

Allegato 1 - Criteri di assegnazione delle funzioni non tariffabili a valere per l'esercizio 2024 e seguenti

Funzione n. 1	
Funzionamento della rete di emergenza urgenza ospedaliera	
Il razionale della funzione	Il funzionamento reale dei servizi di PS, imperniato su standard organizzativi storici, non prescinde da questi ultimi ma richiede risorse incrementalmente rispetto allo standard minimo al crescere degli accessi (che si distribuiscono in modo disomogeneo sia nella giornata sia nell'arco dell'anno, con picchi in determinate fasce orarie e stagioni). Queste situazioni di picco con richiesta di "rinforzi" di risorse superiori allo standard minimo possono creare, se non adeguatamente gestite, situazioni di crisi e di crescita dei rischi per i pazienti e per gli operatori.
Riferimenti normativi	Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. e) del D.lgs. n. 502/1992 "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" La funzione, già esistente si rifà ai criteri di classificazione previsti dal D.lgs. 502/92 e dal DM 70/15 prevedendo delle tutele per presidi in aree disagiate, presidi specialistici, volumi di attività e performance di risposta.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Il pronto soccorso è parzialmente finanziato da forme puntuali di rendicontazione delle prestazioni erogate che godono di una maggiorazione tariffaria del 25% rispetto alla tariffa ambulatoriale base. Il mix delle attività rendicontate e remunerate a tariffario ambulatoriale seppur maggiorato è composto prevalentemente da prestazioni a scarsa o nulla marginalità unitaria, trattandosi generalmente di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di base. I dati della Contabilità Analitica (Co.An.) mettono in evidenza una differenza tra il valore delle prestazioni riconosciute ed i costi sostenuti. I costi diretti delle UO di PS / DEA I / DEA II della rete pubblica ammontano a 342 milioni di euro a fronte di ricavi a tariffa pari a 113 milioni di euro. Raccolti con gli stessi criteri i costi diretti delle UO di PS / DEA I / DEA II di 25 strutture private si registrano spese per 65 milioni di euro a fronte di ricavi a tariffa di 27 milioni di euro. All'aumentare delle attività i costi crescono più dei ricavi, si registrano perdite crescenti al crescere della complessità organizzativa e della dimensione delle strutture e le Aziende faticano a strutturare i servizi con risorse adeguate.
La/e componente/i di costo che la funzione va a coprire	La funzione finanzia uno standard minimo di funzionamento e viene rimodulata in base al crescere delle attività

La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Ad ogni ospedale sede di PS è attribuito il valore standard di funzionamento calcolato sulla base del costo del personale minimo per il funzionamento e per l'accreditamento al livello assegnato (PS – 1.400.000 €, DEA I° livello - 3.600.000 €, DEA II° livello – 5.100.000 €). Alla funzione base sono aggiunte risorse sulla base di questi criteri: a) numero crescente di accessi (esclusi abbandoni) rispetto allo standard ottimale previsto dal DM 70/2015 (20.000, 45.000 e 70.000 per i tre livelli). In questo caso l'incremento di risorse rispetto alla quota base è proporzionale al superamento di accessi rispetto a quelli soglia sopra definiti. b) Per gli ospedali in area disagiata e per gli ospedali solo specialistici (ortopedici, cardiologici e pediatrici) le soglie di accessi previste del DM 70/2015 vengono ridotte del 50% ed in proporzione anche il valore dell'incremento. c) Per i Punti di Primo Intervento (PPI) attivi principalmente in aree disagiate, si prevede un finanziamento standard annuo di 300.000 euro per ogni sede. d) Per il Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli di Milano è prevista una remunerazione aggiuntiva di 600.000 euro per la funzione svolta di PS Oftalmico. e) Per gli ospedali Policlinico di Milano, San Paolo di Milano e Civili di Brescia è prevista una remunerazione aggiuntiva di 300.000 euro per la funzione svolta di PS Odontoiatrico. f) Per l'Ospedale Policlinico di Milano è prevista una remunerazione aggiuntiva di 800.000 euro per la funzione svolta dal centro di Assistenza regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori. g) Per l'Ospedale Niguarda di Milano è prevista una remunerazione aggiuntiva di 1.500.000 euro per la funzione svolta dal centro grandi ustioni Luigi Donati.
Fonti	Flusso 6 / SAN Assetto accreditato Osservatorio AREU
Importo massimo	315 milioni di euro

Funzione n. 2	
Stroke Unit e Neuroradiologia Interventistica nella gestione dell'Ictus	
Il razionale della funzione	L'evoluzione del modello organizzativo delle UU.OO. di Neurologia prevede siano disponibili almeno 500 posti sub-intensivi in unità denominate Stroke Unit per la popolazione residente in Regione. Si fa riferimento alle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute in "Quaderni del Ministero della Salute – n° 2 marzo aprile 2010" Si prevede inoltre che siano presenti Servizi di Neuroradiologia che – disponendo di tecniche interventistiche innovative – possono modificare l'approccio ed il risultato terapeutico. Questo modello genera incrementi di costo osservabili ed una significativa differenza tra tariffe e costi in area neurologica.

Riferimenti normativi	Il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 (8.2.3) ha stabilito la necessità di organizzare l'assistenza all'ictus cerebrale su due livelli. Il primo livello è quello dei centri dove effettuare solo la trombolisi (situati in ospedali con bacino d'utenza compreso fra 150.000 e 300.000 abitanti) mentre il secondo livello è quello dei centri dove effettuare anche i trattamenti endovascolari (situati in ospedali con bacino d'utenza compreso fra 600.000 e 1.300.000 abitanti). Questi centri assicurano la disponibilità di letti e strutture interventistiche per tutti i casi trattati in urgenza dotandosi di adeguati standard di personale. Regione Lombardia ha definito le caratteristiche della rete con la DGR n. XI/7473 del 30/11/2022. La funzione ricade quindi nell'ambito della fattispecie di cui all'art.8 sexies, comma 2, lett. e) del D.lgs. n. 502/1992 "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".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Il numero di Stroke Unit definito con i criteri della DGR n. XI/7473/2022 è di 40 unità (di cui 17 di secondo livello e 23 di primo livello). Il livello delle strutture e l'operatività sostenuta durante l'anno sono verificati da AREU e comunicata alla DG Welfare. Il costo della giornata in Stroke Unit nel 2023 è mediamente superiore del 50% al costo della giornata in Neurologia (con una sottovalutazione annua di oltre 25 milioni di euro per le strutture più coinvolte). La funzione serve ad integrare i maggiori costi sostenuti non adeguatamente remunerati dal sistema tariffario attuale.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	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 300 euro rispetto al costo medio di una giornata di degenza in Neurologia.

La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	La funzione è calcolata sulla base del numero di ricoveri urgenti per Ictus (individuati come provenienti da PS collegando flusso SDO con flusso EMUR con esito = 2) indipendentemente dalla via terapeutica adottata e dell'esito del trattamento. Per ogni ricovero in Stroke Unit di primo livello è quindi attribuito un valore di 1.500 euro a caso (300 euro di maggiore costo 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 2.000 euro a caso, comprendendo in questo valore anche il costo di gestione della neuroradiologia interventistica. Per individuare i casi trattati dalla Stroke Unit dell'IRCCS Mondino di Pavia (che ricovera i casi di ictus giunti al PS dell'Ospedale San Matteo) è necessario che i ricoveri di Ictus rilevati nel flusso Emur siano singolarmente collegati all'IRCCS Mondino.
Le fonti dati utilizzate	Assetto accreditato Flusso EMUR Rilevazione annua AREU Flusso SDO
Importo massimo	25 milioni di euro

Funzione n. 3	
Standard Aggiuntivi previsti per il Sistema integrato per l'assistenza al trauma	
Il razionale della funzione	L'introduzione del Sistema integrato per l'assistenza al trauma (DDG n. 8531 del 1/10/2012) 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).
Riferimenti normativi	Il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 ha indicato la necessità di attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) (punto 8.2.2), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili. Il DDG n. 8531 del 1/10/2012 di Regione Lombardia ha definito la rete regionale del Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), definendo anche gli standard organizzativi e strutturali aggiuntivi per le strutture della rete. Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. e) del Dlgs n.502/1992 "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".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	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.

La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	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).
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il valore base per gli standard organizzativi aggiuntivi previsti dall'accreditamento ammonta a 250.000 euro per i PST, 800.000 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.
Le fonti dati utilizzate	Standard previsti dal DDG n. 8531 del 1/10/2012 Costo standard del personale
Importo massimo	40 milioni di euro

Funzione n. 4

Standard Aggiuntivi previsti per la *Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)*

Il razionale della funzione	La costruzione di una rete efficiente per il trattamento di pazienti con infarto del miocardio ha comportato un significativo aumento dei costi di gestione delle strutture ospedaliere che mantengono attive 24h/24 le strutture di emodinamica ed i posti letto in Unità di Cure Coronariche (UCC). Le linee guida prevedono che in caso di IMA STEMI venga, se necessario, eseguita l'angioplastica primaria entro due ore dall'insorgenza dell'evento. Ciò comporta la necessità di sostenere costi di attesa superiori alle necessità reali ma necessari per garantire servizi efficaci.
Riferimenti normativi	Il Decreto del ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 (8.2.1) recepisce l'invito della Società Europea di Cardiologia prospettando un modello ottimale di gestione del paziente con infarto miocardico acuto (IMA) ovvero un sistema organizzativo in rete per la gestione dell'emergenza IMA, che integri i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale. La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, con decreto n. 10446 del 2009, ha istituito la "<i>Rete per il trattamento dei pazienti con infarto con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI)</i>". La funzione ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. e) del D.lgs. n.502/1992 "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". Con DGR n. XI/3522/2020 "Indicazioni e requisiti per l'ulteriore efficientamento organizzativo della rete cardiovascolare regionale" Regione Lombardia ha dato indicazioni e requisiti della rete Stemi.

Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Il sistema di classificazione e remunerazione dei DRG prevede una differenziazione della tariffa per i casi con diagnosi cardiovascolare maggiore ma non differenzia in base all'esecuzione in regime di urgenza della prestazione. Per garantire il riconoscimento della disponibilità dei servizi in un vasto territorio è opportuno quindi definire una funzione standard per le strutture deputate al trattamento in urgenza.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	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.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Vengono individuati i casi di trattamento dell'infarto in urgenza con ricovero da PS con rivascolarizzazione percutanea (PTCA) con o senza inserimento di stent. 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 Cardiocirurgia. Negli Hub di IV livello con UCC e Cardiocirurgia (20 Ospedali) viene finanziata (per un costo medio standard di 830.000 €) la piena disponibilità di una sala di emodinamica 24h/24 e di una sala di cardiocirurgia (equipe integrata) e di due posti letto in UCC per 24h/24. Oltre il numero di 150 casi trattati in urgenza la funzione viene incrementata proporzionalmente. Negli Hub di III livello con solo UCC (e senza cardiocirurgia) (22 ospedali) viene finanziata (per un costo medio standard di 640.000€) la piena disponibilità di una sala di emodinamica 24h/24 e un posto letto in UCC. Oltre il numero di 150 casi trattati in urgenza la funzione viene incrementata proporzionalmente. Esempio Hub livello III Per 200 casi trattati in urgenza (50 oltre il numero base di 150) la funzione viene incrementata proporzionalmente secondo la seguente formula $640.000 : 150 = X : 200$
Le fonti dati utilizzate	Flusso SDO Costo standard Classificazione ospedali nella rete STEMI
Importo massimo	25 milioni di euro

Funzione n. 5

Disponibilità posti ECMO

Il rationale della funzione	La funzione riconosce agli Ospedali che hanno disponibili postazioni attrezzate con l'apparecchiatura ECMO risorse tali che sia garantita la pronta disponibilità di tali postazioni limitatamente ai casi di insufficienza respiratoria severa.
-----------------------------	--

Riferimenti normativi	Il Ministero della Salute ha istituito nel 2009 una rete nazionale per la gestione dell'insufficienza respiratoria severa (Respira) con 17 centri ECMO localizzati dal Nord al Sud del Paese. ASST di Monza ed IRCCS San Raffaele sono anche capofila del progetto che prevede l'utilizzo di Team specializzati per il trasporto con ECMO² e mezzi di trasporto attrezzati (anche mediante aerei). Regione Lombardia, con la DGR n. VIII/10228/2009 aveva individuato un primo nucleo della rete costituito da sei centri e successivamente il numero delle strutture è cresciuto a 12. La funzione rientra nella fattispecie di cui all'art. 8 sexies del D.lgs. n. 502/1992 comma 2, lettera 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".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Oltre al costo di acquisto e gestione delle apparecchiature (l'ammortamento, la manutenzione e la sostituzione delle parti meccaniche usurate) le Aziende devono garantire una complessità organizzativa che coinvolge dei team addestrati di cardio-anestesisti, cardiocirurghi, perfusionisti ed infermieri specializzati. Secondo i dati dello studio inglese CESAR¹ il trattamento con ECMO si traduce in un aumento dei costi di circa 45.000 euro/paziente a fronte di una maggior sopravvivenza ed una migliore qualità della vita². Questi costi sono solo in parte coperti dalle tariffe in vigore. La funzione riconosce agli Ospedali della rete risorse tali che sia garantita la pronta disponibilità di letti attrezzati in modo uniforme sul territorio (compatibilmente con le caratteristiche degli ospedali disponibili nella rete).

¹ Con Atto di Repertorio n° 196/CSR in data 5 novembre 2009, è stata sancita un'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, al fine di fronteggiare adeguatamente il corrente evento pandemico da virus A(H1N1), istituendo all'uopo la "Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus A(H1N1) e l'eventuale utilizzo della terapia ECMO" (di seguito identificata come "Rete ReSpiRa")

² Peek GJ, Mugford M, Tiruvoipati R. et al. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2009.

Nello studio CESAR realizzato in Inghilterra tra il 2001 ed il 2006 erano stati reclutati 180 pazienti (18-65aa) con insufficienza respiratoria acuta severa ma reversibile. Novanta sono stati destinati a ricevere un trattamento convenzionale, 90 a ricevere ECMO. I pazienti destinati a ricevere trattamento convenzionale sono stati lasciati negli ospedali in cui erano ricoverati e curati senza un protocollo definito, ma con la raccomandazione di utilizzare strategie di ventilazione protettiva.

I pazienti destinati a ricevere trattamento con ECMO sono stati trasferiti in un unico centro nazionale di riferimento. Il 63% dei pazienti destinati a ricevere ECMO sono sopravvissuti a 6 mesi senza disabilità severa contro il 47% del gruppo di controllo. Dei 90 pazienti destinati a ricevere ECMO, 68 (75%) sono stati effettivamente trattati con questa metodica mentre 17 (migliorati dopo la randomizzazione) sono stati trattati con metodiche convenzionali, 14 di questi pazienti sono sopravvissuti.

La/e componente/i di costo coperta dal contributo	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 già menzionata quota si aggiunge un contributo forfetario pari a 5.000 euro / trasporto effettuato per le attività dell'ECMO Team di trasporto.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	200.000 euro / anno per ogni postazione attiva (calcolata sulla base delle giornate di impiego per pazienti in ARDS) 5.000 euro / trasporto di pazienti effettuato dall'ECMO Team
Le fonti dati utilizzate	Rendicontazione delle giornate di impiego Rendicontazione dei viaggi Rendicontazione dei costi
Importo massimo	10 milioni di euro

Funzione n. 6	
Rete STEN, culle neonatali in pronta disponibilità, screening neonatale, punti nascita in condizioni orograficamente difficili	
Il razionale della funzione	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. 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. Analoga valutazione per i punti nascita collocati in luoghi a bassa densità abitativa che non raggiungono il numero minimo di 500 parti ma che rappresentano la sola alternativa essendo gli altri punti nascita difficili da raggiungere in tempi clinicamente adeguati. La Regione ha predisposto regole di gestione di casi critici ed ha limitato ulteriormente la gestione di casi critici in queste sedi (DGR n. XII/1141/2023) ma ha anche – contemporaneamente - deciso un sostegno per far sì che nessuno di questi presidi sia costretto a risparmiare risorse a scapito di qualità e sicurezza.
Riferimenti normativi	a) Il Decreto del ministero della Salute n. 70/2015 prevede tra le reti (8.1) la presenza di una rete neonatologica e punti nascita. Si fa inoltre riferimento alle Linee di indirizzo sull'organizzazione del sistema di trasporto materno assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN) emanate dal Comitato Percorso Nascita Nazionale. Le caratteristiche della rete, l'area di operatività, le centrali operative sono state aggiornate con le DGR 2395 e 2396 del 11 novembre 2019. A valle dei trasporti è prevista la disponibilità di 19 culle neonatali (DGR VIII/8446/2008) finalizzata a sostenere le richieste in urgenza evitando ritardi o sovraffollamenti delle strutture a fronte di una domanda territoriale non prevedibile. La FNT ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. e) del D.lgs. n.502/1992 "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”. b) Il D.M. 11/11/2015 all’articolo 1, commi 1, 2 e 3 offre la possibilità che le Regioni possano presentare al Tavolo di Monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015 “eventuali richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui e in condizioni orograficamente difficili in deroga a quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.” c) Lo screening neonatale è stato reso obbligatorio ai sensi della Legge 167/2016 e dai successivi aggiornamenti (Legge di bilancio 2019 art.1 c. 544). In Lombardia le attività sono state concentrate in un Laboratorio di Riferimento Regionale collocato nell’ospedale dei Bambini “V. Buzzi” (DGR n. X/4702/2015, DGR XI/110/2018 e DGR XII/596/2023) I costi vengono quindi rendicontati dall’ASST FBF- Sacco. Si attinge ai fondi previsti a livello nazionale dall’art. 1, comma 229, della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)”
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	L’attività si concentra, per definizione programmatica regionale, su alcuni ospedali che sostengono il costo della funzione Trasporti. 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 laboratorio di screening impiega la quota destinata al finanziamento in via sperimentale dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie prevista dalla Legge 167/2016. Il laboratorio di screening svolge le sue funzioni esclusivamente per il programma ed è interamente finanziato sia per l’attività di screening sia per gli approfondimenti diagnostici sui casi già individuati. La deroga richiesta per i punti nascita di piccole dimensioni che assolvono una funzione rilevante in contesti orograficamente critici ha carattere transitorio. Il percorso di ristrutturazione della rete prevede comunque che vi siano risorse per sostenere le strutture ospedaliere nella fase transitoria e siano sempre garantiti standard di qualità e sicurezza. Gli 9 punti nascita individuati sono: P.N. di Erba P.N. di Gavardo P.N. di Gravedona P.N. di Melzo P.N. di Pieve di Coriano P.N. di Sondalo P.N. di Sondrio P.N. di Vigevano P.N. di Voghera
La/e componente/i di costo coperta dal contributo	Costo degli equipaggi forniti dalle UTIN Costo d’attesa delle culle sempre disponibili negli Hub Costi del Laboratorio screening Neonatale Costo UO di Ostetricia (stimato da dati Co.An. 2022)

La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il valore della componente Trasporti è calcolato sulla base dei costi di mantenimento in ognuna delle 5 macroaree in cui è diviso il territorio della Lombardia di una équipe di immediato intervento. Il costo annuo per avere sempre disponibile in una macroarea una équipe 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). 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 è stimato sulla base delle ultime rendicontazioni in 3.500.000 euro all'anno. Il valore annuo della FNT per i Punti Nascita sotto i 500 parti in condizioni orograficamente difficili (per cui è già prevista una richiesta di deroga) è stimato pari ad un valore massimo di 1.200.000 all'anno pari alla differenza tra costo base annuo atteso per il funzionamento (2 milioni di euro) e la stima di ricavo per un numero medio atteso di 350 parti annui (circa 800.000 euro).
Le fonti dati utilizzate	Relazioni responsabili delle macroaree Flusso SDO (trasferimenti) Costi CO.AN. Numero di parti
Importo massimo	25 milioni di euro

Funzione n. 7	
Centri di riferimento regionali nell'area dell'emergenza urgenza	
Il razionale della funzione	Una rete ospedaliera deve essere in grado di garantire anche competenze specialistiche di secondo livello per la gestione di eventi rari nell'ambito dell'emergenza - urgenza. In questa funzione si riconoscono i costi di funzionamento di alcuni centri che hanno sede in Ospedali della Lombardia e che svolgono le seguenti funzioni specialistiche - Centri Antiveleni (CAV) - Disponibilità dei servizi di Medicina iperbarica
Riferimenti normativi	Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. e) del D.lgs. n.502/1992 "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" I CAV sono stati riconosciuti nei livelli di Assistenza del DPCM 2017 Capo V art. 36 e 46. Regione Lombardia con DDGS n. 14220 del 21/12/2009 ha recepito l'accordo tra governo e regioni per definire i requisiti di funzionamento dei Centri antiveleni ed ha individuato 3 Centri di riferimento sul proprio territorio (Niguarda, Papa Giovanni XXIII ed Istituto Maugeri di Pavia).
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	I nomenclatori tariffari vigenti non prevedono delle specifiche tariffe al riguardo. Si tratta di servizi necessari che devono essere concentrati in pochi centri, sempre accessibili da parte della rete per ottenere servizi di qualità superiore a costi sostenibili. Inoltre, il costo di servizi resi non è strettamente correlato al volume delle prestazioni erogate.

	Ai servizi CAV va assicurata continuità per garantire approfondimenti (studio scientifico di sistemi di prevenzione, basi dati aggiornate di veleni) che sono patrimonio della comunità nazionale. I servizi di Medicina iperbarica devono avere la piena efficienza delle attrezzature e la propensione all'emergenza per operare in sicurezza a supporto degli ospedali anche se i casi sono rari.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	La funzione riconosce: a) La differenza media osservata tra costi ricavi dei Centri Antiveneni (CAV) che è stimata pari a 1.000.000 euro b) il costo della pronta disponibilità del servizio di Medicina iperbarica stimato pari a 300.000 euro all'anno
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	La funzione viene corrisposta a seguito di rendicontazione dei costi da parte dei centri. I costi si riferiscono ai fattori produttivi necessari per garantire il funzionamento dei già menzionati servizi.
Le fonti dati utilizzate	Co.An. per il calcolo di un contributo standard.
Importo massimo	4,5 milioni di euro

Funzione n. 8	
Minori in Acuzie	
Il razionale della funzione	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.
Riferimenti normativi	La funzione risponde alle caratteristiche generali all'art. 8 sexiescomma 2, lettere a), b) ed e) D.lgs. 502/92 trattandosi di attività con elevati costi di attesa e rivolte a soggette fragili.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Nonostante i suoi 10 milioni di abitanti in Lombardia non sono accreditati reparti della specialità cardiocirurgia pediatrica (codice 06), neurochirurgia pediatrica (codice 76), urologia pediatrica (codice 78) e grandi ustioni pediatriche (codice 46). Per i pazienti in età pediatrica sono quindi previste delle specifiche sezioni all'interno di Unità Operative selezionate, dove le attività per adulti e per minori sono strutturate in percorsi fisicamente separati e sono garantite da equipe diversamente specializzate. Nonostante le specialità pediatriche siano concentrate in poche strutture queste faticano a restare in equilibrio a causa della bassa numerosità di casi, dei costi fissi elevati e delle tariffe non differenziate in base all'età. Anche il numero di chirurgie pediatriche (codice 11) è contenuto essendo questa disciplina presente in soli sette ospedali della regione. Le stesse pediatrie, uniformemente distribuite nel territorio, non raggiungono le dimensioni di attività necessarie a garantire l'equilibrio economico. I costi osservati in Contabilità Analitica per le Unità di degenza pediatrica in ASST o IRCCS pubblici ammontano a 200 milioni (135 milioni di euro per 50 U.O. di Pediatria e 65 milioni in 25 UU.OO. specialistiche come chirurgia pediatrica, terapia intensiva pediatrica, urologia pediatrica, cardiocirurgia pediatrica). A fronte di questi costi l'ammontare dei ricavi da tariffa è pari a 130 milioni di euro (90 milioni per le pediatrie e 40 per le specialità pediatriche). In generale i ricoveri pediatrici si collocano in DRG medici di peso non particolarmente elevato ed i ricoveri nei reparti dedicati ai minori hanno generalmente un costo significativamente superiore rispetto ai

	ricavi previsti dalle tariffe. Ma la sostenibilità economica è anche influenzata dalla necessità di dover garantire una adeguata distribuzione delle attività nel territorio anche a fronte di un numero di ricoveri relativamente contenuto. La funzione introdotta è quindi necessaria per sostenere questa presenza territoriale anche a fronte di un impegno reale di contenimento della possibile crescita del ricovero di casistica inappropriata.														
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Dai dati di contabilità analitica emerge che non esistono UU.OO. pediatriche in equilibrio. Complessivamente le tariffe sono inferiori ai costi del 40% per un complessivo di quasi 70 milioni di euro di perdita ogni anno. Il personale assorbe da solo il 90% del valore delle prestazioni di ricovero valorizzate.														
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Le risorse verranno 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. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Passaggio</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>SELEZIONE DEI RICOVERI DA PS ETA' <18 ANNI CON ESCLUSIONE DELLA CASISTICA NEONATALE</td></tr> <tr> <td>2</td><td>INDIVIDUAZIONE CASI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI PER DURATA O PER DIAGNOSI</td></tr> <tr> <td>3</td><td>INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI A MEDIA COMPLESSITA'</td></tr> <tr> <td>4</td><td>INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA'</td></tr> <tr> <td>5</td><td>INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA' PER COLLOCAMENTO E/O GESTIONE</td></tr> <tr> <td>6</td><td>INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ALTA COMPLESSITA'</td></tr> </tbody> </table> Il primo gruppo di casi (passaggio 2 della tabella) non è pesato (potenzialmente inappropriati) - POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI IN BASE ALLA LISTA 108 DRG [CON L'ECCEZIONE DELLE DIAGNOSI DI TRAUMA, RICOVERI IN AREE PSICHIATRICHE (SPEC 33, 40), ED INGRESSI IN TERAPIE INTENSIVE] - INAPPROPRIATI PER DURATA INFERIORE 3 GIORNI (ACCERTAMENTI MEDICI) [CON L'ECCEZIONE DELLE DIAGNOSI DI TRAUMA, DRG GHIRURGICI, DIAGNOSI DI EPILESSIA INGRESSI IN TERAPIEINTENSIVE] Il secondo gruppo (passaggio 3 della tabella) è composto di casi urgenti a media complessità TRAUMI IN ETA' PEDIATRICA + DRG 443 Utilizzando le diagnosi indicate con T nel campo trauma DISTURBI CARDIOVASCOLARI DRG DA 126 A 130 E 137, 138, 139 INFEZIONI BRONCHITI E POLMONITI (081, 088, 091, 093, 098) ALTRE INFEZIONI DRG 322 + 070 + 368 + MDC 18 Il terzo gruppo (passaggio 4 della tabella) è composto di casi a complessità elevata	Passaggio		1	SELEZIONE DEI RICOVERI DA PS ETA' <18 ANNI CON ESCLUSIONE DELLA CASISTICA NEONATALE	2	INDIVIDUAZIONE CASI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI PER DURATA O PER DIAGNOSI	3	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI A MEDIA COMPLESSITA'	4	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA'	5	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA' PER COLLOCAMENTO E/O GESTIONE	6	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ALTA COMPLESSITA'
Passaggio															
1	SELEZIONE DEI RICOVERI DA PS ETA' <18 ANNI CON ESCLUSIONE DELLA CASISTICA NEONATALE														
2	INDIVIDUAZIONE CASI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI PER DURATA O PER DIAGNOSI														
3	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI A MEDIA COMPLESSITA'														
4	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA'														
5	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ELEVATA COMPLESSITA' PER COLLOCAMENTO E/O GESTIONE														
6	INDIVIDUAZIONE CASI URGENTI AD ALTA COMPLESSITA'														

	1. AVVELENAMENTI ED USTIONI DRG 451, DA 504 A 511 (ESCLUSI CASI BREVE DURATA <3) 2. STATI ANEMICI E DISRDINI METABOLICI DRG 574 ANEMIA E NEUTROPENIA, 396, 397, 398, 399, 298 (ESCLUSI CASI BREVE DURATA <3) 3. URGENZE RELATIVE AL SISTEMA GASTROINTESTINALE DRG 164, 165, 166, 167, 180, 181, 569 E 570 Un quarto gruppo di casi (passaggio 5 della tabella) riceve una valutazione superiore per via delle criticità cliniche ma anche delle criticità insite nella gestione di minori in percorsi non preferenziali come sarebbe opportuno. 1. CASI PSICHIATRICI (MDC 19) (INDIPENDENTEMENTE DALLA DURATA) 2. CASI D'ABUSO ALCOL E DROGHE (INDIPENDENTEMENTE DALLADURATA) 3. DIAGNOSI DI EPILESSIA (INDIPENDENTEMENTE DALLA DURATA) Il gruppo di maggior complessità ricoverati da PS e dimessi da pediatria comprende i seguenti casi (passaggio 6 della tabella): 1. TRAPIANTI ED ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI DRG 103, 302, 480, 481 2. INTERVENTI CARDIOVASCOLARI MAGGIORI DRG: 105, 108, 110, 111, 117, 515, 518, 552, 553, 555 3. INSUFFICIENZE RESPIRATORIE E RESPIRAZIONE ASSISTITA DRG 087, 565, 566, 541 E 542 4 MENINGITI ED INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO DRG 560 E 561 5 STATI DI COMA ED EMORRAGIA CEREBRALE DRG: 014, 023 E 030 6 TRAUMATISMI SPINALI E MULTIPLI Le alte specialità pediatriche (che per numerosità hanno un carattere di servizio sovra territoriale) e le Unità Operative pediatriche verranno invece sostenute in base ad un valore standard di perdita attesa calcolato sulla base delle rilevazioni di costi e ricavi della contabilità analitica. Lo standard calcolato prevede una funzione pari al 15% del fatturato per le seguenti specialità di ricovero in regime ordinario individuate come pediatriche in accreditamento: Cardiochirurgia pediatrica Chirurgia Maxillo-facciale Chirurgia oncologica pediatrica Neurologia pediatrica Ortopedia pediatrica Cardiologia pediatrica Nefrologia pediatrica Reumatologia pediatrica Oncoematologia pediatrica
Le fonti dati utilizzate	Co.An. Flusso SDO Flusso EMUR Assetto Accreditato

Importo massimo	25 milioni di euro
-----------------	--------------------

Funzione n. 9	
Presa in carico	
Il razionale della funzione	Il modello di presa in carico del paziente cronico e/o fragile è una modalità innovative in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione ed il raccordo tra le diverse competenze professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale.
Riferimenti normativi	Ai sensi dalla DGR n. X/7655/2017 per i soggetti accreditati "la quota di presa in carico sarà remunerata con le funzioni non tariffabili".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	È previsto un pagamento da ATS per le cooperative mentre per i soggetti accreditati non è prevista una specifica tariffa né una modalità di possibile fatturazione.
La/e componente/i di costo coperta dal contributo	Le aziende sostengono costi organizzativi nel definire, nel periodo immediatamente precedente alla dimissione di pazienti ricoverati, le prime fasi della presa in carico. Queste prestazioni non sono ovviamente rendicontabili all'interno dei contratti con le ATS e vengono quindi rilevate in un flusso a parte e, come previsto dalla DGR, finanziate a funzione.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	La rendicontazione del numero di pazienti presi in carico.
Le fonti dati utilizzate	Rendicontazione puntuale da parte delle strutture accreditate.
Importo massimo	1 milione di euro

Funzione n. 10	
Centri di rilievo regionale	
Estratto della ex funzione numero 13	
Il rationale della funzione	Con propri atti Regione Lombardia ha nel tempo individuato una serie di strutture di riferimento (centro di II° e III° livello) per il trattamento di patologie rare o invalidanti utilizzate da tutte le unità sanitarie della rete regionale. In queste strutture sono previste attività di screening, consulenza e presa in carico non tariffabili. Non esistono specifiche tariffe ed i percorsi di cura sono altamente personalizzati. I centri di riferimento cui sono destinate le risorse sono: • Centri di riferimento regionali per la tubercolosi (CRR-TBC); • Centri di riferimento regionali per i disturbi del comportamento alimentare (CRR-DCA); • Centri di riferimento regionali dell'Epilessia (EpiNetwork); • Centri di riferimento regionali per le malattie neuromuscolari e per la patologia metabolica e tumorale nell'infanzia e nell'adolescenza; • Centri di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle cefalee; • Centri di riferimento regionale per la psicosi infantile; • Centri di riferimento regionale per le malattie rare; • Centri di riferimento regionale per la riabilitazione per soggetti con disabilità visiva; • Centri di riferimento regionale per la diagnosi e cura della fibromialgia; • Centri di vulnologia gestione del piede diabetico. È inoltre previsto il finanziamento: • di un reparto di Medicina Protetta per il ricovero in urgenza dei detenuti • dei progetti DAMA (Accoglienza medica avanzata per disabili); • del Centro per la sicurezza degli antiparassitari; • del Centro di riferimento regionale per le attività epidemiologiche volte allo studio dei rischi ambientali;
Riferimenti normativi	Le attività dei centri regionali di riferimento sono riconducibili alle lettere a), b), c) e d) dell'art. 8 sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992. Il Centro di riferimento regionale per i disturbi del comportamento alimentare (CRR-DCA) è attivato presso l'ASST Spedali Civili di Brescia con DGR 31736 del 7 ottobre 1997; Le funzioni, le caratteristiche e l'elenco dei centri di III° livello del Network dei centri regionali per la diagnosi e la cura dell'epilessia sono state definite con DDG N. 17825 del 30 novembre 2005; I centri Hub per la cura delle cefalee sono istituiti ai sensi della DGR N. XI/3677/2020. L'elenco dei centri di III° livello della Rete dei Centri di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle cefalee è contenuto nell'allegato DDGW 15645 del 13/10/2023;

	I centri di riferimento delle malattie rare sono stati previsti dal D.M. 279/2001 <i>“Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124”</i> e poi identificati in Lombardia con DGR n. 2443 del 03/06/2024. Si prevede per questa funzione l'impiego di fondi dedicati previsti nell' accordo n. 175, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul <i>“Piano nazionale malattie rare 2023 – 2026”</i> e sul documento per il <i>“Riordino della rete nazionale delle malattie rare”</i>. La riabilitazione per soggetti con disabilità visiva è prevista dalla DGR n. X/2313/2014 e prevede l'impiego di fondi dedicati. I Centri per la diagnosi e cura della fibromialgia sono stati istituiti in attuazione della DGR n. XI/7880/2023. Le funzioni dei centri di II e III livello della rete Regionale per la prevenzione, diagnosi e cura del piede diabetico sono descritte nella DGR n. XII/163/2023. La Medicina Protetta è prevista nell'art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296. L'istituzione del reparto è stata approvata con DGR n. VI/34306/1998. Il finanziamento dei progetti DAMA (Accoglienza medica avanzata per disabili), approvato con DGR n. VII/4094/2001, è da riferirsi alla lettera b) dell'art. 8 sexies, comma 2 del D.lgs. n. 502/1992. Il Centro per la sicurezza degli antiparassitari è stato istituito con DGR n. VII/7006/2001, opera per programmi di prevenzione e sicurezza dell'O.M.S. e della Regione Lombardia.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Le attività attribuite all'azienda sulla base di Deliberazioni e Convenzioni riportate in allegato sono prive di forme di tariffazione.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	I valori relativi a queste funzioni sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale rilevata in Contabilità Analitica.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Verifica della rendicontazione relativi ai costi dell'attività svolta.
Le fonti dati utilizzate	Co.An. Rendicontazione dei costi
Importo massimo	25 milioni di euro

Funzione n. 11
Pronta disponibilità di letti in attesa nella rete territoriale delle cure subacute e presa in carico

Il razionale della funzione	In certi periodi il numero pazienti in ingresso da PS è superiore al numero di pazienti in uscita. Un più rapido turnover dei pazienti già ricoverati alleggerirebbe l'affollamento in PS ma la dimissione è spesso ostacolata dalla difficoltà che si incontra nell'organizzare cure ed assistenza a domicilio. Per decongestionare questi presidi, aumentare il turnover e risolvere più tempestivamente alcuni affollamenti dei PS gli ospedali (che già dispongono di propri letti di cure sub acute) hanno costruito una rete di contatti – con altri ospedali - per superare i periodi più critici.
-----------------------------	---

	Questo modello va strutturato ed incentivato aumentando la capacità ricettiva “a richiesta” degli ospedali senza PS e stimolare la tempestività della loro risposta.
Riferimenti normativi	Il progetto è riconducibile alla lettera f) dell’art. 8 sexies, comma 2 del D.lgs. n. 502/1992 “programmi sperimentali di assistenza”. I requisiti minimi autorizzativi per le attività di Cure Sub Acute sono descritti nella DGR IX/937/2010.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	La rete ha garantito negli anni un utile decongestionamento degli ospedali ma nel tempo i budget risultano saturati ed i momenti di forte saturazione sono sempre più frequenti. Senza aumentare il numero di posti accreditati ed il valore dei contratti il riconoscimento a funzione permette di attivare più posti che sarebbero però attivati in modo flessibile nei momenti di maggior richiesta da parte dei presidi con PS ed in particolare nei mesi autunnali ed invernali. Sono stati individuati - per ogni DEA più critico (Hub) – delle strutture di riferimento senza Ps (Spoke) che fossero in grado di mettere a disposizione tempestivamente dai 4 ai 10 posti di cure subacute nei periodi di maggiore criticità. Partecipano al progetto sia gli ospedali pubblici che privati sulla base di un’ipotesi di potenziamento di letti oggi attivi aggiornabile da DGW con decreto specifico.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	La FNT copre sia il costo di attesa di letti aggiuntivi per il periodo ottobre/marzo che le giornate eventualmente erogate da considerare extra-budget. La FNT remunera l’impegno degli ospedali per la gestione di questi posti aggiuntivi.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il modello di calcolo ha dei precedenti già applicati (modello di calcolo del costo di attesa dei letti Covid). Qui era previsto il calcolo di un costo di standard a giornata per la disponibilità in attesa che andava a ridursi con il progressivo ammortamento dei costi al generarsi di ricavi man mano che le strutture messe a disposizione venivano realmente occupate in risposta alla domanda emergente.
Le fonti dati utilizzate	Flusso SDO Co.An.
Importo massimo	20 milioni di euro

Funzione n. 12

Costo della gestione monitoraggio dei pazienti in carico per assunzione farmaci HIV

Il razionale della funzione	La gestione dei pazienti affetti da HIV è stata nel tempo deospedalizzata grazie alla introduzione di farmaci progressivamente più efficaci nel ridurre le complicanze da ricovero. I pazienti 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.
-----------------------------	--

Riferimenti normativi	L'attività considerata è da ricollegarsi alla previsione normativa del D.Lgs. n. 502/1992, art. 8 sexies, comma 2, lett. 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".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Per alcune patologie critiche è previsto che la struttura erogante si assuma un impegno continuativo per il monitoraggio della terapia dei pazienti in carico senza che questa attività sia associata ad una prestazione rendicontabile. Non è prevista la compensazione dei costi sostenuti dalle strutture per garantire la distribuzione dei farmaci del file F ed il monitoraggio delle relative cure. Oltre determinati volumi di attività vengono generati costi che sono compensati da questa funzione.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	La funzione copre il costo del monitoraggio stimato in 25 euro al mese / paziente che comprende il costo del personale sanitario per attività di monitoraggio e gestione proattiva delle terapie farmacologiche.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Per ogni rendicontazione in file F di farmaci dell'ATC J05 si ricostruisce il periodo di presa in carico individuale a livello mensile (differenza tra data minima e massima senza interruzioni della terapia per più di 9 mesi). Per ogni mese di presa in carico e monitoraggio è assegnata la funzione del valore mensile calcolato.
Le fonti dati utilizzate	File F
Importo massimo	7 milioni di euro

Funzione n. 13	
Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)	
Il razionale della funzione	Le prestazioni di medicina del lavoro non trovano una specifica collocazione nei tariffari vigenti. In termini generali l'attività di medicina del lavoro svolta dalle UOOML è assimilabile agli "studi clinico-epidemiologici" remunerati con specifici fondi regionali.
Riferimenti normativi	La Rete delle UOOML partecipa attivamente al conseguimento degli obiettivi del <i>Piano Regionale della Prevenzione</i> (DGR X/3654/2015) e segnatamente al: - Programma 9 "Tutela della salute e sicurezza del lavoratore", la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali; per l'emersione del fenomeno "tecnopatico" è individuato un indicatore sentinella, funzionale a evidenziare l'incremento delle segnalazioni e delle denunce di malattie professionali; - Programma 10 "Integrazione salute e ambiente", sia la definizione di strumenti efficaci per la stima degli impatti sulla salute nelle procedure di Valutazione Impatti Ambientali (VIA) e di Valutazione Ambientale Strategica (VAS) che la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute; in questo modo esercitando il proprio ruolo a valenza preventive, attraverso l'erogazione di funzioni e prestazioni. In modo indiretto, la Rete partecipa – limitatamente agli ambienti di lavoro - al conseguimento degli obiettivi previsti dal PRP con il Programma 6 "Prevenzione della cronicità" e con il Programma 8 "Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive". Fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. c) del D.Lgs. n.

	502/1992.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Con la DGR n. X/6472/2017 "Modifica della DGR. 20 marzo 2017, n. X/6359 «Determinazioni in relazione alle Unità operative di medicina del lavoro (UOOML) nel rispetto della Legge Regionale 11/08/2015 n. 23" la Giunta Regionale ha provveduto ad aggiornare la rete delle UOOML superando integralmente la precedente DGR n. VI/46797/1999 ed ha previsto il finanziamento a funzione.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Copertura costi attività di carattere clinico ovvero di studio epidemiologico non remunerati da tariffe predefinite.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il finanziamento a funzione è assegnato alle singole ASST tenendo conto di due quote: • Una fissa, pari a 148.000€ per ciascuna UOOML, per un totale di 1.776.000€; • Una variabile, collegata sia al valore della quota PAT (Posizioni assicurative territoriali) che al valore dell'attività svolta.
Le fonti dati utilizzate	Gestionali del Sistema Informativo Regionale della Prevenzione – area Person@Ma.P.I. – Malattie Professionali e Infortuni e SMP - Segnalazione di Malattia Professionale)
Importo massimo	3,5 milioni di euro.

Funzione n. 14	
Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi	
Il razionale della funzione	Sostenere mediante un "contributo" i programmi di trapianto di organo coordinate dal "Centro regionale per i trapianti"
Riferimenti normativi	Art. 8 sexies, comma 2, lettera g) del D.lgs. n. 502/1992 "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". Nelle regole di Sistema 2024 (DGR n. XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024 (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi" punto 4.18) è previsto che il sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione di organi sia affidato ad AREU attribuendogli la quota necessaria per il pagamento del personale delle CRP e dei COP, per la realizzazione delle CAM e dell'ECMO Mobile e per remunerare gli ospedali dei costi sostenuti per i percorsi di donazione. Ai fini di garantire le attività al "Centro regionale per i trapianti" è garantito alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, un finanziamento fino a un massimo presuntivo di € 2.850.000,00 come indicato nella DGR n. XI/6150/2022.

Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Non essendo previsto un sistema di tariffe per le attività di espanto e conservazione degli organi nel D.lgs. n. 502/1992 era già previsto il riconoscimento di una funzione per le strutture che partecipano a queste attività. Le rilevazioni transitano attraverso strutture di coordinamento che registrano le attività e valutano il costo degli espanti, il costo dei trasporti ed i costi della conservazione per rifondere i soggetti che partecipano alla rete trapianti.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Copertura dei costi "di produzione" legati all'individuazione dei potenziali donatori, di espanto, di trasporto e di conservazione degli organi prelevati.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	I valori relativi a queste funzioni sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale pervenuta dai centri di riferimento di AREU. I costi del "Centro regionale per i trapianti" e delle Banche Regionali sono rendicontati dalle strutture in Co.An. su richiesta della Direzione Generale Welfare.
Le fonti dati utilizzate	Rendicontazioni centralizzate Report annuale Banca dati regionale prelievo degli organi Costi Co.An. delle banche di organi e/o tessuti Costi Co.An. del Centro regionale per i trapianti
Importo massimo	25 milioni di euro

Funzione n. 15	
Ricerca Corrente negli IRCCS	
Il razionale della funzione	Nel corso degli ultimi 20 anni il valore di finanziamento complessivo della ricerca corrente da parte del Ministero della Salute è rimasto nominalmente costante (senza alcuna attualizzazione) ed il numero di IRCCS beneficiari è cresciuto. Questi due effetti combinati si traducono per ogni IRCCS del sistema in una progressiva riduzione del finanziamento ministeriale. Nel 2000 i 13 IRCCS Lombardi avevano avuto a disposizione dal Ministero 88 milioni di euro (che attualizzati varrebbero oggi 140 milioni di euro). Nel 2022 con un numero maggiore di IRCCS (sono diventati 18) le risorse destinate alla Lombardia si erano ridotte a 75 milioni di euro. Negli stessi anni le risorse per la ricerca corrente messe a disposizione dalla Regione Lombardia hanno compensato le riduzioni del fondo Ministeriale.
L'aderenza delle tematiche oggetto di finanziamento alla norma	Si fa riferimento al D.lgs. n. 502/1992 art. 8 sexies comma 2 lett. B), D), F).
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Nonostante le risorse stanziare da Regione Lombardia per sostenere la ricerca degli IRCCS integrando i finanziamenti Ministeriali molti centri di ricerca stanno progressivamente perdendo risorse con il rischio di non riuscire a mantenere l'attuale livello qualitativo della ricerca.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	La funzione rappresenta un contributo regionale allo svolgimento delle attività di ricerca corrente.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il sistema di attribuzione delle risorse utilizzato in Lombardia si avvale degli stessi indicatori del Ministero della Salute.

Le fonti dati utilizzate	Valore della produzione scientifica mediante utilizzo dei dati contenuti nelle dichiarazioni presentate dagli IRCCS al Ministero per ottenere i fondi sulla ricerca corrente.
Importo massimo	73 milioni di euro.

Funzione n. 16	
Continuità dell'assistenza pazienti nefropatici	
Il razionale della funzione	Nel caso di ricoveri motivati da patologie non correlate direttamente al trattamento dialitico, le eventuali prestazioni di dialisi erogate in costanza di ricovero, necessarie a garantire la stabilità clinica del paziente, non sarebbero remunerabili in quanto ricomprese nella tariffazione DRG. Il costo dalla Dialisi risulta mediamente non sostenibile a partire dalla quinta giornata di ricovero (ovvero il costo della dialisi supera il valore della tariffa) ma per i casi medici questo limite può essere raggiunto già alla terza giornata. Con la DGR n. IX/937/2010 Regione Lombardia aveva introdotto il codice 39.95.A <i>“emodialisi extracorporea in costanza di ricovero”</i> che poteva essere rendicontata, dall'erogatore nel tracciato 28/San, quando i ricoveri avessero superato la degenza di quattro giorni (quindi a partire dalle sedute effettuate dal quinto giorno di ricovero secondo lo schema esplicativo della nota Regionale H1.2011.0006481 del 1° marzo 2011).
Riferimenti normativi	Il progetto è riconducibile alla lettera b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Il Nomenclatore Nazionale (DPCM 2017) esclude la possibilità di codificare e rendicontare questo tipo di prestazione nei flussi della specialistica ambulatoriale. Per le strutture ospedaliere che ritrovano a ricoverare pazienti che necessitano di dialisi il costo sostenuto per le sedute arriva spesso a superare il ricavo fissato con la tariffa DRG.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	La FNT remunera l'impegno degli ospedali per la gestione di questi pazienti critici e quindi si valuta il costo delle prestazioni erogate che non sono strettamente correlate con il motivo principale del ricovero.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Dal 2024 la prestazione non sarà né prescrivibile né prenotabile e sarà rendicontabile solo a valore zero dato che sarà codificata come tipo M (non remunerabile). A chiusura di flussi si rilevano le prestazioni erogate nel flusso 28/San per calcolare il valore della FNT.
Le fonti dati utilizzate	Flusso 28/San
Importo massimo	5 milioni di euro

Funzione n. 17	
Rete d'offerta specialistica extraospedaliera ASST	
Il razionale della funzione	I poliambulatori extra ospedalieri partecipano all'erogazione dell'assistenza distrettuale (D.lgs. n. 502/92) per una componente ambulatoriale rendicontabile ma anche per una componente sociosanitaria ad elevata integrazione (prevalentemente nell'area dove il D.lgs. n. 502/92 individua le patologie croniche e degenerative) con caratteristiche di prossimità. Le ASST gestiscono una rete composta da circa 130 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 non sufficientemente remunerato.
Riferimenti normativi	Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. a) del D.lgs. n. 502/1992) "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". La rilevanza di questa rete è stata ribadita nella L.R. n. 23/2015 dove è prevista una divisione del territorio in Distretti sanitari all'interno dei quali le ASST devono garantire le prestazioni territoriali di specialistica ambulatoriale. 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.
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	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.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	I costi di questa rete di offerta territoriale ammontano a 126 milioni di euro all'anno a cui corrispondono ricavi per prestazioni pari a soli 60 milioni di euro. Le risorse gestite mediante attribuzione delle FNT coprono solo in parte questo differenziale.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il modello di calcolo introduce misurazioni e criteri che: 1. Valutano la differenza tra costi e ricavi delle attività ambulatoriali territoriali; 2. Individuano il set delle prestazioni tipiche delle attività garantite dal polo territoriale delle ASST; 3. Assegnano la funzione proporzionalmente ai volumi di attività garantite.
Le fonti dati utilizzate	Flusso 28/San
Importo massimo	33 milioni di euro

Funzione n. 18	
Rete della Neuropsichiatria infantile territoriale ASST	
Il razionale della funzione	Le Aziende Socio-sanitarie Territoriali gestiscono una rete di strutture territoriali composta dalle UU.OO. 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.
Riferimenti normativi	Queste prestazioni non possono essere interamente collocate nel comma 4 dell'articolo 8-sexies ma possono essere finanziate in toto o in parte con una delle voci del comma 2. Il collegamento è con il D.lgs. n. 502/1992, art 8-sexies, comma 2, lett. a), b) "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" e "programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	La mancanza di uno specifico tariffario e livello nazionale è legata al fatto che queste attività, essendo garantite nelle altre regioni dalle ASL, sono finanziate all'interno della quota capitolaria senza una specifica rendicontazione delle prestazioni. In Regione Lombardia, invece, queste attività sono garantite dalle ASST che non sono finanziate a quota capitolaria e che necessitano di una remunerazione a tariffa o a funzione. La mancanza di un tariffario nazionale rende necessario il ricorso alla funzione in quanto sono poche le prestazioni presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale che descrivono queste attività. Regione Lombardia con la DGR n. IX/2633/2011 ha definito le tariffe per le prestazioni di Neuropsichiatria Infantile erogate in regime ambulatoriale o di residenzialità. La stessa delibera ha definito le attività svolte non direttamente sui pazienti che continuano a non avere delle tariffe ma che devono essere puntualmente rendicontate in modo da poter quantificare nel modo più corretto possibile la specifica funzione non tariffabile già riconosciuta. Il valore della funzione è stato definito assumendo come parametro di riferimento la differenza tra il costo del personale assegnato ad ogni Ente sanitario e la quota finanziata con le nuove tariffe.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Il costo complessivo delle attività territoriali ammonta a 91 milioni di euro mentre i ricavi da tariffario regionale sono pari a solo 45 milioni di euro (dati Co.An. 2022) La FNT copre solo in parte il differenziale tra il costo standard atteso per queste attività ed i ricavi a tariffa rilevati.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Si calcola in che misura la domanda distrettuale attesa da ogni territorio sia soddisfatta dalle strutture presenti sul territorio stesso. a) Si scartano le prestazioni residenziali e semiresidenziali b) Si scartano le prestazioni erogate nell'ambito dei progetti (codice G) c) Si scartano i record di pazienti non residenti in Lombardia Si valorizzano i record rimanenti o con la tariffa del nomenclatore ambulatoriale o, per la maggior parte delle attività, sulla base di un valore economico che viene oggi utilizzato in Regione per finanziare le progettualità di Neuropsichiatria Infantile non a contratto.

Ad ogni record del flusso che non è stato scartato vengono associate le informazioni relative a:

1. Ambito di residenza del paziente
2. Ambito della eventuale sede ospedaliera sovra-zonale del paziente
3. Ambito in cui ha sede la struttura che eroga la prestazione

A seguito della combinazione tra prestazioni erogate e la residenza dei cittadini sono possibili, per ogni record, quattro possibili combinazioni:

1. Prestazione erogata ad un paziente nello stesso ambito in cui risiede (polo territoriale);
2. Prestazione erogata ad un paziente nella propria sede sovra-zonale di riferimento (polo ospedaliero);
3. Prestazione erogata ad un paziente in una sede ospedaliera di altra ASST;
4. Prestazione erogata ad un paziente in una sede territoriale extra-ambito,

Viene quindi calcolato un indicatore di valore economico pro/capite di prestazioni usufruite nel territorio di residenza ottenuto dividendo per la popolazione target la somma del valore delle combinazioni 1 e 2. L'indicatore così ricavato in ognuno degli 81 distretti regionali viene moltiplicato per il coefficiente riportato nella seguente tabella.

	Quota	Abb%
Oltre il 120% dell'indicatore medio regionale	100%	0%
Tra 80% e 120% dell'indicatore medio regionale	75%	25%
Inferiore 80% dell'indicatore medio regionale	50%	50%
Assente	0%	100%

Il finanziamento complessivo di questa funzione è suddiviso sulla base della popolazione target residente in ogni ambito territoriale.

$$\text{Fondo disponibile per l'ambito terr.} = \frac{\text{Stanziato regionale}}{\text{Popolazione regionale}} \times \text{Popolazione dell'ambito}$$

Il Fondo disponibile sarà attribuito all'ASST integralmente solo per gli ambiti dove il livello di offerta (misurato come rapporto tra valore delle prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente) è significativamente più elevato del valore medio regionale. (vedi tabella sovra esposta)

1. Se non vi è offerta sul territorio (polo territoriale) e non è disponibile un centro di riferimento ospedaliero (polo ospedaliero) la funzione non viene assegnata;
2. Se l'indicatore è superiore all'indicatore medio regionale del 20% l'abbattimento è nullo;
3. Se l'indicatore è compreso tra il valore dell'indicatore medio regionale e l'indicatore maggiorato del 20% l'abbattimento è del 25%.

Se l'indicatore è inferiore all'80% dell'indicatore medio regionale l'abbattimento è del 50%.

Le fonti dati utilizzate	Flusso 28/San Flusso NPI Tabella comuni e distretti Tabella strutture offerta territoriali Tabella prestazioni ambulatoriali integrata nelle valorizzazioni Co.An.
Importo massimo	35 milioni di euro

Funzione n. 19	
Integrazione ospedale territorio dei percorsi relativi alla gestione del disagio mentale ASST	
Il razionale della funzione	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. Le aziende che hanno investito nel mantenere la gestione della psichiatria sul livello territoriale senza istituzionalizzare il paziente in strutture sono maggiormente penalizzate dalla impostazione meramente prestazionale e potrebbero rinunciare alle progettualità di reinserimento previste dai piani nazionali e regionali. La funzione ha l'obiettivo di stimolare l'investimento delle Aziende sui livelli territoriali ambulatoriali (più complessi sotto il profilo organizzativo e meno remunerativi rispetto ad altre attività sanitarie). I progetti di deospedalizzazione si misurano positivamente in termini di presenza delle strutture territoriali e di adesione dei pazienti ai percorsi. Date le caratteristiche della patologia è comunque necessario un impegno straordinario nell'assicurare un presidio ospedaliero sempre operativo in caso di emergenze (o come spesso accade per gestire i fallimenti delle terapie e riavviarle).
Riferimenti normativi	Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. A) del D.lgs. n. 502/1992 "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".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Complessivamente i DSM risultano sotto finanziati. La rilevazione dei costi della rete dei Dip. di Salute Mentale mette in evidenza una particolare inconsistenza delle tariffe ed una perdita conseguente (che non può essere liquidata come inefficienza). Le unità di degenza (SPDC) costano 110 milioni di euro all'anno e sono remunerate con i DRG per soli 53 milioni di euro. Le strutture territoriali (CPS) costano 110 milioni di euro all'anno mentre le prestazioni ivi garantite generano ricavi per 75 milioni. Le tariffe previste nel nomenclatore ambulatoriale descrivono solo parte delle prestazioni erogabili ma non valutano il tema ed il costo della presa in carico della patologia. A differenza che in altre regioni in Lombardia la psichiatria è inserita nelle ASST e non nelle ATS finanziate a quota capitaria. In questa situazione Regione Lombardia ha avviato nel 1998 in attuazione dell'art. 10 della DGR n. VI/37597/1998 un sistema di tariffazione di questeprestazioni. Dalle evidenze emerse con la rilevazione puntuale dei costi il sistema di tariffazione si è rivelato adeguato a sostenere i costi per le strutture residenziali e semiresidenziali ed inadeguato per i livelli ambulatoriali.

	A causa della complessità della patologia trattata parte dei costi è assorbita da forme di attività non direttamente rivolte al paziente che non possono essere rendicontate come prestazioni (gestione del caso, richieste dei Tribunali, interventi in ambito istituzionale, sociale e familiare, progetti sperimentali, mediazione culturale).															
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Il complesso delle attività sanitarie dalle Unità Operative di Psichiatria della Lombardia è costato quasi 350 milioni nel 2023. Le tariffe (DRG, Psiche) coprono i costi solo nei limiti dei due terzi. La funzione copre il 50% del differenziale osservato 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 confrontabile in tutta la regione.															
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	La funzione è articolata su due distinte valutazioni: 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; <u>Calcolo della componente territoriale</u> Viene definito per ogni distretto un massimo di funzione attribuibile proporzionale alla popolazione. La misurazione delle prestazioni offerte a livello territoriale rapportata alla popolazione target dalle strutture presenti sul distretto restituisce un indice di risposta territoriale rispetto ad una domanda media osservata. Se l'indice locale è inferiore a determinati target (vedi tabella seguente) la funzione predefinita è assegnata parzialmente mentre se l'indice locale è superiore a target ottimali la funzione è assegnata integralmente. Vengono così riconosciuti contemporaneamente i bisogni e premiato l'impegno organizzativo delle Aziende che offrono i servizi <table><tr><th></th><th>% Risposta</th><th>Abb %</th></tr><tr><td>Oltre il 140% dell'indicatore medio</td><td>100%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Tra 80% e 140% dell'indicatore medio</td><td>75%</td><td>25%</td></tr><tr><td>Tra 50% e 80% dell'indicatore medio</td><td>25%</td><td>75%</td></tr><tr><td>Servizio assente</td><td>0%</td><td>100%</td></tr></table> <u>Calcolo della componente ospedaliera</u> La funzione viene attribuita a livello territoriale in misura proporzionale a tutta la popolazione residente correggendo i valori della quota per ogni ospedale sede di SPDC in misura inversa rispetto al tasso di ospedalizzazione. Le strutture SPDC delle ATS dove il tasso di ricovero in psichiatria in acuzie è minore partono da una base di funzione più elevata come forma di riconoscimento dell'azione preventiva territoriale.		% Risposta	Abb %	Oltre il 140% dell'indicatore medio	100%	0%	Tra 80% e 140% dell'indicatore medio	75%	25%	Tra 50% e 80% dell'indicatore medio	25%	75%	Servizio assente	0%	100%
	% Risposta	Abb %														
Oltre il 140% dell'indicatore medio	100%	0%														
Tra 80% e 140% dell'indicatore medio	75%	25%														
Tra 50% e 80% dell'indicatore medio	25%	75%														
Servizio assente	0%	100%														
Le fonti dati utilizzate	Co.An. Flusso SDO Flusso 28/San Flusso Psiche Popolazione residente															
Importo massimo	60 milioni di euro															

Funzione n. 20									
Attività consultoriali garantite dal polo territoriale delle ASST									
Il razionale della funzione	Il trasferimento dei consultori dalla ASL alle ASST ha comportato un trasferimento di circa 1.000 unità di personale (270 dirigenti sanitari, 180 assistenti sociali, 450 del comparto sanitario e circa 100 amministrativi) per un costo complessivo di 60 milioni di euro all'anno. Queste attività non hanno un tariffario nazionale e quindi sono oggi finanziate alle aziende come contributi.								
Riferimenti normativi	Ricade nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 8 sexies, comma 2, lett. A) C) del D.lgs n.502/1992								
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Dal 2017, dopo una sperimentazione avviata nel 2012, in Lombardia è stato introdotto un tariffario per i consultori che comprende anche gli interventi educativi. Si tratta di tariffe sperimentali che descrivono solo una parte delle attività erogate (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 2023 prestazioni per circa 20 milioni di euro. Questo valore copre però solo una piccola parte dei costi della rete che ammontano a circa 75 milioni di euro all'anno.								
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Differenza tra costi attesi a livello territoriale (ricavati dalla COAN) e ricavi di queste attività								
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il finanziamento complessivo di questa funzione è suddiviso sulla base della popolazione target residente in ogni distretto. $\text{Fondo disponibile per il distretto} = \frac{\text{Stanziano regionale}}{\text{Popolazione target regionale}} \times \text{Pop. target del distretto}$ Il Fondo disponibile sarà attribuito all'ASST integralmente solo per i distretti dove il livello di offerta (misurato come rapporto tra valore delle prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente) è significativamente più elevato del valore medio regionale. Si calcola quindi una percentuale di assegnazione crescente al crescere delle prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente nel distretto. <table border="1"> <tr> <td>Oltre il 120% dell'indicatore medio regionale</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>Tra 80% e 120% dell'indicatore medio</td><td>75%</td></tr> <tr> <td>Tra 50% e 80% dell'indicatore medio</td><td>30%</td></tr> <tr> <td>Meno del 50% dell'indicatore medio</td><td>10%</td></tr> </table>	Oltre il 120% dell'indicatore medio regionale	100%	Tra 80% e 120% dell'indicatore medio	75%	Tra 50% e 80% dell'indicatore medio	30%	Meno del 50% dell'indicatore medio	10%
Oltre il 120% dell'indicatore medio regionale	100%								
Tra 80% e 120% dell'indicatore medio	75%								
Tra 50% e 80% dell'indicatore medio	30%								
Meno del 50% dell'indicatore medio	10%								
Le fonti dati utilizzate	Popolazione target (donne e minori) Flusso Prestazioni dei consultori								
Importo massimo	22 milioni di euro								

Funzione n. 21																							
Rete dei Centri vaccinali ASST																							
Il razionale della funzione	Il trasferimento della rete vaccinale dalla ASL alle ASST ha comportato il trasferimento di circa 600 unità di personale (oltre 100 medici e circa500 tra infermieri, tecnici e personale vigilanza ed ispezione) per un costo annuo di 50 milioni di euro (escluso il costo dei vaccini). Queste risorse sono oggi assegnate alle ASST come contributi in quanto queste attività non hanno a livellonazionale un sistema di remunerazione.																						
Riferimenti normativi	<i>Ricade nell’ambito della fattispecie di cui all’art. 8 sexies, comma 2, lett. c) del D.lgs. n.502/1992 “attività svolte nell’ambito della partecipazionea programmi di prevenzione”.</i> Con <u>DGR n. X/7629/2017</u> " <i>Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell’età infantile e dell’adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019</i> " sono riportate le vaccinazioni offerte gratuitamente in Lombardia con chiamata attiva da parte dei Centri Vaccinali , in riferimento al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e ai Livelli Essenziali di Assistenza.																						
Necessità di ricorrere ad unafunzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema difinanziamento a prestazione)	Nel 2024 verrà definita una tariffa “sperimentale” per le prestazioni vaccinali e quindi la funzione conserva i meccanismi finalizzati a premiare lo sforzo per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale.																						
La/e componente/i di costo cheil contributo va a coprire	<i>La funzione copre la componente di costo sostenuta dalle strutture relativa all’organizzazione delle campagne vaccinali da cui dipende - mediante controlli e richiami – il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dai LEA.</i>																						
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Il finanziamento complessivo di questa funzione è suddiviso sulla basedella popolazione target residente in ogni distretto. $\text{Fondo disponibile per il distretto} = \frac{\text{Stanziato Regionale}}{\text{Pop.regionale}} \times \text{popolazione del distretto}$ Il Fondo disponibile sarà attribuito alla ASST integralmente solo per i distretti dove il livello di copertura vaccinale (misurato come rapporto tra numero di prestazioni erogate e popolazione target) è superiore ai valori riportati in tabella. Si calcola quindi una percentuale di assegnazione crescente al crescere delle prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente nel distretto. <table><tr><td>Due anni precedenti</td><td>Anno precedente</td><td>Anno in corso</td><td>Quota funzione</td></tr><tr><td rowspan="2">>95%</td><td>>85%</td><td>>50%</td><td>100%</td></tr><tr><td><=85%</td><td>Nv</td><td>95%</td></tr><tr><td rowspan="2">>90%</td><td>>85%</td><td>Nv</td><td>95%</td></tr><tr><td><=85%</td><td>NV</td><td>90%</td></tr><tr><td>>85%</td><td>Nv</td><td>Nv</td><td>85%</td></tr></table>	Due anni precedenti	Anno precedente	Anno in corso	Quota funzione	>95%	>85%	>50%	100%	<=85%	Nv	95%	>90%	>85%	Nv	95%	<=85%	NV	90%	>85%	Nv	Nv	85%
Due anni precedenti	Anno precedente	Anno in corso	Quota funzione																				
>95%	>85%	>50%	100%																				
	<=85%	Nv	95%																				
>90%	>85%	Nv	95%																				
	<=85%	NV	90%																				
>85%	Nv	Nv	85%																				
Le fonti dati utilizzate	Popolazione target (donne e minori) Flusso Prestazioni dei consultori																						
Importo massimo	8 milioni di euro																						

Funzione n. 22	
Sanità penitenziaria di competenza ASST	
Il rationale della funzione	Integrazione del finanziamento ministeriale necessario per l'adempimento delle attività di cui al D.lgs. n. 230/1999
Riferimenti normativi	Con il D.lgs. n. 230/1999, <i>"Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n.419"</i> venivano trasferite le competenze di Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al SSN" tutte le strutture che erano operative alle dipendenze del Ministero della Giustizia (rapporti di lavoro, attrezzature e beni strumentali che riguardano la sanità penitenziaria) sono state trasferite alle Asl e quindi alle ASST. L'attività considerata si colloca fra quelle di cui all'art. 8 sexies, lettera b) del D.lgs. n. 502/1992 "programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona".
Necessità di ricorrere ad una funzione (integrativa e/o sostitutiva del sistema di finanziamento a prestazione)	Il trasferimento delle risorse dal Ministero della Giustizia alla Regione Lombardia (34 milioni nell'ultimo esercizio) è insufficiente a fronte di costi rilevati di 53 milioni di euro. Non esiste un sistema di rendicontazione e di tariffazione delle prestazioni erogate.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Differenza rilevata tra costo sostenuto dalle ASST (rilevato in Co.An.) e Fondo attribuito dalla Delibera CIPE.
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	I criteri di attribuzione sono differenziati. La struttura di Castiglione delle Stiviere (ex OPG) è interamente finanziata a costo (trattasi di un unicum non standardizzabile). I servizi territoriali si dividono le risorse rimanenti. Il criterio di attribuzione è quello previsto dagli standard ministeriali: - il 65% è attribuito in base alla quota di detenuti presenti negli istituti penitenziari al 31 dicembre. - Il restante 35% è attribuito in base all'incidenza del numero dei nuovi ingressi registrati durante l'anno.
Le fonti dati utilizzate	Co.An. Delibera CIPE Fonti Ministero della Giustizia sul numero di detenuti
Importo massimo	15,5 milioni euro

Funzione n. 23	
Obiettivi previsti dal Piano Regionale Triennale integrato della sanità pubblica Veterinaria	
Il rationale della funzione	Assegnazione di risorse supplementari per raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali nel settore della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, codificati dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria. Anche se le attività dei servizi veterinari delle ATS sono prevalentemente finanziati con la quota capitaria una parte del finanziamento (un di cui quindi) viene finalizzato in modo specifico a sostenere i costi di alcune attività prioritarie di seguito elencate. Ne consegue che l'assegnazione della funzione non prevede degli algoritmi di calcolo particolari ma la verifica che le attività aggiuntive

	rispetto a quelle già remunerate con la quota capitaria siano realmente effettuate. I costi remunerati riguardano sostanzialmente il personale.
L'aderenza delle tematiche oggetto di finanziamento all'anorma	Art. 8 sexies, comma 2, lett. c) "attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione"
La giustificazione oggettivata, specifica e non generica della impossibilità o insufficienza del sistema tariffario di provvedere al finanziamento delle attività individuate.	Contributo finalizzato al funzionamento dei Dipartimenti veterinari presenti nelle ATS ed alle loro funzioni di programmazione, coordinamento, monitoraggio e verifica della attività previste nel Piano Regionale.
La/e componente/i di costo che il contributo va a coprire	Costi relativi al perfezionamento degli obiettivi PIAPV
La descrizione dettagliata della costruzione dei criteri/algoritmi di attribuzione del finanziamento	Attribuzione del contributo sulla base del volume delle attività svolte e al raggiungimento di questi obiettivi: ✓ ALLEGATO A – Mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti da malattie attraverso l'attuazione delle relative misure di prevenzione, anche con riferimento alle zoonosi. • A1 - Prevenzione delle malattie animali • A2 - Prevenzione del randagismo, tutela animali da compagnia e interventi assistiti con animali ✓ ALLEGATO B – Mantenimento delle condizioni di igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale attraverso l'attuazione del controllo ufficiale di processo e di prodotto delle filiere agroalimentari • B1 - Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale • B2 - Azioni sanitarie in sostegno della competitività e dell'export dei prodotti di o.a. ✓ ALLEGATO C – Attuazione delle misure di controllo sull'utilizzo del farmaco veterinario, sull'alimentazione nonché sul benessere degli animali • C1 - Verifica dell'Igiene e sicurezza veterinaria a livello di produzione primaria a tutela dei consumatori ALLEGATO D - Obiettivi multidisciplinari
Le fonti dati utilizzate	U.O. Veterinaria DGW, dati monitoraggio osservatori regionali.
Importo massimo	15 milioni di euro.