



## **Parere preventivo funzioni non tariffate 2019**

***Area di azione lettera e) del comma 4, art. 11 L.R. 23/2015***

Dirigente proponente: Loredana Nofroni  
S.C. Analisi dei processi economico sanitari

*Data di consegna 29/03/2019*

## SOMMARIO

PREMESSA.....	4
METODOLOGIA .....	5
CONSIDERAZIONI GENERALI IN MERITO ALLA PROPOSTA DGW .....	6
FUNZIONI DI SOSTEGNO ALLA RETE DI EMERGENZA .....	10
FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO.....	10
Razionale .....	10
Riferimenti normativi .....	10
Analisi di contesto proposta da DGW.....	10
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	11
Algoritmo proposto da DGW.....	11
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	11
FUNZIONE PER LA RETE DELLE STROKE UNIT.....	13
Razionale .....	13
Riferimenti normativi .....	13
Analisi di contesto proposta da DGW.....	14
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	15
Algoritmo proposto da DGW.....	16
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	16
FUNZIONE RETE STEMI .....	18
Razionale .....	18
Riferimenti normativi .....	18
Analisi di contesto proposta da DGW.....	18
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	19
Algoritmo proposto da DGW.....	20
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	21
FUNZIONE A SOSTEGNO DELLA RETE TRAUMA .....	22
Razionale .....	22
Riferimenti normativi .....	22
Analisi del contesto proposta da DGW .....	22
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	23
Algoritmo proposto da DGW.....	25
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	25
FUNZIONE A SOSTEGNO DELLA TECNICA ECMO .....	27
Razionale .....	27
Riferimenti normativi .....	27
Analisi del contesto proposta da DGW .....	27

Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	28
Algoritmo .....	29
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	30
FUNZIONI DI SOSTEGNO ALLA RETE TERRITORIALE .....	32
LA RETE TERRITORIALE DEI POLIAMBULATORI EXTRAOSPEDALIERI .....	32
Razionale .....	32
Riferimenti normativi .....	32
Analisi del contesto proposta da DGW .....	32
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	33
Algoritmo .....	33
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	33
PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA .....	35
Razionale .....	35
Riferimenti normativi .....	35
Analisi del contesto proposta da DGW .....	35
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	36
Algoritmo proposto da DGW .....	36
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	36
FUNZIONI DI CORREZIONE ELEMENTI DISTORSIVI TARIFFE .....	38
TRATTAMENTO DI PAZIENTI ANZIANI IN AREA METROPOLITANA .....	38
Razionale .....	38
Riferimenti normativi .....	38
Analisi di contesto proposta da DGW .....	38
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	38
Algoritmo proposto da DGW .....	38
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	39
FUNZIONE A SOSTEGNO PS PEDIATRICI .....	40
Razionale .....	40
Riferimenti normativi .....	40
Analisi di contesto proposta da DGW .....	40
Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi .....	40
Algoritmo proposto da DGW .....	42
Coerenza tra rationale ed algoritmo .....	42

## PREMESSA

La presente relazione ha l'obiettivo di assolvere alla richiesta di parere avanzata da DGW finalizzata a valutare l'aderenza della proposta redatta dalla UOC Osservatorio Epidemiologico in merito all'inserimento e/o modifica di alcune funzioni non tariffate per l'annualità 2019 anche a seguito dei rilievi di ACSS contenuti nelle Relazioni, redatte in ottemperanza all'art. 11 comma 4 lettera e) LR 23/2015, formalizzate con Determine n. 11 del 10/03/2017 e n. 59 del 27/07/2018.

La richiesta si inserisce in un percorso di collaborazione già avviato nell'anno precedente che ha visto DGW richiedere preventivamente alcune fra le valutazioni che ACSS è tenuta per norma a fornire in materia di Funzioni non tariffate e Maggiorazioni tariffarie.

Pur in assenza di un organo di indirizzo politico che definisca obiettivi e priorità dell'Agenzia di controllo, ACSS, in spirito di collaborazione, ha ritenuto di analizzare il materiale messo a disposizione fornendo il proprio contributo.

In data 28/02/2019 ACSS è stata invitata ad una riunione tecnica, convocata dal Direttore Generale Welfare, dove, in via preliminare, sono state illustrate le attività che DGW sta svolgendo per modificare il sistema di finanziamento a funzione non tariffata.

Alla presenza dei dirigenti regionali competenti in materia, il direttore responsabile UOC Osservatorio Epidemiologico, ha illustrato delle slides che rappresentano per sommi capi l'impianto di attribuzione e le modifiche che DGW intende proporre per il 2019.

La riunione, il cui verbale è l'allegato 1A, si è conclusa con la richiesta di una validazione da parte di ACSS in tempi che consentano a DGW di elaborare una proposta di DGR da sottoporre alla Giunta Regionale per l'approvazione entro la fine del mese di marzo.

A tal fine sono stati resi disponibili ad ACSS (invio e-mail al Direttore in data 05/03/2019):

1. Slide "Analisi funzioni e proposte 2019-(Allegato 1B);
2. Documento redatto dal Direttore UOC Osservatorio Epidemiologico che rappresenta modifiche che si intendono proporre per il 2019-(Allegato 1C);

Le slides presentate nel corso della riunione del 28/02/2019, e successivamente inviate all'attenzione del Direttore ACSS, pur non fornendo il quadro complessivo dell'impianto proposto, forniscono alcuni elementi utili a comprendere l'intento programmatico regionale.

In particolare nella parte introduttiva, dopo aver ripreso sinteticamente alcune fra le osservazioni e suggerimenti estrapolati dalle Relazioni ACSS per gli anni 2015 e 2016 ed aver

dato una rappresentazione grafica delle modifiche che RL intende introdurre vengono rappresentati:

- i principi ispiratori del rationale delle funzioni modificate e/o introdotte (slide Obiettivi)
- le motivazioni per cui per determinate aree è preferibile il ricorso all'istituto delle funzioni non tariffate (slide "possibili alternative alle funzioni")
- le ragioni per le quali i criteri di attribuzione devono essere multidimensionali (attività, spese, bisogni) (slide:" attenzione a non legare le funzioni").

Tali enunciati, che rappresentano i cardini su cui è stato improntato il lavoro di revisione, sono stati utilizzati come dimensione di analisi da parte di ACSS.

Nelle slides successive vengono rappresentati gli elementi distintivi di quelle funzioni che DGW intende modificare.

Tali slides rappresentano sinteticamente quanto poi descritto con maggior dettaglio nel documento (Allegato 1C), i cui contenuti verranno illustrati e commentati nelle singole schede.

Nello svolgimento dell'analisi ACSS ha utilizzato anche le slides presentate in occasione della Conferenza dei Direttori Generali in data 12/03/2019.

## METODOLOGIA

L'espletamento del dettato normativo in materia di Funzioni non tariffate è stato svolto in precedenza da ACSS, a seguito dell'approvazione da parte della Giunta delle DGR di attribuzione degli importi, seguendo un preciso percorso di analisi, proposto ed approvato dal Comitato di Direzione.

Tale percorso prevede: la preventiva acquisizione del materiale (documentazione cartacea, files di esecuzione degli algoritmi di calcolo etc.), la verifica dell'aderenza alle norme nazionali ed alle disposizioni regionali in materia, una analisi di dettaglio sugli algoritmi di calcolo e sui processi di attribuzione delle funzioni.

Data l'urgenza esplicitata da DGW e l'assenza ad oggi del Comitato di Direzione, ACSS, in ottica di collaborazione ha deciso di effettuare una prima valutazione sul materiale inviato al fine di verificare l'aderenza di quanto in esso contenuto ai principi enunciati nelle relazioni di ACSS ed esprimere raccomandazioni e suggerimenti per il miglioramento di quanto proposto.

Il presente documento non deve essere inteso, pertanto, come sostitutivo dell'attività prevista dall'art.11 comma 4 lettera f) LR 23/2015, che ACSS svolgerà, esprimendo una eventuale valutazione, a seguito dell'emanazione della DGR di attribuzione, con l'avvallo da parte del Comitato di Direzione e con tempistiche idonee a svolgere il lavoro in modo approfondito. Il presente elaborato quindi non è, e non può essere inteso, come una validazione del sistema proposto.

Per quanto detto, ACSS, per l'approfondimento richiesto, in questa fase ha deciso di operare, dopo alcune considerazioni generali, valutando l'impianto rappresentato nella documentazione attraverso:

- la verifica sull'aderenza tra i contenuti delle singole proposte ed i principi normativi che regolano l'istituto.
- l'aderenza con gli obiettivi che DGW intende perseguire.
- il rispetto di criteri di trasparenza per i procedimenti amministrativi
- la coerenza con i suggerimenti/raccomandazioni fornite da ACSS in precedenza.

Per ciascuna funzione o sotto funzione, dopo una descrizione su quanto rappresentato nel materiale fornito da DGW è stata effettuata una analisi utilizzando lo schema già adottato in precedenza che evidenzia gli elementi imprescindibili per la rappresentazione della funzione.

Il documento si conclude con raccomandazioni e suggerimenti migliorativi.

## CONSIDERAZIONI GENERALI IN MERITO ALLA PROPOSTA DGW

Nella stesura delle proprie relazioni ACSS ha concluso la trattazione di ciascuna funzione classificandole in:

- **Funzioni confermabili**

Sono le funzioni che, pur necessitando degli interventi suggeriti fra le indicazioni generali, mantengono un contenuto di "attualità" anche nel contesto odierno e per le quali gli algoritmi in essere sono coerenti con il dettato normativo.

- **Funzioni aggiornabili**

Sono quelle funzioni per le quali si ritiene possano essere prese in considerazione nuove modalità di calcolo più confacenti al rationale della funzione stessa.

---

- **Funzioni non più attuali**

Sono quelle funzioni che si ritiene abbiano esaurito la loro significatività rispetto agli assetti odierni e per le quali si suggerisce al Legislatore un utilizzo delle risorse più confacente alle necessità del sistema.

Nelle Relazioni di ACSS erano state identificate 5 funzioni “non più attuali” per le quali si era suggerito che le risorse liberate dal loro superamento fossero impegnate in attività, fra quelle previste dalla normativa vigente.

La maggior parte delle funzioni erano confluite, nella dettagliata relazione del 2016, nel gruppo “aggiornabili” poiché le criticità rilevate riguardavano principalmente la non coerenza fra gli algoritmi individuati per il calcolo dei contributi ed il rationale espresso dalla funzione nonché l'assenza di riferimenti oggettivi ai costi, o componente di costo, che la funzione contribuiva a coprire; le raccomandazioni ed i suggerimenti erano finalizzati pertanto al superamento di tali anomalie.

ACSS aveva altresì auspicato:

- la revisione del processo complessivo, evidenziando la necessità di definire, in aderenza ai principi di trasparenza, in modo chiaro e temporalmente definito i diversi passaggi. Ciò avrebbe consentito sia a DGW che agli erogatori beneficiari di monitorare in corso d'anno le attività oggetto di contributo.
- l'attuazione del dettato del DM 70/2015 come requisito imprescindibile di attribuzione dei contributi oltre al rispetto delle norme di accreditamento.
- che non fosse utilizzata la sola produzione come driver del contributo e che fossero sviluppati driver espressivi del maggior impiego di risorse in attività o filoni di essa, non identificabili in tariffe.

Attingendo le informazioni dalle fonti documentali citate in premessa ACSS ha elaborato una tabella (Allegato 1D) di confronto che illustra il quadro complessivo che da tali fonti si evince.

A fronte di 19 funzioni preesistenti (che in realtà finanziavano 43 diverse attività) la nuova proposta parrebbe identificarne 15 che finanziano complessivamente 46 diverse fattispecie con una redistribuzione dello stanziamento complessivo stabilito nella DGR delle Regole 2019.

Delle 5 Funzioni classificate “non più attuali”, per le quali ACSS auspicava che DGW trasferisse i fondi su attività più coerenti con la norma nazionale e con il contesto lombardo,

la proposta di DGW prevede il superamento delle funzioni " Ampiezza del case-mix" e "Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici "; la funzione "Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa" viene riproposta con modifiche nell' algoritmo mentre per le altre 2, "Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia" e "Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario",,, dalla documentazione nella disponibilità di ACSS, non vi è evidenza di cambiamento alcuno.

La scelta effettuata da DGW e le modifiche proposte evidenziano la decisione di iniziare il percorso di revisione dell'impianto complessivo partendo dalla revisione di alcune funzioni, dando priorità a tre tematiche che sono:

- Le funzioni a sostegno della rete territoriale
- Le funzioni a sostegno della rete di emergenza
- Le funzioni a correzione degli elementi distorsivi tariffe

Nonostante l'enunciato nelle slides, che individua la CO:AN. come fonte prioritaria per la costruzione degli algoritmi di contributo, la contabilità analitica sembra, nell'intero documento, utilizzata in forma aggregata solo per valutazioni complessive dei fenomeni e non come strumento per l'individuazione del costo standard che il contributo intende coprire.

Più volte, nel testo ed in riferimento a diverse proposte viene fatto riferimento alla funzione come ad una integrazione delle tariffe esistenti; si rammenta che il presupposto dell'utilizzo dell'istituto è proprio la non possibilità di tradurre determinate attività in tariffe. Inoltre in alcuni casi la funzione proposta integra attività già oggetto di maggiorazione tariffaria.

La metodologia utilizzata nella definizione degli algoritmi, inoltre, si appoggia sui dati di produzione (n ricoveri, redditività giornaliera, etc.) e di fatto non si discosta dalla quella utilizzata in precedenza e che già ACSS aveva invitato a modificare.

Tale metodologia rischia di innescare meccanismi premianti per gli erogatori più produttivi e non è di supporto agli enti che hanno "costi di attesa" che la produzione non riesce a coprire.

Per alcune delle funzioni denominate "a sostegno delle reti", in assenza dei appositi atti regionali di istituzione, il documento trascura di definire le caratteristiche della rete e ruoli attesi dai partecipanti alla rete stessa.

Sempre in riferimento alle funzioni a sostegno delle reti, si osserva che pur in presenza nel sistema informativo regionale di rilevazioni delle tempistiche di risposta, tali dati non vengono menzionati fra le fonti utilizzate.



---

Si evidenzia altresì che in presenza di requisiti o informazioni non desumibili tramite i sistemi informativi regionali il documento non individua né le modalità di rilevazione né il titolare di tale attività di rilevazione/controllo.

Infine, la rappresentazione di ciascuna funzione ha la struttura di un documento tecnico che dedica ampio spazio alle motivazioni che sottendono la scelta dell'utilizzo dell'istituto, ma non fornisce i necessari dettagli tecnici alla comprensione e valutazione della strutturazione dell'algoritmo di calcolo. A titolo esemplificativo per le funzioni per cui l'attribuzione è legata alla "pesatura" o "ponderazione" non sono esplicitate né la metodologia per la costruzione del peso né in cosa consti la ponderazione.

Già nelle precedenti Relazioni ACSS aveva raccomandato, nel rispetto dei principi di trasparenza, una rappresentazione delle funzioni che mettesse in condizione i beneficiari di poter valutare in corso d'anno l'andamento degli indicatori per la distribuzione del contributo, in particolare era stata sottolineata la necessità che l'algoritmo fosse comprensibile e ripetibile.

## FUNZIONI DI SOSTEGNO ALLA RETE DI EMERGENZA

### FUNZIONE DI PRONTO SOCCORSO

<b>FONTI</b>	Per l'analisi sono considerate le voci di ricavo e costo rilevate dalla Co.An.
<b>BENEFICIARI</b>	Non individuati. Tutte le strutture dotate di PS/DEA I/DEA II.
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Si prevede di destinare a questa funzione circa 300 milioni di Euro, complessivi del finanziamento da destinare alle reti.

### RAZIONALE

Dalla lettura della proposta di funzione è possibile estrapolare il seguente razionale:

*“Si tratta di un ambito di servizi caratterizzato dalla necessità di garantire una costanza quantitativa di risorse impegnate (elevati costi di attesa) a fronte di volumi di attività altamente variabili...”*

È possibile ricondurre tale espressione alla previsione dell'art.8-sexies lettera e) comma 2 del D.Lgs. 502/92 che recita: “[...] attività con rilevanti costi di attesa ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto di emergenza.”

### RIFERIMENTI NORMATIVI

L'analisi della funzione accenna alla DGR VIII 10077/2009 con la quale viene si introduce il sistema di remunerazione per le funzioni di emergenza urgenza e se ne descrive il modello. Si accenna inoltre, con riferimento ai limiti di finanziamento, alla Legge 135/2012.

### ANALISI DI CONTESTO PROPOSTA DA DGW

La descrizione della funzione parte dall'assunto che l'ammontare dei ricavi per prestazioni effettuate in PS a pazienti non ricoverati non sia sufficiente a coprire i costi dei servizi.

L'analisi riporta in una prima sezione la quota degli importi della funzione assegnata per il 2017, suddivisi tra PS, DEA EAS1...EAS6; in una seconda sezione vengono riportati ricavi e costi rilevati dalla Co.An. e, pertanto, sono considerate solo le strutture pubbliche. Dall'analisi sono esclusi ricavi e costi derivanti dai servizi diagnostici di radiologia e laboratori in quanto attribuiti a propri centri di costo.

L'analisi evidenzia come la funzione, così come attualmente strutturata, sia uno strumento adatto a compensare le strutture. Viene introdotto il problema legato ai maggiori costi derivanti dalle attività coinvolte nell'ambito delle reti tempo dipendenti e, pertanto, si

---

propone di introdurre nuove sette funzioni che verranno singolarmente analizzate nelle rispettive sezioni.

---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi**

Si osserva che nell'analisi non è esplicitato se i costi base verranno calcolati sui livelli previsti dal DM 70/2015 oppure se, poiché si esprime di voler mantenere l'impianto attuale, verrà mantenuta la classificazione su 8 livelli (PS, DEA, EAS1...EAS6), inoltre non è chiarito quali siano i criteri individuati per la ponderazione ed i risultanti valori.

È necessario tenere presente che la classificazione degli EAS in sei livelli risulta superata, tanto in considerazione della DGR 1179/2019 "Definizione dei requisiti ed individuazione dei presidi ospedalieri sede di D.E.A. di II livello nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ai sensi del Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70".

Nella descrizione della funzione si dichiara di voler mantenere l'impianto attuale e la struttura della funzione viene rivista aggiungendo una serie di funzioni dedicate alle attività connesse alle reti tempo dipendenti.

A tal proposito si rammenta, come già espresso nella Relazione n. 59/2018 di ACSS, di considerare per la funzione solo gli accessi in PS che non esitano in un ricovero, così da evitare che il finanziamento sia attribuito alla stessa struttura più volte nell'ambito della stessa funzione.

Non essendo presenti accenni in merito ad una quota parte della funzione destinata alle strutture dotate di Terapia intensiva neonatale e alle culle neonatali, si desume che queste funzioni permangano e, pertanto, si ribadisce quanto suggerito nella Relazione n.59/2018.

### **ALGORITMO PROPOSTO DA DGW**

L'algoritmo non è sufficientemente descritto: dalla lettura della proposta della nuova funzione di PS si desume che l'impianto dell'algoritmo proposto permane quello attuale con un aumento della ponderazione in base ai dati di attività.

---

### **Coerenza tra rationale ed algoritmo**

Se l'impianto dell'algoritmo, non espressamente citato, viene confermato, si ritiene che lo stesso sia coerente con il rationale della funzione, fatte salve le raccomandazioni di verificare la coerenza tra il finanziamento delle culle neonatali e quello dei ricoveri in terapia intensiva neonatale.

Si sottolinea inoltre che, facendo riferimento all'art. 8-sexies comma 1 del D.Lgs. 502/92, la funzione dovrebbe essere remunerata a costo standard di produzione, tuttavia,

attualmente l'unica voce di costo considerata ai fini della remunerazione è quella del personale. Qualora tale impostazione venga confermata si raccomanda esplicitare nel documento tecnico che si tratta di un "contributo al costo standard".

## FUNZIONE PER LA RETE DELLE STROKE UNIT

<b>FONTI</b>	Flusso SDO e Co.An.
<b>BENEFICIARI</b>	Non esplicitati. Tutte le strutture che fanno parte della rete.
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Si prospetta di destinare a questa funzione complessivamente 40 mln Euro.

### RAZIONALE

Il rationale della funzione non risulta esplicitamente espresso.

La funzione potrebbe trovare coerenza con l'art.8-sexies lettera e) comma 2 del D.Lgs. 502/92 che recita: "[...] attività con rilevanti costi di attesa ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto di emergenza."

### RIFERIMENTI NORMATIVI

Nonostante il testo di proposta della funzione non faccia riferimento ad alcun atto normativo, si ritiene che i riferimenti normativi siano

- DDG 10068/2008 "Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle unità di cura cerebrovascolari (ucv -stroke unit)" vengono forniti i criteri di riconoscimento delle UCV.
- DM 70/2015 nel quale vengono identificati i requisiti minimi di accreditamento per una Stroke Unit:

*"8.2.3.1 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit(SU) di I livello o area stroke*

*Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:*

- *Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura*
- *Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato*
- *Almeno un posto letto con monitoraggio continuo*
- *Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale) - Terapia fibrinolitica endovenosa*
- *Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)*

- *Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM*
- *Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia*
- *Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.*

#### *8.2.3.2 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit di II livello*

*La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:*

- *Personale dedicato h.24*
- *Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RMPWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione*
- *Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24*
- *Neurochirurgia h.24*
- *Chirurgia vascolare h.24*
- *Angiografia cerebrale*
- *Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,*
- *Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)*
- *Craniotomia decompressiva*
- *Clipping degli aneurismi"*

### ANALISI DI CONTESTO PROPOSTA DA DGW

Il documento esordisce dichiarando: "La rete SUN (Stroke Unit Network) della Lombardia non è formalizzata da un provvedimento regionale ma si è progressivamente strutturata fino a raggiungere il numero di 40 unità (non tutte sono però nell'assetto accreditato con una macro-attività chiaramente identificata all'interno della Neurologia). Il numero di letti accreditati presenti in accreditamento è formalmente 225 ma nei fatti risulterebbero essere

---

*attivi un numero leggermente superiore di posti (250) in unità non specificate. L'analisi riporta una distribuzione di casi/letto che evidenzia una grande disparità tra ATS (val. min. 44, val. max. 111)."*

La funzione è giustificata dal fatto che *"L'attivazione delle Stroke Unit all'interno dei reparti di neurologia comporta un significativo aumento dei costi dei reparti in cui sono inseriti questi letti. I livelli di assistenza ed i consumi di materiali vengono incrementati. Dalla Contabilità analitica risulta che nel complesso i reparti di neurologia risultano più costosi rispetto alle tariffe per un totale di 25 milioni di euro. Tali perdite crescono proporzionalmente al numero di ictus trattati in urgenza mentre i reparti senza stroke-unit risultano sostanzialmente in equilibrio. Il grafico mostra una elevata correlazione tra numero di ictus ricoverati da Ps ed il delta negativo tra costi e ricavi."*

La proposta della funzione ha l'obiettivo di contribuire alla copertura dei costi derivanti dai maggiori livelli di assistenza e dei consumi di materiali derivanti dall'attività delle Stroke Unit. A sostegno di tale ipotesi viene rappresentato un grafico in cui si evidenzia la correlazione tra il numero di ictus provenienti da PS ed il delta negativo tra costi e ricavi.

---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi**

La descrizione della funzione proposta accenna all'esistenza di una rete Stroke Unit nella quale si evidenzia come il numero di posti letto attivi per le unità di Stroke Unit sia superiore al numero di posti letto accreditati.

A tal proposito si riterrebbe necessario, prima di ufficializzare la funzione, di formalizzare l'esistenza della rete adeguando preliminarmente i contenuti del DDG 10068/2008 al DM 70/2015 e di verificare il dato che riguarda il numero di posti letto attivi/accreditati.

Poiché dall'analisi emerge una differenza notevole tra le ATS del numero di casi trattati per posto letto, si suggerisce che, dopo un'appropriata verifica, tale dato possa rappresentare un parametro rilevante per la misurazione del contributo ai costi.

Per come è strutturata la funzione si intuirebbe che il finanziamento sia previsto anche per quelle strutture che non posseggono l'accreditamento formale; tuttavia il titolo stesso della proposta di funzione "funzione per la rete delle Stroke Unit" lascerebbe intendere che debbano essere finanziate solo le strutture accreditate e che prendono parte alla rete.

Rispetto a quanto sostenuto nell'analisi condotta da DGW, inoltre, si evidenzia che non esiste "elevata correlazione" tra il numero di ictus e il delta ricavi-costi: un coefficiente pari a 0.43 indica una correlazione moderata. Infatti, come si evince anche dal grafico, strutture con un delta costi molto simile presentano un numero di casi di ictus assai differente.

## ALGORITMO PROPOSTO DA DGW

Per lo sviluppo dell'algoritmo sono stati individuati i casi con diagnosi neurologiche di evento cerebrovascolare ed è stato verificato che la maggior parte di queste diagnosi esitano nei DRG 014 e 559.

Si prospetta di destinare "circa 25 milioni di euro per la casistica trattata e 15 milioni di euro per i costi delle neuroradiologie che oggi, lavorando solo come servizio per le attività di ricovero, sono prive di finanziamenti specifici anche perché le pesature dei DRG per le casistiche cerebro vascolari acute sono state definite in tempi nei quali l'interventistica neuroradiologica era agli albori."

L'algoritmo proposto per la funzione si sviluppa in due sezioni distinte:

- la prima prevede, per ciascun presidio, che la somma tra il numero di casi provenienti da PS e il numero di ricoveri tramite trasferimento non passati da PS, entrambi con i codici delle diagnosi individuato nel documento di proposta, venga moltiplicata per "un valore compreso tra 1000 e 1400 euro, osservato nella regressione lineare";
- la seconda parte, da destinare ai costi delle neuroradiologie, presenta tre possibili soluzioni differenti:
  - a) *"Tariffa diversificata per DRG 559 fleggato "R" nel campo Tipotar*
  - b) *Rimborso dei dispositivi in SDO4*
  - c) *Funzione proporzionalmente maggiorata per rispetto al valore base"*

---

## Coerenza tra razionale ed algoritmo

### 1 sezione

- Presupposto alla base dell'accesso al finanziamento è che le UUOO di Stroke Unit siano formalmente riconosciute come nodi della rete. Si ritiene pertanto opportuno formalizzare la rete dopo le adeguate verifiche preliminari.
- I valori (1000/1400 Euro) ricavati dalla regressione lineare non sono sufficientemente giustificati per poter essere utilizzati quale moltiplicatore al volume di casi. Non è espresso quali voci di costo siano state considerate per l'analisi della regressione lineare. Inoltre, sebbene il razionale della funzione esprima l'obiettivo di supportare l'esistenza della rete, dall'algoritmo appare evidente che il finanziamento verrà corrisposto sulla



base della casistica trattata, legando di fatto la remunerazione ai casi trattati e non ai livelli della rete tempo dipendente.

- Dall'analisi presentata non è possibile giustificare la cifra stanziata pari a 25 mln/€ (1400 € \* 13633 casi = 19mln/€ circa)

## **2 sezione**

- La sezione dedicata al finanziamento per la neuroradiologia interventistica non è sviluppata in forma definitiva e il documento si limita a presentare tre ipotesi non sufficientemente dettagliate per poter esprimere una considerazione in merito.
- Dall'analisi presentata non è quindi possibile giustificare in correlazione ai costi la cifra stanziata pari a 15 mln/€.

## FUNZIONE RETE STEMI

<b>FONTI</b>	Co.an. in forma aggregata e flusso SDO.
<b>BENEFICIARI</b>	Non esplicitati. Tutte le strutture dotate di emodinamica che rispettano i criteri espressi nell' algoritmo.
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Si prevede di destinare a questa funzione circa 20 milioni di euro.

## RAZIONALE

Il modello proposto ha l'obiettivo di contribuire alla copertura dei costi derivanti dalle attività legate a casi con diagnosi cardiologica maggiore, svolti in regime di emergenza-urgenza, ed è giustificato dalla seguente affermazione:

*"A sostegno della ipotesi di attivare una funzione a supporto delle attività in urgenza della rete STEMI va anche sottolineata una anomalia delle tariffe in vigore che, seppure in parte corrette da Regione, rispetto al tariffario nazionale, non distinguono a sufficienza le differenze di costo tra casi programmati e casi in emergenza da PS."*

Il rationale trova coerenza con l'art.8-sexies lettera e) comma 2 del D.Lgs. 502/92 che recita: "[...] attività con rilevanti costi di attesa ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto di emergenza."

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Il DDGS 10446/2009 "Determinazioni in merito alla rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato (STEMI)" pur formalizzando l'esistenza della rete STEMI, non identifica le strutture che ne fanno parte, ma individua 4 livelli di organizzazione.

## ANALISI DI CONTESTO PROPOSTA DA DGW

L'analisi della funzione proposta parte dall'assunto che la rete STEMI rappresenta un'emergenza tempo dipendente il cui esito non dipende soltanto dall'efficienza dei trasporti ma anche dal funzionamento delle strutture che prendono parte alla rete. Tali strutture, sede di UTIC, sono classificate in 4 livelli nel rispetto del DDG 10446/2009:

- "1° livello: Struttura sanitaria con UTIC
- 2° livello Struttura sanitaria con UTIC e laboratorio di emodinamica interventistica non attivo 24 ore su 24 né su 7 giorni

- 3° livello *Struttura sanitaria con UTIC e laboratorio di emodinamica interventistica attivo su 24 ore e su 7 giorni*
- 4° livello *Struttura sanitaria con UTIC e laboratorio di emodinamica interventistica attivo su 24 ore e su 7 giorni con presenza di cardiocirurgia.*

La descrizione della funzione esprime che “le cardiologie non sono specialità in particolare sofferenza”, tuttavia dalla contabilità analitica risulterebbe che il 60% delle UO di cardiologia pubbliche, “risultano comunque in perdita già prima dell’attribuzione di costi generali”. Tali considerazioni appaiono in contrasto tra di loro.

A supporto di tale ipotesi viene presentata da DGW un’analisi in cui vengono suddivise le strutture in tre fasce, in base al numero di PTCA urgenti effettuate da PS, e per ciascuna fascia è rappresentato il fatturato e il delta costi ricavi. Risulta evidente che le strutture che avrebbero la maggiore perdita sono quelle che effettuano meno di 130 procedure in urgenza.

La funzione proposta si presenta quindi come un correttivo ai DRG non sufficientemente remunerativi nelle attività svolte in emergenza-urgenza, finalizzato a supportare quelle strutture che, pur trattando casi con diagnosi cardiovascolare maggiore, sono caratterizzate da performance economiche negative.

Viene quindi rappresentata una rilevazione dei DRG trattati nelle reti STEMI e si evidenzia come il maggior ricavo provenga dal DRG 558 senza diagnosi cardiovascolare maggiore per ricoveri programmati.

---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all’analisi**

- Dall’analisi condotta, si desume che rientrerebbero tra le strutture beneficiarie della funzione solo quelle che abbiano trattato più di 130 procedure PTCA annue in urgenza. Tali strutture, a differenza di altre, non presentano un delta costi particolarmente negativo.
- Tale meccanismo, privilegiando le strutture che effettuano il maggior numero di PTCA nella rete (+ di 130 procedure) e quindi quelle che dovrebbero fungere da hub, non permette di remunerare quelle strutture che, pur rispettando gli le soglie minime previste dal DM 70/2015 (almeno 75 PTCA con infarto del miocardio), si collocano in una situazione economica più critica rispetto alle altre, in quanto con l’attività svolta non riescono a coprire i costi, ma comunque rappresentano un supporto all’esistenza della rete attraverso i trasferimenti effettuati.

- Nel DDG 10446/2009 non sono identificate le strutture che fanno parte della rete e di conseguenza quelle che dovrebbero beneficiare di tale funzione, pertanto non risulta possibile svolgere un'analisi in merito.
- Presupposto affinché le strutture possano beneficiare della funzione è la verifica della presenza dei requisiti per i quattro livelli di complessità, nonché il rispetto degli standard del DM 70/2015 e il posizionamento al di sopra della media nazionale rispetto agli indicatori del PNE. A tal proposito nella proposta di funzione non è specificato quali siano gli indicatori del PNE da considerare.
- Si rammenta che gli indicatori del PNE si riferiscono ad annualità passate e, al fine di non creare distonia cronologica tra la verifica degli indicatori PNE e quella degli standard del DM 70/2015, sia appropriato l'utilizzo degli indicatori resi disponibili in tempo cronologicamente coerente sul portale di RL.
- Non risulta esplicitata quale fonte sia stata utilizzata ai fini della rilevazione di costi e ricavi. Dal flusso SDO, infatti, non è possibile identificare i ricoveri provenienti da PS o programmati.
- Non risulta chiaro il criterio di assegnazione dei punteggi alle 4 fasce individuate.

#### ALGORITMO PROPOSTO DA DGW

La struttura dell'algorithmo prevede che, ai fini del riconoscimento della funzione, venga verificato che:

- le strutture rispettino gli standard del DM 70/2015:
- *“Infarto miocardico acuto 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale*
- *Angioplastica coronarica percutanea 250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)*
- *Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta minimo 60%”*
- le strutture raggiungano livelli superiori alla media degli indicatori del PNE (almeno 130 procedure annue in urgenza).

L'algorithmo della funzione, tuttavia, non è sviluppato in maniera sufficientemente chiara: dalla breve descrizione riportata nella proposta, si deduce che non tenga conto della complessità organizzativa delle strutture, ma si basi su un riconoscimento attribuito in funzione della quantità di casistica trattata nelle strutture con diagnosi principale STEMI

---

(410\*1) suddivisa in quattro classi. Ad ogni classe viene assegnato un punteggio, da 1 a 4, identificato come "peso assorbimento risorse". Per ogni punto assegnato alla casistica, vengono attribuiti 1000 Euro, derivanti dalle rilevazioni riportate nella proposta di funzione. Tale cifra rappresenta il ricavo giornaliero (esclusa la procedura) derivante da DRG 558 con modalità di accesso programmato.

---

### Coerenza tra razionale ed algoritmo

- Sebbene risulti apprezzabile l'intento di voler supportare il funzionamento della rete STEMI e si consideri corretto l'intento, riportato nella presentazione, di prestare attenzione a non legare le funzioni "alla sola dimensione delle attività svolte", si evince tuttavia come l'algoritmo sia basato sul solo volume di attività svolte, risultando agli effetti come un'integrazione tariffaria.
- Il valore di 1000€ da moltiplicare ad ogni peso non appare coerente con l'algoritmo in quanto derivante dai ricavi riferiti al DRG 558. Tale DRG non presenta diagnosi principale di STEMI (410\*1), casistica scelta per il finanziamento. Inoltre, seppure in minor entità, anche i DRG con diagnosi principale di STEMI, presentano ricavi/die positivi che andrebbero ad aggiungersi al valore finanziato tramite funzione.
- L'algoritmo della funzione non tiene conto della complessità organizzativa che caratterizza le strutture che dovrebbero far parte della rete.
- Non è chiaro se si intenda distinguere i finanziamenti destinati alle strutture che dovrebbero fungere da hub da quelli per le strutture che prendono parte alla rete attraverso i trasferimenti.
- Non è esplicitata quale sia la perdita derivante dagli interventi in urgenza. Nel modello proposto viene riportata un'analisi che evidenzia i maggiori ricavi derivanti dalle attività programmate rispetto a quelle da PS, senza specificare tuttavia quali siano e a cosa siano attribuiti i costi.
- Seppure col modello proposto vi sia l'intenzione di contribuire alla copertura dei costi, l'applicazione potrebbe portare a premiare le strutture che ottengono di per sé maggiori ricavi dall'attività programmata.

## FUNZIONE A SOSTEGNO DELLA RETE TRAUMA

<b>FONTI</b>	Flusso SDO, accreditamento(?)
<b>BENEFICIARI</b>	Non esplicitati.
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Si prevede di destinare a questa funzione circa 40 milioni di euro.

### RAZIONALE

La funzione si pone l'obiettivo di sostenere la Rete Regionale del Trauma Maggiore, quale attività che presenta rilevanti costi di attesa, riconducibile alla previsione dell'art. 8-sexies lettera e) D.Lgs. 502/1992. In particolare, si intende indirizzare il finanziamento verso quelle strutture che presentano un'elevata incidenza di casi di trauma trattati in regime di urgenza.

### RIFERIMENTI NORMATIVI

D.D.G. 1 ottobre 2012 - n. 8531 "Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore".

### ANALISI DEL CONTESTO PROPOSTA DA DGW

La funzione proposta dichiara di basarsi sull'esistenza della Rete Regionale per il Trauma Maggiore le cui caratteristiche sono state definite con DDG 8531/2012. La rete è articolata in quattro livelli: Centro Traumi di Alta Specializzazione, Centro Traumi di Zona con neurochirurgia, Centro Traumi di Zona senza neurochirurgia e Pronto Soccorso per Traumi. Per identificare i casi di trauma vengono selezionati 2380 codici di diagnosi ICD9-CM, raggruppati in quattro classi di complessità decrescente. Per ogni classe viene individuata, presumibilmente sulla base dei dati SDO 2017, la numerosità dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso e viene analizzata la distribuzione tra specialità. Si osserva come circa il 64% dei traumi provenienti da pronto soccorso venga gestito dai reparti di ortopedia e come siano numericamente prevalenti (54%) i traumi delle due classi di minore complessità. I reparti di ortopedia presentano la maggiore incidenza di traumi provenienti da pronto soccorso, pari al 18%, rispetto al totale della casistica trattata. Si mette in evidenza come a questo dato medio, tuttavia, sottendano valori significativamente diversi tra strutture

---

pubbliche e private, con le prime che presentano un'incidenza (28-34%) nettamente superiore alle seconde (8%).

In un'ulteriore fase dell'analisi si osserva una correlazione positiva tra la durata media della degenza e la complessità del trauma, pur non specificando se il dato si riferisca a tutte le specialità o soltanto all'ortopedia. Anche in questo caso si riscontra una differenza tra strutture pubbliche e private: queste ultime infatti presentano, a parità di gravità del trauma, una degenza media inferiore. Il medesimo schema viene analizzato in termini di redditività per posto letto evidenziando un valore sostanzialmente doppio per la casistica non traumatica, rispetto a quella traumatica; tale divario risulta particolarmente accentuato per le strutture private.

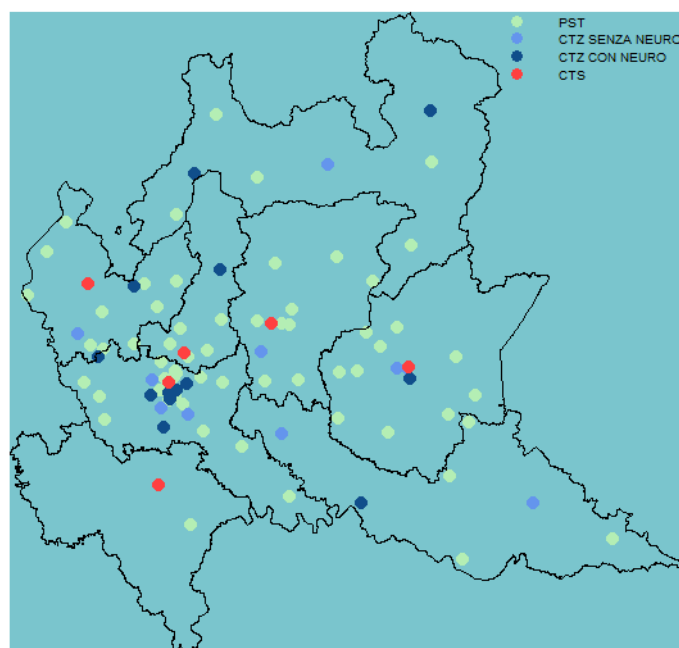
---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi**

- Alcuni intervalli, indicati per le diagnosi che definiscono le classi di complessità, presentano delle sovrapposizioni o non coincidono esattamente con quelle rilevabili dai codici ICD9-CM: si suppone vi siano stati dei passaggi ulteriori di selezione oltre a quelli presentati.
- Discostandosi parzialmente dalla definizione della rete si afferma che le "prime due classi che non corrispondono strettamente con i traumi maggiori ma comportano un significativo assorbimento di risorse".
- Si osserva come la classificazione proposta dei livelli della rete si discosti dalla previsione del DM 70/2017 che identifica tre livelli e non quattro per la rete trauma. In particolare, il livello "Centro Traumi di Zona", nella proposta di funzione, viene scisso sulla base della presenza o meno della neurochirurgia. La neurochirurgia, per il DM, rappresenta invece requisito per il Centro Traumi di Alta Specializzazione.

- Non è chiarita quale sia la modalità con la quale vengono identificati i casi trattati in urgenza
- La numerosità delle classi di complessità viene analizzata per specialità, ma non viene chiarito se si tratti di quella del reparto di dimissione.
- Nell'analisi del contesto organizzativo, il dato, riportato nella prima e nella seconda tabella, relativamente al totale della casistica non traumatica da PS trattata nelle ortopedie non coincide (127.238 vs 107.858).
- Non è specificato se la tabella relativa alla degenza media si riferisca alle ortopedie o a tutte le specialità.
- La tabella che indica la redditività per posto letto non specifica la fonte dati utilizzata per il denominatore e quindi se siano stati presi in considerazione i posti attivi, quelle accreditati o i letti equivalenti.
- La tabella di confronto della redditività tra i casi traumatici e non traumatici per tipologia di struttura utilizza, per i casi traumatici, un valore del quale non è specificato il metodo di calcolo.
- Nella proposta di nuova funzione non è specificato se si vadano a pesare unicamente i casi dimessi dai reparti di ortopedia o da tutte le specialità.
- Nella proposta di nuova funzione l'attribuzione del punteggio avviene unicamente sulla base della classe di complessità e del numero di casi trattati, ma non sembra esservi alcuna differenza tra i vari livelli della rete.

### Livelli rete trauma





## ALGORITMO PROPOSTO DA DGW

In virtù dei dati e delle considerazioni svolte, viene proposta una funzione intesa quale strumento correttivo della tariffazione dei DRG, che compensi la mancanza di redditività per le strutture che trattano molti traumi provenienti da pronto soccorso. Tale funzione si applica unicamente alle strutture che appartengono alla rete del trauma maggiore. Viene fissato un peso per ogni classe di complessità e ad ogni caso della produzione viene attribuito il peso della classe di appartenenza. La somma dei pesi dei casi trattati da una struttura determina un punteggio. Si desume, pur non essendo esplicitamente indicato, che le risorse totali disponibili per la funzione vengano distribuite tra le strutture proporzionalmente a tale punteggio.

### Coerenza tra razionale ed algoritmo

Nonostante la apprezzabile disamina dei dati, che fornisce un quadro della gestione degli eventi traumatici da pronto soccorso nei reparti di ortopedia, emergono alcuni elementi di criticità:

- Il presupposto dichiarato per la funzione è l'esistenza della rete trauma maggiore. Tuttavia, ai fini del calcolo, l'appartenenza alla rete svolge un ruolo unicamente nell'identificare i possibili beneficiari e quindi nel determinare la possibilità di accedere alla remunerazione. Tale impostazione appare in contrasto con l'obiettivo di sostenere l'organizzazione ed il funzionamento della rete dal momento che prescinde dalla misurazione dell'adeguatezza del comportamento del nodo rispetto al ruolo/livello assegnato dalla rete. La funzione inoltre non interpreta quel ruolo di sostegno alla programmazione regionale che costituisce uno dei fini più interessanti per il quale può essere utilizzata coerentemente con la normativa.
- La funzione proposta si limita a registrare la casistica trattata e la sua complessità, legando di fatto la remunerazione all'attività svolta. Si rileva l'introduzione di effetti distorsivi: la funzione potrebbe indurre strutture non altamente specializzate a trattare opportunisticamente casistiche di alta complessità al fine ottenere remunerazioni più elevate, in aperto contrasto con il significato intrinseco della struttura della rete e con le previsioni del DM 70/2015 in termini di correlazione tra volumi ed esiti.
- Non appare chiaro come siano determinati i pesi attribuiti ad ogni classe di complessità: rappresentando una misura relativa, dovrebbero trovare giustificazione in un elemento oggettivo, quale ad esempio il maggiore assorbimento di risorse. La

---

loro determinazione è elemento cruciale per la distribuzione delle risorse della funzione così come prospettata, ma, nel materiale fornito, la trattazione di questo aspetto non è approfondita e non vi sono elementi sufficienti per una valutazione da parte di ACSS.

- L'analisi della redditività dei posti letto, dalla quale deriva l'esigenza di integrazione tariffaria, è interamente basata sulle differenze in termini di ricavi, mentre sarebbe auspicabile un'analisi in termini di costi. Tale analisi, con l'obiettivo di condurre alla determinazione di costi standard, avrebbe potuto opportunamente essere basata sui requisiti di classificazione delle strutture della Rete Trauma Maggiore, così come definiti in specifica tabella contenuta nel DDG 8531/2012. Unicamente sulla base di un'analisi di questo tipo è possibile valutare se la tariffa dei DRG risulti o meno congrua. Tale analisi potrebbe rendere superflua l'integrazione tramite funzione, soprattutto con riferimento alle classi di complessità inferiore.

## FUNZIONE A SOSTEGNO DELLA TECNICA ECMO

<b>FONTI</b>	Flusso SDO
<b>BENEFICIARI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- San Gerardo</li> <li>- San Matteo Pavia</li> <li>- Policlinico</li> <li>- San Raffaele</li> <li>- Papa Giovanni XXIII</li> <li>- Civili Brescia</li> <li>- Lecco</li> <li>- Sacco</li> <li>- Macchi</li> <li>- Niguarda</li> </ul>
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	10 milioni di euro.

### RAZIONALE

La funzione intende remunerare gli elevati costi di investimento ed assistenziali delle attività ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) che vengono garantite in emergenza-urgenza ed è quindi riconducibile alla previsione dell'art. 8-sexies lettera e) D.Lgs. 502/1992:

*"I costi sostenuti non sono adeguatamente compensati dalla struttura forfetaria del sistema di finanziamento per DRG e indicano la necessità di integrare la tariffa con una funzione piuttosto che aumentare la tariffa con il rischio di disperdere ed inflazionare un'attività che deve essere invece concentrata in ospedali selezionati inseriti nei massimi livelli della rete di emergenza urgenza ed in grado di garantire standard specialistico assistenziali molto elevati. Una parte della funzione è destinata a compensare i maggiori costi sostenuti dalle strutture della rete ed un'altra per compensare le attività di trasporto con specifici macchinari mobili."*

### RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR 10228 del 28.09.2009.

### ANALISI DEL CONTESTO PROPOSTA DA DGW

Viene descritta la tecnica ECMO e si osserva come, per i pochi ospedali che ne dispongono, essa sia di recente introduzione.

---

Vengono identificati quali elementi utili ad identificare le SDO che rendicontano la procedura ECMO

- il DRG 541 "Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica  $\geq 96$  ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore", osservando che tuttavia non è specifico per la tecnica ECMO
- la procedura ICD9-CM 3965 "OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA DELLE MEMBRANE [ECMO]"

Si osserva inoltre come il trend di utilizzo della procedura nel tempo sia crescente: "Nel febbraio del 2018 si raggiunge il massimo di uso contemporaneo con oltre 50 pazienti sottoposti a terapia ECMO".

I costi relativi alla gestione di una postazione articolata con macchinario ECMO vengono articolati in costi di assistenza, ammortamenti, dei servizi diagnostici e di supporto e costi generali. A seguito dell'analisi, si perviene ad un intervallo di costo per postazione stimabile tra i 3.500 e 4.000 Euro al giorno.

Ricordando che il DRG 541 non è specifico solo per ECMO e che secondo il tariffario DRG lombardo ha due remunerazioni differenziate per degenze fino a 30 giorni e per degenze di durata superiore, si afferma un equilibrio tra costi e ricavi a 10 e 20 giorni, rispettivamente per la tariffa minore e per quella maggiore.

---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi**

- Viene affermato che la "procedura 3965 compare da settembre 2015 nelle SDO", tuttavia, da una verifica condotta da ACSS, un numero non trascurabile di procedure con quel codice appaiono nel flusso SDO a partire dall'anno 2008, come illustrato nella tabella seguente, in coerenza anche con il fatto che già nella DGR 10228 del 2009 si trovava un riferimento all'inserimento della procedura nella SDO.
- Si osserva inoltre che la tariffa per il DRG 541 risulta differenziata sulla base della durata della degenza almeno a partire dall'anno 2011 per rendere coerente la remunerazione con i costi di degenza in terapia intensiva.
- L'analisi propone un grafico, riferito al periodo 01/01/2016-01/09/2018 che vuole rappresentare il numero di pazienti contemporaneamente in trattamento ECMO. Tale dato tuttavia non può derivare dal flusso SDO citato nel testo, poiché nel flusso è possibile reperire la data, cioè il singolo giorno dell'anno, ma non il periodo di

esecuzione delle procedure, né il flusso registra quante volte esse vengano eseguite. Il grafico ed i commenti che lo accompagnano appaiono quindi di dubbia interpretazione. Ciò che viene rappresentato è forse il numero di pazienti contemporaneamente ricoverati nelle cui SDO sia presente almeno una volta la procedura ECMO. In questo caso, l'affermazione "Nel febbraio del 2018 si raggiunge il massimo di uso **contemporaneo** con oltre 50 pazienti sottoposti a terapia ECMO" deve essere interpretata non in senso letterale.

- Il valore medio di rimborso a giornata indicato nell'analisi in 1.890 Euro appare sottostimato. Per i DRG dimessi nel 2017 che presentano la procedura 3965, dalle elaborazioni ACSS dal flusso SDO, risulta un valore pari a 2.114,56 Euro.
- Per quanto concerne il DRG 541, è utile sottolineare che la tariffa TUC è unica e pari ad Euro 51.919 ed è prevista invece una tariffa di 8.266 Euro per ricoveri ordinari della durata di 0-1 giorno, dimessi o deceduti. Nel tariffario lombardo invece la degenza di 0-1 giorno vale 27.842. Tale dato tuttavia non si apprezza dal grafico del valore giornaliero della tariffa presente nell'analisi in quanto l'asse delle ordinate si interrompe al valore 10.000 Euro.

Si evince pertanto come già la tariffazione del DRG appaia remunerativa soprattutto sui casi di degenza molto breve per una tecnica che la stessa analisi definisce "con un elevato tasso di mortalità". A tal proposito si osserva che il 23% delle SDO con procedura ECMO di pazienti dimessi nel 2017 in Lombardia ha avuto durata di 1 giorno con esito deceduto.

- La DGR 10228 del 28.09.2009 per l'acquisizione di 20 apparecchiature ECMO indica un importo totale pari a 1.650.000 Euro, mentre la proposta di funzione indica quali costi da ammortizzare per l'allestimento di ogni postazione ECMO una cifra tra 1,5 e 2 mln di Euro in 4 anni. Le due cifre appaiono lontane, ma probabilmente si riferiscono a diverse valutazioni che si chiede di esplicitare. Dal momento inoltre che alcune strutture, come si è visto, sono dotate di macchinari ECMO almeno dal 2009 e che tali acquisti, con procedura centralizzata, sono stati finanziati da contributo regionale secondo quanto disposto dalla DGR 10228/2009, al fine di valutare i costi sui quali sia opportuno intervenire con la funzione, sarebbe utile una ricognizione del periodo di acquisto dei macchinari e delle fonti di finanziamento utilizzate.

---

Il contributo proposto è un'integrazione alla tariffa media giornaliera; una funzione non tariffata per la quale "il calcolo del valore da assegnare ad ogni ospedale si basa sulla compensazione dei costi non remunerati oltre la decima giornata di degenza. (fatta salva la verifica che tutte le giornate di degenza siano trascorse con il supporto del macchinario ECMO.)"

---

### Coerenza tra razionale ed algoritmo

- Non risulta del tutto chiaro in che modo la funzione intenda supportare la rete delle terapie intensive per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria grave tramite ECMO. In particolare, nell'analisi svolta da DGW, si afferma la necessità "di una attenta programmazione delle risorse che eviti la diffusione di questa tecnologia in un numero di ospedali superiore al necessario". Sembrerebbe quindi che la conformazione della rete sia già definita e non si prevedano ulteriori sviluppi, anche se il concetto di "superiore al necessario" non viene ulteriormente articolato e non è quindi possibile sapere se si ritenga la attuale dotazione sufficiente.
- Il meccanismo di finanziamento proposto per la funzione presenta una criticità di rilevazione in quanto "la verifica che tutte le giornate di degenza siano trascorse con il supporto del macchinario ECMO" non è possibile agevolmente dai flussi del debito informativo, segnatamente dal flusso SDO, e richiederà un'integrazione tramite accesso diretto alle cartelle cliniche. Si raccomanda di precisare le modalità con le quali avverrà la rilevazione, tenendo conto che, in caso si opti per delle autodichiarazioni da parte delle aziende, andranno predisposti ed attuati opportuni controlli.
- Il finanziamento proporzionale al numero di giornate di degenza oltre il limite di dieci, quale compensazione per l'insufficiente tariffa dei DRG, è strettamente legato all'attività svolta e quindi appare distonico rispetto alla volontà di remunerare i costi di attesa per i lunghi periodi di non utilizzo evidenziati nell'analisi. Anche sulla base delle osservazioni formulate nella sezione di commento all'analisi, si suggerisce di rivedere le valutazioni economiche.
- L'affermazione che "Una parte della funzione è destinata a compensare i maggiori costi sostenuti dalle strutture della rete ed un'altra per compensare le attività di trasporto con specifici macchinari mobili" lascia adito a qualche perplessità. Non viene chiarito se con l'espressione "attività di trasporto" ci si riferisca al team di specialisti, che è parte dell'azienda ed accompagna il trasferimento in ambulanza, ed al macchinario mobile, o al trasporto stesso in ambulanza. Nel primo caso appare sensato finanziare l'azienda

---

di ricovero, ma sembra difficile collegare tali costi alla durata della degenza come nella funzione proposta, mentre nel secondo caso, poiché i trasporti sono verosimilmente gestiti da AREU, apparrebbe inappropriata una forma di finanziamento alle aziende.

- Si definisce l'ECMO "un'attività che deve essere invece concentrata in ospedali selezionati inseriti nei massimi livelli della rete di emergenza urgenza ed in grado di garantire standard specialistico assistenziali molto elevati". Dal momento che il massimo livello di emergenza urgenza è quello degli ospedali dotati di DEA di II livello, è necessario verificare che essi coincidano con quelli che hanno a disposizione la tecnologia ECMO, anche alla luce della recente DGR 1179/2019 "Definizione dei requisiti ed individuazione dei presidi ospedalieri sede di D.E.A. di II livello nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ai sensi del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70".

## FUNZIONI DI SOSTEGNO ALLA RETE TERRITORIALE

### LA RETE TERRITORIALE DEI POLIAMBULATORI EXTRAOSPEDALIERI

<b>FONTI</b>	Flusso prestazioni ambulatoriali – Contabilità analitica
<b>BENEFICIARI</b>	ASST
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	40 milioni di Euro.

#### RAZIONALE

La funzione intende intervenire sul sostegno ed il rilancio delle strutture poliambulatoriali presenti sul territorio anche nell'ottica di realizzazione del modello dei presidi territoriali come descritti nella legge 23/2015:

*“Questo processo di rilancio di una rete territoriale passa quindi attraverso una riorganizzazione dei punti di offerta extraospedalieri. L'evoluzione degli attuali ambulatori in PreSST risulta però complessa per diverse cause tra cui non ultima la poca redditività delle attività che vi si dovrebbero svolgere.”*

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

LR 33/2009 e s.m.i Art.7 c.16:

*“I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST:*

- a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;*
- b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;*
- c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.”*

#### ANALISI DEL CONTESTO PROPOSTA DA DGW

Un'analisi preliminare indica come esistano in Lombardia circa 140 strutture ambulatoriali extra ospedaliere molto eterogenee tra loro per volumi di prestazioni. In totale tali strutture presentano costi pari a 118 mln di Euro, di cui 96 mln per il personale, e ricavi per prestazioni



per circa 64 mln di Euro. L'analisi rileva inoltre una sostanziale differenza di mix di prestazioni tra pubblico e privato con il primo concentrato su prestazioni a bassa marginalità. Il fatturato delle prime 140 strutture pubbliche è infatti pari a quello delle prime 10 private.

---

### Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi

- Per l'impostazione data alla funzione risulta essenziale la definizione dei PreSST e la loro attività, a tal proposito la DGR 1046/2018 indica che "la Direzione Generale Welfare elaborerà entro il 31/3/2019 la proposta di un provvedimento di Giunta con i seguenti contenuti:
  - ...
  - definizione dei servizi e delle tipologie di offerta erogabili dai Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dai Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST);
  - definizione dei requisiti di esercizio e di accreditamento dei POT e dei PreSST;
- La significativa differenza nel mix tra le strutture pubbliche e private è anche conseguenza del fatto, osservato nella stessa analisi, che "le strutture pubbliche garantiscono il mix erogativo più complesso e tecnologicamente costoso all'interno dei presidi ospedalieri". Per una completa valutazione dei costi e dei ricavi globali di un'azienda, dovrebbero essere incluse anche le prestazioni erogate nei presidi ospedalieri.

### ALGORITMO

L'algoritmo proposto per la funzione si propone di "istituire un meccanismo premiante per le ASST che si impegnano a realizzare sul proprio territorio la rete distrettuale prevista dalla riforma ... nell'ottica di realizzazione del modello dei presidi territoriali come descritti nella legge 23/2015" attraverso i seguenti step:

- *"Definire le strutture che costituiranno la rete territoriale dei distretti"*
- *"Definire il set di prestazioni ambulatoriali da sostenere anche a livello territoriale"*
- *"Calcolare per le prestazioni il valore di funzione necessario ad integrare le tariffe e garantire la sostenibilità economica delle strutture di offerta sul livello territoriale."*

---

### Coerenza tra rationale ed algoritmo

Il rationale della funzione di sostenere lo sviluppo di una rete territoriale è condivisibile, tuttavia l'algoritmo proposto è solamente abbozzato in maniera generica e non può essere oggetto di una valutazione da parte di ACSS.

Si osserva inoltre che due dei tre step di realizzazione del modello dei presidi territoriali costituiscono presupposti affinché la funzione possa essere erogata e quindi da questa esulano. In caso di disallineamento temporale tra gli atti di programmazione regionale e il processo di assegnazione ed erogazione delle funzioni non tariffate, si palesa il rischio di impossibilità pratica di applicazione della funzione.

## PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA

<b>FONTI</b>	Contabilità analitica
<b>BENEFICIARI</b>	Non espressi. ASST
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Si prospetta di stanziare per la funzione un totale di 70 mln di Euro, 30 per NPI e 40 per psichiatria.

## RAZIONALE

Il rationale della funzione non risulta direttamente espresso nella descrizione proposta, tuttavia è possibile considerare tale la seguente espressione riportata nel modello:

*“A fronte quindi di un diffuso sotto finanziamento di queste attività la funzione deve compensare i costi non sufficientemente remunerati dalle tariffe privilegiando le aziende che meglio distribuiscono sul territorio i servizi di NPIA e di psichiatria.”*

Il rationale trova coerenza con le lettere a) e b) comma 2 art.8 – sexies D.Lgs. 502/1992:

- “programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona”.
- “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”.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Non sono citati nel testo riferimento normativi.

## ANALISI DEL CONTESTO PROPOSTA DA DGW

Attualmente sono presenti due funzioni dedicate ai servizi di neuropsichiatria e psichiatria. Più specificatamente con la FNT 15 vengono finanziate le strutture dotate di UONPIA attraverso una copertura dei costi, ottenuta dalla differenza tra il costo del personale e il valore della produzione; per tale funzione ACSS ha raccomandato di aggiornare i dati presi in considerazione per il calcolo dell'algoritmo, mentre è stato ritenuto semplificativo il modello della FNT 18, il quale prevede di distribuire l'importo stanziato sulla base del numero di presidi senza considerare i costi derivanti dall'attività svolta.

---

La funzione proposta prevede di superare l'attuale modello della FNT 18 e di dividere l'importo della stessa funzione tra i CPS e le UONPIA.

L'analisi della funzione evidenzia come siano già previste differenti forme di finanziamento dedicate alla psichiatria, con le quali, tuttavia, secondo i dati di co.an. riportati nella tabella, non si riesce a coprire i costi dei servizi erogati. Tale fenomeno viene legato al problema del differente dimensionamento dei CPS e viene riportata un'analisi in cui si evidenzia che le strutture di medie e piccole dimensioni sostengono la maggiore perdita economica.

---

### **Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi**

La relazione ACSS ribadiva il necessario aggiornamento dei dati utilizzati per il calcolo della FNT 15, senza criticarne il meccanismo di calcolo, mentre è stata ritenuta molto semplificativa la modalità di attribuzione della funzione 18.

Nonostante sia stato accolto il suggerimento di superare la frammentarietà della remunerazione dei servizi di neuropsichiatria infantile, attraverso il superamento della funzione 15, si osserva che la funzione proposta si ripartisce comunque in due sotto-funzioni, una dedicata ai servizi di NPIA e una dedicata ai servizi ambulatoriali CPS.

Il modello proposto per finanziare i CPS supera il finanziamento attribuito attraverso una ripartizione dell'importo stanziato distribuito tra le strutture e parte dall'assunto che i maggiori costi del CPS siano legati al loro dimensionamento. A supporto di tale ipotesi viene riportata, nella proposta, una tabella di costi e ricavi, distinti per dimensioni dei centri. Si evince che la maggiore perdita si concentra nei CPS di piccole e medie dimensioni, che oltretutto rappresentano la maggior parte dei punti di offerta.

Dai dati riportati, tuttavia, non è possibile comprendere quale base sia stata utilizzata per dividere i CPS in 5 dimensioni ed inoltre, non essendo esplicitate le voci di ricavo e costo, non è possibile esprimere considerazioni in merito.

### **ALGORITMO PROPOSTO DA DGW**

La proposta di funzione presenta un solo modello da utilizzare ai fini del finanziamento sia per psichiatria che per la neuropsichiatria. L'algoritmo non risulta descritto chiaramente. Si accenna ad una misura delle prestazioni erogate che si basi sul valore e sulla complessità delle stesse. Inoltre si prevede di basare il finanziamento dell'offerta di NPIA alla dimensione territoriale e non più al numero delle strutture, senza tuttavia chiarirne le modalità.

---

### **Coerenza tra rationale ed algoritmo**

---

Nonostante il razionale trovi coerenza con il D.Lgs 502/1992 e viene accolta positivamente la proposta di superare l'attuale finanziamento legato al numero delle strutture UONPIA , si osserva che la proposta per il calcolo della funzione si basa sul valore della produzione e non sui maggiori costi assorbiti dalle strutture, risultando pertanto come un'integrazione tariffaria.

Si ritiene pertanto che non debba essere esclusivamente il valore della produzione l'aspetto da considerare per finanziare le aziende che più e meglio rispondono al bisogno del territorio.

Si raccomanda di esplicitare nell'algoritmo le voci di ricavo e costo considerate estratte dalla co.an. e di rendere evidente la modalità di individuazione del valore di quelle prestazioni le cui attività non sono previste nel nomenclatore tariffario.

In merito all'affermazione che "si stima nel primo anno un residuo di 20 milioni" si richiama quanto già espresso da ACSS nella Relazione n.59/2018: il suggerimento dell'impianto complessivo di attribuzione delle funzioni aveva come meccanismo quello di verificare in corso d'anno l'effettiva necessità delle risorse stanziare, mediante una fase di verifica intermedia. Tale meccanismo avrebbe permesso di trasferire le risorse "non necessarie", ma ormai stanziare, verso altre funzioni che lo necessiterebbero. Proporre un modello in cui già si prevede di risparmiare rispetto alla cifra stanziare non appare in linea con la logica proposta da ACSS.

## FUNZIONI DI CORREZIONE ELEMENTI DISTORSIVI TARIFFE

### TRATTAMENTO DI PAZIENTI ANZIANI IN AREA METROPOLITANA

<b>FONTI</b>	Flusso SDO
<b>BENEFICIARI</b>	Non espressi
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Non espresso

#### RAZIONALE

La funzione intende integrare la tariffa riconosciuta dai DRG per i pazienti anziani, in considerazione del fatto che ad un'età elevata corrisponde un aumento medio della durata della degenza. Viene dichiarata quale "programma supporto continuità ospedale territorio": è quindi riconducibile alla previsione dell'art. 8-sexies lettera a) D.Lgs. 502/1992.

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

Non sono riportati riferimenti normativi o atti regionali di riferimento.

#### ANALISI DI CONTESTO PROPOSTA DA DGW

L'analisi proposta mostra come la degenza media per i pazienti ultrasettantacinquenni sia mediamente superiore di 2,5 giornate, rispetto a quella dei pazienti nella fascia 15-75 anni.

#### Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi

- Si segnala un refuso nella codifica dei reparti nella seconda tabella: la lungodegenza è indicata con il codice 65, che invece dovrebbe essere l'oncologia pediatrica. Tale reparto, secondo la logica proposta, dovrebbe essere incluso nella prima tabella.
- Non viene chiarito in alcun modo con quale procedimento venga determinato il valore di remunerazione delle giornate.
- Il finanziamento viene erogato sulla base di un unico parametro che è la durata della degenza.

#### ALGORITMO PROPOSTO DA DGW

Viene proposta una funzione intesa quale strumento integrativo della tariffa dei DRG. Per ogni DRG vengono calcolate, a livello regionale, le degenze medie della fascia 15-75 anni

---

e dei pazienti ultrasettantacinquenni. Quest'ultima viene considerata quale valore atteso della degenza per ultrasettantacinquenni. Sono esclusi dal calcolo i reparti non rilevanti per il trattamento degli anziani, la riabilitazione, i casi di durata pari ad un giorno, quelli con esito deceduto e trasferito in riabilitazione.

Qualora in una struttura la durata della degenza osservata per ultrasettantacinquenni sia superiore al valore atteso, le giornate di scostamento vengono remunerate con un importo fisso per giornata, "inferiore rispetto al potenziale maggiore ricavo ottenibile con la riduzione delle degenze ed il conseguente aumento di rotazione di pazienti". Al fine di evitare comportamenti opportunistici di prolungamento della degenza, viene inoltre fissato un tetto, pari a 7 giornate per episodio, per le giornate remunerabili oltre la degenza attesa.

---

### **Coerenza tra razionale ed algoritmo**

Pur condividendo l'analisi che indica, come è lecito attendersi, una durata media della degenza superiore per i pazienti anziani, non è possibile non rilevare come l'algoritmo della funzione proposta appaia distonico rispetto al razionale. Nell'ottica di voler integrare il finanziamento dei DRG per le degenze di pazienti anziani che si protraggano oltre la media regionale, appare innanzitutto estremamente riduttivo caratterizzare le degenze unicamente in base alla loro durata: con i dati disponibili a RL (BDA, classificazione cronicità, etc.) è certamente possibile individuare elementi più significativi, quali ad esempio le comorbilità, che possano giustificare un maggiore impegno assistenziale. Tale selezione ridurrebbe significativamente il rischio di finanziare le strutture che sono semplicemente inefficienti. Si osserva comunque come la scelta di remunerare le giornate di degenza in eccesso rispetto alla media regionale, rischi di orientare i comportamenti nella direzione opposta rispetto alla logica dell'integrazione e della continuità ospedale territorio, incentivando di fatto una maggior durata delle degenze e ponendosi in contrasto con le stesse finalità dell'art. 8-sexies lettera a) D.Lgs. 502/1992.

## FUNZIONE A SOSTEGNO PS PEDIATRICI

<b>FONTI</b>	Flusso SDO
<b>BENEFICIARI</b>	Le strutture dotate di reparti di pediatria e Pronto Soccorso
<b>IMPORTO STANZIATO</b>	Tra 15 e 20 milioni di euro.

### RAZIONALE

*“Non è prevista alcuna funzione per le specialità pediatriche che avrebbero invece tutte le caratteristiche per essere considerate destinatarie di “funzioni” a sostegno di programmi di integrazione ospedale territorio in ambito pediatrico”*

### RIFERIMENTI NORMATIVI

Non vengono citati riferimenti normativi.

### ANALISI DI CONTESTO PROPOSTA DA DGW

L'analisi presentata, riferita a 100.000 ricoveri di minori effettuati in un anno, di cui il 40% con accesso tramite il PS, si sviluppa a partire dalla considerazione che le tariffe dei DRG pediatrici risultano poco remunerative. Viene, inoltre, indicato che il 35% dei ricoveri di minori provenienti da PS sono ad alto rischio di inappropriata e il 7% di durata anormalmente breve. Si riporta un grafico che mostra la correlazione tra il numero di casi trattati e la differenza tra costi e ricavi dal quale si desume che tutte le pediatrie presentano un bilancio negativo.

### Raccomandazioni e suggerimenti in merito all'analisi

- A differenza dei numeri presenti nell'analisi di DGW, ad ACSS dal flusso SDO 2017 risultano 168.000 ricoveri di minori in regime ordinario, dei quali circa 80.000 urgenti.
- L'analisi presentata si sviluppa a partire dalla considerazione che le tariffe dei DRG pediatrici risultano poco remunerative. Si osserva che, rispetto al totale dei circa 470 DRG, solo 43 sono specifici per i minori e costituiscono, in termini di rimborsi, circa il 55% della produzione delle pediatrie. Vale piuttosto la considerazione che la tariffazione dei DRG, pensata per gli adulti, non tenga conto del maggiore carico assistenziale legato all'assistenza dei minori.



- Quali concause del mancato raggiungimento dell'equilibrio economico da parte delle unità di pediatria vengono citate "la numerosità contenuta dei casi trattabili (per via del basso tasso di incidenza di patologie in età pediatrica) ed il numero elevato di unità operative". Considerando che il primo elemento è un dato epidemiologico, il secondo, più che rappresentare una motivazione per un finanziamento aggiuntivo a funzione, dovrebbe suggerire una rivisitazione della distribuzione delle pediatrie o quantomeno dei posti letto, in coerenza anche con i temi dei volumi minimi e dei bacini di utenza indicati dal DM 70/2015. Risulta infatti che esistano in Lombardia circa 60 reparti di pediatria e che il tasso di occupazione sia globalmente inferiore al 70%. Si ricorda inoltre come la Lombardia abbia un elevato tasso di ospedalizzazione per i minori di 18 anni: si veda a tal proposito l'indicatore 7.1 della griglia LEA "Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite" dove si registra, anche per il 2017, il dato inferiore tra le regioni italiane con un valore pari a 307,5, rispetto ad un valore normale  $\leq 141$ .
- Viene indicato che il 35% dei ricoveri di minori provenienti da PS sono ad alto rischio di inappropriatezza e il 7% di durata anormalmente breve. A tali ricoveri viene assegnato un punteggio pari a zero, con un contributo nullo alla distribuzione della remunerazione a funzione. Si osserva che, con questo ragionamento, la potenziale inappropriatezza viene di fatto trasformata in inappropriatezza: dal momento che dai dati disponibili ad ACSS riguardanti gli esiti delle verifiche NOC degli ultimi anni non risulta un elevato tasso di non conferme nei reparti di pediatria rispetto ad altre specialità, si invita ad un approfondimento.
- Nell'analisi vengono citate "Le difficoltà degli ospedali a vocazione pediatrica", tuttavia è opportuno ricordare che Regione Lombardia è già intervenuta a sostegno di queste strutture con la DGR 4702/2015 al Cap. 3.2.1 "Integrazione tariffaria per presidi monospécialistici materno infantile con casistica complessa". La disposizione prevede una maggiorazione del 15% per i circa 100 DRG identificati come "pediatrici di alta specialità" per:
  - Presidio Ospedale dei Bambini di Brescia
  - FMMB di Monza
  - Presidi Buzzi e Macedonio Melloni di Milano
  - Presidio Del Ponte di Varese
- Il grafico che mostra la correlazione tra il numero di casi trattati e la differenza tra costi e ricavi illustra come tutte le pediatrie presentino un bilancio negativo. La distribuzione

rispetto alla retta di regressione dimostra tuttavia anche che vi sono situazioni molto differenti. Non essendo dimostrato che tale variabilità sia legata alla complessità della casistica trattata, non è verificabile se la scelta di una cifra fissa per punto di complessità e l'entità di tale cifra risultino coerenti con l'obiettivo di rimediare al disequilibrio tra costi e ricavi.

- Non è chiarito sulla base di quali elementi sia stato calcolato il punteggio attribuito ad ogni classe di complessità che funge da driver per la distribuzione del finanziamento. Si raccomanda inoltre l'assegnazione dei punteggi alle classi di complessità in coerenza anche con la definizione dall'indicatore LEA già citato.

#### ALGORITMO PROPOSTO DA DGW

Ai ricoveri in pediatria provenienti da Pronto Soccorso viene assegnata una classe di complessità. Le classi di complessità sono basate sui DRG e/o sulle diagnosi ed a ciascuna classe corrisponde un punteggio in un range da 0 (casi potenzialmente inappropriati/degenza anormalmente breve) a 10 (urgenze critiche). Il finanziamento viene distribuito in proporzione al punteggio totale calcolato per ogni struttura, attribuendo ad ogni punto un valore di 400 Euro.

#### Coerenza tra razionale ed algoritmo

La considerazione sulla scarsa remuneratività dei DRG, che costituisce il fondamento della funzione, è di ordine generale, ma la funzione stessa si concentra esclusivamente sulla casistica proveniente da pronto soccorso, che, come si evince dall'analisi proposta, rappresenta il 40% dei ricoveri dei minori e cioè meno della metà dei ricoveri che sono all'origine del problema. La funzione risulta pertanto una risposta parziale che penalizza le strutture che gestiscono meno urgenze, inoltre, pur essendo dichiarata "a sostegno di programmi di integrazione ospedale territorio", non si evince in quale modo si ottenga l'integrazione finanziando esclusivamente i ricoveri.

In considerazione della mutata demografia degli ultimi decenni, delle problematiche in merito all'appropriatezza dei ricoveri pediatrici e dei tassi di occupazione evidenziati nella sezione precedente, sussiste il concreto rischio che la funzione, così come concepita, sia un sostegno ad una situazione esistente ma non più attuale e potenzialmente inefficiente. La funzione inoltre non tiene conto, almeno per gli ospedali monospecialistici, di altre forme di finanziamento già in essere, che incidono sull'equilibrio tra costi e ricavi, con le quali deve essere raccordata.



**Allegato 1D**

	<b>TABELLA 1</b>	<b>Rel 2016</b>	<b>Proposta dgw</b>			<b>Nuove fnt</b>
1	Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria	aggiornabile	Non menzionata	Il documento non contiene proposte di modifica	1	Obiettivi previsti dal Piano Regionale integrato della sanità pubblica Veterinaria
2	Complessità di gestione del File F	aggiornabile	Non menzionata	Il documento non contiene proposte di modifica	2	Complessità di gestione del File F
3	Trasporto neonatale	aggiornabile		Il documento non contiene proposte di modifica	3	Trasporto neonatale
4	<b>Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e finanziamento sulle neonatali</b>				<b>4</b>	<b>Funzione per il PS e per l'emergenza urgenza</b>
4.1	<i>Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno</i>	aggiornabile	<b>Proposta di nuovi criteri</b>		4.1	Pronto Soccorso
4.2	<i>Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1.500 gr.</i>	aggiornabile	<b>Non menzionata</b>			
4.3	<i>Altre attività connesse all'emergenza-urgenza</i>	aggiornabile	<b>Non menzionata</b>			
				Proposta nuova funzione	4.2	<i>Rete trauma maggiore</i>
				Proposta nuova funzione	4.3	<i>Rete Stemi</i>
				Proposta nuova funzione	4.4	<i>Rete stroke</i>
				Proposta nuova funzione	4.4	<i>SPDC</i>
				Proposta nuova funzione	4.5	<i>PS ubicati in area disagiata</i>
				Proposta nuova funzione	4.6	<i>urgenze in pediatria</i>
				Proposta nuova funzione	4.7	<i>ECMO</i>
				Il documento non contiene proposte di modifica	4.8	<i>Pronto soccorso oculistico</i>
				Il documento non contiene proposte di modifica	4.9	<i>i centri Antiveneni</i>
				Il documento non contiene proposte di modifica	4.10	<i>centri per grandi ustionati</i>
				Il documento non contiene proposte di modifica	4.11	<i>camera iperbarica</i>
				Il documento non contiene proposte di modifica	4.12	<i>PS odontoiatrico</i>

5	Presidi EEUU Ospedali Montani	aggiornabile	<b>eliminata</b>			
6	Prelievo di organi e tessuti	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	5	Prelievo di organi e tessuti
7	<b>Altre attività connesse al trapianto d'organi</b>	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6	<b>Altre attività connesse al trapianto d'organi</b>
7.1	Banca delle cornee	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.1	Banca delle cornee
7.2	Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.2	Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti
7.3	Centro raccolta e crioconservazione delle cellule staminali periferiche	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.3	Centro raccolta e crioconservazione delle cellule staminali periferiche
7.4	Banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.4	Banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale
7.5	Centro raccolta e conservazione omoinnesti (valvolari-vascolari)	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.5	Centro raccolta e conservazione omoinnesti (valvolari-vascolari)
7.6	Cuore artificiale	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.6	Cuore artificiale
7.7	Centro coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.7	Centro coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti
7.8	Centro di riferimento Regionale "Banca di emocomponenti di gruppi rari"	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.8	Centro di riferimento Regionale "Banca di emocomponenti di gruppi rari"
7.9	Laboratorio di Terapie cellulari.	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	6.9	Laboratorio di Terapie cellulari.
8	Attività di ricerca degli IRCCS		confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	7	
9	Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia	non più attuale	<b>eliminata</b>			
10	Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario	non più attuale	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	8	
11	Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	9	
12	Ampiezza del case-mix	non più attuale	<b>eliminata</b>			
13	Altre attività di rilievo regionale	confermabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	13	<b>Altre attività di rilievo regionale</b>
13.1	Centro Regionale Tubercolosi				10.1	Centro Regionale Tubercolosi
13.2	Cardiochirurgia Pediatrica				10.2	Cardiochirurgia Pediatrica
13.3	Registro Tumori della Lombardia				10.3	Registro Tumori della Lombardia

13.4	Centro di Riferimento per lo screening delle malattie potenzialmente causa di Handicap				10.4	Centro di Riferimento per lo screening delle malattie potenzialmente causa di Handicap
13.5	Centro Regionale per i disturbi del comportamento alimentare				10.5	Centro Regionale per i disturbi del comportamento alimentare
13.6	Centro Medico Regionale Specialistico, di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori				10.6	Centro Medico Regionale Specialistico, di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori
13.7	Centro Regionali dell'Epilessia				10.7	Centro Regionali dell'Epilessia
13.8	Centro per le malattie neuromuscolari e per la patologia metabolica e tumorale nell'infanzia e nell'adolescenza				10.8	Centro per le malattie neuromuscolari e per la patologia metabolica e tumorale nell'infanzia e nell'adolescenza
13.9	Centro Regionale per la diagnosi e cura delle cefalee				10.9	Centro Regionale per la diagnosi e cura delle cefalee
13.10	Pronto Soccorso Odontoiatrico			<b>Trasferite nell'area EEUU</b>		
13.11	Centro per la sicurezza degli antiparassitari				10.10	Centro per la sicurezza degli antiparassitari
13.12	Centro Antiveneni.			<b>Trasferite nell'area EEUU</b>		
13.14	Centro Grandi Ustioni.			<b>Trasferite nell'area EEUU</b>		
13.15	Altri progetti di rilievo regionale				10.11	Altri progetti di rilievo regionale
14	<b>Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML)</b>	aggiornabile	confermata	Il documento non contiene proposte di modifica	11	Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (UOOML)
15	<b>Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA)</b>	aggiornabile	<b>eliminata</b>	Confluisce in nuova funzione	<b>12</b>	<b>Psichiatria e neuropsichiatria</b>
16	<b>Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici</b>	Non più attuale	<b>eliminata</b>			
17	<b>Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>	aggiornabile	confermata	<b>Proposta di nuovi criteri</b>	<b>13</b>	<b>Rete ambulatoriale poliambulatori extraospedalieri</b>
18	<b>Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria</b>	aggiornabile	<b>eliminata</b>	<b>Proposta nuova funzione</b>	<b>14</b>	<b>Psichiatria e neuropsichiatria</b>
19	<b>Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa</b>	Non più attuale	confermata	<b>Proposta nuovi criteri</b>	<b>15</b>	<b>Trattamento di pazienti anziani in area metropolitana</b>
42	<b>TOTALE</b>				<b>46</b>	

