

Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

D.g.r. 25 ottobre 2013 - n. X/824
Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2012 ed ulteriori determinazioni relativamente al finanziamento delle attività sanitarie

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421» e successive modifiche ed integrazioni;
- il d.m. Sanità 14 dicembre 1994, relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi ed i servizi extra-ospedalieri e le relative linee guida;
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

Richiamate:

- la d.g.r. 2 luglio 2001 n. 5349; «Nuovi criteri per la remunerazione di alcune funzioni dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per gli anni 2001 e 2002»;
- la d.g.r. n. VIII /8446 19 novembre 2008 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008 - III provvedimento»;
- la d.g.r. n. VIII/10077 del 7 agosto 2009 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009» - V provvedimento;
- la d.g.r. n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010»;
- la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità»;
- la d.g.r. n. XI /133 del 17 giugno 2010 «Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2009»;
- la d.g.r. n. XI/350 del 28 luglio 2010 «Attuazione dell'art.25 bis «Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - Poli Universitari» della l.r. 33/2009, così come modificata dalla l.r. 7/2010»;
- la d.g.r. n. XI/2057 del 28 luglio 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011- III Provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario (di concerto con l'assessore Boscagli)»;
- la d.g.r. n. XI/2633 del 06 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 (di concerto con l'assessore Boscagli)»;
- la d.g.r. n. XI/3976 del 6 agosto 2012 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali»;
- la d.g.r. n. XI /4231 del 25 ottobre 2012 «Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011»;
- la d.g.r. n. XI/4232 del 25 ottobre 2012 «Determinazioni in ordine ai criteri e alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012»;
- la delibera del Consiglio regionale X/78 del 9 luglio 2013 «Programma regionale di sviluppo della X legislatura»;

Preso atto della Delibera di Consiglio Regionale n. 90/2013 ad oggetto «Ordine del giorno concernente l'asestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2013 ed al bilancio pluriennale 2013/2015: superamento del finanziamento tramite funzioni non tariffate»;

Ritenuto di accogliere l'invito nella stessa contenuto di rivedere l'attuale sistema di funzioni non tariffabili, rimodulando la vigente combinazione del finanziamento a tariffa (ivi comprese le maggiorazioni tariffarie) con il finanziamento a funzione;

Preso atto che la d.g.r. IX/4232 del 25 ottobre 2012 ha stabilito:

- che per la funzione di complessità dell'assistenza riabilitativa siano stanziati per l'esercizio 23 milioni di euro;

- che per la predetta funzione, fermi restando gli altri criteri, di formalizzare quale indicatore discriminante per la determinazione delle strutture cui sarà riconosciuta detta funzione, il valore mediano regionale del tempo assistenza/die per paziente individuato nel valore di 293,9 minuti riferito al personale medico, infermieristico, tecnico della riabilitazione e operatore socio sanitario;

Ritenuto:

- di confermare lo stanziamento di 23 milioni per remunerare in modo più corrispondente alle risorse effettivamente impiegate le attività riabilitative complesse;
- di confermare che il criterio della complessità trova corrispondenza reale nelle attività neurologiche (MDC 01), Pneumologiche (MDC 04) e di riabilitazione cardiologica in particolare quella effettuata per lo scompenso cardiaco (DRG 127);
- di confermare il principio di una soglia minima di minutaggio giornaliero per poter accedere alla remunerazione dei maggiori costi di personale;
- di rendere tale soglia perfettamente allineata nei contenuti ai contenuti dei requisiti organizzativi di accreditamento che prevedono un minutaggio minimo per infermieri, terapisti della riabilitazione, OSS ed OTA;
- di rettificare quindi la predetta soglia escludendo i minuti relativi alle attività del personale medico che di conseguenza diventa pari a 254,58 minuti die / paziente;

Preso atto inoltre che la sopra citata d.g.r. IX/4231 del 25 ottobre 2012 in allegato precisa quanto segue:

- La funzione di complessità dell'assistenza riabilitativa è finalizzata ad incentivare l'attività di strutture che trattano casistica riabilitativa afferente alle agli MDC 01 - 04 - 05 (Neurologica, Cardiologica e Pneumologica) e a riconoscere il maggiore assorbimento di risorse ad essi correlati. Le attività riabilitative infatti, nelle specifiche tipologie sopra individuate, ovvero di recupero di una funzione motoria, neurologica o di organo (cardio - polmonare ad esempio), sono caratterizzate dalla prevalente necessità, per essere erogate in modo efficace, di disporre di qualificate figure professionali che possano dedicare ai pazienti un minutaggio giornaliero di assistenza rilevante proprio per il carico assistenziale che questi pazienti richiedono. Le analisi condotte in questi anni utilizzando i flussi informativi istituzionali delle SDO (schede di dimissione ospedaliera) e FLUPER (flusso relativo al personale), considerando la dimensione delle strutture (in termini di volumi di ricoveri effettuati), la casistica e il tempo assistenza die del personale sanitario, medico e non, hanno sempre confermato che le attività a maggiore carico assistenziale e riabilitativo, che di conseguenza comportano un maggior assorbimento di risorse economiche, sono quelle di tipo neurologico e cardiopolmonare, che hanno un minutaggio paziente che si attesta anche oltre il 40% del valore mediano regionale che è stato nel 2011 di 293 minuti die/paziente di assistenza medica, infermieristica e di specifiche attività riabilitative;

Ritenuto, anche in considerazione del sopra ricordato invito del Consiglio Regionale di rivalutare l'attuale equilibrio oggi vigente tra remunerazione a tariffa e remunerazione a funzione:

- di poter ritenere validi ed accettabili diversi strumenti tecnici al fine di remunerare i maggiori costi del personale impiegato nelle attività riabilitative più complesse, come spiegato dalla sopra citata d.g.r. IX/4231 del 25 ottobre 2012;
- di poter quindi individuare una modalità di integrare la remunerazione delle predette attività utilizzando un criterio tariffario;
- di utilizzare, per remunerare le attività riabilitative complesse, nelle more di una modifica delle tariffe regionali a decorrere dall'esercizio 2014, la tariffa in vigore per l'esercizio 2012 per la compensazione della mobilità sanitaria tra le regioni approvata dalla Conferenza Stato Regioni;
- di effettuare questa scelta in quanto per le attività riabilitative più complesse le predette tariffe sono maggiormente remunerative dei maggiori costi sostenuti per erogare le prestazioni;
- di incrementare le tipologie di attività remunerate a tariffa e conseguentemente di superare la funzione «complessità della riabilitazione» applicando, secondo le specifiche tecniche di cui all'allegato 1, delle integrazioni tariffarie per le attività di tipo neurologico (MDC 01), pneumologi-

co (MDC 04) e di riabilitazione per lo scompenso cardiaco (DRG 127) utilizzando le tariffe di compensazione della mobilità interregionale approvate nel corso del 2013, per l'esercizio 2012, dalla Conferenza Stato Regioni;

Rilevato che l'utilizzo delle tariffe porterebbe un maggiore costo di 33 milioni di euro e che quindi si rende necessaria una rimodulazione della nuova tariffazione per poter contenere questo finanziamento nell'ambito dei 23 milioni stabiliti dalla d.g.r. IX/4232 del 25 ottobre 2012;

Preso atto del Programma regionale di sviluppo (PRS) della X legislatura approvato con la delibera del Consiglio regionale X/78 del 9 luglio 2013 che tra i vari obiettivi, al fine di mantenere e sviluppare l'eccellenza della sanità lombarda, si pone quello di sostenere e promuovere la ricerca sanitaria;

Ritenuto pertanto che per realizzare gli obiettivi sopra espressi si rende necessario potenziare le risorse destinate all'area della ricerca aumentando l'importo stabilito con d.g.r. IX/4232 del 25 ottobre 2012 alla voce «Attività di ricerca degli IRCCS» da euro 61,5 milioni a euro 83,8 milioni;

Visti:

- l'allegato 1 dal titolo «Funzioni non coperte da tariffe predefinite degli enti sanitari pubblici e privati per l'esercizio 2012: relazione illustrativa» nel quale sono esplicitati i criteri di assegnazione delle funzioni, già individuate dalle citate d.g.r. n. XI/2633 del 6 dicembre 2011 e d.g.r. n. XI/4232 del 25 ottobre 2012;
- l'allegato 2 che, sulla base dei criteri di cui al punto precedente, assegna i fondi per le funzioni non coperte da tariffe predefinite per l'anno 2012 alle Strutture sanitarie ed alle ASL che ne hanno titolo;

Ritenuto pertanto di approvare tali documenti, Allegato 1 e 2, come parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Richiamata la d.g.r. n. XI/350 del 28 luglio 2010 «Attuazione dell'art. 25 bis «Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - Poli Universitari» della l.r. 33/2009, così come modificata dalla l.r. 7/2010» al punto 4 del dispositivo che prevede: «... ai sensi della citata normativa, il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento ... nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.»;

Atteso che è ancora in corso l'istruttoria per l'assegnazione delle maggiorazioni tariffarie per l'anno 2012 e che pertanto, secondo quanto stabilito e richiamato al precedente punto, non è al momento possibile decidere a quali strutture potrebbero conseguentemente non essere riconosciute le funzioni sopra citate;

Ritenuto opportuno, nelle more della conclusione dell'istruttoria di cui al punto precedente, al fine di non condizionare l'adozione del presente provvedimento, prevedere che nel 2012 avranno accesso alle maggiorazioni tariffarie di cui alla legge 7/2010 le stesse le strutture che le hanno avute attribuite nel 2011, riservandosi di rettificare le assegnazioni provvisorie qualora gli esiti dell'istruttoria di cui trattasi risultassero differenti;

Preso atto dei progetti relativi al potenziamento delle Terapie Intensive Neonatali pervenuti dalle Strutture sanitarie richiesti con nota regionale prot. n. H1.2013.0013935 del 13 maggio 2013 con cui la D.G. Salute invita le strutture sanitarie interessate a trasmettere i progetti relativi al potenziamento delle Terapie Intensive Neonatali realizzati nel corso del 2012 sulla base dei quali ripartire l'importo di 1,7 milioni di Euro;

Valutato di confermare, come previsto dalla citata d.g.r. n. VIII/9765 del 30 giugno 2009, anche per l'anno 2012, un'integrazione di fondi per la terapia intensiva di neonati per fronteggiare maggiore la richiesta di culle neonatali necessarie a far fronte alla domanda crescente di terapia intensiva neonatale limitando il finanziamento alle strutture, tra quelle previste dal provvedimento, che hanno dimesso durante il 2012 neonati prematuri di peso inferiore a 1500 gr;

Precisato che:

- la d.g.r. n. XI/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 (di concerto con l'assessore Boscagli)» ha stabilito per l'anno 2012 il finanziamento per funzioni non tariffate per un importo complessivo pari a 985 milioni di Euro;
- la d.g.r. n. XI/4232 del 25 ottobre 2012 «Determinazioni in ordine ai criteri e alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012» ha definito,

nell'ambito di ciascuna tipologia di funzione, il limite massimo di risorse disponibili entro il valore complessivo sopra richiamato ed ha determinato per l'esercizio 2012 un ammontare di risorse destinate agli erogatori del comparto privato non superiore a 173 milioni di euro che corrisponde al valore deliberato per l'anno 2010 ridotto complessivamente dell'8% così come previsto dalla d.g.r. n. IX/3976 del 6 agosto 2012;

Stabilito di conseguenza che per le strutture pubbliche (A.O., ASL e I.R.C.C.S. di diritto pubblico) l'importo complessivo da erogare non dovrà superare euro 812 milioni, mentre per le strutture private (I.R.C.C.S. di diritto privato, Case di Cura e Ospedali Classificati) l'importo complessivo non dovrà superare euro 173 milioni;

Osservato che per rispettare il predetto limite dei 173 milioni di euro per le strutture di diritto privato si rende necessario moltiplicare, ai valori risultanti applicando i criteri di cui all'allegato 1, un coefficiente pari a 0,9221;

Valutato, a seguito della disponibilità complessiva di tutti gli elementi utili all'assegnazione delle funzioni relative all'esercizio 2012, di determinare gli importi definitivi destinati alle singole strutture per le funzioni stesse applicando i criteri di massimo incremento rispetto all'esercizio 2011 di cui alla d.g.r. n. XI/4231 del 25 ottobre 2012, integrati come segue:

1. per le strutture che nel corso del 2011 non erano assegnatarie di alcuna funzione, ma che ne hanno maturato i requisiti nel 2012, l'ammontare massimo di risorse sarà pari a euro 600.486 che rappresenta il valore del 30° percentile delle assegnazioni complessive del 2011;
2. per le strutture che nel 2012 hanno avuto una assegnazione inferiore ad un valore di euro 600.486 che rappresenta il valore del 30° percentile delle assegnazioni 2011, l'incremento di risorse possa essere superiore al 40% entro il valore complessivo di euro 600.486;

Valutato di confermare come per i precedenti esercizi anche per i finanziamenti per le funzioni non tariffabili dell'anno 2012, che l'incremento delle risorse, rispetto a quelle assegnate per l'anno 2011, per le singole strutture accreditate o per l'Ente Gestore di più strutture, non debba superare la soglia del 40% e ciò:

- per garantire una maggiore equità distributiva delle risorse resa necessaria dalla natura particolare delle attività finanziate e dalla loro prevalente componente di costo fisso che richiede di essere comunque riconosciuto e «protetto» da eccessive variazioni temporali e quantitative riferite alle singole strutture;
- in quanto gli ambiti relativi al riconoscimento delle funzioni 2012 restano principalmente quelli già utilizzati per l'anno 2011;
- per rispettare le previsioni ed i vincoli complessivi di spesa;

Ritenuto che l'applicazione del limite del 40% debba comunque garantire gli importi determinati per le funzioni dell'Emergenza-Urgenza in quanto finalizzati alla copertura dei costi minimi di esercizio di questo peculiare ambito;

Ritenuto :

- di precisare che detti fondi sono destinati agli Enti Sanitari che dovranno prioritariamente contabilizzarli rispettando le assegnazioni per tipologia stabilite nel presente provvedimento;
- di dare mandato alla Direzione Generale Salute - U.O. Economico Finanziario e Sistemi di Finanziamento e alle ASL, per le strutture di rispettiva competenza, di procedere all'erogazione dei saldi dei finanziamenti riconosciuti con il presente provvedimento relativi a detti fondi, al netto degli acconti di cassa già erogati nell'anno 2012, precisando che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse appositamente riservate nell'esercizio 2012, riscritte ex art. 50 LR34/78 e disponibili ai capitoli 13.01.104.8939, 13.01.104.8940 e 13.01.104.8941 del bilancio per l'esercizio 2013;

Dato atto che, con provvedimenti della Direzione Generale Salute, in corso d'anno saranno erogati acconti di cassa a favore degli Enti sanitari pubblici e degli IRCCS privati e degli Ospedali Classificati, sulla base delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio;

Precisato che le ASL di appartenenza territoriale provvederanno ad erogare acconti di cassa trimestrali nella misura massima dell'80% delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio a favore dei soggetti erogatori accreditati e a contratto di diritto privato (esclusi IRCCS privati e Ospedali Classificati);

Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

Considerato che le Aziende Sanitarie Pubbliche hanno già approvato il Bilancio d'esercizio 2012, tutt'ora in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale, recependo le indicazioni regionali circa il rispetto dell'equilibrio economico dell'esercizio 2012;

Stabilito che, sulla base delle risultanze derivanti dall'applicazione delle disposizioni contenute nel presente provvedimento, le Aziende procedano all'aggiornamento dei Bilanci d'esercizio 2012 per la voce contributi in conto esercizio «Funzioni non tariffate»;

Ritenuto di precisare altresì che tale aggiornamento non dovrà comportare alcuna modifica dell'equilibrio già definito in sede di approvazione del bilancio d'esercizio 2012 e che la D.G. Salute procederà ad emanare apposito decreto del Direttore Generale per regolarizzare le assegnazioni delle singole aziende, al fine del rispetto dell'equilibrio stesso;

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

Vagliate ed assunte come proprie le predette determinazioni

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di accogliere l'invito del Consiglio Regionale di rivedere l'attuale sistema di funzioni non tariffabili, rimodulando la vigente combinazione del finanziamento a tariffa (ivi comprese le maggiorazioni tariffarie) con il finanziamento a funzione;

2. di superare la funzione «complessità della riabilitazione» applicando, secondo le specifiche tecniche di cui all'allegato 1, delle integrazioni tariffarie per le attività di tipo neurologico (MDC 01), pneumologico (MDC 04) e di riabilitazione per lo scompenso cardiaco (DRG 127) utilizzando le tariffe di compensazione della mobilità interregionale approvate nel corso del 2013, per l'esercizio 2012, dalla Conferenza Stato Regioni;

3. di rimodulare la nuova tariffazione per poter contenere questo finanziamento nell'ambito dei 23 milioni stabiliti dalla d.g.r. IX/4232 del 25 ottobre 2012;

4. di variare, in osservanza a quanto previsto dal PRS approvato con delibera del Consiglio regionale X/78 del 9 luglio 2013 a sostegno della ricerca in campo sanitario, le risorse destinate con d.g.r. IX/4232 del 25 ottobre 2012 alla voce «Attività di ricerca degli IRCCS» da euro 61,5 milioni a euro 83,8 milioni;

5. di approvare l'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, riportante l'esplicitazione dei criteri di assegnazione delle funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende sanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale per l'anno 2012;

6. di assegnare i fondi per le funzioni non coperte da tariffe predefinite per l'anno 2012 alle Strutture sanitarie indicate nell'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente atto, per il rispettivo ammontare ivi precisato per un totale di € 968.912.127, di cui € 173.000.000, destinati complessivamente al comparto privato (I.R.C.C.S. di diritto privato, Case di Cura e Ospedali Classificati);

7. di stabilire che per rispettare il predetto limite dei 173 milioni di euro si rende necessario moltiplicare, ai valori risultanti applicando i criteri di cui all'allegato 1, un coefficiente pari a 0,9221;

8. di ripartire l'importo di euro 1,7 milioni tra le strutture sanitarie che hanno presentato i progetti relativi al potenziamento delle Terapie Intensive Neonatali;

9. di confermare come previsto dalla citata d.g.r. n. VIII /9765 del 30 giugno 2009, anche per l'anno 2012, un'integrazione di fondi che hanno dimesso durante il 2012 neonati prematuri di peso inferiore a 1500 gr per la terapia intensiva di neonati per fronteggiare la richiesta di più culle neonatali necessarie a far fronte alla domanda crescente di terapia intensiva neonatale;

10. di prevedere che l'incremento delle risorse, rispetto a quelle assegnate nel 2011, per le singole strutture accreditate o per l'Ente Gestore di più strutture, non debba di norma superare la soglia del 40% e cioè:

- per garantire una maggiore equità distributiva delle risorse resa necessaria dalla natura particolare delle attività finanziate e dalla loro prevalente componente di costo fisso che richiede di essere comunque riconosciuto e «protetto» da eccessive variazioni temporali e quantitative riferite alle singole strutture;
- in quanto gli ambiti relativi al riconoscimento delle funzioni 2012 restano principalmente quelli già utilizzati per

l'anno 2011;

- per rispettare le previsioni ed i vincoli complessivi di spesa;

11. di stabilire che l'applicazione del limite del 40% garantisca comunque gli importi determinati per le funzioni dell'Emergenza-Urgenza in quanto finalizzati alla copertura dei costi minimi di esercizio di questo peculiare ambito;

12. di determinare, a seguito della disponibilità complessiva di tutti gli elementi utili all'assegnazione delle funzioni relative all'esercizio 2012, gli importi definitivi destinati alle singole strutture per le funzioni stesse applicando i criteri di massimo incremento rispetto all'esercizio 2011 alla d.g.r. n. XI /4231 del 25 ottobre 2012, integrati come segue:

- per le strutture che nel corso del 2011 non erano assegnatarie di alcuna funzione, ma che ne hanno maturato i requisiti nel 2012, l'ammontare massimo di risorse sarà pari a euro 600.486 che rappresenta il valore del 30° percentile delle assegnazioni complessive del 2011;
- per le strutture che nel 2011 hanno avuto una assegnazione inferiore ad un valore di euro 600.486 che rappresenta il valore del 30° percentile delle assegnazioni 2011, l'incremento di risorse possa essere superiore al 40% entro il valore complessivo di euro 600.486;

13. di dare mandato alla Direzione Generale Salute - U.O. Economico Finanziario e Sistemi di Finanziamento e alle ASL, per le strutture di rispettiva competenza, di procedere all'erogazione dei finanziamenti riconosciuti con il presente provvedimento, al netto degli acconti di cassa già erogati nell'anno 2012, precisando che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse appositamente reiscritte ex art. 50 l.r. 34/78 e disponibili ai capitoli 13.01.104.8939, 13.01.104.8940 e 13.01.104.8941 del bilancio per l'esercizio 2013;

14. di stabilire che, nelle more della conclusione dell'istruttoria per l'accertamento del possesso dei requisiti di ammissione ai finanziamenti ex d.g.r. n. 350/2010 per l'anno 2012, vengono riconosciute all'Ospedale San Giuseppe di Milano (Gruppo Multimedita), all'Istituto Ortopedico Galeazzi e al Policlinico San Donato le funzioni meglio indicate nell'allegata tabella riassuntiva, e contestualmente viene sospesa la liquidazione dei corrispettivi assegnati per la funzione «Didattica della Facoltà di Medicina» e «Ampiezza del case-mix», rinviando alle determinazioni definitive che saranno assunte in merito dalla Giunta regionale;

15. di dare mandato alla Direzione Generale Salute - U.O. Economico Finanziario e Sistemi di Finanziamento e alle ASL, per le strutture di rispettiva competenza, di procedere all'erogazione dei finanziamenti riconosciuti con il presente provvedimento, al netto degli acconti di cassa già erogati nell'anno 2012, precisando che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse appositamente reiscritte ex art. 50 l.r. 34/78 e disponibili ai capitoli 5.1.0.2.256.5471 e 5.1.0.2.256.5470 del bilancio per l'esercizio 2012;

16. di dare atto che:

- con provvedimenti della Direzione Generale Salute, in corso d'anno saranno erogati acconti di cassa a favore degli Enti sanitari pubblici, degli IRCCS privati e degli Ospedali Classificati, sulla base delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio;
- le ASL di appartenenza territoriale provvederanno ad erogare acconti di cassa trimestrali nella misura massima 80% delle funzioni non tariffabili finanziate nel precedente esercizio a favore dei soggetti erogatori accreditati e a contratto di diritto privato (esclusi IRCCS privati e Ospedali Classificati);

17. di stabilire che le Aziende Sanitarie pubbliche, sulla base delle risultanze derivanti dall'applicazione delle disposizioni contenute nel presente provvedimento, all'aggiornamento dei Bilanci d'esercizio 2012 per la voce contributi in conto esercizio «Funzioni non tariffate», precisando che tale aggiornamento non dovrà comportare alcuna modifica dell'equilibrio già definito in sede di approvazione del bilancio d'esercizio 2012 e che la D.G. Salute procederà ad emanare apposito decreto del Direttore Generale per regolarizzare le assegnazioni delle singole aziende, al fine del rispetto dell'equilibrio stesso;

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

Il segretario: Marco Pilloni

**FUNZIONI NON COPERTE DA TARIFFE PREDEFINITE DEGLI ENTI SANITARI
PUBBLICI E PRIVATI PER L'ESERCIZIO 2012: RELAZIONE ILLUSTRATIVA**

Le attività individuate per questa modalità di finanziamento derivano dalla programmazione nazionale e regionale nonché dai provvedimenti specifici della Giunta regionale volti a riconoscere particolari funzioni che non trovano sufficiente copertura con la remunerazione a prestazioni svolte dagli Enti Sanitari.

Il criterio utilizzato per la determinazione degli importi, in generale, è stato quello di esaminare per ciascuna funzione il profilo organizzativo, le specifiche attività, i volumi prodotti ed i costi dei fattori produttivi impiegati ed eventuali ricavi realizzati.

In particolare per alcune funzioni si è individuato:

- una quota forfettaria eventualmente maggiorata del tasso d'inflazione o di un'ulteriore quota calcolata attraverso un coefficiente di complessità di funzione;
- una ripartizione che in parte tiene conto delle modalità di assegnazione dei fondi per funzioni simili da parte del Ministero;
- un incremento di finanziamento finalizzato a promuovere e incentivare specifiche funzioni di particolare interesse regionale.

Le principali fonti dei dati utilizzate sono rappresentate dai flussi informativi disponibili presso la Regione Lombardia - Direzione generale Sanità (base dati prestazioni di ricovero e cura, base dati prestazioni ambulatoriali, base dati accreditamento, flusso del personale), da altre pubblicazioni ufficiali espressamente citate, oltre a indicazioni fornite direttamente dalle singole strutture.

Gli importi determinati con l'applicazione dei criteri sopra indicati relativi ad ogni funzione individuata sono riportati nelle tabelle riassuntive per tipologia di erogatore.

Alla luce dei criteri generali più sopra esposti, sono state individuate le seguenti funzioni spettanti alle ASL, alle AO, agli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e privato, nonché alle strutture di ricovero private accreditate:

1) Obiettivi previsti dal piano Regionale della prevenzione Veterinaria 2012-2014

Il finanziamento è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali nel settore della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, codificati dal Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (d.g.r. n. 3015/2012) e attuati dalle ASL attraverso il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria. Tali obiettivi si distinguono in: 1) obiettivi strategici - definiti a livello regionale -; 2) obiettivi operativi - declinati in sei aree di intervento: alimenti di origine animale, sanità animale, tutela sanitaria degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo, benessere animale, mangimi, farmaco veterinario e sottoprodotti di origine animale; 3) obiettivi a valenza locale - declinati da ciascuna ASL sulla base delle specificità territoriali. L'efficacia di tali Piani viene valutata attraverso un sistema di monitoraggio e valutazione costituito da diversi strumenti: il Sistema Informativo Veterinario Integrato, l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario, l'Osservatorio Statistico Regionale della prevenzione veterinaria, la definizione e attuazione della Strategia regionale di audit. Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 1

2) Guardia turistica stagionale

L'attività di guardia turistica viene esperita durante la stagione estiva e durante quella invernale nelle ASL nel cui territorio si trovano località a forte flusso turistico. Tramite apposita d.g.r. vengono accolte o meno le richieste di attivazione del servizio da parte delle singole ASL nonché il numero di ore che necessarie a gestire il servizio. La spesa sostenuta per la gestione del servizio di guardia turistica è a carico del bilancio dell'ASL richiedente.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 2

3) Complessità di gestione del File F

Con d.g.r. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 All. 2 è stata istituita una nuova funzione destinata a sostenere la complessità di gestione del File F (flusso dei Farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati).

In questi anni si è assistito infatti allo sviluppo di terapie farmacologiche innovative con farmaci derivanti da nuove tecnologie, si tratta di farmaci ad alto costo a gestione ospedaliera a cui si associa anche la gestione del Registro AIFA (farmaci antineoplastici, farmaci orfani, farmaci oftalmici, ecc.).

Ogni registro e le procedure regolatorie ad esso associato introducono elementi di aggravio procedurale sul lavoro sia del clinico che degli operatori sanitari e tale aggravio ha un senso ed è giustificato se produce nuove conoscenze e soprattutto se i risultati consentono una verifica del lavoro svolto e un benchmarking con gli altri centri a livello sia regionale che nazionale. Con questa funzione si riconosce un'integrazione pari a 1 milione di Euro alle strutture accreditate che hanno erogato, attraverso il File F un valore complessivo di farmaci ad alto costo posizionate tra l'80° e il 97° percentile del valore totale dei farmaci distribuiti attraverso il File F fra tutte le strutture lombarde accreditate e di 2,5 milioni di Euro per quelle posizionate oltre il 97°.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 3

EMERGENZA - URGENZA

Le funzioni comprendono l'organizzazione delle attività volte a garantire, in condizioni di emergenza-urgenza, i necessari interventi per la stabilizzazione delle funzioni vitali, l'orientamento diagnostico ed il trattamento terapeutico.

Tali funzioni si articolano come segue:

4) Trasporto Neonatale

Alle strutture che hanno in carico il servizio di trasporto ed il ricovero di emergenza dei neonati è stata riconosciuta una quota forfettaria di € 91.000.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 4

5) Strutture di ricovero dotate di Pronto Soccorso e Incentivo per riduzione ricoveri medici urgenti di 1 giorno

Con d.g.r. VIII 10077 del 7 agosto 2009 è stato introdotto un nuovo sistema di remunerazione per le funzioni di emergenza-urgenza per le strutture dotate di Pronto Soccorso (PS), Dipartimento Emergenza Urgenza (DEA) e di Dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione (EAS). Questo criterio prevede di attribuire la funzione partendo dalla quantificazione dei costi minimi di esercizio delle strutture P.S., D.E.A. e E.A.S. e ponderando detti valori in base all'attività di PS per pazienti non ricoverati.

I costi minimi di esercizio sono stati determinati valorizzando a costi standard le figure professionali necessarie per l'assolvimento dei requisiti minimi previsti dalla d.g.r. VI/38133/1998, del tipo di struttura e del numero di alte specialità nelle strutture con EAS.

In particolare:

<i>tipo struttura</i>	<i>dettaglio tipo struttura</i>	<i>valore funzione</i>
<i>ps</i>		€ 804.000
<i>dea</i>		€ 3.558.000

Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

eas1	1 alta specialità	€ 3.918.000
eas2	2 alte specialità	€4.278.000
eas3	3 alte specialità	€4.638.000
eas4	4 alte specialità	€4.998.000
eas5	5 alte specialità	€5.358.000
eas6	6 alte specialità	€5.718.000

La ponderazione dei suddetti valori è stata effettuata rilevando la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso dei pazienti non ricoverati dal flusso di cui al d.m. 23 dicembre 1996, in base ai seguenti coefficienti:

- 0,85 per le strutture con un numero di accessi/die minore o uguale al 25° percentile della distribuzione regionale di questo indicatore;
- 0,9 per le strutture collocate tra il 26° ed il 50° percentile della predetta distribuzione;
- 1 per le strutture collocate tra il 51° ed il 70° percentile della predetta distribuzione;
- 1,1 per le strutture collocate tra il 71° ed il 85° percentile della predetta distribuzione;
- 1,2 per le strutture collocate al di sopra dell' 85° percentile della predetta distribuzione.

E' stato inoltre riconfermato l'ulteriore finanziamento alle strutture che nel 2012 hanno ridotto i ricoveri medici urgenti con un giorno di degenza rispetto a quelli effettuati nel 2012.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 5

6) Presidi EEUU Ospedali Montani

La d.g.r. VIII/3776/06 ha introdotto, tra le altre, una funzione specifica per i presidi di Emergenza Urgenza di ospedali montani le cui modalità e criteri di assegnazione sono stati definiti con la successiva d.g.r. VIII/4341/07. Gli importi della presente funzione sono stati attribuiti applicando quanto disposto nei provvedimenti citati.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 6

7) Assistenza in terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1.500 gr.

Al fine di sostenere maggiormente le strutture dotate di unità operative accreditate di Terapia Intensiva neonatale si riconosce, per ogni neonato oltre i 20, di peso inferiore a 1500 gr. che ha avuto una degenza superiore ai 25 giorni la somma di € 13.000. Questa soglia discriminante è stata individuata al fine di concentrare le risorse nelle strutture in cui la numerosità della casistica permette una migliore qualificazione del personale, una maggiore efficacia delle cure ed una più efficiente allocazione delle risorse.

E' riconosciuto anche quest'anno il finanziamento aggiuntivo finalizzato a contribuire a mantenere al massimo livello di risposta ed attenzione clinica ed organizzativa le attività di terapia intensiva. Questa risorsa aggiuntiva di € 1,7 milioni è distribuita in proporzione al numero di neonati prematuri come sopra definiti. E' stato inoltre rinnovato il finanziamento di € 100.000 per ogni culla neonatale, per un totale di 1,9 milioni di euro, come previsto dalla d.g.r. VIII/8446 del 19 novembre 2008 e applicato limitatamente alle strutture che dimettono neonati di cui al presente paragrafo, finalizzato a fronteggiare la richiesta di più culle neonatali necessarie a far fronte alla domanda territoriale crescente di terapia intensiva neonatale secondo la seguente suddivisione che riguarda:

- Fondazione Ca' Granda n. 8
- AO Niguarda n. 1
- AO Varese n. 5
- AO Bergamo n. 2
- AO Brescia n. 1
- Fondazione MBBM n. 2

Gli importi riconosciuti per tutta la funzione sono riportati nella Colonna 7

8) Altre attività connesse all'emergenza-urgenza

Per questa funzione sono state individuate le seguenti attività:

Centro Antiveneni

Il d.d.g.s. 21 dicembre 09 ha recepito l'accordo tra governo e regioni per definire i requisiti di funzionamento dei Centri antiveneni ed individuare i Centri di riferimento nazionali. Tra questi tre sono in regione Lombardia ubicati presso l'IRCCS Fondazione Maugeri di Pavia, l'Azienda ospedaliera «Ospedale Niguarda - Ca' Granda» di Milano e l'Azienda ospedaliera «Papa Giovanni XIII» di Bergamo.

Centro Grandi Ustioni

Si tratta di un servizio per la cura dell'epidermide umana che agisce in stretta correlazione con l'attività di emergenza.

Tale attività viene svolta presso l'Azienda ospedaliera «Ospedale Niguarda - Ca' Granda» di Milano.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 8

ATTIVITA' CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI

9) Prelievo di organi e tessuti

La Regione Lombardia ritiene prioritario l'incremento della donazione di organi e tessuti ai fini del trapianto, essendo eccellente il livello qualitativo degli interventi.

Per contro il reperimento degli organi risulta insufficiente al fabbisogno.

Si è pertanto considerata la necessità di valorizzare le attività di prelievo di organi e tessuti mediante tariffe predeterminate, con riferimento anche al tariffario nazionale.

Con DGR VIII 6291 del 21/12/2007 sono state approvate le modalità di funzionamento e remunerazione delle Banche delle cornee e tessuti. Tali determinazioni sono in via di progressiva attuazione per consentire alle strutture di organizzare il flusso delle cessioni.

Pertanto per il 2012 per gli organi procurati quali cuore, cuore e polmone, fegato, pancreas, polmone, rene, il contributo è pari a 3.000 € per organo, per le valvole, vasi e cornee il contributo è pari a 260 € per tessuto, per i tessuti muscolo-scheletrici è di € 390 e per il prelievo di tessuto cutaneo è di € 3 per cm². Al fine di potenziare ulteriormente il settore e valorizzare il ruolo degli operatori impegnati si riconosce un'ulteriore somma di € 4.000 per ogni donatore effettivo procurato (fonte NITp).

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 9

10) Centri trapianto d'organi

Benché le attività di trapianto d'organo siano riconosciute attraverso specifici DRG e relative tariffe, così come sottolineato dalle Linee Guida n. 1/95 del Ministero della Sanità, allo scopo di potenziare tale attività presso i centri lombardi, tra i più qualificati del Paese, si attribuisce una quota aggiuntiva di finanziamento ai centri che svolgono attività di trapianto di rene, cuore, fegato, polmoni, pancreas calcolata sulla base degli interventi effettuati nel corso dell'anno 2012 (fonte NITp e database SDO).

Detta quota è stata calcolata nella misura del 25% del valore tariffario riconosciuto per ogni tipologia di trapianto d'organo eseguito dai centri.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 10

11) Altre attività connesse al trapianto d'organi

Banca delle cornee

Con la DGRVIII/6291 del 21 dicembre 2007 sono state approvate le determinazioni in merito alla remunerazione delle Banche delle Cornee e dei Tessuti che prevedono l'introduzione di un sistema tariffario per il rimborso diretto tramite fatturazione dei tessuti ceduti dalle banche alla struttura sede del trapianto. La Delibera citata prevede ogni banca delle cornee della Lombardia deve provvedere ad autofinanziarsi tramite l'applicazione di una tariffa di € 850 per ciascuna cornea certificata e ceduta e che attraverso le funzioni non tariffate vengano coperti i costi residuali di gestione. La funzione è assicurata dall'Azienda Ospedaliera «San Gerardo» di Monza e dall'I.R.C.S.S. «Policlinico S. Matteo» di Pavia.

Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti

Con DRG VIII/10885 del 23 dicembre 2009 è stata rinnovata la convenzione tra la Regione Lombardia e Fondazione IRCCS Ca' Granda per il funzionamento del centro di riferimento regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti.

La convenzione prevede le seguenti specifiche attività:

- il funzionamento del Centro di riferimento regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti;
- il funzionamento del Centro Interregionale di Riferimento (CIR);
- la gestione del registro regionale dei donatori volontari di midollo osseo;
- il funzionamento della Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e fegato da donatori viventi.

Centro raccolta e crioconservazione delle cellule staminali periferiche .

La funzione è assicurata dall'Azienda ospedaliera «Ospedale Niguarda - Ca' Granda» di Milano.

Banca regionale per la conservazione di sangue da cordone ombelicale

Con d.g.r. VII/18653 del 5 agosto 2004 è stata costituita la Banca regionale per la conservazione, la tipizzazione, lo studio e la distribuzione delle cellule staminali da cordone ombelicale con più sedi decentrate - Centri di raccolta e Conservazione (CRS). Le sedi attualmente sono ubicate presso La Fondazione Ca' Granda di Milano e l'I.R.C.C.S. «Policlinico San Matteo» di Pavia. Con d.g.r. VIII/10999 del 13 gennaio 2010 sono stati rinnovati gli schemi di convenzione per il funzionamento delle suddette banche per il triennio 2010-2012.

Centro raccolta e conservazione omoinnesti (valvolari-vascolari)

Con d.g.r. VII/12848 del 28 aprile 2003 è stata istituita la Banca degli omoinnesti valvolari e vascolari della Regione Lombardia con sede presso l'I.R.C.C.S. «Fondazione Monzino - Centro Cardiologico» di Milano.

Cuore artificiale

La funzione fornisce un supporto economico e riconosciuta solo ai centri autorizzati al trapianto cardiaco, che utilizzano il cuore artificiale come bridge al trapianto da donatore. Il valore assegnato contribuisce a coprire parte della spesa sostenuta per l'acquisto dei dispositivi applicati. Per l'anno 2012 detta funzione è stata assicurata da dall'Azienda ospedaliera «Ospedale Niguarda - Ca' Granda» di Milano, dall'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XIII di Bergamo.

Centro coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti

Con d.g.r. IV/39830 del 14 febbraio 1989 sono stati istituiti il Centro di riferimento regionale per la coltura di epidermide umana in vitro e la Banca per la conservazione dei tessuti presso l'Azienda ospedaliera «Ospedale Niguarda - Ca' Granda» di Milano.

Centro di riferimento Regionale "Banca di emocomponenti di gruppi rari"

Con d.d.g.s.n. 6027 del 2 aprile 2002 è stata istituita presso il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale della Fondazione Ca' Granda di Milano la Banca di emocomponenti di gruppi rari e con d.g.r. VIII/896 dell'1 dicembre 2010 è stata approvata la convenzione tra la Regione Lombardia e IRCCS per il funzionamento del Centro per il periodo 2011-2013.

Laboratorio di Terapie cellulari: il laboratorio gestisce l'attività processazione delle cellule staminali ematopoietiche per il Programma trapianto. La funzione è assicurata dall'Azienda Ospedaliera « Papa Giovanni XIII » di Bergamo.

Gli importi riconosciuti per tutte le suddette funzioni del punto 11) sono riportati nella Colonna 11

ATTIVITÀ DI RICERCA, DIDATTICA UNIVERSITARIA E FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO.

12) Attività di Ricerca degli IRCCS

Accedono a questa funzione gli I.R.C.S.S. di diritto pubblico e privato della regione Lombardia.

La funzione non è finalizzata a coprire i costi per la ricerca «corrente» e «finalizzata» che vengono riconosciuti dal Ministero attraverso specifici finanziamenti ma rappresenta un contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca.

La funzione pertanto è stata calcolata riproponendo le assegnazioni del 2012 della ricerca corrente per ogni IRCCS sullo stanziamento stabilito per questa funzione ed assegnando ad ogni struttura 2 quote: la prima pari al 75% della suddetta quota riproporzionata e la seconda ridistribuendo il 25% rimanente sulla base del valore Impact Factor (IF) 2012 normalizzato certificato dal Ministero per ciascun IRCCS.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 12

13) Didattica universitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia

La funzione è destinata a contribuire alla copertura dei maggiori oneri economici sostenuti dalle strutture in cui si trova ad operare la Facoltà di Medicina e Chirurgia con attività formative pre - laurea. Nei reparti ospedalieri in cui oltre alla normale attività assistenziale è presente anche quella di didattica universitaria, è possibile che si verifichino tempi operatori più lunghi, degenza media più lunga, numero di prestazioni diagnostiche per caso più elevato, duplicazione delle attrezzature in dotazione, maggiore complessità della casistica o sua particolare specializzazione e concentrazione.

Tali fattori si ritiene, possano comportare maggior consumo di risorse assorbite e quindi di maggiori costi la cui copertura con le sole tariffe può non essere sufficiente.

Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

Il finanziamento di questa funzione è stato definito considerando differenti indicatori: sia quelli relativi al numero di posti letto dedicati e alle attività prodotte, sia quelli relativi all'attività didattica: numero anni di corso, numero e ore di studenti, numero tutor ospedalieri. Sulla base dei reparti che svolgono attività di didattica universitaria e relativo numero di posti letto sono stati estratti dal database dei ricoveri ospedalieri, il numero di casi trattati in detti reparti, i giorni di degenza ed il valore relativo in termini di tariffario regionale. Questi dati sono stati utilizzati per calcolare i Posti letto Clinicizzati effettivamente utilizzati. Si è proceduto a calcolare le giornate di degenza standard, quale utilizzo dei Posti letto clinicizzati per 365 giorni, questo dato, rapportato alla degenza effettiva, esprime la percentuale di utilizzo dei posti letto di didattica che moltiplicato per i Posti letto clinicizzati determina, con una discreta approssimazione, quelli effettivamente utilizzati per attività di didattica *bedside*.

In base all'effettivo utilizzo dei posti letto si è definito il valore medio del fatturato prodotto da detti posti letto, quale media rilevata dal totale del valore di tutti i ricoveri diviso per i posti letto effettivamente utilizzati.

Per il 2012 il valore medio rilevato è di € 213.000.

Questo valore è stato utilizzato per ponderare il fatturato complessivo prodotto dai posti letto dedicati ad attività di formazione pre-laurea, applicando un coefficiente moltiplicativo pari a 0,8 per fatturati / letto superiori alla media e pari a 1,2 per fatturati / letto inferiori alla media.

Ciò in quanto i posti letto a maggiore rendimento annuo (superiore cioè alla media regionale) vengono in parte già maggiormente remunerati dai ricavi generati dall'attività di alta specialità. Sul fatturato così standardizzato è stata calcolata una quota pari al 6%, che è in linea con quanto mediamente riportato dalla letteratura.

Per ponderare ulteriormente il suddetto valore ed esprimere più adeguatamente l'assorbimento di risorse per tipo di struttura, si è stabilito di classificare le stesse utilizzando alcuni indicatori finalizzati a tale scopo:

- **Numero anni corso:** anni di corso svolti nella sede ospedaliera
- **Numero studenti:** numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera
- **Numero ore per studente:** numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera
- **Numero tutor ospedalieri:** numero docenti dipendenti della sede ospedaliera

Ad ogni indicatore è stato assegnato un punteggio in base alla classe di appartenenza

INDICATORE	CLASSE	PUNTEGGIO
Numero anni corso	intero corso	3
	triennio clinico	2
	1 o 2 anni	1
Numero studenti	<100	1
	da 100 a 350	2
	oltre 350	3
Numero tutor ospedalieri	< 50	1
	da 50 a 100	2
	>100	3
Numero ore per studente	<1000	1
	da 1000 a 2500	2
	oltre 2500	3

Sono state individuate tre fasce (A, B, C) per classificare le strutture ospedaliere in base al totale di punteggio raggiunto da ciascuna:

- A** minore uguale a 4 punti
- B** maggiore a 4 e minore o uguale a 8 punti
- C** maggiore o uguale a 9 punti

Per la classe più complessa (C), la percentuale assegnata sul fatturato pesato rispetto ai letti effettivamente utilizzati è stata moltiplicata per un coefficiente pari a 1,12, alla (B) un coefficiente di 1,02 ed infine, alla classe (A) un coefficiente di 0,98.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 13

14) Formazione personale infermieristico, della riabilitazione e tecnico sanitario

L'attività considerata è quella rivolta alla formazione universitaria per i profili professionali del personale del Servizio Sanitario Regionale. Gli importi riconosciuti per l'anno 2012 a ciascun corso di laurea, pur avendo a riferimento i pregressi criteri di finanziamento, di fatto hanno subito dei riequilibri economici.

Le voci di costo che hanno concorso a determinare gli importi riguardano:

- servizi per gli studenti (divisa, tutela sanitaria, mensa)
- materiale didattico ed utenze struttura scolastica
- attività didattica personale S.S.R.
- personale assegnato alle attività formative
- maggior onere derivante dall'erogazione del contributo per l'immatricolazione al primo anno del corso di laurea di Infermiere, ex d.g.r. n. 6596/2001.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 14

15) Sicurezza trasfusionale (metodica NAT) ed integrazione per produzione unità di sangue intero

La Circolare del Ministero della Sanità del 30 ottobre 2000, n. 17 ha previsto un "adeguamento dei livelli di sicurezza trasfusionale in presenza di metodiche atte alle indagini sui costituenti virali per HCV". La d.g.r. VII/15690 del 18 dicembre 2003 "Recepimento dell'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici" - 24 luglio 2003" e la d.g.r. VIII/1732 del 18 gennaio 2006 "Sicurezza trasfusionale. Estensione dello screening NAT (Nucleic acid Amplification Testing) alla ricerca dei componenti virali relativi a HIV-RNA e HBV-DNA. Conferma delle tariffe di cessione sangue ed emocomponenti, quote associative ed incentivazioni aziendali" hanno stabilito di riconoscere alle Aziende Sanitarie, mediante le funzioni non tariffabili, 10 € per ogni unità di sangue intero e emocomponenti prelevati e disponibili e 18 € per le analisi eseguite con la metodologia NAT.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 15

16) Integrazione tariffaria per casi di AIDS trattati in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale

Per ogni paziente trattato nel corso del 2012 in regime ambulatoriale per terapia antiretrovirale da strutture accreditate per la specialità di malattie infettive, è corrisposta una quota forfetaria di 619 € finalizzata a coprire i maggiori costi organizzativi e gestionali che le strutture sostengono per garantire una necessaria ed efficace assistenza alternativa al ricovero e a fornire il necessario supporto di prevenzione finalizzato a ridurre il rischio di diffusione della patologia HIV. Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 16

17) Ampiezza del case-mix

La funzione è attribuita sulla base dell'ampiezza della casistica trattata dalle strutture pubbliche e private accreditate. L'ampiezza del case-mix rappresenta il numero di DRG diversi fra loro erogati con casistica maggiore di 10 casi in degenza ordinaria superiore a 1 giorno.

Sono stati estratti dal database regionale dei ricoveri ospedalieri, per ogni struttura, il numero di DGR (nomenclatore dei ricoveri regionale) trattati con più di 10 ricoveri in degenza ordinaria superiore ad 1 giorno ed il numero di pazienti ricoverati.

E' stato calcolato, per ogni struttura, un primo punteggio, in termini di rango percentile, sulla base della numerosità dei DRG trattati nel corso del 2012.

Successivamente si è definita una prima graduatoria calcolando le posizioni uguali o al di sopra del 76° rango percentile ovvero: il rango percentile ottenuto nel primo passaggio per il peso medio della scala di pesi DRG della 24° versione USA.

Il punteggio finale è stato ottenuto ordinando le strutture che si sono posizionate al di sopra dell'85° rango percentile.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 17

18) Altre attività di rilievo regionale

In relazione a specifiche determinazioni sono state riconosciute le funzioni nel seguito indicate come evidenziato nella Colonna 18:

Centro Regionale Tubercolosi

La funzione è assicurata dalle Aziende ospedaliere Valtellina e Valchiavenna e Niguarda Ca' Granda di Milano quali Centri di Riferimento Regionale per la tubercolosi.

Cardiochirurgia Pediatrica

Con d.g.r. IX/937 dell'1 dicembre 2010 è stata determinata una specifica funzione per le strutture che svolgono attività di cardiochirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità. Il finanziamento è stato riconosciuto all'A.O. Papa Giovanni XIII di Bergamo e all'IRCCS Policlinico San Donato.

Registro Tumori della Lombardia

La rete dei registri tumori della Lombardia, così come prevista dal piano oncologico regionale e dal PSSR, riconosce l'attivazione di registri tumori presso le ASL di Mantova, Sondrio, Brescia, Bergamo, Cremona, Como, Pavia, Lecco, Milano Città, Lodi, Milano 1 e IRCCS Tumori Milano.

Centro di Riferimento per lo screening delle malattie potenzialmente causa di Handicap.

I nati sul territorio regionale vengono sottoposti a screening per le principali malattie dismetaboliche, così come previsto all'art. 6 della legge 104/92.

Tale attività è svolta dall'Azienda ospedaliera «Istituti Clinici di Perfezionamento» di Milano.

Centro Regionale per i disturbi del comportamento alimentare

Il Centro, riconosciuto con d.g.r. 7 ottobre 1997 n. 31736 è attivato presso l'Azienda ospedaliera «Spedali Civili» di Brescia.

Centro Medico Regionale Specialistico, di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori

Il Centro è stato istituito nel 1997 ed è attivo presso la Fondazione Ca' Granda di Milano.

Centro Regionali dell'Epilessia

La funzione è stata assegnata alle strutture che hanno aderito al programma regionale Epinetwork e presenti nell'Allegato A del d.d.g. 17825/05 classificate nel 3° livello del raggruppamento definito nella citato decreto. Il finanziamento è stato determinato in base al volume di attività svolta nel 2012 ed in particolare: numero di pazienti trattati nell'ambulatorio di epilessia (sia adulti che in età pediatrica), al numero visite, numero di Video-EEG con durata maggiore di 1 ora, numero di Video-polisonnografie diurne, numero di Video-polisonnografie notturne e al numero di Video-EEG con stanza attrezzata.

La funzione è stata assegnata ai seguenti Aziende Ospedaliere: "S. Antonio Abate" di Gallarate, "Spedali Civili" di Brescia, "Ospedale Niguarda - Ca' Granda" di Milano, "Ospedale Fatebenefratelli e Offalmico" di Milano, "Ospedale San Paolo" di Milano, "Papa Giovanni XIII" di Bergamo, A.O. della Provincia di Lodi, "San Gerardo" di Monza, "Istituti Ospitalieri di Cremona", "C. Poma" di Mantova e I.R.C.C.S.: "Istituto Neurologico C. Besta" di Milano, "Istituto Mondino" di Pavia e Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor.

Centro per le malattie neuromuscolari e per la patologia metabolica e tumorale nell'infanzia e nell'adolescenza

La funzione è svolta presso l'I.R.C.C.S. «Istituto Neurologico C. Besta» di Milano, individuato con d.g.r. n. 38381/88 quale centro di riferimento regionale e L'I.R.C.C.S. C. Mondino di Pavia.

Centro Regionale per la diagnosi e cura delle cefalee

La funzione è svolta dall'Azienda ospedaliera «Spedali Civili» di Brescia e dagli I.R.C.C.S. «Istituto Neurologico C. Besta» di Milano e «Istituto Mondino» di Pavia.

Pronto Soccorso Odontoiatrico

L'IRCCS Fondazione Ca' Granda e l'Azienda ospedaliera «Spedali Civili» di Brescia dispongono di un servizio di pronto soccorso per fornire all'utenza visite e prestazioni d'urgenza di chirurgia odontoiatrica, ortodontica e conservativa.

I Centri svolgono tale funzione per tutta la popolazione lombarda.

Centro per la sicurezza degli antiparassitari

La funzione è svolta dal Centro Internazionale per sicurezza degli antiparassitari e la prevenzione sanitaria (I.C.P.S.) con sede presso l'A.O. L. Sacco di Milano. Il Centro, istituito con d.g.r. VII/7006 del 23 novembre 2001, opera per programmi di prevenzione e sicurezza dell'O.M.S. e della Regione Lombardia.

Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

Altri progetti di rilievo regionale:

- Azienda ospedaliera «Istituto Clinici di Perfezionamento» di Milano: attività di trattamento della spasticità in età pediatrica;
- Azienda ospedaliera «San Paolo» di Milano: per attività relative al Progetto Dama approvato con delibera regionale VII/4094 del 30 marzo 2001, al reparto di Medicina Penitenziaria approvato con delibera regionale 34306 del 23 gennaio 1998;
- "IRCCS Eugenio Medea": per il Centro riferimento psicoinfantile;
- "Istituto Lombardo per la medicina iperbarica" di Milano, "Istituto Clinico Habilita" di Zingonia, "Istituto clinico Città di Brescia", Centro Iperbarico del: Servizio di medicina iperbarica in pronta disponibilità. Detta funzione è stata calcolata sulla base dei costi effettivamente sostenuti e dichiarati dalle singole strutture e dei costi standard regionali ed i ricavi conseguiti a fronte dei servizi resi in emergenza ;
- Fondazione Ca' Granda : Neuroradiologia interventistica; Attività epidemiologica volta allo studio dei rischi ambientali,
- Azienda Ospedaliera Macchi: prestazioni odontoiatriche per pazienti affetti da handicap grave.
- A.O. Sacco: attività di coordinamento per conto della D.g. Sanità della Regione Lombardia per la gestione del percorso di verifica del controllo di qualità iniezioni intravitreali per la Regione Lombardia (decreto D.G. Sanità . 8765 del 03/09/2009
- Istituto Europeo di Oncologia e A.O. Papa Giovanni XIII di Bergamo: sperimentazione relativa all'impiego di Radioterapia Intraoperatoria in chirurgia oncologica (ELIOT) decreto D.G. Sanità N8651/2004 e successive integrazioni.
- A.O. Crema Centro di Riferimento regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio istituito con decreto D.g. Sanità n. 3447/2011 in attuazione della d.g.r. IX/1355 del 25 febbraio 2011.

Gli importi riconosciuti per tutte le suddette funzioni relative ad "Altre attività di rilievo regionale" sono riportati nella Colonna 18

19) Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro (U.O.O.M.L.)

In relazione ai contenuti della d.g.r. 3 dicembre 1999 n. VI/46797 concernente la costituzione delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro, in attesa che siano definite le relative tariffe regionali, le attività svolte sono state valorizzate con i seguenti criteri:

- per le attività istituzionali correnti si è ripartita una quota di 2.065.828 € in relazione alla popolazione assoluta dei residenti della ASL e delle ASL servite;
- per le attività svolte dalle U.O.O.M.L. esistenti e dal Centro Universitario convenzionato attivato presso l'Azienda ospedaliera «Ospedale San Gerardo dei Tintori» di Monza, in qualità di Centro di Riferimento Regionale, il riconoscimento di una quota di € 154.937.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 19

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

La d.g.r. IX/2633 del 6 dicembre 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.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 20

21) Funzione di complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici

E' stata introdotta, con l'esercizio 2007, questa funzione al fine di riconoscere, agli enti gestori di più presidi ospedalieri distribuiti nel territorio regionale, un finanziamento ulteriore per contribuire alla copertura dei maggiori oneri dovuti alla complessità di erogazione delle attività di ricovero. Lo stanziamento per questa funzione è erogato in proporzione al fatturato prodotto nel 2012 dalle strutture con più presidi ubicati nella medesima ASL ed al numero totale di presidi.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 21

22) Molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Questa funzione riconosce agli enti gestori di più presidi ambulatoriali (ad esclusione di quelli presenti all'interno della struttura di ricovero e di cura), un finanziamento ulteriore per contribuire alla copertura dei maggiori oneri dovuti alla complessità organizzativa dovuta alla molteplicità di presidi. Lo stanziamento per questa funzione è erogato in proporzione al fatturato prodotto nel 2012 dai presidi ambulatoriali ubicati nella medesima ASL ed al numero totale di presidi.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 22

23) Molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi di UONPIA e di psichiatria

Questa funzione ha come obiettivo quello di riconoscere, agli enti gestori di più servizi di UONPIA e di psichiatria (al di fuori della struttura di ricovero), un finanziamento ulteriore per contribuire alla copertura dei maggiori oneri dovuti alla complessità organizzativa di più servizi. Lo stanziamento per questa funzione è erogato in proporzione al numero di strutture UONPIA e di psichiatria presenti nell'Ente.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 23

24) Distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico

La funzione riconosce, agli enti in cui lo stabilimento di ricovero è distribuito su più padiglioni con vincolo architettonico anche parziale, un finanziamento ulteriore al fine di contribuire alla copertura del maggior onere di gestione storicizzato. Si precisa che tale funzione è finalizzata a sostenere le strutture che ricadono in questa fattispecie e che conseguentemente hanno maggiori difficoltà e vincoli rispetto al raggiungimento del pieno possesso dei requisiti strutturali di accreditamento. Lo stanziamento per questa funzione è erogato in proporzione al numero di strutture con le suddette caratteristiche presenti nell'Ente.

Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 24

25) Integrazione tariffaria per le attività riabilitative specialistiche afferenti agli MDC 01 e 04 ed al DRG 127

L'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, valevole per l'esercizio 2012, approvato nel 2013 in Conferenza Stato Regioni, prevede per le attività erogate nei reparti 28 e 75 (unità spinale e riabilitazione neurologica), in Regione Lombardia nelle UO di riabilitazione specialistica nell'ambito della MDC 01, delle tariffe mediamente superiori a quelle vigenti in Lombardia e senza soglia di degenza. Ciò è giustificato dalla particolare complessità della casistica che richiede dei minutaggi di assistenza e riabilitazione ben superiori ai 160 minuti richiesti dalla vigente normativa di accreditamento. Le valutazioni effettuate relativamente alla riabilitazione pneumologica e quella dello scompenso cardiaco fanno pure rilevare un incrementato fabbisogno di risorse dedicate all'assistenza ed alla riabilitazione. Per l'esercizio 2012 viene calcolato, per la casistica sopra definita, il differenziale tra le tariffe regionali e quelle previste dalla TUC come di seguito sintetizzato:

- a) MDC 01 376,52 €/die senza soglia di degenza
- b) MDC 01 (gravi cerebrolesioni e mielolesioni) 403,42 €/die senza soglia di degenza
- c) MDC 04 e DRG 127 376,52 €/die senza soglia di degenza

Il differenziale viene riconosciuto solo alle strutture che hanno fatto rilevare nel 2012 un minutaggio rilevato dal FLUPER (infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione ed OTA) superiore al valore mediano regionale 2012 risultato essere pari a 254,57 minuti/die
Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 25

26) Funzione integrativa per parti effettuati in analgesia

Con d.g.r. VIII/4239 del 28 febbraio 2007 è stato stabilito di introdurre una funzione integrativa alla tariffa dei ricoveri per parti non cesarei effettuati in analgesia mediante iniezione di anestetico nel canale vertebrale. La funzione è erogata alle strutture nelle quali detti parti hanno superato nel 2012 la soglia del 20% rispetto al totale dei parti non cesarei.
Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 26

27) Funzione relativa al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana ad alta intensità abitativa

Con d.g.r. VIII/5743 del 31 ottobre 2007 le cinque tipologie di funzioni non tariffate per il riconoscimento di specifiche attività territoriali delle Aziende Ospedaliere, delle Fondazioni IRCCS e degli erogatori privati introdotte nel 2007 sono state integrate con la funzione volta a riconoscere i maggiori oneri connessi al trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa.
Il finanziamento è stato calcolato osservando per ogni struttura ospedaliera lombarda la percentuale di dimessi maggiori di 75 anni di età per uno stesso DRG, la densità di popolazione dell'area in cui è ubicato l'ospedale, il numero di posti letto occupati da questi pazienti calcolato sulla base delle dimissioni effettuate non inferiore a 70, l'incidenza di questi letti sul totale dei letti ordinari.
Gli importi riconosciuti sono riportati nella Colonna 27

— • —



Serie Ordinaria n. 44 - Mercoledì 30 ottobre 2013

TABELLA RIASSUNTIVA FUNZIONI DELLE CASE DI CURA PRIVATE

CODICE	DENOMINAZIONE	TAB. 4	TAB. 5	TAB. 7	TAB. 9	TAB. 12	TAB. 13	TAB. 14	TAB. 15	TAB. 17	TAB. 18	TAB. 21	TAB. 22	TAB. 25	TAB. 26	TAB. 27	TOTALE €
015	CASTELLANZA C.C. MULTIMEDICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97.706	-	-	97.706
017	CASTELLANZA C.C. MATER DOMINI	-	900.707	-	3.357	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	904.064
034	LECCO C.C.G.B. MANGIONI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.926	-	30.926
035	LANZO INTELVI C.C.C.ORTOPE.D.	-	185.350	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185.350
097	ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI	-	2.952.867	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.990	-	2.098.154	5.079.010
100	MILANO C.C. IGEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	532.202	-	-	-	532.202
106	C.C. CITTA' DI MONZA	-	630.188	-	6.473	-	125.411	-	-	-	-	-	394.270	-	-	-	1.146.342
107	MONZA C.C. ZUCCHI (*)	-	742.888	-	-	-	23.473	216.322	-	-	-	1.165.745	216.313	82.867	-	-	2.447.608
108	CARATE B. C.C. ZUCCHI (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.322.303	-	-	1.322.303
109	LIMBIATE C.C. VILLA BIANCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84.759	-	-	84.759
112	ISTITUTO CLINICO S.AMBROGIO	-	630.188	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	630.188
116	PADERNO DUGNANO C.C.S. CARLO	-	2.952.867	-	8.631	-	-	-	-	-	-	-	666.119	-	-	-	3.627.617
121	MILANO C.C. S. PIO X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84.263	-	84.263
143	BERGAMO C.C. GAVAZZENI (*)	-	3.226.565	-	-	-	-	-	-	793.637	-	-	-	8.865	-	-	4.029.067
146	BERGAMO C.C. S.FRANCESCO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	215.214	-	-	215.214
147	ZINGONIA C.C. S.MARCO	-	667.258	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	667.258
148	PONTE S. PIETRO C.C. S.PIETRO	-	3.498.312	-	4.316	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.502.627
176	BRESCIA C.C. S.ANNA	-	667.258	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50.647	-	717.905
177	GARDONE RIV. C.C. VILLA GEMMA (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	174.507	-	-	174.507
178	ISTITUTO CLINICO CITTA' DI BRESCIA	-	807.287	-	-	-	-	-	-	-	77.459	-	-	-	-	-	884.747
198	VIGEVANO C.C. BEATO MATTEO	-	370.699	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370.699
201	PIEVE DEL CAIRO C.C. CITTADELLA SOCIALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	277.381	180.046	-	-	457.427
202	ISTITUTO CLINICO CITTA' DI PAVIA (*)	-	-	-	-	-	83.729	303.261	-	-	-	-	-	128.118	38.622	-	553.730
217	CREMONA C.C. ANCELLE CARITA'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	488.195	-	-	488.195
259	MANITOVA C.C. S.CLEMENTE	-	-	-	48.551	-	-	-	-	-	-	-	-	82.871	-	-	82.871
275	OME C.C. S.ROCCO	-	2.788.818	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16.733	-	-	2.854.102
294	BRESCIA C.C. DOMUS SALUTIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.057.472	-	-	1.057.472
295	BRESCIA C.C. POLIAMBULANZA (*)	-	4.704.558	-	21.115	-	363.679	-	-	1.298.806	-	2.618.907	-	-	-	1.229.064	10.236.129
381	MONZA FOND. M.B.B.M.	83.914	370.699	996.436	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.451.049
348	VILLA BARBARANO (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	235.476	-	143.747	-	-	379.224
355	SUZZARA OSPEDALE SPA	-	630.188	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	630.188
357	CASTIGLIONE STIV. OSPEDALE SRL	-	630.188	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	630.188
368	ROVATO C. RIABIL. SPALENZA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26101	ISTITUTO LOMBARDO MEDICINA IPERBARICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
030356	ISTITUTO CLINICO HABILITA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.425	-	-	-	-	-	20.425
019301	CENTRO IPERBARICO VERBANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51.330	-	-	-	-	-	51.330
360	GAZZANIGA FOND. F.E.R.B.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.445	-	-	-	-	-	40.445
029	OSP. SACRA FAMIGLIA - FBF - ERBA	-	3.280.963	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.196	44.196
030	OSP. VALDUCE - COMO	-	966.797	-	15.464	-	-	-	38.324	-	-	-	-	-	-	-	3.319.287
031	OSP. MORIGGIA PELASCINI	-	2.821.018	-	5.395	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.552.708	2.929.228
367	OSP. S. GIUSEPPE (*)	-	804.108	-	-	-	612.073	-	-	-	-	-	-	-	27.357	-	1.443.537
171	OSP. S. ORSOLA - FBF - BRESCIA	-	1.370.785	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.370.785

(*) Importo abbattuto secondo quanto disposto in delibera