



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 53/20 del 29.12.2014

## **Il sistema di allocazione del fondo sanitario regionale tra le aziende del sistema sanitario regionale.**

Il modello di riparto del fondo sanitario regionale tra le aziende sanitarie della Regione, prevede:

- l'articolazione delle risorse disponibili tra i tre macro-livelli assistenziali sostanzialmente in base ai criteri utilizzati a livello nazionale, con alcune varianti che tengono conto delle peculiarità regionali;
- la successiva articolazione dei tre macro-livelli assistenziali, idonea per adottare diversi sistemi di pesatura della popolazione al fine di tenere conto del diverso bisogno sanitario (veterinaria, ambulatoriale, anziani), o diversi parametri rappresentativi dei costi sostenuti per alcuni livelli assistenziali (guardia medica e 118);
- la successiva articolazione di alcuni livelli assistenziali per tenere conto dell'esigenza di finanziare i maggiori costi sostenuti dai soggetti erogatori pubblici rispetto alla sola remunerazione tariffaria, mediante la remunerazione delle funzioni, intesa in senso ampio, ovvero comprendendo anche la maggiorazione tariffaria connessa al ruolo degli ospedali nella rete regionale.

In tale ambito viene accantonata una quota necessaria per riequilibrare il finanziamento delle aziende sanitarie regionali.

### **ASSISTENZA COLLETTIVA**

La quota destinata all'assistenza collettiva è pari al 5,3% delle disponibilità complessive, rispetto al 5% previsto a livello nazionale.

La maggiore quota è in parte giustificata dalla particolare importanza della sanità veterinaria nell'economia sarda, confermata dal costo rilevato dal modello LA 2013, sostanzialmente analogo al finanziamento 2014.

A livello nazionale la quota destinata all'assistenza collettiva non è articolata in livelli assistenziali e, conseguentemente, il calcolo del fabbisogno delle regioni si basa sulla popolazione grezza.

Nella Regione Sardegna, tenendo conto della rilevanza della sanità veterinaria, si ritiene opportuno sottoarticolare la quota come segue:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- assistenza collettiva al netto della sanità veterinaria;
- sanità veterinaria.

L'articolazione tra le due componenti tiene conto dell'incidenza rilevata nel modello LA 2013: 2/3 per l'assistenza collettiva al netto della veterinaria e 1/3 per la sanità veterinaria.

La prima quota può essere ripartita tra le ASL in base alla popolazione grezza.

L'ammontare destinato all'assistenza veterinaria si suddivide in due ulteriori quote:

- una, prevalente (pari a 2/3), da distribuire in base alla popolazione animale;
- l'altra da distribuire in base alla popolazione non pesata.

#### ASSISTENZA DISTRETTUALE

La quota destinata all'assistenza distrettuale nella Regione Sardegna è pari al 50% rispetto al 51% previsto a livello nazionale.

L'applicazione di tale quota alle risorse disponibili porta ad un finanziamento complessivo inferiore al costo rilevato con il modello LA 2013, che è lordo, ovvero finanziato non solo con il fondo sanitario ma anche con le entrate dirette. Tale maggiore costo è ascrivibile in larga parte all'assistenza farmaceutica.

L'articolazione della quota nazionale in singoli livelli assistenziali è effettuata tenendo conto della possibilità di pesare la popolazione con diverse modalità:

- 11,6% per l'assistenza farmaceutica: quota del finanziamento indistinto globale che tiene conto della pesatura di alcune componenti;
- 13,3% per l'assistenza ambulatoriale: popolazione pesata in base ai consumi rilevati a livello nazionale;
- 26,1% per l'altra assistenza distrettuale: popolazione non pesata.

Rispetto alla soluzione nazionale si prevedono le seguenti varianti:

- ridurre la quota destinata all'altra assistenza distrettuale al 25,1%;
- articolare l'altra assistenza distrettuale adottando sistemi che tengano conto del diverso bisogno assistenziale (anziani) o dei costi legati all'organizzazione dei servizi (guardia medica e 118).

In particolare si propone di ripartire il totale dell'altra assistenza distrettuale nelle seguenti componenti:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- convenzione dei medici di medicina generale: quota calcolata in base al costo della convenzione rilevato nel CE 2013, da ripartire in base alla popolazione con più di 14 anni;
- convenzione dei pediatri di libera scelta: quota calcolata come per i MMG, da ripartire in base alla popolazione fino a 14 anni;
- continuità assistenziale/guardia medica: quota calcolata in base al costo della convenzione, da ripartire in base ai punti di guardia medica;
- emergenza sanitaria territoriale: quota calcolata tenendo conto dei costi rilevati nel modello LA 2013, da ripartire in base al numero dei medici impegnati nel servizio e degli oneri di gestione per le funzioni di coordinamento delle centrali operative del servizio 118;
- assistenza socio-sanitaria agli anziani: quota calcolata tenendo conto del costo rilevato nel modello LA 2013, da ripartire in base alla popolazione con più di 75 anni (considerando ormai obsoleta la soglia di 65 anni);
- altra assistenza distrettuale: quota residua da ripartire in base alla popolazione non pesata.

Relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale si propone di articolare la quota complessiva in:

- a) una quota parte, pari alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate nel 2013, da distribuire tra le ASL in base alla popolazione pesata. La quota lorda che si ottiene deve essere rettificata del saldo attivo della mobilità intra ed extra-regionale;
- b) una quota parte destinata a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione diretta delle prestazioni ambulatoriali, come specificato successivamente;
- c) una quota, a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali da parte delle aziende ospedaliero-universitarie quantificata nella misura del 7% della valorizzazione dell'attività ambulatoriale clinica;
- d) una quota residua da accantonare a riserva per garantire il riequilibrio tra le quote che derivano dall'applicazione del modello parametrico e la quota assegnata ad inizio anno, anche tenendo conto dei costi storici.

In particolare la quota di cui al punto b) destinata a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle ASL e dalle AO-AOU è stata calcolata con la seguente modalità:

- laboratorio analisi: nessuna maggiorazione delle tariffe, in considerazione della sostanziale remuneratività delle tariffe stesse;
- diagnostica per immagini: maggiorazione differenziata, del 10% per le AO e per i presidi ospedalieri e del 30% per i poliambulatori territoriali delle ASL, per tenere conto delle condizioni operative. Nelle AO-AOU e nei presidi ospedalieri delle ASL viene garantita la gamma completa delle prestazioni, con diseconomie di scala per prestazioni meno diffuse; nei



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

presidi poliambulatoriali delle ASL si riscontrano diseconomie di scala per tutte le prestazioni, dovute all'esigenza di garantire la copertura territoriale;

- altre prestazioni ambulatoriali: maggiorazione differenziata del 30% per le AO-AOU e per i presidi ospedalieri delle ASL e del 70% per i poliambulatori delle ASL. In entrambi i casi la maggiorazione è giustificata dalla esigenza di garantire servizi diffusi in tutto il territorio, per tutte le discipline. La maggiorazione è superiore nei presidi ambulatoriali territoriali delle ASL, in considerazione delle maggiori diseconomie rilevabili in tali presidi.

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

La quota destinata all'assistenza ospedaliera nella Regione Sardegna è pari al 44,7%, rispetto al 44% previsto a livello nazionale, per effetto combinato delle variazioni introdotte per le altre due quote.

A livello nazionale non è prevista l'articolazione del macro-livello assistenziale. Per la Regione Sardegna si propone di articolare la somma complessivamente disponibile in tre parti:

- pronto soccorso (3,7%);
- assistenza ospedaliera degenziale (40,6%);
- funzioni ospedaliere non tariffabili (0,4%).

La quota destinata al pronto soccorso deriva dalla mancata rilevazione delle prestazioni erogate agli utenti non ricoverati, in altri contesti regionali registrate come prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, tariffate con le relative tariffe o con tariffe ad hoc. La rilevazione dei costi nel modello LA è largamente sottodimensionata in molte aziende, atteso che le prestazioni erogate in pronto soccorso a non ricoverati non vengono registrate come ambulatoriali.

Nelle more della definizione della rete dell'emergenza-urgenza, con la classificazione del pronto soccorso alla luce degli standard approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014, e della conseguente definizione del sistema di remunerazione della relativa funzione, si ritiene opportuno adottare tariffe differenziate in base al numero di accessi, indicatore del ruolo svolto dai vari presidi ospedalieri nella rete dell'emergenza:

- PS con meno di 10.000 accessi: € 150 per accesso;
- PS da 10.000 a 25.000 accessi: € 200 per accesso;
- PS da 25.000 a 40.000 accessi: € 250;
- PS con più di 40.000 accessi: € 300.

Relativamente all'assistenza ospedaliera degenziale si propone di articolare la dotazione complessivamente prevista in:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- a) una quota, pari alla valorizzazione tariffaria delle prestazioni consumate nel 2013, da articolare ulteriormente in due tranches, una da destinare alle ASL che registrano un tasso di ospedalizzazione maggiore di quello atteso <sup>(1)</sup>, e la restante parte da distribuire tra le ASL in base alla popolazione pesata. La quota lorda che si ottiene deve essere rettificata del saldo attivo della mobilità intra ed extra-regionale;
- b) una quota a copertura dei maggiori costi connessi all'erogazione diretta delle prestazioni ospedaliere, come specificato successivamente;
- c) una quota per le funzioni ospedaliere;
- d) una quota residua da accantonare a riserva per garantire il riequilibrio tra le risultanze che derivano dall'applicazione del modello parametrico e le assegnazioni di inizio anno, effettuate tenendo conto dei costi storici.

La quota di cui al punto b), destinata a copertura dei maggiori costi sostenuti dalle ASL e dalle AO-AOU, è stata calcolata con la seguente modalità:

- ospedali con PS da 10.000 a 25.000 accessi: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 15%;
- ospedali con PS tra 25.000 e 40.000 accessi: maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 20%;
- ospedali con PS oltre 40.000 accessi e ospedali per acuti specializzati (Binaghi, Businco e Microcitemico): maggiorazione della tariffazione dei ricoveri ordinari per acuti del 25%. Limitatamente all'ospedale Microcitemico la maggiorazione è prevista anche per i ricoveri diurni.

Le maggiorazioni proposte tengono conto:

- delle soluzioni adottate da alcune regioni in merito alle classi tariffarie;
- delle maggiori tariffe base adottate in alcune regioni rispetto alla tariffa nazionale;
- della maggiorazione tariffaria prevista dalla tariffa unica convenzionata (TUC) per gli ospedali pediatrici.

Con riferimento alle funzioni ospedaliere non tariffabili, vengono attribuiti specifici finanziamenti per la struttura regionale di coordinamento trasfusionale, per l'applicazione di metodiche NAT per i centri trasfusionali regionali, per il centro regionale trapianti, nonché per le attività di trasporto d'organo interregionale al netto di quanto tariffato nella TUC.

---

<sup>(1)</sup> Il tasso di ospedalizzazione standardizzato registrato in ciascuna ASL è stato posto a confronto con un tasso atteso, ottenuto standardizzando il tasso obiettivo di 160 ricoveri per mille abitanti, al fine di tenere conto della diversa struttura per età della popolazione di ciascuna ASL.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Inoltre, viene riconosciute alle Aziende Ospedaliero Universitarie una maggiorazione del 7% della produzione SDO 2013 in considerazione della peculiare attività istituzionale che integra l'assistenza sanitaria con la didattica e la ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

#### RETTIFICHE PER PERVENIRE AL RIPARTO NETTO

Il riparto del fondo sanitario regionale tra le ASL avviene con riferimento al fabbisogno di assistenza della popolazione, a prescindere dal luogo in cui tale fabbisogno trova risposta. Poiché gli assistiti ricorrono talora all'assistenza sanitaria al di fuori della propria ASL, nel territorio regionale (mobilità infraregionale) o anche in altre regioni (mobilità interregionale), il riparto effettuato sulla base della popolazione residente deve essere corretto, per ogni livello assistenziale interessato, per tener conto del saldo della mobilità interregionale e intraregionale, sulla base dell'ultimo dato disponibile.

Inoltre, analogamente al sistema adottato a livello nazionale, l'assegnazione ad ogni azienda sanitaria è rettificata per tenere conto delle entrate dirette delle singole ASL, escludendo da tale calcolo le entrate per l'attività libero-professionale, correlate a specifici costi non coperti dal finanziamento per quote capitarie.

Da ultimo sono stati inseriti i rimborsi dovuti alle aziende sanitarie per i progetti ex Delib.G.R. n. 1/11 del 2005 attivati presso l'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

Le quote calcolate per le singole aziende mediante il procedimento illustrato precedentemente vengono quindi corrette utilizzando le somme accantonate per il riequilibrio, con le seguenti modalità:

- in primo luogo le assegnazioni, al netto della mobilità, inferiori alla quota di riparto comunicata ad inizio anno vengono riallineate su tale livello di finanziamento. Con tale correzione si perviene ad una assegnazione che tiene conto dei vincoli della spesa storica;
- la residua somma accantonata per il riequilibrio viene quindi distribuita tra tutte le aziende in base alle quote di accesso calcolate in base al modello parametrico, ovvero senza tenere conto della precedente rettifica.