	23.700.000	23.700.000	23.700.000
Progetto sangue ed emoderivati	11.500.000	11.850.000	11.850.000
Trapianti e medicina rigenerativa	6.400.000	5.900.000	6.400.000
Altre funzioni sovra-aziendali	19.250.000	19.250.000	21.200.000
Interventi sanitari a carattere umanitario	1.550.000	-	-
Assistenza farmaceutica nelle carceri	1.800.000	-	-
Specificità aziendali	12.400.000	15.450.000	13.450.000
Contributo Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS funzioni	-	20.000.000	20.000.000
Numero di funzioni riconosciute	7	6	6
Numero di soggetti finanziati	17	17	17
<i>di cui Aziende USL</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>11</i>
<i>di cui Aziende Ospedaliere</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>
<i>di cui IRCCS</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Spesa del SSN – Regione Emilia Romagna (dati MEF 2011)	7.947.074.000	8.269.558.000	8.441.743.000
% Risorse per progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali	0,96%	1,16%	1,14%

Tabella 18 – Emilia Romagna: differenze e variazioni risorse FnT 2008-2010

	diff (€) 2009-2008	diff (€) 2010-2009	var % 2009-2008	var % 2010-2009
Totale progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali	19.550.000	450.000	25,5%	0,5%

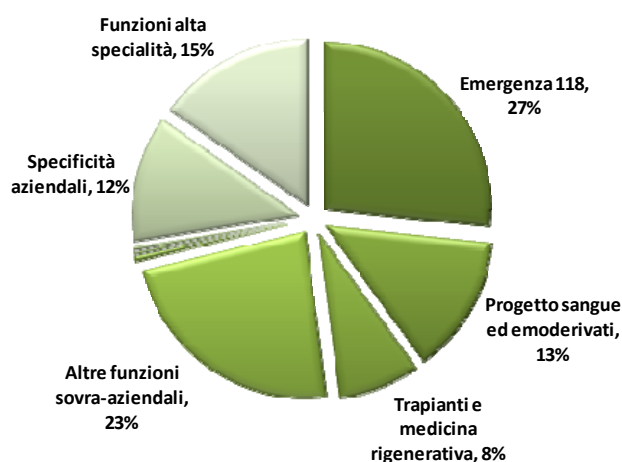
Nel triennio analizzato, la ripartizione delle risorse tra le funzioni cambia sensibilmente solo tra il 2008 e il 2009, come risulta evidente dal grafico seguente, quando subentra il finanziamento per funzioni di alta specialità assegnato alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

Grafico 19 – Emilia Romagna: variazione nel triennio (2008-2010) del riparto Percentuale delle risorse per funzione



Nel triennio 2008-2010 osserviamo che la funzione finanziata con la percentuale di risorse più elevate è “Emergenza 118” (27%), seguita da “Altre funzioni sovra-aziendali” (23%) e “Funzioni di alta specialità” (15%)¹⁶⁴.

Grafico 20 – Emilia Romagna: ripartizione dei finanziamenti per funzioni nella Regione Emilia Romagna (2008-2010)



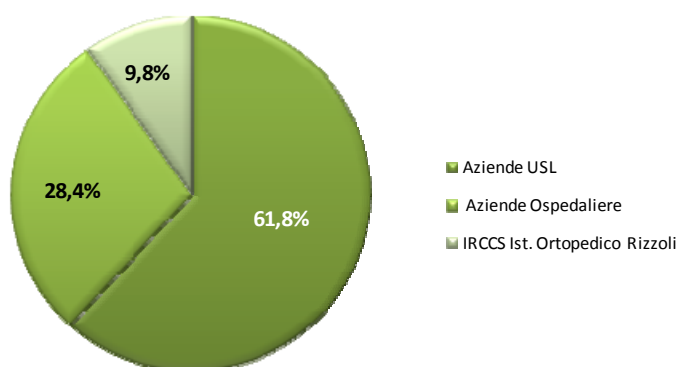
I SOGGETTI BENEFICIARI

I soggetti finanziati non cambiano nel corso dei tre anni considerati: si tratta delle 11 AUSL presenti sul territorio, delle 5 Aziende Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, unico IRCCS al quale vengono assegnate direttamente dei finanziamenti per funzioni attraverso le delibere considerate in questa analisi.

Diversamente da quanto evidenziato per la Lombardia, non è possibile stabilire se tali finanziamenti siano erogati solamente a soggetti pubblici (AUSL, AO e IRCCS pubblici) o anche a privati (Case di Cura, IRCCS privati), poiché conosciamo l'assegnazione per le aziende pubbliche ma non sappiamo se una parte di queste risorse sia stata eventualmente trasferita, tramite accordi contrattuali, a soggetti privati.

Nel corso del triennio 2008-2010 a ricevere la maggior parte dei finanziamenti sono le AUSL con il 62% delle risorse assegnate, seguono le AO con il 28% e infine l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli con circa il 10%.

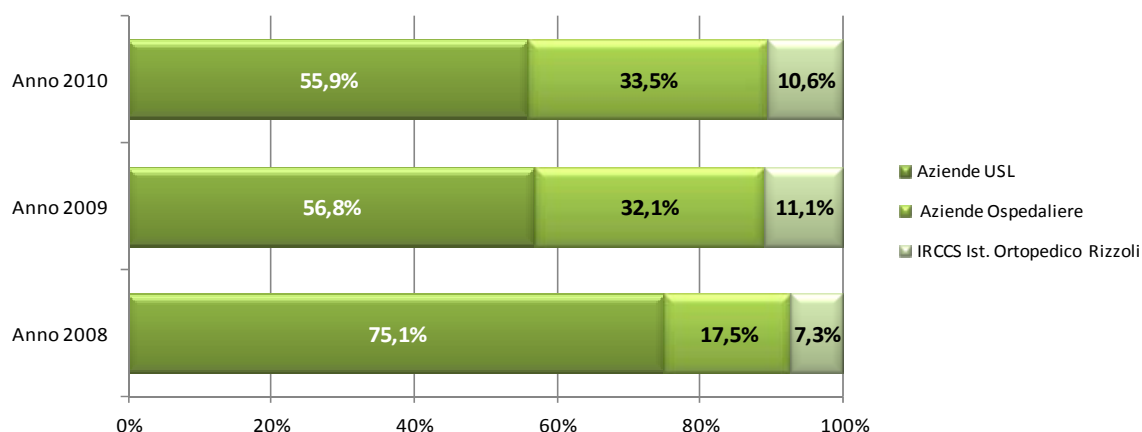
Grafico 21 – Emilia Romagna: riparto percentuale delle risorse del triennio 2008-2010, per tipologia di beneficiario



¹⁶⁴ Da rilevare che l'incidenza di questa ultima funzione nel triennio è determinata dalle risorse ricevute solamente in due anni, poiché nel 2008 non veniva finanziata.

Dall'esame delle singole annualità emerge una netta diminuzione della percentuale di risorse assorbite dalle AUSL, in favore di quanto assegnato alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli. Tale variazione è dovuta al contributo di 20.000.000 € assegnato a questi soggetti per finanziare funzioni di alta specialità, a partire dal 2009 e confermate nel 2010.

Grafico 22 – Emilia Romagna: variazione del riparto percentuale delle risorse per tipologia di beneficiario nel triennio (2008-2010)



Dall'esame della ripartizione delle risorse per funzioni e soggetti a cui queste sono assegnate, emerge la titolarità esclusiva di un unico soggetto per alcune funzioni. Ad esempio i finanziamenti per i progetti sangue ed emoderivati sono assegnati esclusivamente alla AUSL di Bologna, gli interventi sanitari a carattere umanitario, l'assistenza nelle carceri e le specificità aziendali sono prerogativa delle AUSL mentre le funzioni di alta specialità sono assegnate alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli.

Tabella 19 – Riparto risorse FnT 2008-2010 per tipologia di struttura e per funzione

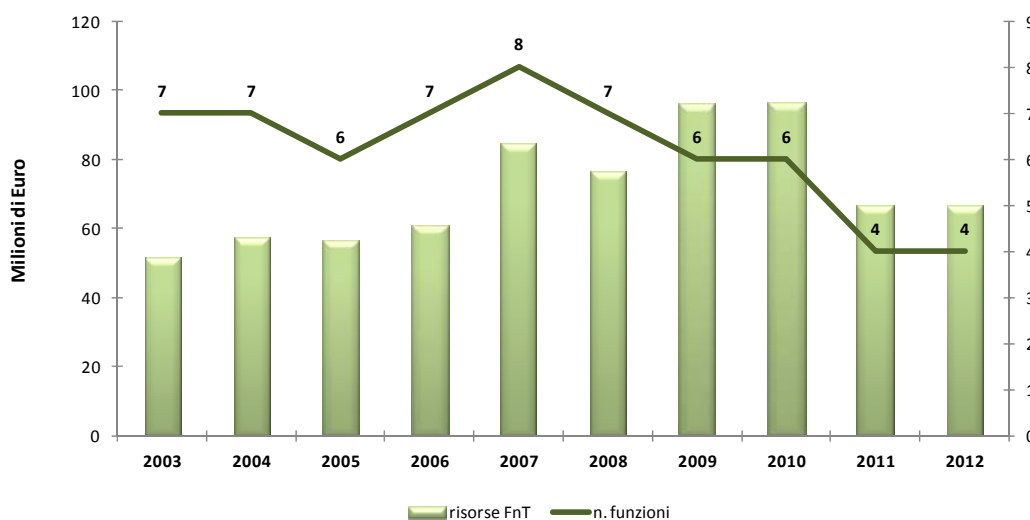
Funzioni	Soggetto	Anno 2008	%	Anno 2009	%	Anno 2010	%
Emergenza 118	<i>Tot. Aziende USL</i>	21.536.355	94%	22.274.902	95%	21.868.212	93%
	<i>Tot. Aziende Ospedaliere</i>	1.463.645	6%	1.212.237	5%	1.631.788	7%
Progetto sangue ed emoderivati	<i>AUSL Bologna</i>	11.500.000	100%	11.850.000	100%	11.850.000	100%
Trapianti e medicina rigenerativa	<i>Tot. Aziende USL</i>	1.184.000	18%	1.311.700	21%	1.641.595	21%
	<i>Tot. Aziende Ospedaliere</i>	4.857.447	73%	4.507.532	72%	5.543.210	71%
	<i>IRCCS Ortopedico Rizzoli</i>	630.000	9%	420.000	7%	623.303	8%
Altre funzioni sovra-aziendali	<i>Tot. Aziende USL</i>	7.200.000	38%	7.200.000	34%	7.200.000	34%
	<i>Tot. Aziende Ospedaliere</i>	6.950.000	36%	7.527.406	36%	7.827.000	37%
	<i>IRCCS Ortopedico Rizzoli</i>	4.900.000	26%	6.411.000	30%	5.850.000	28%
Interventi a carattere umanitario	<i>Tot. Aziende USL</i>	1.550.000	100%	-	-	-	-
Assistenza specialistica nelle carceri	<i>Tot. Aziende USL</i>	788.571	100%	-	-	-	-
Assistenza farmaceutica nelle carceri	<i>AUSL sedi di Istituti penitenziari</i>	1.011.429	100%	-	-	-	-
Specificità aziendali	<i>Tot. Aziende USL</i>	12.050.000	100%	10.050.000	100%	10.050.000	100%
	<i>Tot. Aziende Ospedaliere</i>	-	-	16.500.000	83%	16.500.000	83%
Funzioni alta specialità	<i>IRCCS Ortopedico Rizzoli</i>	-	-	3.500.000	18%	3.500.000	18%
TOTALE		74.991.447		92.344.778		94.085.108	

CHE COSA CAMBIA?

Negli anni precedenti al triennio considerato (dal 2003 al 2007 compresi) il numero delle funzioni non è mai variato sensibilmente e nel 2007 si registra il numero più elevato, con 8 funzioni finanziate. Una riduzione più significativa si registra invece negli ultimi due anni, 2011 e 2012, con solamente 4 funzioni finanziate. Nell'arco degli ultimi 10 anni le risorse dedicate al finanziamento di funzioni hanno avuto un andamento altalenante, ma la causa non è da ricercarsi tanto in un cambiamento negli anni della distribuzione di risorse tra le funzioni quanto nel variare delle funzioni stesse. Il finanziamento assegnato per le stesse funzioni cambia, ma non in modo considerevole, ciò che invece modifica sensibilmente il totale delle risorse assegnate è il fatto che da un anno all'altro alcune attività non vengono più finanziate, mentre altre entrano nelle linee di programmazione e finanziamento e vengono remunerate in modo consistente.

Ad una iniziale crescita tra il 2003 e il 2005 segue un leggero calo nel 2005 dovuto al venir meno della voce "Corsi universitari" non più inserita nei progetti e funzioni sovra-aziendali a partire da quell'anno. Il livello di risorse assegnate riprende poi a salire e nel 2007 raggiunge un primo picco (di € 84.750.000) che potrebbe anche essere dovuto al numero di funzioni finanziate (in quest'anno infatti si registra il numero più elevato di funzioni) pari a 8. Gli anni in cui si registra il livello più elevato di risorse assegnate sono il 2009 e il 2010, anni nei quali vengono assegnati contributi a Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie e IRCCS, per finanziare funzioni di alta specialità. Nei due anni successivi, 2011 e 2012, le risorse assegnate sono le stesse e subiscono un drastico calo rispetto agli anni precedenti, stabilizzandosi a € 66.327.000.

Grafico 23 – Emilia Romagna: risorse e numero delle FnT 2003-2012 (milioni di euro)



LO STUDIO DELLE FUNZIONI

In questa sezione analizziamo le funzioni finanziate dalla Regione Emilia Romagna nel triennio 2008-2010. Come già evidenziato, l'allocazione delle risorse per le funzioni non tariffate in Emilia Romagna viene effettuata in sede di programmazione finanziaria. Per determinare i soggetti beneficiari del finanziamento la Giunta regionale adotta poi deliberazioni specifiche per ciascuna funzione o gruppi di funzioni. Da questi atti abbiamo desunto le informazioni riportate di seguito.

Emergenza 118

Nel 1986 a Bologna, nasce il primo servizio di elisoccorso regionale; negli anni a seguire e sino al 1992 nascono in Italia, con diverse esperienze e assetti, varie centrali e la Regione Emilia Romagna allarga l'esperienza di Bologna agli altri capoluoghi di provincia. Il 1 giugno 1990, in occasione dei campionati mondiali di calcio, viene attivato a Bologna, prima città in Italia, il 118 come numero telefonico unico di soccorso sanitario. Due anni dopo, il 27 marzo 1992, è approvato il Decreto di istituzione delle centrali operative di allarme sanitario 118, riproponendo a livello nazionale il modello organizzativo sperimentato a Bologna, i cui principi principali sono: l'integrazione del servizio pubblico con il volontariato, l'identificazione dell'Infermiere Professionale come responsabile operativo della centrale, l'attribuzione della responsabilità ad un medico responsabile e l'identificazione dei tipi e dei tempi d'intervento di soccorso. Oggi il 118 è un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, coordinato da una centrale operativa che gestisce tutte le chiamate per necessità urgenti e di emergenza sanitaria, inviando personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno. L'Azienda Usl di Bologna gestisce le tecnologie informatiche e telefoniche di tutta la rete 118 regionale.

Per la funzione "Emergenza 118"¹⁶⁵ la Regione Emilia Romagna ha assegnato alle Aziende sanitarie euro 23.000.000 per il 2008, euro 23.487.140 per il 2009 e euro 23.500.000 per il 2010¹⁶⁶.

Le risorse sono ripartite secondo 7 voci di spesa:

- **"Rete radio"**, ad esempio per l'informatizzazione del sistema di trasmissione dati via radio tra la centrale operativa e mezzi di soccorso, oppure il completamento della rete di terminali di bordo, o la gestione tecnica e amministrativa delle reti radio, l'estensione dei collegamenti radio;
- **"Integrazione delle tecnologie"** ad esempio per la gestione amministrativa e tecnica degli interventi di centralizzazione delle tecnologie del 118, o la retribuzione variabile per il personale dipendente che coordina l'attività giuridica ed economica dei progetti;
- **"Rete telefonica"** attribuita all'AUSL di Bologna in quanto Azienda che gestisce il servizio per tutta la rete regionale, tale quota è comprensiva delle risorse per gli adeguamenti tecnici conseguenti all'attivazione del Numero Unico Europeo 112 "soluzione ponte";
- **"Elisoccorso appalti"** attribuita all'AUSL di Bologna per la copertura dei costi derivanti dalla gestione del contratto relativo agli elicotteri di soccorso e di recupero con verricello delle 4 basi regionali;
- **"Gestioni"**, per la gestione delle basi di elisoccorso, comprensiva di una quota di retribuzione variabile da corrispondere al personale dipendente che opera per tali servizi;
- **"Programmi regionali"**, con quote attribuite alle Aziende sanitarie sedi delle Centrali operative 118 per l'attuazione degli interventi per il miglioramento della sicurezza degli operatori che intervengono nel soccorso sanitario in autostrada, o ad esempio per progetti per il sostegno al processo di accreditamento istituzionale delle "strutture di soccorso/trasporti infermi", o per progetti riguardanti la gestione del materiale e dei farmaci per emergenza nucleare, biologica, chimica, radiologica (NBCR) e alla formazione ed addestramento del personale preposto ai relativi interventi di soccorso e dai collegati progetti "Maxiemergenze";
- **"Telepass"**, attribuita all'AUSL di Bologna per la gestione amministrativa dei contratti relativi agli apparecchi Telepass di tipo "speciale" forniti dalla Società Autostrade per l'Italia e utilizzati dalle

¹⁶⁵ Dgr 2132/2008, dgr 2187/2009, dgr 2162/2010.

¹⁶⁶ Lo stanziamento complessivo indicato nella dgr. 2187/2009 è di euro 23.870.000, ma 382.860,22 euro corrispondono alla quota "Soccorsi Abruzzo".

ambulanze e dalle automediche che svolgono attività di soccorso o che transitano, per compiti d'istituto, sulla rete autostradale.

Le risorse dedicate a questa funzione sono cresciute nel corso del triennio considerato, seppur in modo contenuto. Nel 2009 si osserva un aumento della quota di finanziamenti assegnati alle AUSL rispetto a quanto assegnato alle Aziende Ospedaliere.

Fra tutte le funzioni considerate, l'“Emergenza 118” mantiene l'incidenza più elevata nel triennio rispetto al totale delle risorse assegnate. Tuttavia dopo il 2008 l'incidenza della funzione diminuisce a causa dell'inserimento nel 2009 del contributo per Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie e IRCCS per funzioni di alta specialità che essendo sostenuto da un finanziamento consistente riduce l'incidenza della funzione “Emergenza 118”, che passa dal 30,4% del 2008, al 25,3% del 2009 e al 25% del 2010.

Emergenza 118	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Piacenza	139.862	112.825	125.394
	Ausl Modena	344.682	256.569	286.468
	Ausl Bologna	19.508.727	20.630.875	19.879.370
	Ausl Ferrara	150.791	150.961	165.977
	Ausl Ravenna	1.066.809	1.106.704	1.377.065
	Ausl Forlì	99.647	5.195	10.390
	Ausl Cesena	97.171	5.066	10.132
	Ausl Rimini	128.665	6.708	13.415
	Tot Az. USL	21.536.355	22.274.902	21.868.212
	Osp.-Univ. Parma	1.026.722	1.037.899	1.449.377
	Osp. Reggio Emilia	436.923	174.338	182.411
	Tot. Az. Osp.	1.463.645	1.212.237	1.631.788
	TOTALE	23.000.000	23.487.140	23.500.000
	Differenze annuali		487.140	12.860
	Incidenza funzione sul totale annuo	30,4%	25,3%	25%

Progetto sangue ed emoderivati

La AUSL di Bologna è l'unico assegnatario di risorse per il progetto “Sangue ed emoderivati”: **11.500.000** euro per il 2008 e **11.850.000** euro per il 2009 e per il 2010¹⁶⁷. Il totale delle risorse dedicate al Progetto è cresciuto tra il 2008 ed il 2009 e rimasto stabile per il 2010; la sua incidenza rispetto al totale delle risorse assegnate passa dal 15,2% del 2008, al 12,8% del 2009 e al 12,6% del 2010.

Progetto sangue ed emoderivati	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Bologna	11.500.000	11.850.000	11.850.000
	Differenze annuali		350.000	0
	Incidenza funzione sul totale annuo	15,2%	12,8%	12,6%

¹⁶⁷ Dgr 797/2008, dgr 1176/2009, dgr 1684/2010.

Trapianti e medicina rigenerativa

In Emilia Romagna il trapianto di organi e tessuti è considerata un'attività sanitaria ad alta valenza sociale da potenziare, in termini numerici e di qualità. Considerato che su questo tema e quello della donazione si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo di grande complessità ed interconnesse tra loro, la Regione Emilia Romagna ha ritenuto necessario individuare norme per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività con legge regionale (l.r. 53/1995) ed individuare regole ed indirizzi, all'interno del quadro di riferimento nazionale e regionale, con apposite delibere della Giunta regionale per conferire maggiore sviluppo ed organicità agli interventi in tale settore.

Al programma trapianti dell'anno 2008 è assegnata una disponibilità di risorse pari a 6.671.447 euro con i quali vengono finanziati 56 progetti; per l'anno 2009 sono assegnati 6.239.232 euro con i quali vengono finanziati 56 progetti; per l'anno 2010 sono assegnati 7.808.107,94 euro e finanziati 63 progetti¹⁶⁸. Di seguito ne riportiamo solo alcuni esempi:

- Lista regionale unica per trapianto di rene
- Campagna informativa e distribuzione riconoscimenti ai familiari dei donatori
- Formazione personale sanitario e progetto Rete informatica
- Gestione integrata rete Hub & Spoke trapianto di cuore
- Certificazione di qualità del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna
- Registro regionale dialisi e progetto Coordinamento Centri regionali trapianto Midollo Osseo
- Kit per prelievo cornee e progetto Trasporti finalizzati al Sangue Cordonale
- Trasporti finalizzati ai trapianti o ai tessuti
- Valutazione dell'utilizzo di collirio derivato dalla membrana amniotica nel trapianto di cornea
- Immunogenetica unica trapianto di rene
- Supporto psicologico alla donazione e progetto Spese funerarie donatori.

Trapianti e medicina rigenerativa	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Piacenza	-	5.900	2.965
	Ausl Modena	-	-	5.123
	Ausl Bologna	894.000	1.034.000	1.035.930
	Ausl Forlì	10.000	-	217.578
	Ausl Imola	40.000	40.000	150.000
	Ausl Cesena	240.000	230.000	230.000
	Ausl Rimini	-	1.800	-
	Tot Az. USL	1.184.000	1.311.700	1.641.595
	Osp.-Univ. Bologna	4.192.447	4.041.532	5.002.210
	Osp.-Univ. Parma	296.000	326.000	386.000
	Osp. Reggio Emilia	119.000	20.000	30.000
	Osp.-Univ. Modena	145.000	65.000	70.000
	Osp.-Univ. Ferrara	105.000	55.000	55.000
	Tot. Az. Osp.	4.857.447	4.507.532	5.543.210
	Ist. Ort. Rizzoli	630.000	420.000	623.303
	TOTALE	6.671.447	6.239.232	7.808.108
	Differenze annuali		-432.215	1.568.876
	Incidenza funzione sul totale annuo	8,8%	6,7%	8,3%

¹⁶⁸ Dgr 2233/2008, dgr 2106/2009, dgr 2271/2010, dgr 2186/2010.

Le risorse dedicate sono diminuite dal 2008 al 2009 e notevolmente cresciute nell'anno successivo. Nel 2009 si osserva un aumento della quota di finanziamenti assegnati alle AUSL rispetto a quanto assegnato alle Aziende Ospedaliere e all'Istituto Ortopedico Rizzoli; i finanziamenti assegnati alle AUSL per questa funzione continuano a crescere nell'arco del triennio.

L'incidenza della funzione "Trapianti e medicina rigenerativa", rispetto al totale delle risorse assegnate, passa dal 8,8% del 2008, al 6,7% del 2009 e al 8,3% del 2010. Non si tratta di un'incidenza particolarmente elevata, ma va tenuto conto che oltre a questi progetti la Regione individua ulteriori obiettivi riguardanti l'attività di trapianto e donazione, ma ne definisce il perseguimento tramite finanziamento realizzato attraverso una quota della tariffa specifica.

Funzioni sovra-aziendali

In Emilia Romagna è presente un modello organizzativo delle alte specialità, per la modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera, che fa riferimento al principio delle reti cliniche integrate (modello "Hub & Spoke", letteralmente: mozzo e raggi). Questo modello prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (Hub) la cui attività è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (Spoke).

Nel 2008, 2009 e 2010 sono stati assegnati rispettivamente € 19.050.000, 21.138.406 e 20.877.000 alle Aziende sanitarie e all'Istituto Ortopedico Rizzoli per il finanziamento delle funzioni Hub di rilievo regionale¹⁶⁹ e specificamente per le attività:

- dei Trauma Center, dell'Unità spinale, della Casa dei risvegli e del Centro regionale Ausili
- del centro grandi ustionati
- del Hub per i difetti congeniti della coagulazione
- del centro di chirurgia della mano e di trattamento delle urgenze microvascolari
- di riferimento regionale in ambito neonatale e pediatrico, in particolare per i trattamenti cardiologici e cardiocirurgici e per le attività del centro Hub per il trattamento della sindrome di Marfan
- di genetica e del centro Hub di neuroriabilitazione
- di riferimento regionale inerenti i trattamenti di casistica ortopedica ad elevata complessità con metodiche innovative, per il Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica e per la prosecuzione del piano di stabilizzazione aziendale relativo al personale con rapporto di lavoro precario afferente all'area della ricerca.

¹⁶⁹ Dgr 797/2008, dgr 2186/2009, dgr 1684/2010.

Funzioni sovra-aziendali	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Bologna	2.700.000	2.700.000	2.700.000
	Ausl Cesena	4.500.000	4.500.000	4.500.000
	Tot Az. USL	7.200.000	7.200.000	7.200.000
	Osp.-Univ. Parma	2.100.000	2.100.000	2.100.000
	Osp.-Univ. Modena	600.000	600.000	850.000
	Osp.-Univ. Bologna	2.800.000	3.377.406	3.427.000
	Osp.-Univ. Ferrara	1.450.000	1.450.000	1.450.000
	Tot. Az. Osp.	6.950.000	7.527.406	7.827.000
	Ist. Ort. Rizzoli	4.900.000	6.411.000	5.850.000
	TOTALE	19.050.000	21.138.406	20.877.000
	Differenze annuali		2.088.406	-261.406
	Incidenza funzione sul totale annuo	25,2%	22,8%	22,2%

Il totale delle risorse dedicate è aumentato dal 2008 al 2009 e leggermente diminuito nell'anno successivo. La quota dei finanziamenti assegnati alle AUSL rimane identica nel triennio, quella assegnata alle Aziende Ospedaliere cresce nel triennio, mentre quella dell'Istituto Ortopedico Rizzoli cresce nel 2009 per poi diminuire nel 2010. L'incidenza della funzione, rispetto al totale delle risorse assegnate, passa dal 25,2% del 2008 al 22,8% del 2009 e al 22,2% del 2010.

Interventi sanitari a carattere umanitario e assistenza farmaceutica nelle carceri

Entrambe queste funzioni sono state previste solo per il 2008¹⁷⁰. Le risorse dedicate non hanno particolare incidenza sul totale delle FnT.

Interventi sanitari a carattere umanitario	Soggetto	Anno 2008	Anni 2009 e 2010
	Tot Az. USL	1.550.000	NON PREVISTI
	Incidenza funzione sul totale annuo	2,0%	

Il finanziamento dell'assistenza farmaceutica nelle carceri è destinato alle Aziende USL regionali sedi di Istituti Penitenziari per le prestazioni di medicina specialistica.

Assistenza specialistica nelle carceri	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Piacenza	96.120		
	Ausl Emilia	54.926		
	Ausl Parma	133.389		
	Ausl Modena	174.583		
	Ausl Bologna	156.929		
	Ausl Forlì	37.270		
	Ausl Ferrara	76.503		
	Ausl Ravenna	19.618		
	Ausl Rimini	39.233		
	Tot Az. USL	788.571		
	AUSL regionali sedi di Istituti Penitenziari	1.011.429		NON PREVISTI
	TOTALE	1.800.000		
	Incidenza funzione sul totale annuo	2,4%		

¹⁷⁰ Dgr 2132/2008.

Specificità aziendali

Nel 2008, per specificità aziendali non riflesse nei criteri di ponderazione della popolazione, troviamo assegnati **12.050.000** euro, che scendono a euro **10.050.000** per il 2009 ed il 2010¹⁷¹. Questo finanziamento è destinato a compensare, ad esempio:

- la presenza straordinaria nel territorio di strutture per recupero dipendenze e per handicap;
- la forte presenza su alcuni territori di soggetti talassemici

Specificità aziendali	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Ausl Ferrara	8.369.000	8.369.000	8.369.000
	Ausl Rimini	3.681.000	1.681.000	1.681.000
	TOTALE	12.050.000	10.050.000	10.050.000
	Differenze annuali		-2.000.000	0
	Incidenza funzione sul totale annuo	15,9%	10,8%	10,7%

Funzioni di alta specialità

Per il 2009 ed il 2010 sono stati destinati euro **20.000.000** a sostegno delle funzioni di alta specialità svolte dalle Aziende Ospedaliere, Ospedaliero – Universitarie e dall'Istituto Ortopedico Rizzoli¹⁷².

Funzioni alta specialità	Soggetto	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010
	Osp.-Univ. Parma		3.600.000	3.600.000
	Osp. Reggio Emilia		1.450.000	1.450.000
	Osp.-Univ. Modena		2.500.000	2.500.000
	Osp.-Univ. Bologna	NON PREVISTI	6.850.000	6.850.000
	Osp.-Univ. Ferrara		2.100.000	2.100.000
	Ist. Ort. Rizzoli		3.500.000	3.500.000
	TOTALE		20.000.000	20.000.000
	Differenze annuali			0
	Incidenza funzione sul totale annuo		21,6%	21,3%

UNO SGUARDO D'INSIEME

In Emilia Romagna il finanziamento diretto di funzioni ha lo scopo di remunerare attività di particolare rilevanza, legate anche ad una complessità organizzativa particolarmente elevata, in alcuni casi funzioni sovra-aziendali, compensando così i criteri di assegnazione su base capitaria e a tariffa. Dalle informazioni contenute nelle delibere regionali esaminate, non è possibile comprendere la finalità integrativa o alternativa dei finanziamenti a funzione. Fanno eccezione le attività di trapianto e donazione, per le quali, oltre ai progetti finanziati direttamente, la Regione individua ulteriori obiettivi da perseguire tramite finanziamento realizzato attraverso una quota della tariffa specifica; in questo caso quindi il finanziamento a funzione risulta integrativo del sistema a tariffa.

Le risorse dedicate al finanziamento di funzioni hanno avuto un andamento altalenante come evidente nel grafico 23.

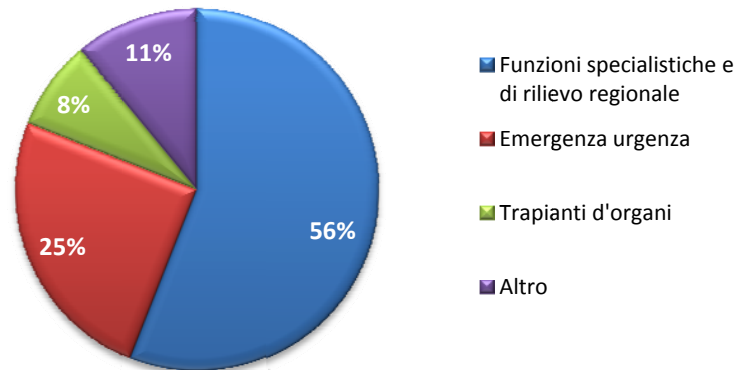
Le funzioni che, ai fini di questa analisi, abbiamo identificato come non tariffate in Emilia Romagna non sono numerose e, seguendo la classificazione operata per la Lombardia, comprendono attività

¹⁷¹ Dgr 797/2008, dgr 1176/2009, dgr 1684/2010.

¹⁷² Dgr 1176/2009, dgr 1684/2010.

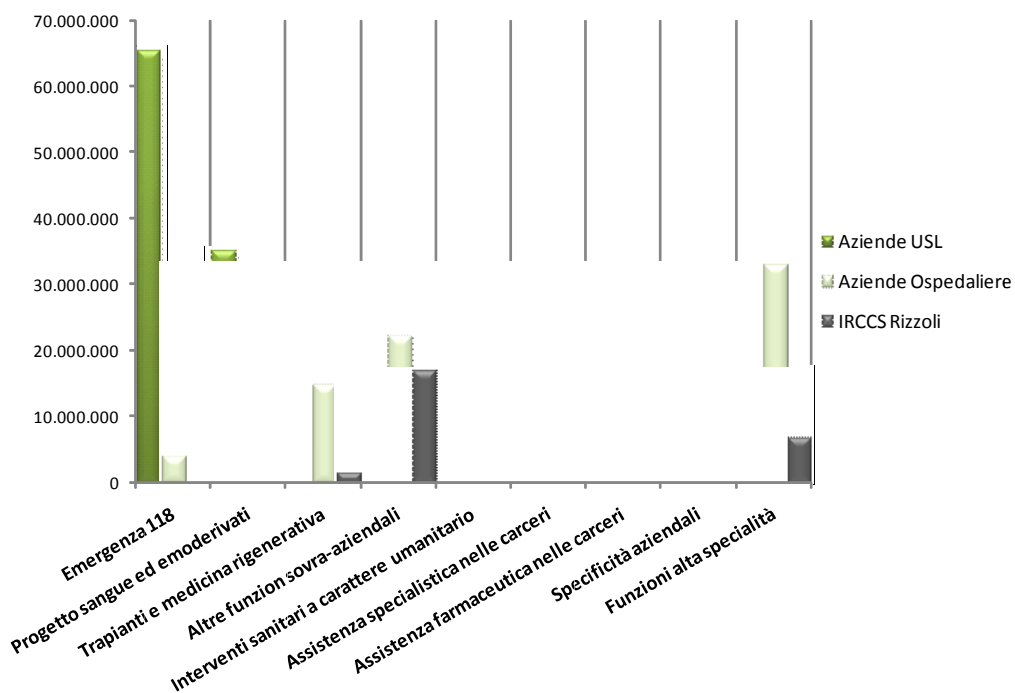
riferite all'area delle **funzioni specialistiche e di rilievo regionale** (Progetto sangue ed emoderivati, Funzioni sovra-aziendali, Funzioni di Alta specialità) per un 56% e all'area riguardanti **l'emergenza-urgenza** (Emergenza 118) per un 25%.

Grafico 24 – Emilia Romagna: le principali aree finanziate a funzione (2010)



Per quanto concerne la diversa remunerazione dei soggetti beneficiari osserviamo che le AUSL sono destinatarie della maggior parte delle risorse (cfr. grafico 21 a pag. 85) mentre le Aziende Ospedaliere e l'Istituto Ortopedico Rizzoli ricevono finanziamenti per 3 funzioni: Trapianti e medicina rigenerativa, Funzioni sovra-aziendali e le Funzioni di alta specialità. In particolare queste ultime sono assegnate in modo esclusivo a AO e IRCCS, come mostra il grafico 25. Questo aspetto ovviamente condiziona anche la ripartizione delle risorse tra i soggetti nel corso degli anni: il 2009 ed il 2010 sono infatti le due annualità nelle quali le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS Rizzoli ricevono la loro quota più consistente di finanziamenti (cfr. grafico 22 a pag. 86).

Grafico 25 – Emilia Romagna: ripartizione dei finanziamenti per soggetti e per funzioni nel triennio 2008 – 2010



5 – OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Le funzioni non tariffate afferiscono ad un ambito delle politiche sanitarie riservata a scelte autonome delle Regioni, che decidono quali e quante attività di assistenza ospedaliera e ambulatoriale finanziare con una modalità sostitutiva o integrativa delle tariffe, quante risorse veicolare con questo sistema, a chi corrisponderle, sulla base di quali criteri regolarne l'applicazione. Su queste premesse il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione ha richiesto una missione valutativa orientata a conoscere punti di contatto e divergenze tra Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, nella convinzione che una riflessione sulle esperienze in corso altrove possa contribuire ad una lettura più approfondita dell'esperienza lombarda stessa.

Il primo risultato emerso dall'analisi – fondata sull'esame degli atti di Giunta pubblicati sul web – segnala un grado di formalizzazione molto diverso nelle tre Regioni, che si accompagna ad un differente livello di determinatezza delle attività sanitarie non remunerate a tariffa, a partire dalle stesse denominazioni: funzioni non coperte da tariffa prestabilita in Lombardia, finanziamento a funzione in Veneto, progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento in Emilia Romagna. Emilia Romagna e Veneto definiscono le FnT essenzialmente in sede di riparto annuale del Fondo Sanitario Regionale senza particolari descrizioni che dettagliano i contenuti delle funzioni ed i criteri seguiti per quantificarne le risorse. La Lombardia prevede le funzioni non tariffate in legge, esplicita risorse, criteri di calcolo e destinatari attraverso una apposita delibera annuale, stabilisce criteri e parametri che cambiano per ciascuna funzione e nel corso degli anni. La forte sintesi descrittiva per Veneto ed Emilia Romagna e l'alto grado di complessità per la Lombardia ci hanno posto di fronte a situazioni di difficile comparazione che, nel caso dell'Emilia Romagna, lasciano incertezza anche sulla esaustività delle funzioni che abbiamo scelto di esaminare.

Questa prima evidenza dell'analisi documentale accompagna, necessariamente, le risultanze osservate sulle singole dimensioni di analisi che strutturano questa ricerca e sconsiglia un diretto esercizio comparativo tra le scelte regionali.

Ciononostante a livello complessivo emerge con chiarezza una **maggiore rilevanza delle funzioni non tariffate in Lombardia** che investe tutte le dimensioni, quantitative e qualitative, considerate nello studio. L'entità delle risorse assegnate e l'elevato numero delle funzioni riconosciute (30 nel 2010, ma cospicuo fin dal 1999) presentano una distanza dagli altri casi non spiegabile soltanto con l'eventuale incompletezza del nostro censimento. Altri fattori, connessi al modello organizzativo della sanità lombarda, contribuiscono invece a spiegare una platea di destinatari dei finanziamenti più numerosa e articolata ed una diversa distribuzione di risorse per tipologia di struttura.

Sembrerebbe invece comune alle tre Regioni l'utilizzo delle FnT a potenziamento progressivo di funzioni che riguardano la complessità gestionale e organizzativa delle strutture erogatrici piuttosto che attività di cura in senso proprio. In questa direzione potremmo leggere l'introduzione delle funzioni territoriali lombarde, avvenuta nel 2007, che risultano le più rilevanti in termini di risorse; l'istituzione del fondo veneto per le funzioni sovra-aziendali a valenza provinciale; l'istituzione delle funzioni di alta specialità in Emilia-Romagna.

Secondo un'ipotesi presente in letteratura, le FnT potrebbero fornire un possibile correttivo ai rischi impliciti nel sistema tariffario, tra cui una insufficiente considerazione della complessità delle strutture compressa dalla tariffazione uniforme. In questa evenienza, potremmo chiederci se ciò non

rappresenti un sostanziale scostamento dallo scopo originario delle funzioni assistenziali previste dal legislatore statale.

Traiettorie di ricerca

A conclusione della ricerca, un commento riguarda **tre aspetti** che connotano singolarmente le tre Regioni e che potrebbero costituire **interessanti occasioni di ricerca**. Si tratta

- della *frammentarietà* delle funzioni che emerge in **Lombardia**,
- della *linearità* dell'impiego delle FnT che si osserva in **Veneto**,
- della *selettività* di utilizzo che connota l'**Emilia Romagna**.

In Lombardia le attività assistenziali remunerate a FnT sono articolate in molte funzioni che presentano, in diversi casi, elementi di contiguità e affinità d'ambito assistenziale. La complessità che ne risulta si riflette su una significativa frammentazione delle risorse, che vengono assegnate per due terzi (66%) a cinque funzioni soltanto e per un terzo vengono parcellizzate tra le altre 25, dodici delle quali con un peso inferiore all'1%. Sarebbe interessante approfondire le ragioni alla base di questo assetto e comprendere, nel caso risulti da una stratificazione storica, se esistono possibilità di semplificare il quadro.

In Veneto invece troviamo poche e definite funzioni, che vengono corrisposte a tutte le aziende sanitarie locali e ad alcune strutture private per le attività di cura (Servizio di Urgenza – Emergenza medica, Pronto soccorso) ma che in qualche caso sono prevalentemente mirate al sostegno delle due aziende ospedaliere e dell'istituto oncologico veneto. L'esperienza sembrerebbe trovare sbocco nella sperimentazione prevista dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, che propone canali di finanziamento distinti a seconda che siano diretti alle aziende sanitarie locali (quota capitaria) oppure alle aziende ospedaliere e all'IRCCS pubblico (prevalentemente a funzione). Questo sviluppo annunciato, la sua effettiva implementazione insieme ai risultati prodotti, potrebbero costituire un'interessante occasione di approfondimento.

In Emilia Romagna abbiamo osservato che in genere le poche funzioni previste, non vengono mai corrisposte a *tutti* i soggetti ammessi al finanziamento a funzione, neppure quando prioritariamente rivolte alle Ausl (come ad esempio il servizio 118) risultando nel complesso più mirate e selettive che altrove. Sebbene l'analisi dei dati non sia stata svolta per le annualità successive al periodo di osservazione stabilito, le delibere di riparto per il 2011 e il 2012 presentano alcuni elementi di rilievo: il numero delle funzioni diminuisce e alcune attività passano nel finanziamento a quota capitaria oppure nell'individuazione di una voce specifica. Conoscere quali ragioni sostengono questi cambiamenti potrebbe contribuire alla riflessione generale sulla natura del finanziamento a funzione.

6 – FONTI E RIFERIMENTI

Indichiamo qui i documenti che hanno costituito la base informativa, generale e specifica, per questo lavoro e sui quali si è svolta l'analisi documentale. Gli elenchi che seguono non hanno pertanto alcuna pretesa di completezza ed esaustività.

BIBLIOGRAFIA

- I. Morandi, Age.na.s., “Sistemi regionali di ripartizione del Fondo Sanitario e di remunerazione dei ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza”, analisi della normativa vigente al 30 ottobre 2008
- I. Morandi , E. Pieroni, F. Giuliani, C. Cislighi, “Criticità delle tariffe nel SSN”, Convegno annuale dell’AIES, “I primi 30 anni del servizio sanitario nazionale e il contributo dell’economia sanitaria”, Matera 9-10 ottobre 2008
- Vittorio Mapelli, “I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali”, Formez, 2007
- S. Neri, “Italia. La costruzione dei Servizi Sanitari regionali e la governance del sistema sanitario”, in *RPS, La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3, luglio-settembre 2008
- S. Neri, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, Franco Angeli, Milano, 2006
- F. Ferrè, F. Lecci, F. Longo “Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali”, *Rapporto OASI 2011*, CeRGAS Università Bocconi, Milano, Egea
- Ministero dell’Economia e delle Finanze, *Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 2011*
- Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009 – 2010*
- CEIS Sanità, Facoltà di Economia, *Rapporto sanità 2009*, Università degli Studi di Roma Tor Vergata
- N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di), *La remunerazione delle attività sanitarie, caratteristiche attuali e ipotesi evolutive*, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna, 2006
- C. Carbone, E. Cantù, “I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?”, *Rapporto OASI 2007*, CeRGAS Università Bocconi, Milano, Egea
- C. Carbone, C. Jommi, D. Salvatore “I sistemi regionali di finanziamento: un’analisi di quattro casi”, *Rapporto OASI 2004*, CeRGAS Università Bocconi, Milano, Egea
- C. Jommi (a cura di), “Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche”, CeRGAS Università Bocconi, Milano, Egea, 2004
- E. Cantù, C. Jommi, “Federalismo fiscale: sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque realtà regionali”, *Rapporto OASI 2002*, CeRGAS Università Bocconi, Milano, Egea
- E. Cantù , C. Jommi, “Analisi dei sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie in cinque regioni italiane”, paper presentato alla riunione annuale AIES, Bologna, Università di Bologna, 2002
- S. Albini, “Il finanziamento degli ospedali”, nella rivista *Tendenze nuove* – n. 4/1999 Fondazione Smith Kline

- Ministero della Salute, *“Pronto Soccorso e Sistema 118 – Ricognizione della normativa, delle esperienze, delle sperimentazioni, relativamente a emergenza e 118, a livello regionale e nazionale”, Progetto Mattoni SSN, ottobre 2006*

RIFERIMENTI WEB

<http://www.sanita.regione.lombardia.it/> (Regione Lombardia)

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/> (Regione Veneto)

<http://www.saluter.it/ssr/assessorato-politiche-per-la-salute-il-governo> (Regione Emilia Romagna)

http://www.agenas.it/monitoraggio_costi_tariffe/monitoraggio_costi_finanziamento_ss_regionali.htm

http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home (Rapporti OASI)

<http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ricoveriOspedalieri.jsp> (Ministero della Salute, Ricoveri ospedalieri (SDO))

<http://www.salute.gov.it/servizio/datisis.jsp> (Dati statistici del Ministero della Salute)

<http://www.salute.gov.it/ricercaSanitaria/ricercaSanitaria.jsp>

<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/homeRssp.jsp> (Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010)

<http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/rgse/> (Relazione Generale sullo Situazione Economica del Paese)

http://www.dt.tesoro.it/it/analisi_programmazione_economico_finanziaria/documenti_programmatici/relazione_generale_situazione_economica_paese.html

http://www.nitp.org/area_paziente/attivita/annuale.html (Rapporto trapianti)

<http://www.icps.it/> (Centro Internazionale per gli Antiparassitari e la Prevenzione Sanitaria)

http://portale.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Centro_CERGASit/Sanit%C3%A0+in+Italia%3A+dati+e+analisi/Finanziamenti+e+output+della+ricerca+sanitaria+in+Italia/

<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=427&tipo=5&lang=1&ccss=001> (Istituto Superiore Sanità – Rapporti ISTISAN)

<http://www.cermlab.it/>

http://milano.corriere.it/milano/notizie/cronaca/12_aprile_5/farmaci-salvavita-risparmi-ospedali-2003962807629.shtml

<http://www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/luci-e-ombre-del-finanziamento-della-ricerca>
www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/608069

NORMATIVA STATALE

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni e integrazioni.*
- Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 - *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del Capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59*
- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 - *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario*, convertito con la legge 7 agosto 2012, n. 135 *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*
- Ministero della Sanità, Linee guida 29 giugno 1995, n. 1, *Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri (G.U. n. 150 del 29 giugno 1995)*
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Rep. Atti n. 56/esr del 28 febbraio 2008, *Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la definizione di attività ed i requisiti basilari di funzionamento dei Centri Antiveleeni*
- Ministero della Salute, Accordo del 29 ottobre 2009, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – *Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del regolamento CE n. 1907 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restituzione delle sostanze chimiche*
- Ministero della Sanità, Circolare 30 ottobre 2000, n. 17, *Adeguamento dei livelli di sicurezza trasfusionale in presenza di metodiche atte alle indagini sui costituenti virali per HCV – (G.U. n. 258 del 4 novembre 2000)*
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 213 del 13 febbraio 2001, *Regolamento di semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, con personalità giuridica di diritto pubblico e privato (n. 38, allegato 1, l. 59/1997) – (G.U. n. 131 del 8 giugno 2001)*
- Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 1996 – *Modello rilevamento flusso dati – Day Hospital, nido, pronto soccorso, ospedalizzazione domiciliare (G.U. Supplemento ordinario, Serie generale n. 22 del 28 gennaio 1997)*

NORMATIVA E ATTI DELLA REGIONE LOMBARDIA

- Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*
- Dgr. n. 2633 del 16 dicembre 2011, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012*
- Dgr. n. 2132 del 4 agosto 2011, *Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2010*

- Dgr. n. 937 del 1 dicembre 2010, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*
- Dgr. n. 2057 del 28 luglio 2011, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario*
- Dgr. n. 1322 del 16 febbraio 2011, *Integrazione della dgr VIII/7294 del 19 maggio 2008 e della dgr IX/133 del 17 giugno 2010, in materia di remunerazione di funzioni non coperte da tariffe predefinite*
- Dgr. n. 350 del 28 luglio 2010, *Attuazione dell'art. 25-bis "Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura – poliuniversitari" della l.r. 33/2009, così come modificata dalla l.r. 7/2010*
- Dgr. n. 133 del 17 giugno 2010, *Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2009*
- Dgr. n. 88 del 17 novembre 2010, *Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*
- Dgr. n. 10804 del 16 dicembre 2009, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010*
- Dgr. n. 10077 del 7 agosto 2009, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 – V provvedimento*
- Dgr. n. 9173 del 30 marzo 2009, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 – III provvedimento*
- Dgr. n. 9765 del 30 giugno 2009, *Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2008*
- Dgr. n. 8501 del 26 novembre 2008, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009*
- Dgr. n. 7612 del 11 luglio 2008, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2008 – II provvedimento*
- Dgr. n. 7294 del 19 maggio 2008, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2007*
- Dgr. n. 6682 del 27 febbraio 2008, *Determinazioni in ordine alla valutazione della qualità avanzata delle attività sanitarie di ricovero ordinario per acuti e di riabilitazione relativamente all'esercizio 2007 – approvazione indicatori e metodo*
- Dgr. n. 5743 del 31 ottobre 2007, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008*
- Dgr. n. 5159 del 25 luglio 2007, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2006, assegnazione del fondo qualità avanzata di cui alla dgr n. 7/16827/2004*
- Dgr. n. 4341 del 21 marzo 2007, *Criteri per la definizione della funzione specifica per i presidi di emergenza-urgenza di ospedali montani di cui all'allegato 2 della dgr n. VIII/3776 del 13 dicembre 2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007"*

- Dgr. n. 4239 del 28 febbraio 2007, *Attuazione del comma 796, dell'art. 1 della l. 27 dicembre 2006 n. 296 (legge finanziaria 2007) e prime integrazioni alla dgr n. VIII/3776/2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007"*
- Dgr. n. 3776 del 13 dicembre 2006, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007*
- Dgr. n. 257 del 26 ottobre 2006, *Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009*
- Dgr. n. 3065 del 1 agosto 2006, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2005, assegnazione del fondo qualità avanzata di cui alla dgr n. 7/16827 del 4 marzo 2003*
- Dgr. n. 3010 del 27 luglio 2006, *Modifica della dgr n. VII/17038/2004 "Identificazione a domanda, in capo ad un unico soggetto gestore di una pluralità di strutture sanitarie accreditate"*
- Dgr. n. 1732 del 18 gennaio 2006, *Sicurezza trasfusionale. Estensione dello screening NAT (Nucleic Acid Amplification Testing) alla ricerca dei componenti virali relativi a HIV-RNA e HBV-DNA. Conferma delle tariffe di cessione sangue ed emocomponenti, quote associative ed incentivazioni aziendali*
- Dgr. n. 1375 del 14 dicembre 2005, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006*
- Dgr. n. 501 del 4 agosto 2005, *l'adempimento attuativo della dgr n. 7/19883 del 16 dicembre 2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione"*
- Dgr. n. 370/ del 20 luglio 2005, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2004, assegnazione del fondo qualità avanzata di cui alla dgr n. 7/16827 del 4 marzo 2003*
- Dgr. n. 19688 del 3 dicembre 2004, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005*
- Dgr. n. 19883 del 16 dicembre 2004, *Riordino della rete delle attività di riabilitazione (a seguito di parere della Commissione consiliare competente)*
- Dgr. n. 17250 del 23 aprile 2004, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2003, non coperte da tariffe predefinite, ed assegnazione del fondo per la remunerazione della funzione di eccellenza di cui alla dgr 7/12287 del 4 marzo 2003*
- Dgr. n. 15690 del 18 dicembre 2003, *Recepimento dell'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici" – 24 luglio 2003*
- Dgr. n. 14059 del 8 agosto 2003, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2002, non coperte da tariffe predefinite – secondo provvedimento*
- Dgr. n. 12914 del 9 maggio 2003, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2002, non coperte da tariffe predefinite*

- Dgr. n. 10388 del 20 settembre 2002, *Revoca della dgr n. 7/8581 del 27 marzo 2002 e trasferimento delle funzioni di cui all'art. 8 della l. 107/90 dal Centro Regionale Emoderivati all'AO "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese, sede del D.M.T.E. della Provincia di Varese*
- Dgr. n. 9423 del 14 giugno 2002, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2001, non coperte da tariffe predefinite*
- Dgr. n. 8075 del 18 febbraio 2002, *Modifica e integrazione della deliberazione n. VII/7087 del 23 novembre 2001 recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2002"*
- Dgr. n. 6596 del 29 ottobre 2001, *Piano di formazione per il personale sanitario infermieristico, tecnico e di riabilitazione. Determinazioni in materia di strutture sanitarie da accreditare a fini formativi per il personale di area sanitaria. Anno Accademico 2001/2002*
- Dgr. n. 5348 del 2 luglio 2001, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 2000, non coperte da tariffe predefinite*
- Dgr. n. 5349 del 2 luglio 2001, *Nuovi criteri per la remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati non coperte da tariffe predefinite per gli anni 2001/2002*
- Dgr. n. 2801 del 22 dicembre 2000, *Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per il solo anno 1999, non coperte da tariffe predefinite*
- Dgr. n. 2800 del 22 dicembre 2000, *Integrazione del nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle unità operative di neuropsichiatria infantile e definizione delle relative tariffe*
- Dgr. n. 46797 del 3 dicembre 1999, *Determinazioni in relazione alle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML)*
- Dgr. n. 45819 del 22 ottobre 1999, *Complesso degli interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di emergenza ed urgenza 118 in esecuzione dei provvedimenti di riordino assunti dalla Regione Lombardia con d.g.r. n. 27099 in data 8 aprile 1997, d.c. n. VI/932 in data 17 giugno 1998 e dgr n. 37434 in data 17 luglio 1998*
- Dgr. n. 40903 del 29 dicembre 1998, *Determinazioni in ordine all'erogazione dell'assistenza sanitaria, in regime di Servizio Sanitario Nazionale, in Lombardia, per gli anni 1999 e 2000 ed in merito al finanziamento della spesa corrente per detti esercizi*
- Decreto Direzione Generale Sanità n. 14220 del 21 dicembre 2009, *Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione di attività ed i requisiti basilari di funzionamento dei centri antiveleni*
- Decreto Direzione Generale Sanità n. 12376 del 5 agosto 2005, *Riclassificazione della attività di degenza in area riabilitativa già attualmente accreditate e a contratto, in ottemperanza alla d.g.r. n. 7/19883/2004*
- Decreto Direzione Generale Sanità n. 33144 del 22 dicembre 2000, *Piano per l'attuazione dei controlli sulla BSE in Regione Lombardia*

- Delibera Asl di Sondrio n. 170 del 7 aprile 2011, *Determinazioni dei budget di spesa, relativi ai programmi di bonifica sanitaria negli allevamenti e relativi alle funzioni non tariffabili di sanità pubblica veterinaria per l'anno 2011*

NORMATIVA E ATTI DELLA REGIONE VENETO

- Legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012, *Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016*
- Legge regionale n. 5 del 3 febbraio 1996, *Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/1998*
- Legge regionale n. 56 del 14 settembre 1994, *Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*
- Legge regionale n. 55 del 14 settembre 1994, *Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità Locali socio sanitarie e delle Aziende Ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*
- Circolare n. 1/2001 del 7 febbraio 2001, *Bilancio economico preventivo e budget generale anno 2001*
- Dgr. n. 951/2011 del 5 luglio 2011, *Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2011 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 3473/2010 del 30 dicembre 2010, *"Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2010 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 3494/2009 del 17 novembre 2009, *"Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2009 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 2690/2008 del 23 settembre 2008, *Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2008 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 2190/2008 del 8 agosto 2008, *Rete regionale integrata per l'emergenza in cardiologia pediatrica*
- Dgr. n. 3461 del 30 ottobre 2007, *Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2007 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 3595 del 15 novembre 2006, *Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2006 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 3791 del 6 dicembre 2005, *Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'anno 2005 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Art. 41, l.r. 5/2001. dgr 84/CR del 9/8/2005*
- Dgr. n. 1179 del 28 marzo 2000, *Art. 14 l.r. 21/89. Modifiche ed integrazioni alla DGRV n. 1229/98 concernente: "Art. 14 l.r. 21/89. Modifiche ed integrazioni al P.S.S.R. 1989/1991 già modificato con DGRV 1779/94 e DGRV 1705/95 – in applicazione dell'intesa Stato-Regioni*

sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza/urgenza, in applicazione del DPR 27.03.92

ATTI DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

- Dgr. n. 653/2012, del 21 maggio 2012, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012*
- Dgr. n. 732/2011, del 30 maggio 2011, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011*
- Dgr. n. 2162, 27 dicembre 2010, *Finanziamento del SSR anno 2010: riparto e assegnazione alle aziende sanitarie regionali del finanziamento della funzione "emergenza e 118"*
- Dgr. n. 2271, 27 dicembre 2010, *Programma degli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti - assegnazione e concessione finanziamenti per la realizzazione dei progetti-anno 2010*
- Dgr. n. 2186, 27 dicembre 2010, *Disciplina delle attività di trapianto di organi da donatore vivente ai sensi del D.M. 16 aprile 2010, n. 116*
- Dgr. n. 1684, 8 novembre 2010, *Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2010: riparti e assegnazioni a favore delle aziende sanitarie*
- Dgr. n. 234, del 8 febbraio 2010, *Finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2010*
- Dgr. n. 2186, del 21 dicembre 2009, *Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2009: determinazioni conseguenti all'intesa stato regioni del 26.11.2009 e riparti di competenza*
- Dgr. n. 2187, del 21 dicembre 2009, *Fondo sanitario regionale 2009: riparto a favore delle aziende sanitarie per il finanziamento della funzione 'Emergenza e 118'*
- Dgr. n. 2106, del 21 dicembre 2009, *Programma pluriennale degli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti - assegnazione e concessione finanziamenti per la realizzazione dei progetti - anno 2009*
- Dgr. n. 1176, del 27 luglio 2009, *Provvedimenti in ordine al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2009*
- Dgr. n. 2132, del 09 dicembre 2008, *Fondo sanitario regionale 2008: ulteriore riparto a favore delle aziende sanitarie*
- Dgr. n. 2233, del 15 dicembre 2008, *Programma pluriennale degli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti - assegnazione e concessione finanziamenti per la realizzazione dei progetti anno 2008*
- Dgr. n. 797, del 3 giugno 2008, *Fondo sanitario regionale 2008: riparto di fondi a favore delle aziende sanitarie, IOR e ARPA*
- Dgr. n. 602, 28 aprile 2008, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2008;*
- Dgr. n. 686 del 14 maggio 2007, *Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007;*
- Dgr. n. 1051 del 24 luglio 2006, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006*

- Dgr. n. 291 del 14 febbraio 2005, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2005*
- Dgr. n. 1280 del 28 giugno 2004, *Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2004*
- Dgr. n. 896 del 20 maggio 2003, *Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle aziende sanitarie*

GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI USATE NEL TESTO

AIFA: Associazione Italiana del Farmaco

AO ICP: Azienda Ospedaliera Istituto Clinico di Perfezionamento

AO: Azienda Ospedaliera

AREU: Azienda Regionale Emergenza Urgenza

ASL: Azienda Sanitaria Locale denominazione dell'ente pubblico locale di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale in Lombardia

AUSL: Azienda Unità Sanitaria Locale denominazione dell'ente pubblico locale di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale in Emilia Romagna

BDR/SIV: Banca Dati Regionale/Sistema Informativo Veterinario

BSE: Encefalopatia spongiforme bovina

CdC: Casa di Cura, nella nostra analisi questo termini è stato utilizzato per indicare, insieme agli ospedali classificati, le strutture private

COEU: Centrali Operative Emergenza Urgenza

CREU: Coordinamento Regionale Emergenza-Urgenza

DDGS: Decreto Direzione Generale Sanità

DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DEU: Dipartimento Emergenza Urgenza

DG: Direzione Generale

DGR: Delibera di Giunta Regionale

DRG: Diagnosis Related Groups, termine mutuato dalla lingua e dall'esperienza statunitense per indicare la classifica dei ricoveri ospedalieri in base alla stima del loro costo medio, al quale è associata una tariffa per remunerare l'attività necessaria per la cura dell'assistito

EAS: Emergenza ad alta Specialità

EU: Emergenza Urgenza

File F: Flusso dei farmaci a somministrazione diretta

Finanziamento a funzione: termine utilizzato in Emilia Romagna e Veneto per indicare il finanziamento delle funzioni non coperte da tariffe predefinite

Funzioni assistenziali: termine utilizzato nel Decreto legislativo 502/1992 per indicare le funzioni non coperte da tariffe predefinite

Funzioni non coperte da tariffe predefinite: termine utilizzato in Lombardia per indicare le attività sanitarie non remunerate a tariffa, bensì finanziate a funzione

Funzioni non tariffate (o non tariffabili) - FnT: dicitura sintetica per indicare le funzioni non coperte da tariffe predefinite.

GR: Giunta regionale

HBV: Epatite B

HCV: Epatite C

ICP: Istituti Clinici di Perfezionamento

ICPS: Centro Internazionale per gli Antiparassitari e la Prevenzione Sanitaria

ICPS: Centro Internazionale per gli Antiparassitari e la Prevenzione Sanitaria

IOR: Istituto Ortopedico Rizzoli

IOV: Istituto Oncologico Veneto

IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ospedale pubblico o privato di eccellenza nel quale oltre alla terapia ed alla riabilitazione vengono svolte attività di ricerca clinica

ISQ: Indicatore Sintetico di Qualità

LDL: Low Density Lipoprotein, lipoproteine a bassa densità

MDC: Major Diagnostic Category, Categoria Diagnostica Maggiore

MEF: Ministero dell'Economia e della Finanza

NAT: Nucleic Acid Amplification Technology, Tecnica di amplificazione degli acidi nucleici

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

Osp. Univ.: Ospedale Universitario

Ospedale classificato: ospedale retto da un ordine religioso. Nella nostra analisi questa tipologia è inclusa nelle Case di Cura Private (CdC)

Presidio a gestione diretta ASL: con questo termine si intende un presidio ospedaliero gestito direttamente dalla ASL

PS: Pronto Soccorso

PSSR: Piano Socio-Sanitario Regionale

ROD: Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, termine in lingua italiana per indicare i DRG

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario regionale

SSUEm: Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza

STEN: Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale

SUEM: Servizio di Urgenza ed Emergenza

ULSS: Unità Locali Socio Sanitarie denominazione dell'ente pubblico locale di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale in Veneto

UONPIA: Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

UOOML: Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro

APPENDICE

CRITERI PER LA SCELTA DEI CASI DI STUDIO

Il progetto di massima della missione valutativa, approvato dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, prevede un'analisi comparativa fra tre regioni italiane, al fine di riconoscere le differenze e le somiglianze nel finanziamento delle cosiddette *funzioni sanitarie non coperte da tariffe predefinite*, confrontare le modalità di gestione e controllo adottate nell'arco di un triennio, per costruire un quadro conoscitivo utile a comprendere meglio l'esperienza lombarda.

Perché tali confronti risultino significativi rispetto alle caratteristiche della Lombardia, è stato ipotizzato di operarli fra Regioni che abbiano sistemi sanitari il più possibile simili. Per individuare somiglianze e differenze si è fatto ricorso a parametri ampiamente diffusi in letteratura:

- a) **Dimensioni** – Copertura di livelli equiparabili di attività sanitaria (risorse stanziare e offerta ospedaliera nelle regioni).
- b) **Performance** – Raggiungimento di livelli equiparabili di prestazione (disavanzo sanitario cumulato dalle diverse regioni e Indicatore Sintetico di Qualità (ISQ)).
- c) **Soggetti** – Organizzazione di sistema equiparabile per attori che erogano le prestazioni (pubblici e privati).

L'analisi di questi parametri ha avuto l'obiettivo di individuare una rosa di Regioni all'interno della quale il Comitato possa scegliere i due casi da comparare con la Lombardia.

DIMENSIONI – RISORSE E OFFERTA OSPEDALIERA

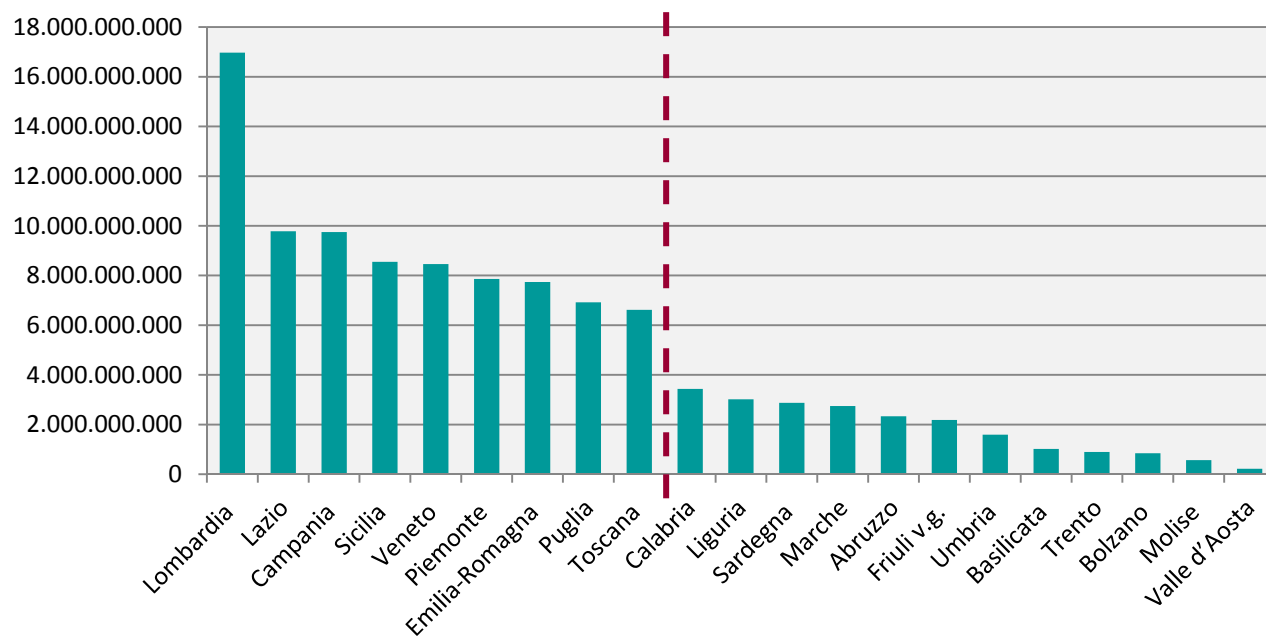
Per l'anno 2011, il Fondo Sanitario Nazionale che ammontava a 104,4 miliardi di euro, è stato ripartito tra le regioni italiane secondo le seguenti quote:

Figura 1 – Ripartizione tra le regioni italiane del Fondo Sanitario Nazionale, anno 2011, (Euro)

REGIONI	Quota riparto
Abruzzo	2.333.343.482
Basilicata	1.019.438.171
Bolzano	847.255.705
Calabria	3.435.931.958
Campania	9.745.762.549
Emilia-Romagna	7.741.748.671
Friuli VG	2.187.800.839
Lazio	9.779.898.142
Liguria	3.015.226.812
Lombardia	16.972.121.580
Marche	2.743.452.885
Molise	567.543.811
Piemonte	7.862.042.000
Puglia	6.920.990.774
Sardegna	2.871.398.100
Sicilia	8.549.279.757
Toscana	6.614.542.479
Trento	899.079.267
Umbria	1.592.607.863
Valle d'Aosta	221.985.287
Veneto	8.459.356.257

Fonte: Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni

Figura 2 – Ripartizione tra le regioni italiane del FSN, in ordine decrescente, anno 2011, (Euro)



Ordinando in senso decrescente le regioni in base alla ripartizione del FSN, si evidenzia un salto tra Toscana e Calabria (come mostrato nella figura 2), poiché la quota di riparto della prima è circa il doppio di quella della seconda.

Le regioni che dispongono di maggiori risorse sono nell'ordine: **Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Puglia e Toscana.**

Queste stesse regioni, in ordine leggermente diverso, costituiscono anche il gruppo di quelle che garantiscono l'offerta ospedaliera più elevata in termini di posti letto e Istituti di cura.

Figura 3 – Offerta ospedaliera nelle regioni italiane: istituti di cura pubblici e privati accreditati in ordine decrescente rispetto ai posti letto, anno 2008

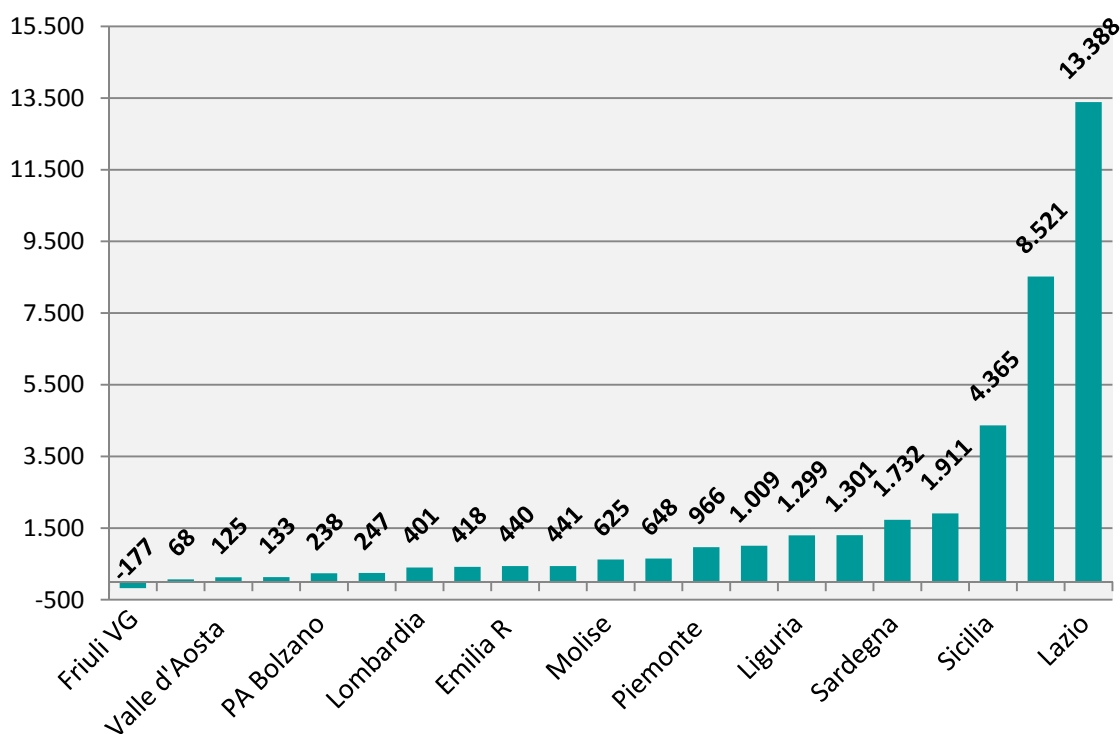
REGIONI	Istituti di cura	Posti letto
Lombardia	133	37.116
Lazio	145	24.707
Campania	124	17.728
Emilia-Romagna	73	17.530
Veneto	53	17.296
Piemonte	81	16.416
Sicilia	133	15.575
Puglia	74	14.444
Toscana	71	12.211
Calabria	73	6.744
Sardegna	44	6.482
Liguria	16	5.656
Marche	46	5.619
Abruzzo	35	4.832
Trentino-Alto Adige	26	4.206
Friuli-Venezia Giulia	21	4.169
Umbria	16	2.640
Trento	14	2.230
Bolzano	12	1.976
Basilicata	11	1.837
Molise	10	1.490
Valle d'Aosta	1	400

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

PERFORMANCE – DISAVANZO SANITARIO CUMULATO DALLE DIVERSE REGIONI

Una misura che nelle analisi di settore viene indicata come termometro in grado di riflettere le criticità istituzionali, organizzative o gestionali dei sistemi sanitari regionali è il disavanzo sanitario cumulato. Consiste nella somma dei risultati di esercizio annuali (differenza tra ricavi e costi) nelle diverse regioni. Nel grafico seguente (figura 4) viene calcolato considerando un periodo di 10 anni (dal 2001 al 2010).

Figura 4 – Disavanzo sanitario cumulato per regione in ordine crescente, anni dal 2001 al 2010 (milioni di Euro)



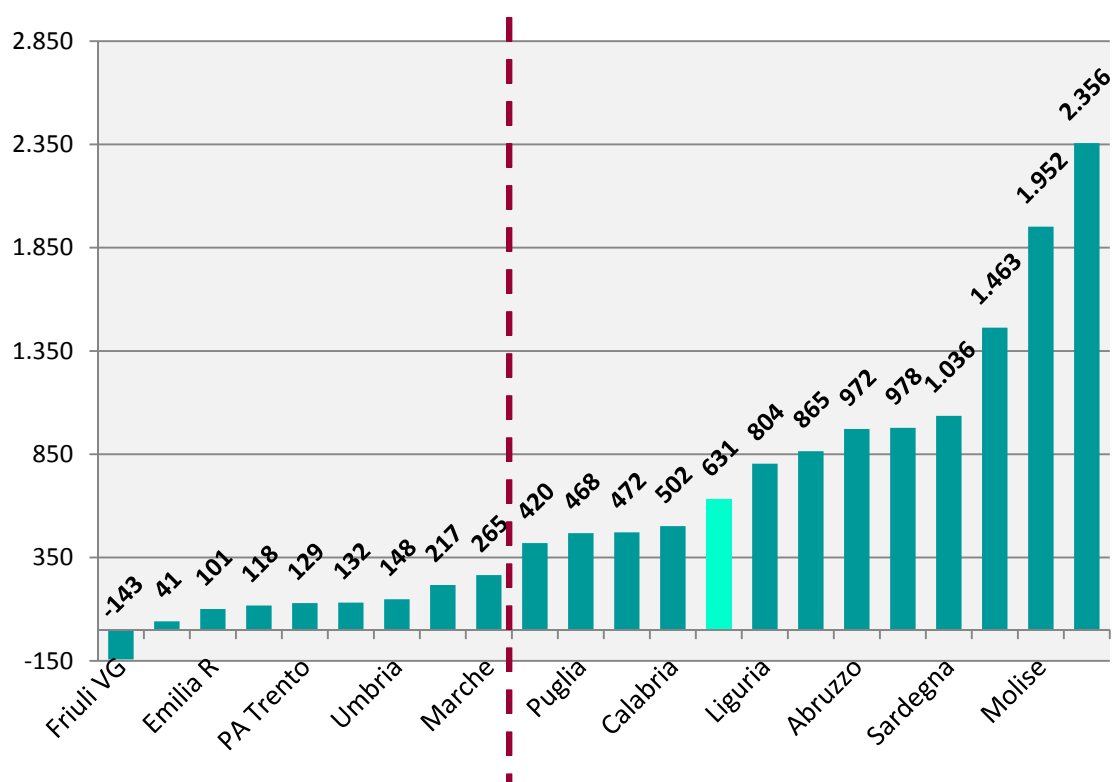
Fonte: Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2011

Il disavanzo sanitario regionale rappresenta un fenomeno localizzato prevalentemente nel Centro-Sud del Paese. Esistono notevoli differenze nei livelli di equilibrio economico-finanziario raggiunti dalle singole regioni (figura 4). Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% del livello nazionale. La situazione è peggiorata nel tempo e il disavanzo di queste regioni è cresciuto quasi costantemente nel corso degli anni arrivando a costituire nel 2010 il 66% di quello complessivo. Considerando il disavanzo cumulato in un periodo di 10 anni, dal 2001 al 2010, **Sicilia**, **Lazio** e **Campania**, da sole arrivano al 69% di quanto cumulato a livello nazionale. La Regione Lazio è quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato più elevato.

I valori procapite modificano leggermente questa graduatoria (figura 5), ma ripresentano comunque all'ultimo posto il **Lazio**, preceduto da **Molise**, **Campania**, **Sardegna** e **Valle d'Aosta**.

Le regioni che hanno accumulato i disavanzi più contenuti sono invece il **Friuli Venezia Giulia** (che presenta anzi un avanzo procapite cumulato di 143 euro), la **Lombardia** (che presenta un valore di disavanzo procapite cumulato pari a 41 euro), l'**Emilia Romagna**, la **Toscana** e il **Veneto** (rispettivamente 101, 118 e 132 euro).

Figura 5 – Disavanzo sanitario procapite cumulato per regione in ordine crescente, anni dal 2001 al 2010 (Euro)



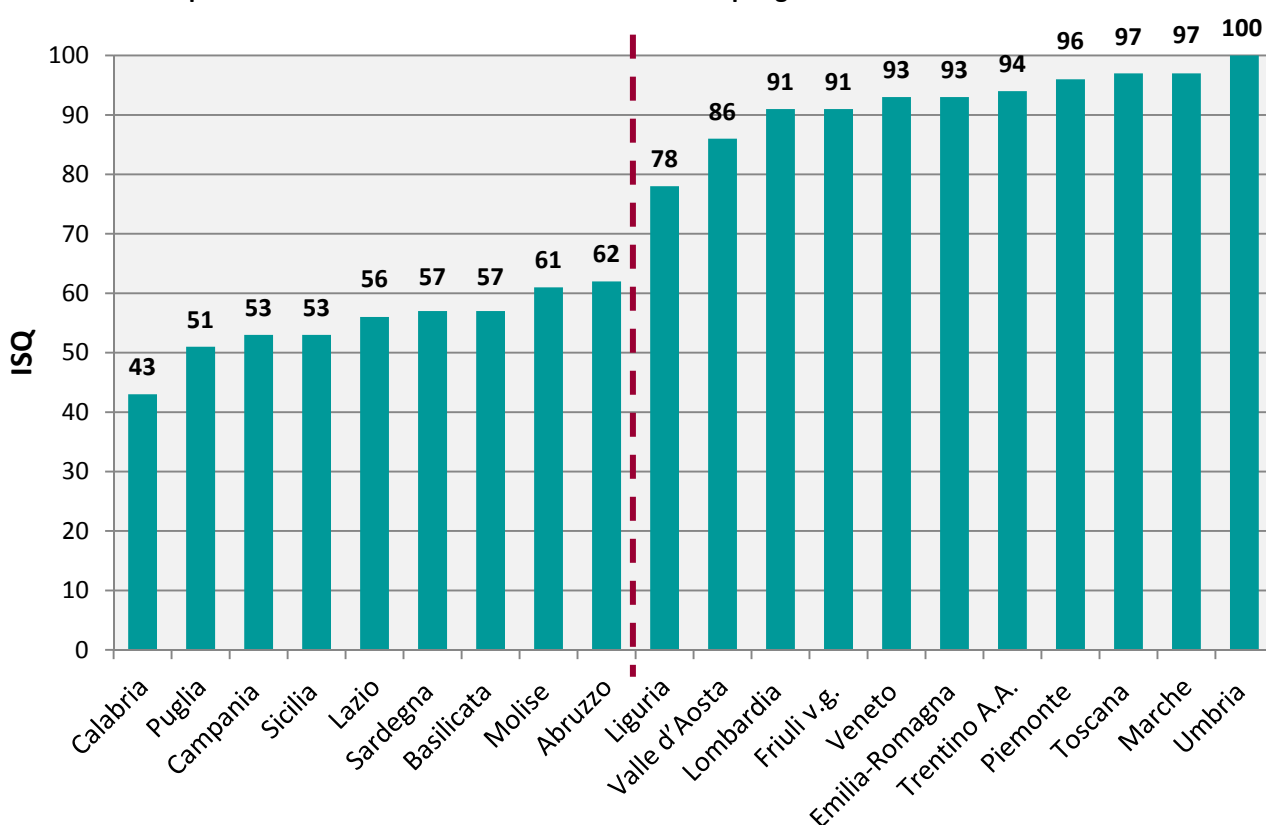
Fonte: Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2011

PERFORMANCE – INDICATORE SINTETICO DI QUALITÀ (ISQ)

Il centro di ricerca CERM ha elaborato un **Indicatore Sintetico di Qualità (ISQ)**, con la finalità di comparare le prestazioni dei diversi sistemi sanitari regionali¹⁷³. Per approssimare la qualità dei servizi sanitari si fa riferimento a quattro gruppi di indicatori: indicatori di *outcome*, per considerare l'efficacia degli interventi; indicatori del livello di soddisfazione delle famiglie (derivanti dall'indagine multiscopo dell'ISTAT); indicatori della mobilità interregionale, per considerare le scelte dei cittadini o dei medici di rivolgersi a strutture esterne alla regione; indicatori del rischio di ospedalizzazione nelle diverse regioni, per considerare le diverse condizioni di partenza da fronteggiare.

L'ISQ del sistema sanitario regionale è costruito come media pesata degli indicatori riassuntivi dei quattro gruppi¹⁷⁴. La figura 6 riporta gli indicatori di qualità delle regioni, con il valore della più virtuosa (Umbria) posto pari a 100 e gli altri ricondotti in proporzione. Tutto il Sud e Isole, con l'aggiunta del **Lazio**, appare in situazione nettamente diversa dal resto del Paese.

Figura 6 – Indicatore sintetico di qualità (ISQ) delle prestazioni sanitarie – Umbria = 100, per costruire l'indicatore sono stati utilizzati dati per gli anni dal 1998 al 2006



Fonte: CERM

Le regioni su livelli equiparabili di performance sono invece: **Umbria, Marche, Toscana, Piemonte, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Valle d'Aosta e Liguria.**

¹⁷³ Istituito nell'ottobre 2003, il CERM - Competitività, Regolazione, Mercati, è un centro di ricerca indipendente presieduto e diretto dal **Prof. Fabio Pammolli**, docente di Economia e Management presso l'Università di Firenze e Direttore di IMT Altì Studi Lucca, per maggiori informazioni: <http://www.cermlab.it/>. Oltre all'indicatore elaborato dal CERM esistono altri indicatori compositi per confrontare le performance delle diverse Regioni, come ad esempio quelli elaborati da Vittorio Mapelli in "I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali", Formez, 2007; oppure quelli elaborati per il Ministero della Salute dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna.

¹⁷⁴ Cfr. http://www.cermlab.it/documents/Quaderno2_09_9_Nov_CERM.pdf, pag. 27.

SOGGETTI EROGATORI – SISTEMA DEGLI ATTORI CHE EROGANO LE PRESTAZIONI

Le strutture sanitarie di ricovero possono essere classificate in tre categorie:

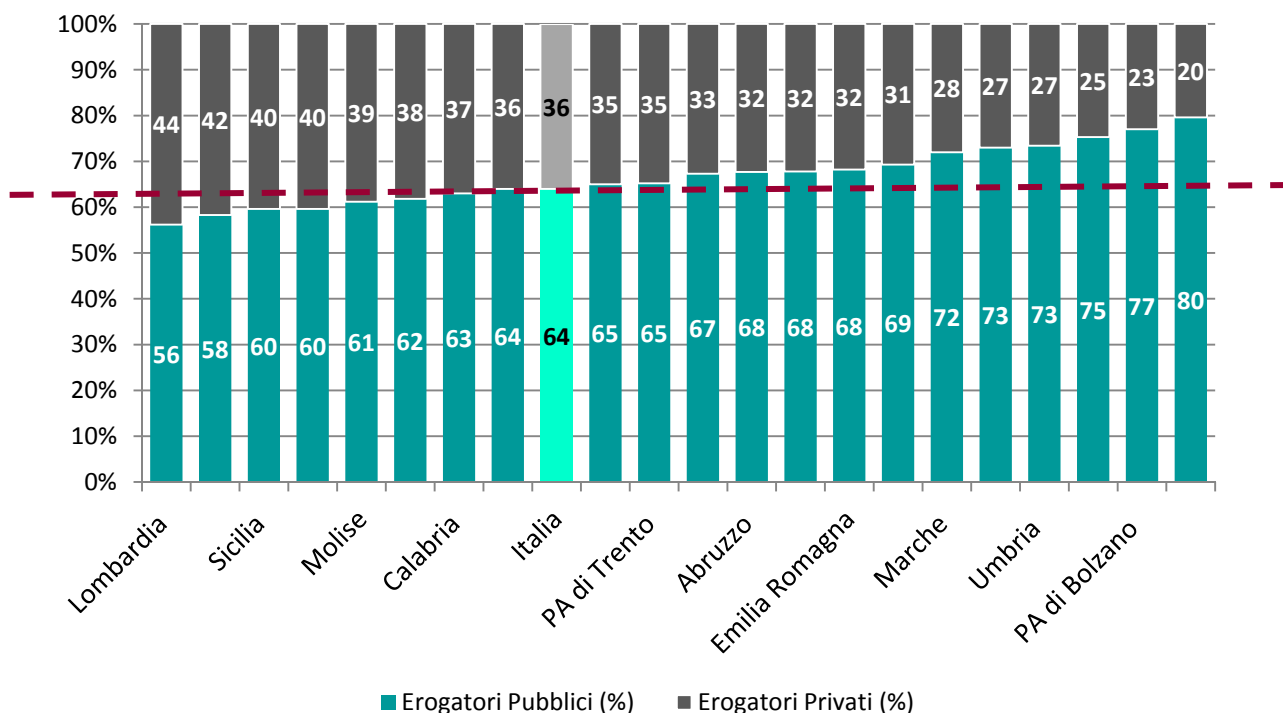
- pubbliche (presidi di Asl e AO)
- equiparate alle pubbliche (IRCCS pubblici e privati, Policlinici a gestione diretta dell'Università pubblici e privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio Asl, Enti di ricerca)
- case di cura accreditate e non accreditate

L'esame delle diverse tipologie mette in luce in modo molto evidente alcune differenze tra regioni e ne consente un confronto. Analizzando in particolare i costi del servizio sanitario emergono diversi modelli erogativi adottati e allocazioni diverse di risorse tra offerta sanitaria pubblica e privata (figura 7).

La distribuzione dei costi evidenzia il diverso peso riservato ai servizi sanitari erogati direttamente rispetto a quelli acquistati da erogatori privati. La suddivisione media nazionale indica il 63,5% dei costi riconducibili ad assistenza erogata da enti a gestione diretta e il 36,5% ad assistenza erogata da enti privati convenzionati e accreditati.

A livello regionale invece si evidenziano due modelli estremi: in sei casi (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Marche) vi è una netta prevalenza del ricorso agli erogatori a gestione diretta (i cui costi superano il 70% del totale), in quattro casi è, invece, importante il ricorso a erogatori privati: **Lombardia, Lazio, Puglia e Sicilia**.

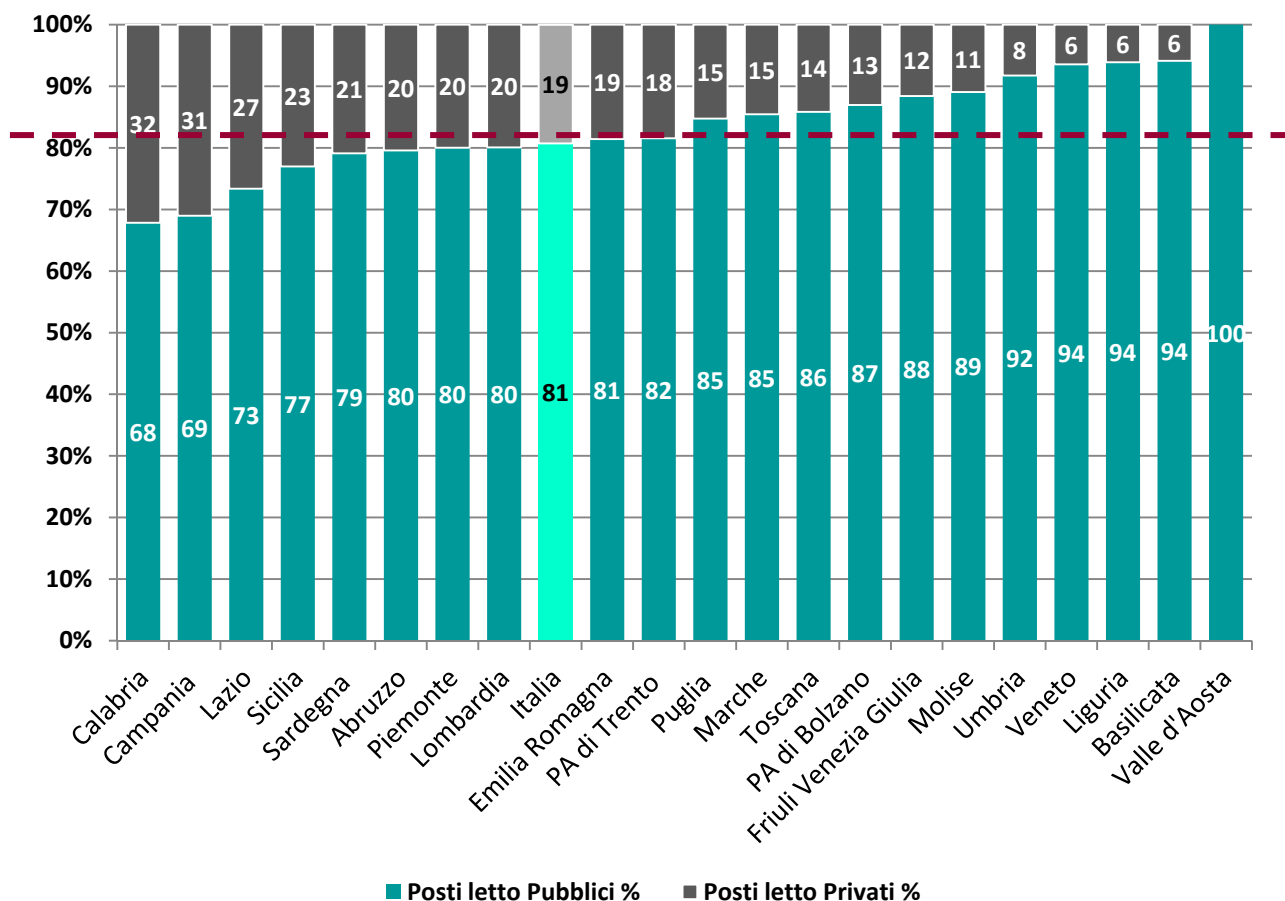
**Figura 7 – Percentuale dei costi dell'assistenza sanitaria per tipologia di erogatore – anno 2010
enti a gestione diretta (erogatori pubblici) ed enti convenzionati o accreditati (erogatori privati)**



Fonte: Ministero della Salute

A livello nazionale la dotazione di posti letto per acuti e non acuti è complessivamente di circa 250.000 unità; circa l'80% è offerto da strutture pubbliche o equiparate, mentre il 20% da strutture private accreditate (figura 8). **Calabria, Campania, Lazio e Sicilia** sono le regioni con la più alta percentuale di posti letto in strutture private accreditate.

Figura 8 – Posti letto dei reparti ospedalieri per acuti e non acuti – strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e case di cura private accreditate (anno 2009)

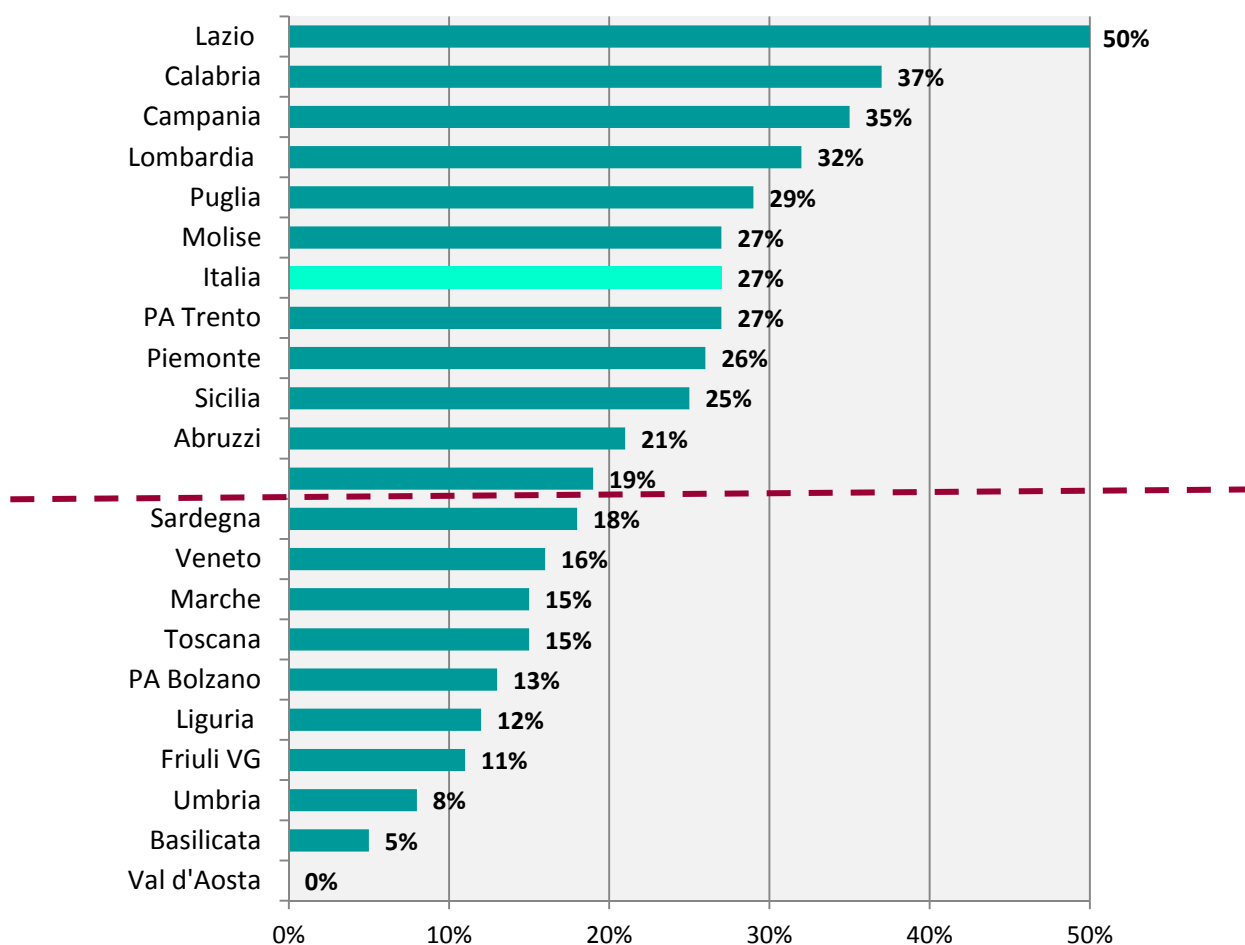


Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute

La lettura di questi dati ministeriali, per quanto indicativa della distribuzione di posti tra strutture pubbliche e private accreditate, deve comunque tener conto che tra le strutture pubbliche sono incluse anche quelle equiparate, anche se fra queste ultime vi è una quota rilevante di istituti privati. Ciò significa che gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (come avviene ad esempio per il San Raffaele in Lombardia o il Policlinico Gemelli in Lazio).

Per superare questo limite, il Cergas Bocconi ha rielaborato i dati ministeriali includendo tra gli erogatori privati anche gli IRCCS di diritto privato, i Policlinici privati, gli Ospedali classificati e gli Istituti qualificati presidio Asl, in modo da descrivere più compiutamente l'incidenza dei posti letto offerti da soggetti privati. Le regioni che risultano avere una quota di privato più consistente sono: **Lazio, Calabria, Campania, Lombardia e Puglia.**

Figura 9 – Incidenza Posti letto privati per acuti e non acuti, in regime ordinario e day hospital (anno 2007)



Fonte: Elaborazioni Cergas Bocconi, rapporto OASI, su dati del Ministero della Salute

Ai fini della selezione secondo il terzo criterio (Soggetti erogatori), utilizzeremo questa seconda rappresentazione della quota di soggetti privati nei sistemi sanitari regionali (figura 9), ottenuta dal CERGAS attraverso l'elaborazione dei dati ministeriali.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

A riepilogo dell'analisi svolta, abbiamo costruito una tabella di sintesi che agevoli l'individuazione delle regioni più simili alla Lombardia per presenza dei criteri considerati.

La tabella è stata costruita come segue:

- in base al riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale (figura 1) le regioni che presentano un criterio dimensionale più simile sono nove; oltre alla Lombardia, che necessariamente fa parte della rosa delle regioni da considerare, abbiamo individuato le prime 8 regioni che si collocano in ranking per ciascuno dei tre criteri;
- abbiamo escluso le Province autonome di Trento e Bolzano, comunque non comparabili per dimensioni territoriali e assetto amministrativo;
- abbiamo ordinato in tabella le regioni in ordine decrescente per numero di criteri presenti, tra tutti quelli osservati.

Regioni	Criteri dimensionali		Criteri di performance		Criteri per erogatori	
	Risorse del FSN	Offerta posti letto (PL)	Disavanzo sanitario procapite cumulado	ISQ	% Costi assistenza dei soggetti privati	Incidenza PL dei soggetti privati
Piemonte	•	•	•	•	•	•
Emilia Romagna	•	•	•	•		•
Veneto	•	•	•	•	•	
Toscana	•	•	•	•		
Campania	•	•			•	•
Lazio	•	•			•	•
Sicilia	•	•			•	•
Puglia	•	•			•	•
Marche			•	•		
Umbria			•	•		
Molise					•	•
Abruzzo						•
Valle d'Aosta				•		
Basilicata			•			
Friuli VG			•			
Trentino				•		
Calabria					•	

Questa selezione, attraverso i criteri a cui abbiamo fatto riferimento (Dimensioni – Performance – Soggetti erogatori), consente di ridurre il gruppo di regioni tra le quali scegliere i casi di studio da 19 a 8:

- **Piemonte** – in base ai criteri considerati, costituisce la regione con le caratteristiche più equiparabili alla Lombardia (6 punti in comune su 6). Va tenuto conto tuttavia che il metodo che abbiamo utilizzato non valorizza la “distanza” tra le regioni, ma considera solamente la loro eventuale inclusione tra le prime 8, una volta ordinate secondo i criteri sopra descritti. In pratica questa selezione ci dice che la sanità del Piemonte è simile a quella lombarda, ma non possiamo dire di quanto. Tuttavia nel corso dell’analisi documentale preliminare si è evidenziata una notevole difficoltà nell’accedere alle informazioni.
- **Emilia Romagna e Veneto** – sono regioni che presentano le caratteristiche necessarie per essere comparate alla Lombardia, con cui hanno 5 punti in comune su 6, rispetto ai tre criteri di selezione utilizzati.
- **Toscana** – è una regione equiparabile alla Lombardia per dimensioni e livello di performance. In base alle tipologie di erogatori dei servizi sanitari possiamo invece affermare che i due sistemi sono molto distanti.
- **Lazio** – i dati evidenziano meno punti in comune con la Lombardia rispetto a quanti ne evidenzia ad esempio il Piemonte (in particolare il Lazio si differenzia secondo il criterio della performance), ma per i punti in comune (dimensioni e soggetti erogatori) le similitudini sono molto marcate.
- **Campania e Puglia** – l’opportunità di considerarle come caso di studio va attentamente esaminata rispetto alle notevoli criticità che evidenziano in termini di equilibrio finanziario e difficoltà nel reperire i dati.
- **Sicilia** – è una regione che presenta le caratteristiche necessarie per essere comparata alla Lombardia. Va tuttavia tenuto conto del suo essere una regione autonoma a statuto speciale. Questa condizione potrebbe creare problemi nel corso di un’analisi comparata, perché necessariamente introduce peculiarità ed aspetti non confrontabili.