

Serie Ordinaria n. 18 - Mercoledì 03 maggio 2023

**D.g.r. 27 aprile 2023 - n. XII/179**
**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 2022**

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il 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 modifiche ed integrazioni;
- il d.m. Sanità 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 ed i servizi extra-ospedalieri e le relative linee guida;
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

Richiamata la d.g.r. n. XI/2014 del 31 luglio 2019 «Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019» con la quale:

1. è stata approvata la ripartizione delle risorse da destinarsi a ciascuna tipologia di funzione entro il limite massimo ivi individuato;
2. sono stati individuati i criteri per l'assegnazione delle funzioni non tariffabili a decorrere dall'esercizio 2019 con il relativo razione;
3. è stato stabilito che le attribuzioni lorde, per ogni singolo ente erogatore di diritto privato, non potranno superare del 5% quanto assegnato dalla Giunta per l'esercizio 2018. Il valore complessivo così determinato per i soggetti di diritto privato, se superiore al valore di 115,5 Milioni di euro, sarà ridotto di una percentuale, uguale per tutti gli enti, necessaria a ricondurre la valorizzazione lorda al predetto tetto massimo di 115,5 milioni di euro;

Richiamata la d.g.r. n. XI/5941 del 07 febbraio 2022 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio-sanitario per l'esercizio 2022 - (di concerto con l'Assessore Caparini)» e, in particolare, il capitolo 2, 'Utilizzo delle risorse a finanziamento del Sistema', un importo complessivo fino a 817,5 milioni di euro per l'attribuzione di funzioni non tariffabili alle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise:

- fino a 702 ml/Euro per erogatori pubblici,
- fino a 115,5 ml/Euro per erogatori privati;

Richiamata la d.g.r. n. XI/6708 del 18 luglio 2022 «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 2021» e, in particolare, il paragrafo 8, in cui si indica di rimodulare, a partire dall'anno 2022, senza incrementi a livello complessivo, gli importi massimi di alcune funzioni;

Preso atto che l'analisi delle componenti di costo delle diverse attività considerate si deve basare oltre che sulla verifica dei dati delle aziende di diritto pubblico, anche dei corrispondenti elementi di contabilità analitica delle strutture di diritto privato beneficiarie degli interventi e che la fornitura alla DG Welfare dei dati di contabilità analitica da parte di tutti i soggetti erogatori è condizione necessaria ed indispensabile per poter accedere all'istituto di finanziamento delle funzioni non tariffabili;

Preso atto, altresì, del fatto che il competente ufficio della DG Welfare ha attivato la procedura per la raccolta dei dati a partire dall'anno 2020 e che qualsiasi valutazione di merito potrà essere effettuata solo avendo raccolto i dati relativi ad almeno un triennio, escludendo o normalizzando le annualità influenzate dagli effetti della pandemia in atto;

Precisato che, in ogni caso, la fornitura degli elementi di contabilità analitica da parte degli erogatori di diritto privato riferite alle annualità a partire dal 2020, una volta completata la loro acquisizione, sarà utilizzata per il perfezionamento delle istruttorie successive all'annualità 2023 e che, conseguentemente, i valori economici relativi a quest'ultima non subiscono modifiche per effetto di tale conferimento;

Ricordato che la d.g.r. n. XI/2672 del 16 dicembre 2019 al paragrafo 2.4 'Funzioni non coperte da tariffe predefinite e maggiorazioni tariffarie' (così come la summenzionata deliberazione n. XI/2014/2019) ha sancito la necessità di programmare con i competenti uffici della Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS) una attività di verifica periodica sul-

la raccolta e qualità dei dati necessari e, più in generale, sulla implementazione del nuovo sistema delle funzioni non tariffabili;

Dato atto che la verifica con ACSS circa la definizione degli aspetti di miglioramento di questo e degli altri criteri di cui alla d.g.r. n. XI/2014/2019 non incide sulla determinazione dei valori economici di cui al presente provvedimento;

Richiamata la d.g.r. XI/5941 del 7 febbraio 2022 nella parte in cui, al paragrafo «completezza flussi», prevede che al fine di garantire la chiusura del bilancio entro il 30 aprile, dovranno essere garantiti flussi di attività completi per il 15 di febbraio ivi compresi quelli socio-sanitari e non saranno ammesse variazioni successive;

Dato atto che il competente ufficio della DG Welfare ha utilizzato, ai fini dell'istruttoria finalizzata all'assegnazione delle funzioni 2022, i dati dei flussi informativi estratti dal DWH regionale, da considerarsi definitivi alla luce della sopra citata deliberazione;

Richiamate, in ordine alla regolamentazione della presa in carico dei pazienti cronici, le deliberazioni della Giunta Regionale n. X/6551/17, X/7655/17, XI/412/18, XI/754/18 le quali prevedono che le risorse destinate all'accompagnamento della presa in carico (esclusa la quota per il PAI) saranno corrisposte sotto forma di funzione non tariffabile ai soggetti gestori accreditati ed a contratto, in quanto garantiscono un'attività di accompagnamento al percorso di cura;

Precisato che la d.g.r. n. XI/3016/2020:

- ha stabilito che la remunerazione della tariffa di presa in carico riconosciuta agli enti gestori accreditati ed a contratto è riconducibile nell'ambito di applicazione della funzione 9 «Anziani in acuzie», di cui all'allegato 1 della d.g.r. n. XI/2014/2019, il cui rationale ed i riferimenti normativi nazionali possono ben essere ritrovati nella necessità di accompagnamento del paziente evitando o rinviando la fase acuta dello stesso;
- ha dato mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere alla condivisione dei criteri con l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo in coerenza con quanto previsto dal punto 5 del dispositivo della d.g.r. n. XI/2014/2019, adeguando il dettaglio della funzione 9 nell'ambito del successivo provvedimento di riconoscimento delle funzioni per l'esercizio 2019 (analogamente a quanto sopra previsto per il completamento delle attività con ACSS, si darà attuazione a questa previsione una volta adottato il presente provvedimento);

Precisato che:

- Funzione 1 – Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera: la funzione finanzia uno standard minimo di funzionamento dei servizi di Pronto Soccorso e viene rimodulata in base al crescere delle attività.

Ad ogni ospedale sede di PS è attribuito un valore standard di funzionamento calcolato sulla base del costo del personale minimo per il funzionamento e per l'accreditamento al livello assegnato (PS – 900.000 €, DEA I° livello – 3.230.000 €, DEA II° livello – 4.130.000 €).

Alla funzione base sono aggiunte risorse sulla base di due criteri:

- Numero crescente di accessi (esclusi abbandoni) rispetto allo standard ottimale previsto dal d.m. 70/2015 (euro 20.000, 45.000 e 70.000 per i tre livelli). L'incremento di risorse rispetto alla quota base è proporzionale al superamento del numero di accessi rispetto a quelli soglia sopra definiti (nel caso di 25.000 accessi per il PS la formula è la seguente  $900.000 : 20.000 = X : 25.000$ ).
- Per gli ospedali ubicati in area disagiata e per gli ospedali solo specialistici - ortopedici, cardiologici (il riferimento ai presidi pediatrici è rinvenibile nella funzione n.6) - le soglie di accessi previste del d.m. 70/2015 vengono ridotte del 50%.

Per i Punti di Primo Intervento (PPI), solitamente attivi in aree disagiate, si prevede un finanziamento standard annuo di 300.000 euro per ciascun PPI.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 235 (causa mero errore materiale, una delle tabelle di cui alla d.g.r. n. XI/2014/2019 riportava una cifra diversa non corrispondente alla cifra presente nelle schede).

- Funzione 2 – Stroke Unit e Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus: le Stroke Unit sono unità di cura sub-intensiva collocate all'interno dei reparti di Neurologia o inserite in aree critiche pluridisciplinari.

La funzione ricopre il maggiore costo generato dalla presenza e dall'uso di questi posti sub-intensivi comprendendo il costo dei servizi di neuroradiologia interventistica che è prevalentemente da attribuire a questa tipologia di attività. Le Stroke Unit prevedono standard assistenziali elevati e utilizzano sistemi di monitoraggio continuo dei parametri vitali. Il costo giornaliero di un posto in Stroke Unit è maggiore di circa 200 euro rispetto al costo medio di una giornata di degenza in neurologia.

La funzione è calcolata sulla base del numero di ricoveri urgenti per Ictus indipendentemente dalla via terapeutica adottata e dall'esito del trattamento.

Per ogni ricovero in Stroke-Unit di primo livello è attribuito un valore di 1.000 euro a caso (200 euro X 5 gg di degenza) per assorbire il costo dei maggiori standard assistenziali necessari alla gestione dei letti intensivi delle unità neuro vascolari.

Per ogni ricovero in Stroke-Unit di secondo livello è attribuito un valore di 1.500 euro a caso, comprendendo in questo valore anche il costo di gestione della neuroradiologia interventistica.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 15.

- Funzione 3 - Standard aggiuntivi previsti per il Sistema Integrato per l'assistenza al trauma: l'introduzione del Sistema integrato per l'assistenza al trauma (d.d.g. Sanità n. 8531 del 1 ottobre 2012) ha previsto per le strutture già sede di PS standard strutturali ed organizzativi aggiuntivi (rispetto a quelli previsti nei livelli di operatività della rete dell'Emergenza Urgenza).

Gli standard organizzativi degli ospedali della rete del Trauma risultano fortemente integrati con quelli della rete dell'Emergenza Urgenza ed in gran parte sono più onerosi, soprattutto per le strutture di livello superiore della rete (CTS, CTZ con neurochirurgia).

Le disposizioni nazionali in merito alla definizione delle tariffe per le attività di ricovero non prevedono delle tariffe ad hoc per queste attività.

Il contributo della funzione integra le risorse necessarie per il mantenimento degli standard organizzativi e strutturali per tutti gli ospedali sede di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ) con e senza neurochirurgia, Centri traumi di alta specializzazione (CTS).

Il valore base per gli standard organizzativi aggiuntivi previsti dall'accREDITAMENTO ammonta a 0,25 milioni di euro per i PST, 0,8 milioni di euro per i CTZ senza NCHI, 1,1 milioni di euro per i CTZ con NCHI e 1,45 milioni di euro per i CTS.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 40.

- Funzione 4 - Standard Aggiuntivi previsti per la Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI): la funzione copre i costi di attesa di tipo organizzativo (personale) dei servizi di Emodinamica e della UCC a partire da un costo standard minimo per le strutture della rete di piccole dimensioni.

Vengono individuati i casi di trattamento dell'infarto in urgenza con ricovero da Ps con rivascularizzazione percutanea (PTCA con o senza inserimento di stents. La diagnosi di IMA STEMI è identificata dai codici ICD9-CM 410\*1.

I presidi sono classificati in Hub di IV o III livello sulla base del numero di angioplastiche in urgenza eseguite e sulla base della presenza nella struttura di un reparto di UCC e di Cardiochirurgia.

Negli Hub di IV livello con UCC e Cardiochirurgia (20 Ospedali) vengono rimborsati (mediante costo standard di 815.000€) la piena disponibilità di una sala di emodinamica 24h/24 e di una sala di cardiochirurgia (equipe integrata) e di due posti letto in UCC per 24h/24.

Negli Hub di III livello con solo UCC (e senza cardiochirurgia) (22 ospedali) vengono rimborsati (mediante costo standard di 630.000€) la piena disponibilità di una sala di emodinamica 24h/24 e un posto letto in UCC.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 25.

- Funzione 5 - Disponibilità posti ECMO: la funzione riconosce agli Ospedali che hanno disponibili postazioni attrezzate con l'apparecchiatura ECMO risorse tali affinché sia garantita la pronta disponibilità di tali postazioni.

La d.g.r. 2562/2019 la DGW ha ridefinito la composizione delle reti regionali per il trattamento dello shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario e per il trattamento della sin-

drome da insufficienza respiratoria acuta grave, attraverso l'identificazione delle Strutture ospedaliere che in particolare, nell'ambito delle predette reti, stratificate per livelli di complessità strutturale e professionale, sono in grado di utilizzare la procedura ECMO ed eventualmente garantire il trasporto dei pazienti.

La disponibilità di posto attrezzato ECMO aggiunge ai costi tipici della gestione di una terapia intensiva dei costi di ammortamento, di sostituzione dei materiali e di manutenzione che sono stimabili in circa 200.000 euro/anno. Per gli enti che garantiscono la funzione di trasporto alla predetta quota si aggiunge un contributo forfetario pari a 5.000 euro/trasporto effettuato per le attività dell'ECMO Team di trasporto.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 10.

- Funzione 6 - Rete STEN, Culle neonatali in pronta disponibilità, screening neonatale: il trattamento di casi neonatali complessi rappresenta per gli ospedali una delle attività a maggior rischio di insuccesso terapeutico. Di conseguenza sono obiettivi fondamentali la garanzia di livelli di qualità e di dotazione strumentale e tecnologica elevati.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 2396/2019 «Rete Regionale per l'assistenza materno-neonatale: determinazioni in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante» si è provveduto a superare l'impostazione di cui alla d.g.r. n. 17546 del 20 dicembre 1991 e, fra l'altro, a ridefinire la configurazione organizzativa relativa alla Rete dei Centri STEN regionali, dei Punti nascita di riferimento e dei Centri vicarianti.

Nel merito di attività di questo tipo la remunerazione a forfait per DRG non rappresenta un adeguato incentivo rispetto alla necessità di investire in sicurezza, prevenzione e costi di attesa legati alla pronta disponibilità di equipe adeguatamente formate.

La pronta disponibilità delle culle è una esigenza correlata alla efficacia dell'intervento nella fase a valle del trasporto e si configura come «costo d'attesa».

Il valore della funzione è calcolato sulla base dei costi di mantenimento in ognuna delle 5 macroaree in cui è diviso il territorio della Lombardia di una equipe di immediato intervento (l'attività si concentra, per definizione programmatica regionale, su alcuni ospedali che sostengono il costo della funzione).

Il costo annuo per avere sempre disponibile in una macroarea una equipe equivale a circa 850.000 euro all'anno includendo le attività formative e di training (6 medici e 6 infermieri è la stima per la copertura 24h/24). Viene riconosciuta una quota di compartecipazione a tale costo.

Il costo annuo per ogni culla è mantenuto a 100.000 euro / culla come nei precedenti esercizi (ex funzione n. 4)

Il costo del servizio di Screening Neonatale (ex funzione n. 13) è stimato sulla base della CO.AN in 3.000.000 euro.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 8.

- Funzione 7 - Centri di riferimento regionale nell'area dell'emergenza urgenza: in questa funzione si riconoscono i costi di funzionamento di alcuni centri che hanno sede in strutture sanitarie della Lombardia e che svolgono le seguenti funzioni specialistiche:

a) centri antiveleni (IRCCS Fondazione Maugeri - Pavia; ASST Niguarda - Milano e ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo);

b) centro grandi ustioni L. Donati (ASST Niguarda - Milano);

c) disponibilità di camere iperbariche (Istituto Lombardo per la Medicina Iperbarica - Milano; Istituto Clinico Habilita - Zingonia (BG); Istituto Clinico Città di Brescia);

d) odontoiatria in urgenza notturna e festiva (ASST Spedali Civili di Brescia ed IRCCS Policlinico di Milano);

e) Centro di riferimento di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori (Soccorso Violenza Sexuale e Domestica - SVSeD) (IRCCS Policlinico di Milano);

I nomenclatori tariffari vigenti non prevedono delle specifiche tariffe al riguardo. I costi riconosciuti si riferiscono ai fattori produttivi necessari per garantire il funzionamento dei servizi elencati.

## Serie Ordinaria n. 18 - Mercoledì 03 maggio 2023

La funzione viene riconosciuta a seguito di specifica rendicontazione dei costi annualmente trasmessa a Regione Lombardia da parte dei centri e, laddove possibile, di rilevazione degli elementi di contabilità analitica aziendale.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 4,5.

- Funzione 8 – Minori in acuzie: gli ospedali per acuti che trattano minori in reparti pediatrici, in specialità pediatriche o in sezioni pediatriche delle alte specialità sono penalizzati da tariffe non sufficienti a sostenere i costi.

Dai dati di contabilità analitica emerge che non esistono unità operative pediatriche in equilibrio. Complessivamente le tariffe sono inferiori ai costi del 40% per un complessivo di quasi 60 milioni di euro di perdita ogni anno. Il personale assorbe da solo il 90% del valore delle prestazioni di ricovero valorizzate.

Le risorse sono attribuite ai ricoveri registrati in pediatria (codice reparto 39) ed in chirurgia pediatrica (codice reparto 11) in proporzione alla dimensione della attività di ricovero da PS. I minori dimessi dalle due unità vengono pesati per complessità crescente in base al codice DRG. La pesatura viene utilizzata come driver per attribuire le risorse.

Le alte specialità pediatriche (che per numerosità hanno un carattere di servizio sovra territoriale) e le Unità operative pediatriche sono invece sostenute in base ad un valore standard di perdita attesa calcolato sulla base delle rilevazioni di costi e ricavi della contabilità analitica.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 20.

- Funzione 9 - Anziani in acuzie: il sistema di classificazione e finanziamento dei ricoveri dei DRG non prevede una differenziazione tariffaria per la casistica in età avanzata; questa funzione intende fornire uno strumento compensativo per gli ospedali per acuti che trattano molti pazienti anziani; per evitare fenomeni di opportunismo mirati a mantenere in degenza per acuti i pazienti anziani oltre il necessario, la funzione definisce per ogni DRG un limite massimo accettabile di incremento di degenza che rappresenta il driver utilizzato per individuare le risorse integrative assegnabili; la funzione compensa pertanto la bassa produttività per posto letto negli ospedali per acuti che accolgono molti pazienti anziani. Questi pazienti dopo un evento acuto riescono a raggiungere la condizione di stabilità necessaria per la dimissione in tempi superiori rispetto a pazienti più giovani.

La differenza di poche giornate (2,5 media) è tale da non richiedere il trasferimento in altro regime ma incide negativamente sulla produttività e sui ricavi.

In Lombardia la differenza di giornate di ricovero tra pazienti oltre i 75 anni e pazienti con età compresa tra 15 e 75 anni è di 2,5 giorni su una degenza media osservata, per il totale dei casi, di 8,5 giorni. La differenza della durata della degenza a parità di casistica trattata, se non egualmente distribuita negli ospedali, si traduce per gli ospedali che accolgono pazienti anziani nella riduzione dei ricavi a parità o crescita di risorse assistenziali utilizzate.

Per effetto della d.g.r. n. XI/3016/2020 rientra nella remunerazione di tale funzione anche la tariffa di presa in carico riconosciuta agli enti gestori privati accreditati e a contratto. Ai sensi della d.g.r. n. 7655/2017, a tali erogatori «la quota di presa in carico sarà remunerata con le funzioni non tariffabili nel modo seguente: 50% alla validazione del PAI, il 44% con acconti mensili e il saldo finale alla fine dell'esercizio».

In base alla d.g.r. XI/6708/2022 l'importo massimo è stato rimodulato previsto pari ad € 70 mln.

- Funzione 10 – Centri di rilievo regionale: i valori relativi a queste funzioni sono attribuiti sulla base delle rendicontazioni annuali pervenute dai Centri di Riferimento Regionali (CRR) coerentemente alle rilevazioni presenti nei sistemi a contabilità analitica aziendale.

Di seguito l'attività svolta dai CRR e le strutture sanitarie destinatarie di remunerazione:

- I. centri regionale tubercolosi (ASST Valtellina e alto Lario e ASST Niguarda Milano);
- II. registri tumori (ATS del territorio lombardo);
- III. disturbi del comportamento alimentare (ASST Spedali Civili di Brescia);
- IV. centri regionali epilessia (ASST Niguarda Milano – ASST Santi Paolo e Carlo Milano – ASST Fatebenefratelli Sacco Milano – ASST Lodi – ASST Monza – ASST dei Sette Laghi –

ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo – ASST Spedali civili di Brescia – ASST Cremona – ASST Mantova – ASST Valle Olona – IRCCS Besta Milano – IRCCS Ospedale San Raffaele Milano – IRCCS Medea Bosisio Parini (Lc) – IRCCS Mondino Pavia);

V. malattie neuromuscolari e per la patologia metabolica e tumorale nell'infanzia e nell'adolescenza (IRCCS Besta Milano – IRCCS Mondino Pavia);

VI. diagnosi e cura delle cefalee (ASST Spedali civili di Brescia – IRCCS Besta Milano – IRCCS Mondino Pavia);

VII. centro per la sicurezza degli antiparassitari (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano);

VIII. trattamento paralisi cerebrale in età pediatrica mediante impianti di pompe al Baclofen (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano);

IX. progetto Dama e reparto medicina protetta ricovero in urgenza dei detenuti (ASST Santi Paolo e Carlo Milano);

X. centro regionale psicosi infantile (IRCCS Medea Bosisio Parini – Lc);

XI. gestione unità intervento rischi epidemiologici diffusione malattia da virus Ebola (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano);

XII. attività epidemiologica volta allo studio dei rischi ambientali (IRCCS Policlinico di Milano).

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 19.

- Funzione 11 - Complessità di gestione del file F: la distribuzione del file F comporta dei costi crescenti al crescere della dimensione e della complessità della distribuzione; la funzione, sostanziosamente in un parziale contributo dei maggiori costi per la raccolta e la distribuzione di farmaci, si ricollega sia a programmi di assistenza ad elevato grado di servizio reso alla persona sia alla assistenza di patologie croniche o recidivanti. (d.lgs. n. 502/1992, comma 2, lett. a); il d.m. del 31 luglio 2007 istituiva un sistema informativo relativo alla distribuzione diretta o per conto di farmaci (File F); Il rimborso dei farmaci distribuiti è pari o inferiore al prezzo di acquisto rendicontato (tecnicamente una partita di giro), mentre non è previsto un rimborso per i costi di approvvigionamento e di distribuzione che sono interamente a carico delle Aziende; la funzione pertanto assicura una copertura parziale dei maggiori costi sostenuti per gli oneri correlati al percorso di gestione (dall'approvvigionamento alla distribuzione ed alla gestione delle schede AIFA) dei farmaci riferibili al file F. I dati di costo disponibili mostrano un'incidenza dei costi di gestione pari al 1,2% del valore distribuito.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 21.

- Funzione 12 – Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci HIV: è corrisposta una quota forfetaria mensile per la gestione di ogni paziente affetto da HIV.

I pazienti affetti da tale patologia sono sottoposti alla somministrazione di una terapia farmacologica e ad un monitoraggio continuo sugli esiti della stessa con frequenti cambi di dosi e di farmaci in relazione ai risultati ottenuti. Tale monitoraggio è in carico alle unità operative di Malattie Infettive accreditate.

La funzione copre il costo del monitoraggio stimato in 23 euro al mese/paziente; tale somma comprende il costo del personale sanitario per attività di monitoraggio e gestione proattiva delle terapie farmacologiche.

Lo stesso valore di 23 euro rappresenta il costo medico che viene fatto coincidere con il valore della prima visita arrotondato all'Euro superiore e che corrisponde anche al costo medico di circa 20 minuti.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 8.

- Funzione 13 - Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.): con d.g.r. n. X/6472 del 10 aprile 2017 «Modifica della d.g.r.20 marzo 2017, n. X/6359 «Determinazioni in relazione alle Unità operative di medicina del lavoro (UOOML) Nel rispetto della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23» la Giunta regionale ha provveduto ad aggiornare la rete delle U.O.O.M.L. superando integralmente la precedente d.g.r. n. VI/46797 del 3 dicembre 1999 che ne definiva assetto, modalità organizzative e criteri di finanziamento.

Il finanziamento a funzione per l'anno 2022 ammonta a euro 3.500.000 complessivi lordi, è assegnato alle singole ASST e strutture di diritto privato tenendo conto di una quota:

- a) fissa, pari a 116.666,67 euro per ciascuna U.O.O.M.L., per un totale di 1.400.000 euro;
- b) variabile, collegata sia al valore della quota PAT (Posizioni assicurative territoriali) che al valore dell'attività svolta.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 3,5.

- Funzione 14 - Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi: la funzione copre i costi «di produzione» legati all'individuazione dei potenziali donatori, di prelievo, di trasporto, di funzionamento delle équipes non adeguatamente remunerate dalle vigenti tariffe e le attività svolte dai Centri di Riferimento Regionali (CRR).

I valori relativi a questa funzione sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale pervenuta dal Centro Regionale Trapianti (per la parte riferita all'attività di prelievo) e dalle Aziende/Agenzie (per la parte riferita ai Centri di Riferimento Regionali).

Il valore di riferimento per i trasporti di organi mediante perfusione previsto dalla d.g.r. XI 6329/2022 è stato determinato in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti sulla base di stime di costo per i materiali consumabili e l'impegno delle équipes di perfusionisti impiegate nei trasporti.

Di seguito l'attività svolta dai CRR e le strutture sanitarie destinatarie di remunerazione:

- I. banca delle cornee (ASST Monza e IRCCS San Matteo di Pavia);
- II. centro regionale di riferimento per i trapianti (IRCCS Policlinico di Milano);
- III. raccolta e crioconservazione cellule staminali periferiche (ASST Niguarda Milano);
- IV. conservazione di sangue da cordone ombelicale (IRCCS Policlinico di Milano e IRCCS San Matteo di Pavia);
- V. raccolta e conservazione omoinnesti valvolari-vascolari (IRCCS Monzino di Milano);
- VI. cuore artificiale (ASST Niguarda Milano e ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo);
- VII. coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti (ASST Niguarda Milano);
- VIII. trasporto équipes prelievi (Areu);
- IX. banca emocomponenti di gruppi rari (IRCCS Policlinico di Milano);
- X. laboratorio terapie cellulari (ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo).

Il valore massimo della funzione trasporti attribuita ad Areu è stato rideterminato in funzione dei costi rendicontati.

In base alla d.g.r. XI/6708/2022 l'importo massimo è stato rimodulato previsto pari ad € 25 mln.

- Funzione 15 - Ricerca corrente negli IRCCS: la funzione rappresenta un contributo regionale allo svolgimento delle attività di ricerca al fine di evitare che, causa progressiva diminuzione delle risorse, alcuni centri non riescano a mantenere l'attuale livello quali-quantitativo della ricerca.

La funzione è stata calcolata riproporzionando le assegnazioni ministeriali dell'anno 2021 per la ricerca corrente per ogni IRCCS sullo stanziamento stabilito per questa funzione ed assegnando ad ogni struttura 2 quote: la prima pari al 75% della suddetta quota riproporzionata e la seconda ridistribuendo il 25% rimanente sulla base del valore Impact Factor normalizzato certificato dal Ministero per ciascun IRCCS.

Il sistema lombardo di attribuzione delle risorse utilizza gli stessi indicatori del Ministero della Salute; il valore della produzione scientifica è ricavato dalle dichiarazioni presentate da ogni IRCCS al Ministero per ottenere i fondi sulla ricerca corrente.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 73.

- Funzione 16 - Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario: la funzione è volta alla copertura di alcune voci di costo sostenute dagli enti sanitari coinvolti nella rete delle sedi accreditate di RL per la formazione universitaria delle professioni sanitarie.

Le vigenti tariffe non remunerano adeguatamente tutta una gamma di costi collegabili alle attività considerate: costi di produzione legati ai servizi resi agli studenti durante l'anno accademico, quali l'attività didattica svolta da per-

sonale del SSR e il conseguente costo del personale assegnato alle attività formative.

La rilevazione dei costi presso le strutture sede di corso di laurea è stata effettuata da «U.O Personale, Professioni del S.S.R. e Sistema Universitario» su un format standard da questa predisposto; le Università lombarde, appositamente interpellate, hanno comunicato, per ciascun corso attivato, il numero degli studenti dell'anno accademico di riferimento.

Il valore di riferimento per il calcolo di questa funzione è il «costo medio pro-capite» 2022 (CMpro) che si ottiene dal rapporto tra i costi totali rendicontati dalle strutture sanitarie che «ospitano» la formazione universitaria per i profili professionali del personale del Servizio Sanitario Regionale ed il numero totale degli studenti coinvolti.

Per il 2022 tale valore è pari a 2.777 euro che rappresenta il costo standard sostenuto dalle strutture ospedaliere per formare un singolo studente. Nel 2022, per via del meccanismo di attribuzione di un tetto massimo per funzione, tale valore è ricondotto a 2.292 ed è stato riconosciuto per la formazione di 10.906 studenti.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 25.

- Funzione 17 - Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST: le ASST gestiscono una rete composta da strutture che erogano prestazioni specialistiche al di fuori del contesto ospedaliero. Per garantire il funzionamento di queste strutture, a volte collocate in distretti privi di altre strutture d'offerta, le Aziende si assumono un onere significativo e non sufficientemente remunerato.

Il mix delle prestazioni ambulatoriali offerte nei Poliambulatori territoriali è composto prevalentemente da prestazioni sanitarie a basso contenuto tecnologico (visite, ECG, prelievi, medicazioni) e a bassa o nulla marginalità. Queste prestazioni sono spesso erogate in contesti territoriali dove non sono presenti altri erogatori.

Per garantire la realizzazione di questa funzione di tipo territoriale è opportuno che le ASST siano destinatarie di un finanziamento a funzione che le supporti nel percorso di riqualificazione della rete stessa;

Sulla base della differenza tra costi e ricavi già osservata, anche in considerazione della tipologia di offerta garantita e della rilevanza della rete l'importo massimo è stato rimodulato (d.g.r. XI/6708/2022)

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 33.

- Funzione 18 - Rete della neuropsichiatria infantile ASST: le Aziende Socosanitarie Territoriali gestiscono una rete di strutture territoriali composta dalle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile collocate all'interno dei Dipartimenti Aziendali di Salute Mentale. Non esiste a livello nazionale un tariffario per la presa in carico nelle strutture di neuropsichiatria Infantile.

La mancanza di uno specifico tariffario a livello nazionale è legata al fatto che queste attività, essendo garantite nelle altre regioni dalle ASL, sono finanziate all'interno della quota capitaria senza una specifica rendicontazione delle prestazioni.

In Regione Lombardia, invece, queste attività sono garantite dalle ASST che non sono finanziate a quota capitaria e che necessitano di una remunerazione a tariffa o a funzione. La mancanza di un tariffario nazionale ad hoc rende necessario il ricorso alla funzione in quanto le poche prestazioni presenti nel nomenclatore ambulatoriale che descrivono queste attività permettono di finanziarle a prestazione in modo marginale.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 30.

- Funzione 19 - Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST: la funzione intende fornire uno strumento compensativo per i Dipartimenti Aziendali di Salute Mentale impegnati nel progetto di deospedalizzazione e di recupero territoriale delle situazioni di Disagio mentale. L'obiettivo è stimolare l'investimento delle Aziende sui livelli territoriali ambulatoriali (più complessi sotto il profilo organizzativo e meno remunerativi rispetto ad altre attività sanitarie).

La funzione copre il 25% dei costi diretti rilevati a livello di sistema ed è assegnata su base territoriale. Nei distretti dove le attività registrate sono più intense (spesa/abitante) si intende assegnare maggiori risorse fino ad un massimo standard definito per abitante uguale in tutta la regione. La funzione è articolata su due distinte valutazioni:

## Serie Ordinaria n. 18 - Mercoledì 03 maggio 2023

- a) Presenza territoriale delle strutture CPS e valutazione della aderenza (in termini quantitativi) dei pazienti ai percorsi;
- b) Efficacia nella gestione degli episodi acuti in termini di contenimento degli episodi di ricovero di pazienti in carico.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 60.

- Funzione 20 – Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST: le tariffe «sperimentali» per i consultori introdotte dal 2017 in Regione Lombardia (comprendenti anche gli interventi educativi) descrivono solo una parte delle attività erogate dai consultori delle ASST (non considerando, ad esempio, quelle erogate in assenza del paziente) e delle molteplici funzioni sociosanitarie assicurate (accompagnamento tutela, osservatorio sociale, consulenza legale).

Con le tariffe vigenti i 150 Consultori della rete hanno rendicontato nell'anno 2022 prestazioni per circa 14,4 milioni di euro. Questo valore copre però solo una parte dei costi della rete che ammontano a circa 70 milioni di euro all'anno. La funzione copre in parte la differenza tra costi attesi a livello territoriale (ricavati dalla COAN) e i ricavi di queste attività.

In base alla d.g.r. XI/6708/2022 l'importo massimo è stato rimodulato previsto pari ad € 22 mln.

- Funzione 21 – Rete dei centri vaccinali ASST: il trasferimento della rete vaccinale dalla ASL alle ASST ha comportato il trasferimento di circa 600 unità di personale (oltre 100 medici e circa 500 tra infermieri, tecnici e personale di vigilanza ed ispezione) per un costo annuo di 50 milioni di euro.

In mancanza della definizione di una specifica tariffa a livello nazionale per le prestazioni erogate, la funzione garantisce un finanziamento proporzionale alle risorse mediamente destinate per queste attività ed introduce meccanismi finalizzati a raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale.

Viene coperto il 60% del costo di tutti i fattori produttivi (esclusi i vaccini soggetti ad acquisti centralizzati o attraverso Aziende Capofila con adesione di più aziende).

In base alla d.g.r. XI/6708/2022 l'importo massimo è stato rimodulato a € 40 mln;

- Funzione 22 – Sanità penitenziaria di competenza ASST: la funzione rappresenta l'integrazione del finanziamento ministeriale necessario per l'adempimento delle attività di cui al d.lgs. n. 230/1999.

Nell'anno 2022 il trasferimento di risorse per lo svolgimento di tali compiti (comprensiva della quota destinata alla gestione dei REMS come superamento degli OPG), è rimasto invariato (34 milioni nell'ultimo esercizio come da tabella di riparto FSN relativa alla medicina penitenziaria 2022).

La funzione remunera pertanto la differenza rilevata tra il costo sostenuto dalle ASST (rilevato in Co.An. nel 2022 pari a 48,5 milioni di euro) ed il valore dei Fondi attribuiti.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 14,5.

- Funzione 23 - Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria: il finanziamento, effettuato sulla base dei dati ricevuti dalla U.O. Veterinaria della Direzione Generale Welfare, è finalizzato al funzionamento dei Dipartimenti veterinari presenti nelle ATS ed alle loro attività di programmazione, coordinamento, monitoraggio e verifica della attività previste nel Piano Regionale.

Importo massimo funzione espresso in milioni di euro: 16.

Visto l'allegato n. 1 «Tabelle assegnazioni» che, in applicazione dei criteri di cui alla d.g.r. n. 2014/2019 e s.m.i, ripartisce i fondi per le funzioni non coperte da tariffe predefinite per l'anno 2022 alle aziende e agli enti sanitari pubblici e privati accreditati che ne hanno titolo;

Dato atto, inoltre:

- che le attribuzioni lorde, per ogni singolo ente erogatore di diritto privato, non superano del 5% quanto assegnato dalla Giunta per l'esercizio 2018 al netto delle funzioni non più attuali, come definite dalla d.g.r. XI/2014 del 31 luglio 2019;
- che non è stato necessario ridurre ulteriormente il valore complessivo così determinato per i soggetti di diritto privato, in quanto il limite del 5% è stato sufficiente a non superare il tetto massimo di 115,5 milioni di euro;
- che la differenza rispetto al tetto massimo di 115,5 milioni di euro è stato ridistribuito nei limiti del valore lordo spettante

ad ogni singolo erogatore in applicazione dei criteri di cui alla d.g.r. n. 2014/2019 e s.m.i;

Preso atto che, rispetto alle risorse previste dalla XI/5941 del 7 febbraio 2022, pari complessivamente ad euro 817.500.000, in base al presente atto che assegna complessivamente 786.017.994 euro, rimangono disponibili risorse per 31.482.006 euro, secondo quanto indicato nel prospetto seguente:

Tipologia struttura	Valore lordo FNT	Valore riconosciuto (attribuzioni lorde)	Importo stanziato	Residuo disponibile
Pubblico	684.973.422	670.517.994	702.000.000	31.482.006
Privato	176.837.202	115.500.000	115.500.000	
Totale	861.810.624	786.017.994	817.500.000	31.482.006

Ritenuto, pertanto, di approvare l'allegato n. 1 «Tabelle assegnazioni» quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto, pertanto:

- di dare mandato alla Presidenza - U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario e alle ATS, per le strutture di rispettiva competenza, di procedere all'erogazione dei saldi dei finanziamenti riconosciuti, al netto degli acconti di cassa già erogati nell'anno 2022, dando atto che, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, le risorse risultano già impegnate ai capitoli 8376 e 11568 del bilancio per l'esercizio 2023 - residui passivi 2022/GSA, rispettivamente impegno 2022/51934 e 2022/20602;
- di dare atto che, con provvedimenti della Presidenza - U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario, in corso d'anno 2023 saranno erogati acconti di cassa a favore degli Enti sanitari pubblici, precisando che l'erogazione agli IRCCS privati, ospedali classificati e alle case di cura sarà assicurata dalle ATS di appartenenza territoriale nella misura massima del 95% delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio;

Valutata l'analisi dei costi rilevati e sostenuti, nel corso dell'istruttoria condotta dagli uffici della DG Welfare per l'anno 2022, sull'attività di cui alla funzione non coperta da tariffa predefinita n. 9 dalla quale si rileva che, come per gli anni passati, il valore grezzo della funzione assistenziale è significativamente inferiore rispetto all'importo massimo assegnabile per la specifica funzione;

Valutate inoltre le ulteriori attività previste quali funzioni non coperte da tariffe predefinite, a partire dall'anno 2022, da considerare all'interno della Funzione n. 14, secondo quanto disposto dalle d.g.r. n. XI/6329 del 2 maggio 2022, ad oggetto: «Sistema regionale trapianti: sviluppo del modello organizzativo per la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto - Programma regionale per il biennio 2022-2023» e n. XI/6150 del 21 marzo 2022, ad oggetto: «Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del sistema regionale trapianti» compresa in particolare l'attività dei Collegi di Accertamento della Morte encefalica (CAM);

Dato atto che in seno al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, è stato avviato un confronto con il Ministero della Salute a partire dal mese di ottobre 2022 in merito alle funzioni n. 9, 11 e 16, rispetto alle quali è stata inviata al Ministero una relazione in data 13 ottobre 2022, agli atti della DG Welfare;

Dato atto che nel successivo incontro del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali relativo al IV CET 2022, tenutosi il 4 aprile 2023, è stata ribadita da parte di Regione Lombardia la volontà di rivedere l'impianto delle funzioni non tariffabili, di cui all'ultimo aggiornamento risalente al 2019, approvato con d.g.r. n. XI/2014/2019, ed è stato concordato che tale revisione avrà decorrenza dall'esercizio 2024;

Ritenuto pertanto di dare mandato alla DG Welfare, alla luce del confronto recentemente avviato con il Ministero della Salute, di procedere all'elaborazione di una proposta di revisione delle funzioni non tariffate ex d.lgs. n. 502/1992 da applicarsi a valere dall'esercizio 2024 e successivi;

Ritenuto, infine, di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale nonché sul sito internet della Regione Lombardia per favorire la diffusione e la conoscenza del presente atto;

Visti gli artt. 26 e 27, d.lgs. 33/2013, che demandano alla struttura competente gli adempimenti previsti in materia di trasparenza e pubblicità;

Vagliate ed assunte come proprie le predette determinazioni;  
A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato n. 1 «Tabelle assegnazioni», quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che, in applicazione dei criteri di cui alla d.g.r. n. XI/2014/2019 e s.m.i., ripartisce i fondi per le funzioni non coperte da tariffe predefinite per l'anno 2022 alle aziende e agli enti sanitari pubblici e privati accreditati operanti sul territorio regionale che ne hanno titolo;

2. di assegnare tali fondi per le funzioni non coperte da tariffe predefinite come da seguente dettaglio:

- per l'anno 2022 alle strutture sanitarie indicate nell'Allegato n. 1, «Tabelle assegnazioni», parte integrante e sostanziale del presente atto, per il rispettivo ammontare ivi precisato per un totale di euro 786.095.246, di cui euro 115.500.000 destinati complessivamente al comparto privato (I.R.C.C.S. di diritto privato, Case di Cura e Ospedali Classificati, Altro);

3. di dare atto:

- che le attribuzioni lorde, per ogni singolo ente erogatore di diritto privato, non superano del 5% quanto assegnato dalla Giunta per l'esercizio 2018 al netto delle funzioni non più attuali, come definite dalla d.g.r. XI/2014 del 31 luglio 2019;
- che non è stato necessario ridurre ulteriormente il valore complessivo così determinato per i soggetti di diritto privato, in quanto il limite del 5% è stato sufficiente a non superare il tetto massimo di 115,5 milioni di euro;
- che la differenza rispetto al tetto massimo di 115,5 milioni di euro è stato ridistribuito nei limiti del valore lordo spettante ad ogni singolo erogatore in applicazione dei criteri di cui alla d.g.r. n. 2014/2019 e s.m.i.;
- di dare mandato alla Presidenza - U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario e alle ATS, per le strutture di rispettiva competenza, di procedere all'erogazione dei saldi dei finanziamenti riconosciuti, al netto degli acconti di cassa già erogati nell'anno 2022, dando atto che, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, le risorse risultano già impegnate ai capitoli 8376 e 11568 del bilancio per l'esercizio 2023 - residui passivi 2022/GSA, rispettivamente impegno 2022/51934 e 2022/20602;

4. di dare, inoltre, atto che, con provvedimenti della Presidenza - U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario, in corso d'anno 2023 saranno erogati acconti di cassa a favore degli Enti sanitari pubblici, precisando che l'erogazione agli IRCCS privati, ospedali classificati e alle case di cura sarà assicurata dalle ATS di appartenenza territoriale nella misura massima del 95% delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio;

5. di dare mandato alla DG Welfare, alla luce del confronto recentemente avviato con il Ministero della Salute, di procedere all'elaborazione di una proposta di revisione delle funzioni non tariffate ex d.lgs. n. 502/1992 da applicarsi a valere dall'esercizio 2024 e successivi;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale nonché sul sito internet della Regione Lombardia per favorire la diffusione e la conoscenza del presente atto.

Il segretario: Enrico Gasparini