

L'impiego delle funzioni non tariffate in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna

Nel febbraio 2012, su iniziativa del **Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione**, d'intesa con la III Commissione consiliare, l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale della Lombardia ha approvato lo svolgimento di una missione valutativa sull'impiego delle funzioni non tariffate in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna. Lo svolgimento della missione valutativa è stata affidata al Servizio Studi e Valutazione delle Politiche regionali del Consiglio regionale.

In evidenza

1. Le attività di assistenza sono finanziate secondo due principali meccanismi: (1) a tariffa, cioè ogni prestazione è rimborsata ad importo fisso (2) a funzione, cioè l'attività viene rimborsata a forfait, perché ha costi non determinabili a priori o perché merita di essere incentivata. Fra le funzioni non tariffate (FnT) rientrano i servizi di emergenza-urgenza, il pronto soccorso, la terapia intensiva, il trapianto d'organi, le attività trasfusionali, la ricerca e la didattica universitaria
2. L'utilizzo del finanziamento a funzione varia molto tra le Regioni, che possono decidere cosa, quanto e chi finanziare. Con quali esiti? Questa ricerca descrive le scelte di Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, attraverso lo studio dei provvedimenti regionali assunti negli anni 2008-2010
3. L'analisi mostra differenze notevoli tra le Regioni nel livello di formalizzazione delle funzioni, nel modo di denominarle, nel dettaglio della loro descrizione, che hanno reso incerto il censimento compiuto attraverso le sole delibere regionali. Questo ha sconsigliato la comparazione tra le regioni e indotto a preferire una rassegna descrittiva dei casi studiati
4. La Lombardia nel 2010 prevede 30 funzioni non tariffate (FnT) finanziate con circa un miliardo di euro - il 6% di tutta la spesa sanitaria regionale - che assegna a oltre 100 strutture. L'81% delle risorse è erogato al pubblico, il 19% al privato; chi ne beneficia di più sono le Aziende Ospedaliere (70%)
5. Il Veneto nel 2010 finanzia 4 funzioni, per una spesa di circa 350 milioni di euro - il 4% della spesa sanitaria totale. Le strutture finanziate sono 30: 6 di queste sono private e assorbono il 4% delle risorse
6. L'Emilia-Romagna nel 2010 finanzia 6 progetti e funzioni sovra aziendali, per una spesa di circa 97 milioni di euro - l'1% della spesa sanitaria totale. Il finanziamento è erogato a 17 strutture pubbliche
7. Il dato più evidente che emerge dall'analisi riguarda la complessità del caso lombardo, che individua un numero elevato di funzioni, adotta molti e diversi criteri di finanziamento, presenta una elevata frammentazione delle risorse, di cui un terzo diviso su 25 FnT

Osservazioni

8. La normativa generale sulle funzioni assistenziali sembra prevedere un utilizzo del finanziamento a funzione in sostituzione di quello tariffario. L'esame dei casi ne mostra invece il frequente uso integrativo rispetto alle tariffe
9. Le tre Regioni esaminate tendono a potenziare funzioni che sostengono le complessità gestionali ed organizzative
10. In Lombardia la rilevanza delle FnT è evidente in ognuna delle dimensioni studiate. Secondo la letteratura, il finanziamento a funzione viene adottato anche per contenere gli effetti distortivi prodotti dal sistema tariffario. Ciò probabilmente è accaduto nel caso della sanità lombarda

Raccomandazioni

L'accorpamento di alcune FnT e la riconsiderazione dei molti criteri oggi in uso per la loro remunerazione potrebbe contribuire alla semplificazione e trasparenza di questa importante componente della spesa sanitaria regionale

Il finanziamento a funzione è una componente della spesa sanitaria che le Regioni determinano in piena autonomia.

Ciò produce esperienze molto diverse e poco conosciute

1. COSA SONO LE FUNZIONI NON TARIFFATE?

Le strutture sanitarie pubbliche e private che offrono assistenza ospedaliera e ambulatoriale vengono remunerate secondo **due meccanismi**:

- a **tariffa**, si remunerano i ricoveri ospedalieri, considerando il costo medio di casistiche cliniche omogenee per consumo di risorse, durata della degenza e profilo clinico (DRG);
- a **funzione** si compensano forfettariamente attività di cui è difficile determinare il costo a priori, che hanno tempi non programmabili o che meritano di essere incentivate.

Le funzioni sono previste da molte Regioni e riguardano un'ampia e variegata casistica di servizi, principalmente ospedalieri. Tra le attività finanziate a funzione vi sono l'emergenza-urgenza, il pronto soccorso, il trapianto d'organi, la terapia intensiva, le attività trasfusionali, la ricerca e la didattica universitaria.

2. GLI OBIETTIVI DELLA MISSIONE VALUTATIVA

Le FnT afferiscono ad un ambito delle politiche sanitarie riservato a scelte autonome delle Regioni, che decidono quali e quante attività sostituire o integrare con finanziamenti a funzione, quante risorse veicolare con questo sistema, a chi corrisponderle e sulla base di quali criteri. L'alta discrezionalità delle Regioni ha prodotto esperienze diverse, poco conosciute e poco esplorate. Su queste premesse il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione ha richiesto una missione valutativa orientata a descrivere in modo approfondito l'utilizzo delle FnT in **Lombardia**, nel triennio **2008-2010**, e ad evidenziare punti di contatto e divergenze con quanto applicato in **Veneto** ed **Emilia-Romagna**, nella convinzione che una riflessione sulle esperienze in corso altrove possa contribuire ad una lettura più approfondita dell'esperienza lombarda.

La ricerca è impostata sull'**analisi documentale** degli atti pubblicati sul web. In letteratura non risultano svolti studi monografici sull'argomento. Alcune ricerche non coprono in modo specifico questo tema, ma in qualche caso hanno costituito un riferimento importante.

3. PRIMI RISULTATI

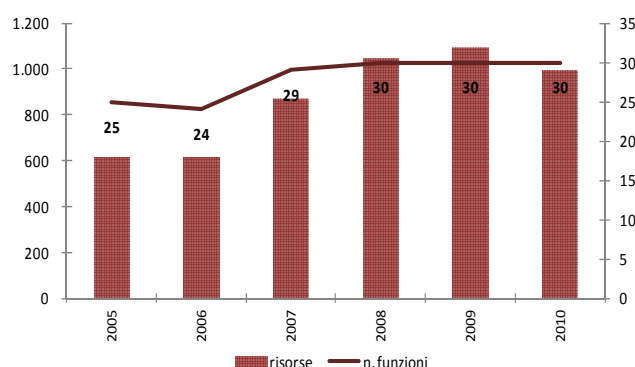
Il primo risultato emerso dall'analisi segnala un **grado di formalizzazione molto diverso** nelle tre Regioni, che si accompagna ad un differente dettaglio descrittivo delle attività sanitarie non remunerate a tariffa. Le Regioni usano anche denominazioni diverse per riferirsi a questo tipo di finanziamento: 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. Le descrizioni molto sintetiche che troviamo in Veneto ed Emilia Romagna e l'alto grado di complessità della Lombardia hanno di fatto consegnato situazioni di **difficile comparazione** che, nel caso dell'Emilia Romagna, lasciano incertezza anche sulla esaustività delle funzioni esaminate. Questa prima evidenza consiglia un diretto esercizio comparativo tra le scelte regionali, in favore della descrizione dei singoli casi.

4. LOMBARDIA

La Lombardia riconosce risorse per circa **1 miliardo di euro** l'anno a **30 FnT**, alcune simili tra loro, altre articolate in molteplici attività. Anche se il numero delle funzioni resta costante, nel triennio intervengono cambiamenti significativi che comportano un incremento di spesa per circa 50 milioni di euro nel 2009 ed una sua diminuzione di circa 100 milioni nel 2010. In un arco temporale più ampio (2005-2010) si registra che, **nel 2007**, l'attivazione di nuove funzioni **incrementa la spesa del 42%** rispetto all'anno prima (le risorse FnT passano da 614 a 870 milioni di euro).

Dal 2008 al 2010 le strutture sanitarie che ricevono

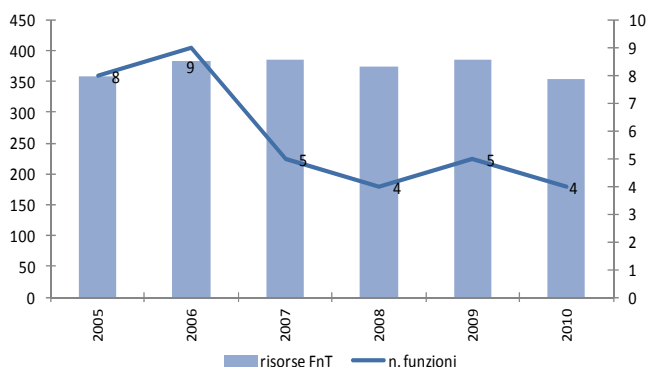
i finanziamenti analizzati passano da 95 a 101 in Lombardia; tra queste vi sono tutte le Asl (15), tutte le aziende ospedaliere (29 AO, oltre all'Azienda Regionale Emergenza-Urgenza), 5 IRCCS pubblici, 13 IRCCS privati e 38 strutture private, tra case di cura e ospedali classificati. Nel triennio le **risorse assegnate al privato** crescono dal 16,7 al 19,4%, per attestarsi al **18,9% del 2010**. In media le risorse FnT del triennio sono erogate per il 70% alle Aziende Ospedaliere, per il 13% agli IRCCS privati, per il 9% agli IRCCS pubblici e



per il 5% alle Case di Cura private. Le Asl ricevono solo il 3% delle risorse perché in Lombardia non erogano assistenza ospedaliera in quanto soggetti acquirenti e non erogatori delle prestazioni sanitarie.

5. VENETO – Il Veneto nel 2010 assegna **354 milioni di euro** al finanziamento di **4 funzioni**.

Nel triennio le variazioni interessano in parte il numero delle funzioni, ma in modo più sostanziale una distribuzione delle risorse tra le funzioni stesse. Nel 2009 la spesa cresce di circa 11 milioni di euro, mentre nel 2010 diminuisce di circa 31 milioni. Nell'arco di tempo più esteso (2005-2010) **l'andamento delle risorse** appare pressoché costante e **stabile**, nonostante la progressiva diminuzione di funzioni, che si dimezzano nell'arco dei sei anni.

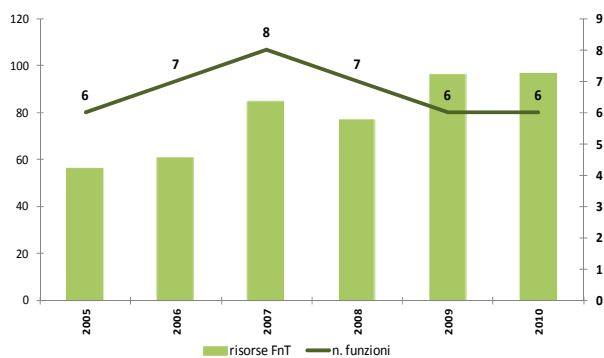


Il Veneto nel 2010 corrisponde finanziamenti a funzione a tutte le 21 Unità Locali Socio Sanitarie, alle due uniche Aziende Ospedaliere della Regione (Padova e Verona), all'Istituto Oncologico Veneto (IRCCS pubblico) e a 6 strutture private (comprendenti 3 ospedali classificati). Negli anni 2008-2010 le **risorse assegnate al privato** passano dal 5 al **4%**. In media le risorse FnT del triennio sono erogate per il 54% alle Unità Locali Socio Sanitarie, per il 40% alle due Aziende Ospedaliere, il 4% alle Case di Cura private, per il 2% all'Istituto Oncologico Veneto (IRCCS pubblico). I finanziamenti a funzione erogati alle due AO aumentano nel triennio di quasi 15 punti percentuali, a fronte di una contrazione di 13 punti che interessa le Uls 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 e con l'incremento di risorse destinate alle "funzioni sovrazionali a valenza provinciale".

6. EMILIA ROMAGNA – L'Emilia Romagna nel 2010 riserva circa **97 milioni di euro** ai "Progetti e funzioni sovra-aziendali – specificità aziendali", articolati in **6 funzioni**.

Nel 2009 le risorse crescono di circa 20 milioni di euro; nel 2010 di 450mila. Nell'arco di tempo più esteso (2005-2010) **l'andamento** appare in crescita.

L'Emilia Romagna eroga risorse per i "Progetti e funzioni sovra-aziendali" 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. In media le risorse FnT del triennio sono erogate per il 62% alle Aziende Unità Sanitarie Locali, per il 28% alle cinque Aziende Ospedaliere, il 10% all'Istituto Ortopedico Rizzoli (IRCCS pubblico). Il finanziamento delle Ausl si contrae di quasi 20 punti percentuali nel triennio, a vantaggio delle 5 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.

7. COMPLESSITÀ DEL CASO LOMBARDO –

La gestione delle FnT in Lombardia è caratterizzata da una forte complessità. Le FnT in Lombardia sono state articolate in un **numero di funzioni piuttosto elevato** fin dal 1999 e cresciuto nel tempo fino ad arrivare alle 30 attuali. In diversi casi, tuttavia, queste funzioni presentano elementi di contiguità e **affinità d'ambito** assistenziale, che renderebbero possibile un accorpamento. Anche i parametri per attribuire i finanziamenti alle strutture sanitarie sono diventati più complessi ed oggi anche su una stessa attività intervengono **criteri numerosi, compositi e variabili** tra le

single annualità. Ne è conseguito un assetto che, per quanto dettagliatamente descritto, risulta di difficile lettura.

Il frazionamento delle funzioni si riflette anche su una significativa **frammentazione delle risorse**: un terzo è ripartito tra 25 funzioni (12 delle quali hanno, ciascuna, un peso inferiore all'1%), mentre due terzi finanziano 5 funzioni soltanto:

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%

8. INTEGRAZIONE O SOSTITUZIONE? – La normativa statale che regola la remunerazione dell'assistenza ospedaliera e ambulatoriale delle strutture sanitarie prevede che le tariffe siano applicate per le attività che non ricadono nei programmi assistenziali da retribuire a funzione. Questo suggerisce un utilizzo alternativo e mutualmente esclusivo dei due meccanismi di finanziamento. Su questo aspetto, non analizzato in letteratura, abbiamo riscontrato letture non univoche nei casi studiati. In **Veneto** appare prevalente un'**applicazione sostitutiva** delle tariffe: il finanziamento a funzione si attiva a sostegno di attività da consolidare e viene solitamente riassorbito quando si definiscono tariffe ritenute sufficienti alla loro piena remunerazione, come avviene ad esempio per la terapia intensiva. In **Lombardia** sembra prevalere la **finalità integrativa**, che si applica 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. La lettura operata in **Emilia Romagna** non è invece compiutamente descritta nei provvedimenti esaminati, a parte il caso dei trapianti, per i quali il finanziamento a funzione risulta integrativo di apposite tariffe.

9. UN ORIENTAMENTO COMUNE – L'analisi ha messo in evidenza un tratto comune alle tre Regioni esaminate, ossia la tendenza a potenziare le funzioni che compensano **le complessità gestionali e organizzative** delle strutture sanitarie, piuttosto che attività di cura in senso stretto. 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 sovraziendali a valenza provinciale; l'istituzione delle funzioni di alta specialità che l'Emilia-Romagna destina alle Aziende Ospedaliere e allo IOR.

10. UN EFFETTO CORRETTIVO – Il sistema dei DRG ha conseguito importanti risultati (prima di tutto la maggiore appropriatezza dell'uso delle risorse) ma nel contempo ha indotto alcuni **rischi**, come ad esempio i possibili comportamenti opportunistici degli operatori. Inoltre la tariffazione uniforme non valorizza adeguatamente la complessità delle strutture erogatrici. Per questi motivi in letteratura viene avanzata l'ipotesi che le FnT possano **contenere o correggere eventuali effetti distorsivi** prodotti dai sistemi tariffari. Il modello organizzativo della sanità lombarda applica le tariffe in maniera più estesa che altrove e ciò potrebbe richiedere una maggiore necessità di riequilibrio. Già nel 2002 il Cergas osservava l'esigenza di un ruolo crescente delle FnT in Lombardia per smussare il meccanismo competitivo legato alle tariffe.

RACCOMANDAZIONI – Per studiare il caso lombardo è stato necessario operare una categorizzazione originale delle funzioni previste: la forte complessità del sistema, frutto di aggiunte e correzioni che si sono stratificate nel tempo, non avrebbe altrimenti permesso di comprendere le principali aree d'intervento. Questa complessità si riflette nella elevata frammentazione delle risorse e nella complessità dei criteri che regolano le FnT, di cui si è detto. La **revisione dei criteri di remunerazione, il riordino e l'accorpamento delle funzioni** possono rendere più semplice e trasparente la gestione di questa importante componente della spesa sanitaria regionale.