



**Accordo quadro fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Veneto
per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero,
di specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci.
Anni 2010-2012**

Premessa

Il D.Lgs. 502/1992 all'art. 8 sexies, comma 8 prevede che il "Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale".

La Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella riunione del 23.11.2005 ha approvato un documento nel quale si stabiliva che entro il 31 gennaio 2006 si dovevano stipulare gli accordi tra le Regioni di confine e approfondire lo schema per i rapporti tra Regioni di aree lontane con flussi significativi, auspicando la chiusura degli accordi entro il 31 marzo.

Dal mese di marzo 2006 la Regione del Veneto e la Regione Emilia-Romagna hanno avviato un confronto che si è concretizzato nella firma di un accordo per gli anni 2007, 2008 e 2009.

I risultati ottenuti da detto accordo sono stati confortanti e dimostrano come siano necessari nel governo della sanità regionale e nell'organizzazione delle singole aziende.

Si ritiene ora opportuno rinnovare tale accordo per gli anni 2010-2012 in ossequio alla logica e naturale evoluzione dello stesso, con l'intendimento di migliorare il governo dei flussi di mobilità tra le due regioni, favorendo un uso più razionale delle risorse economiche e perseguendo una sempre più appropriata risposta alle esigenze dei territori.

I. Contenuti dell'Accordo

Oggetto del presente Accordo sono le prestazioni sanitarie erogate in regime di mobilità sanitaria interregionale da produttori pubblici e privati accreditati e specificatamente le prestazioni ospedaliere (ricoveri ordinari e day hospital), le prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'erogazione di farmaci in regime di somministrazione diretta.

Le parti concordano che la struttura e le modalità operative del presente Accordo hanno validità dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2012. Sono fatti salvi, previo accordo fra le parti, eventuali adeguamenti annuali dei tetti di produzione anche in relazione alle variazioni delle tariffe che

dovessero intervenire in base ad eventuali modifiche della TUC o all'aggiornamento del nomenclatore nazionale e regionali, nonché all'aggiornamento del set di indicatori legati alla valutazione dell'appropriatezza.

Le parti si impegnano ad analizzare e verificare i reciproci sistemi tariffari e di remunerazione delle prestazioni in vigore al fine di individuare interventi e modifiche che li rendano coerenti rispetto alle finalità del presente accordo, nonché con i sistemi di valorizzazione della mobilità e con i sistemi tariffari nazionali.

Le parti danno atto che il tetto economico per la reciproca mobilità passiva nel periodo di validità è rappresentato dal dato dell'accordo consolidato per l'anno 2008 per le prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale. Con riferimento alla distribuzione diretta di farmaci le parti concordano che l'inserimento di tale attività nel presente accordo ha un valore di garanzia e di vigilanza rispetto ai comportamenti erogativi all'atto della dimissione del paziente da parte delle strutture ospedaliere, indipendentemente dalla residenza dei cittadini. Non vengono pertanto definiti dei tetti, concordando sul fatto che l'erogazione diretta è modalità assistenziale auspicabile e migliorativa dei percorsi dei pazienti e vantaggiosa economicamente per i Servizi Sanitari delle Regioni.

I tetti sono specifici per livello assistenziale. Possono essere previsti trasferimenti di importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale a partire da indicazioni regionali. Ai fini della determinazione dei tetti di attività verrà preso in considerazione anche il diverso regime di erogazione delle prestazioni previsto dalle due regioni.

Le due Regioni concordano che la promozione dell'appropriatezza è uno degli aspetti di maggiore reciproco interesse, nonché uno degli scopi che l'accordo persegue; a tale fine pertanto si concorda di individuare alcuni fenomeni e DRG rispetto ai quali va mantenuto un monitoraggio specifico, attraverso la definizione di indicatori, e per i quali vanno previsti specifici meccanismi di abbattimento del valore della produzione, a fronte di disallineamento rispetto ai valori attesi.

Le parti concordano che, di anno in anno, possono essere segnalati ulteriori fenomeni di potenziale inappropriata per i quali verranno definiti specifici indicatori.

Per quanto concerne gli specifici fenomeni da sottoporre a monitoraggio, nonché i relativi indicatori e meccanismi di abbattimento tariffario, si rimanda al capitolo successivo.

Sempre in un'ottica di maggiore aderenza ai bisogni territoriali e di governo dei flussi di mobilità, le parti concordano che, in via prioritaria per i flussi relativi agli ambiti territoriali dell'Azienda di Rovigo e di Ferrara, potrà essere sviluppato un accordo di committenza diretta, peraltro già previsto dal precedente accordo, nel rispetto di quanto previsto dall'ex art. 8 octies D.Lgs 502/92 e s.mm.ii. . Le Regioni pertanto, visto il fabbisogno assistenziale manifestato dalle proprie aziende territoriali, possono individuare un mix di prestazioni ed un budget da commissionare direttamente a specifica struttura erogatrice, che, nel rispetto della normativa vigente della Regione presso la quale la struttura stessa è ubicata, può prevedere anche specificazioni in merito alle modalità di regolamentazione dei flussi, alla valorizzazione, ai controlli amministrativi. La regolamentazione di quanto esposto, verrà definita da appositi protocolli di intesa da sottoscrivere tra le direzioni regionali competenti.

La committenza dovrà essere comunque limitata alle sole prestazioni per le quali la struttura è accreditata presso la regione nella quale la struttura è ubicata.

Tali eventuali accordi di committenza diretta dovranno essere monitorati in modo puntuale all'interno del monitoraggio complessivo dell'accordo dalle competenti strutture regionali.

Relativamente al set di indicatori sotto definiti e al fine di valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni, nel caso di mancato raggiungimento degli standard fissati per ciascun indicatore, saranno previsti abbattimenti economici da applicarsi alla valorizzazione finale complessiva della produzione. Una volta applicati gli abbattimenti economici di cui trattasi, se l'importo complessivo rimarrà superiore al tetto di riferimento, esso dovrà essere riportato a tetto nel rispetto dei principi di cui al successivo paragrafo III.

Al fine di mantenere costante il monitoraggio dell'andamento della produzione le parti concordano sulla necessità di addivenire ad uno scambio trimestrale dei dati secondo il tracciato definito dal Testo unico sulla mobilità interregionale, comprensivo dell'importo, con alcune integrazioni per la specialistica ambulatoriale relativamente alla data di prenotazione, modalità d'accesso (urgente-non urgente) ed identificazione del medico prescrittore.

Si concorda pertanto che i dati relativi ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali debbono giungere ai rispettivi uffici regionali mobilità secondo le seguenti scadenze:

- I invio - 3 mesi di attività - entro il 31 maggio
- II invio - 6 mesi di attività - entro il 31 agosto
- III invio - 9 mesi di attività - entro il 30 novembre
- IV invio - attività dell'intero anno - entro il 15 marzo dell'anno successivo.

II. Appropriatezza, indicatori e penalità

Al fine di monitorare i fenomeni ad alto rischio di inappropriatezza erogativa viene concordemente definito un primo set di indicatori attraverso i quali misurare la performance e la tipologia di assistenza erogata con i relativi abbattimenti economici della produzione:

Attività di ricovero

Vengono confermati, nel presente accordo, come oggetto di analisi ai fini della valutazione di appropriatezza, i fenomeni individuati con l'accordo precedente, con il medesimo set di indicatori e relativi abbattimenti economici; tale set di indicatori è suscettibile di eventuali aggiornamenti/modifiche coerentemente con l'evoluzione della normativa nazionale e regionale.

Per i DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza, per i quali vale la lista definita nella versione in vigore anno per anno della TUC, le parti concorderanno, mediante appositi protocolli di intesa sottoscritti tra le direzioni regionali competenti, le soglie di riferimento per ciascun DRG ed i correlati abbattimenti economici conseguenti al superamento di tali soglie, da applicarsi anno per anno.

Specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, visto l'indice di consumo ed il contributo dato a tale indice dall'attività delle strutture venete per cittadini dell'Emilia Romagna, si ritiene che il corrispondente numero di prestazioni erogate sia da ritenersi non incrementabile in relazione al fabbisogno. Tale indice di riferimento può essere modificato solo su specifica committenza, previo

accordo con la regione territorialmente competente, in relazione all'andamento dell'indice di consumo standardizzato.

III. Modalità di gestione dell'Accordo

La struttura del presente accordo non incide sull'impegno delle Regioni a mantenere un governo della domanda e dell'offerta finalizzato a garantire la miglior accessibilità delle prestazioni per la propria popolazione.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza almeno semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato verbale che resta agli atti delle rispettive Direzioni generali. **Entro il mese di aprile** di ogni anno viene inoltre definita la chiusura dell'anno precedente e vengono pertanto certificati i volumi economici da porre in mobilità. La definizione delle ricadute economiche legate alla valutazione della produzione non va a modificare i contenuti dei flussi informativi (banche dati SDO – e banca dati Specialistica Ambulatoriale) fatte salve le risultanze relative ai controlli legati alla revisione di singole SDO.

Le Regioni si impegnano inoltre a vigilare rispetto a comportamenti di induzione della domanda. Al fine di rendere il sistema dei produttori nel suo insieme maggiormente consapevole dei contenuti dell'accordo e collaborativo in riferimento al raggiungimento degli obiettivi, le due regioni concordano nel definire modalità uniformi di applicazione del presente accordo:

1. dare informazione preventiva a produttori pubblici e privati
2. fornire una indicazione di riferimento rispetto ai tetti di produzione compatibili con l'accordo
3. qualora la verifica e l'applicazione delle regole definite dal presente accordo determinino delle penalizzazioni economiche rispetto alla reciproca mobilità, dette penalizzazioni verranno poste a carico dei singoli produttori, in funzione del tetto inizialmente individuato.

Per la Regione Veneto

Per la Regione Emilia-Romagna

Data