



## Deliberazione della Giunta

n. **2908** del **18 SET. 2007**

**OGGETTO:** Recepimento dell'accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie On. Dott.ssa Francesca Martini riferisce quanto segue.

L'art. 8 sexies comma 8 del D. Lgs. n. 502 del 30.12.92 e sue successive modificazioni ed integrazioni prevede, per quanto concerne la mobilità sanitaria interregionale, che "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".

Gli Assessori alla sanità delle regioni e delle province autonome hanno più volte ribadito la necessità che le regioni confinanti stipulino accordi bilaterali specifici in tema di mobilità sanitaria; infatti già nella seduta del 4 dicembre 2003 della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome è stato approvato il "Protocollo per gli accordi interregionali per la gestione della mobilità sanitaria nelle aree di confine" al fine di individuare i principi ed i criteri generali sulla base dei quali le regioni confinanti possano formalizzare accordi per disciplinare la mobilità sanitaria e pervenire ad un più razionale utilizzo delle strutture e ad un più efficiente impiego delle risorse.

Sulla base di tali premesse, la Giunta Regionale del Veneto, con deliberazione n. 67 del 21 gennaio 2005, ha recepito il protocollo di intenti per la regolazione della mobilità sanitaria siglato il 4 novembre 2004 dagli Assessori alla Sanità della Regione Lombardia e della Regione del Veneto; con la medesima Regione è stato sottoscritto anche il protocollo d'intesa per la "Cooperazione interregionale nel settore sanitario", approvato con DGR n. 1201 del 24 aprile 2007.

Inoltre, la Commissione Salute, istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, nella riunione del 23 novembre 2005, ha approvato un documento nel quale si stabiliva che entro il 31 gennaio 2006 si dovevano siglare 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 2006.

Nel mese di marzo 2006 la Regione Veneto e la Regione Emilia Romagna hanno avviato un confronto che si è concretizzato in vari incontri di lavoro in occasione dei quali i rappresentanti di entrambe le Amministrazioni regionali, sulla base dell'analisi dei dati di mobilità sanitaria interregionale relativi al periodo 2002-2006, hanno provveduto alla stesura dell'accordo che è stato sottoscritto dagli Assessori alle Politiche sanitarie della Regione Emilia Romagna e della Regione del Veneto in data 2 agosto 2007.

Con il presente provvedimento, si propone pertanto di recepire l'accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le

prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale di cui all'**allegato A** che forma parte integrante del presente provvedimento.

Si propone inoltre di dare mandato al Segretario Regionale alla Sanità e Sociale di adottare i provvedimenti conseguenti al recepimento dell'accordo di cui sopra, al fine di dare concreta operatività all'accordo medesimo

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

## LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato la regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

Visto l'art. 8 sexies comma 8 del D. Lgs. n. 502 del 30.12.92 e sue successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il documento approvato nella riunione del 23 novembre 2005 dalla Commissione Salute, istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome;

VISTO l'accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto sottoscritto dai rispettivi Assessori alle Politiche sanitarie in data 2 agosto 2007;

## DELIBERA

1. di recepire l'accordo quadro fra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale di cui all'**allegato A** che forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di dare mandato al Segretario Regionale alla Sanità e Sociale di adottare i provvedimenti conseguenti al recepimento dell'accordo di cui al punto 1), al fine di dare concreta operatività all'accordo medesimo.

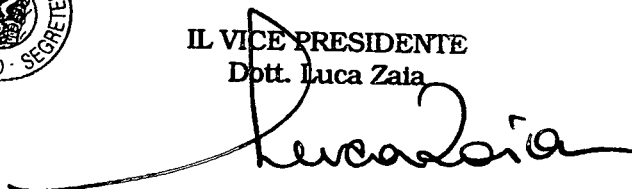
Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

Il Segretario  
Dott. Antonio Menetto



IL PRESIDENTE  
On. Dott. Giancarlo Galan

IL VICE PRESIDENTE  
Dott. Luca Zala



VISTO: se ne propone l'adozione, attestandone la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

**DIREZIONE SERVIZI SANITARI**  
Il Dirigente Regionale  
dott. Domenico Mantovan

**SEGRETERIA REGIONALE  
SANITÀ E SOCIALE**  
IL SEGRETARIO REGIONALE  
dott. Giancarlo Ruscitti

Mod. A - originale

pag. 2 Dgr n.

**2908**

del **18 SET. 2007**



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale



**Regione Emilia-Romagna**

Giunta Regionale

## **Accordo quadro fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale**

### **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.

Considerato che dal mese di marzo 2006 la Regione Veneto e la Regione Emilia-Romagna hanno avviato un confronto che si è concretizzato nell'incontro svoltosi in data 4 aprile 2007 presso la sede della Regione Emilia-Romagna tra Dirigenti e funzionari delle due regioni che, sulla base dell'analisi dei dati di mobilità sanitaria interregionale tra le due regioni relativi al periodo 2002/2006, hanno condiviso i criteri per la definizione dei parametri sui quali costruire l'Accordo tra le due Regioni e provveduto alla stesura congiunta dello stesso.

### **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) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale.



Le parti concordano che la struttura e le modalità operative del presente Accordo hanno validità dal 1 ottobre 2007 al 31 dicembre 2009. Sono fatti salvi eventuali adeguamenti annuali dei tetti di produzione anche in relazione agli incrementi tariffari che dovessero intervenire in base ad eventuali modifiche della TUC o all'aggiornamento del nomenclatore nazionale, nonché l'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 consolidato dell'anno 2006 per le due tipologie di prestazioni oggetto dell'Accordo.

I tetti sono specifici per livello assistenziale, possono essere ammessi 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.

I tetti sono invalicabili per le attività di ricovero e per le attività ambulatoriale: dal tetto, e dal riferimento storico 2006, per le prestazioni ambulatoriali sono escluse le prestazioni di radioterapia.

Le due Regioni concordano di definire un set di indicatori di appropriatezza, e relativi standard, avendo a riferimento:

- tipologie di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza quali
  - DRG potenzialmente inappropriati (allegato 2C dei LEA);
  - ricoveri ripetuti per DRG medici;
  - dimessi ordinari per DRG medici da reparti chirurgici.
- prestazioni di diagnostica strumentale, in riferimento a soglie concordate dell'indice standardizzato di consumo;

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

Le parti concordano che successivamente si potranno individuare attività di particolare interesse, anche per i volumi finanziari che le caratterizzano, per le quali sia possibile sviluppare specifici accordi di committenza fra le due regioni e prevedere modalità concordate di controllo delle attività ex art. 8 octies D.Lgs 502/92 e s.m.i..

Relativamente al set di indicatori 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.

Per il periodo 1 ottobre 2007-31 dicembre 2007 verrà applicato il solo tetto economico di riferimento, senza il calcolo degli indicatori.



Al fine di mantenere costante il monitoraggio dell'andamento della produzione le parti concordano sulla necessità di addivenire ad uno scambio trimestrale dei dati come da flusso di mobilità 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 28 febbraio dell'anno successivo.

## II. Gli indicatori

Viene concordemente definito un primo set di indicatori legati all'appropriatezza erogativa attraverso i quali misurare la performance e la tipologia di assistenza erogata con i relativi abbattimenti economici della produzione:

### *Attività di ricovero*

1. DRG potenzialmente inappropriati (Allegato 2C del DPCM 29/11/2007): si stabilisce che la quota di questi DRG in regime ordinario non deve superare il 13% - qualora venga superato il tetto economico di riferimento (comunque invalicabile) sopra definito, tutti i ricoveri riferiti ai 43 DRG potenzialmente inappropriati vengono valorizzati a tariffa DH;
2. ricoveri ordinari ripetuti per DRG medici entro 10 giorni - il secondo ricovero si abbatte del 50 %
3. dimessi ordinari per DRG medici da reparti di chirurgia generale ed ortopedia: non deve superare il 10% con l'esclusione dei ricoveri urgenti - il superamento della percentuale sopra definita porta ad un abbattimento del valore della produzione per i DRG ordinari medici uguale alla % di superamento.

### *Specialistica ambulatoriale*

4. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, nell'area di interesse della Regione Emilia-Romagna che riguarda la diagnostica strumentale - risonanze magnetiche, avendo analizzato l'indice di consumo ed il contributo dato a tale indice dall'attività delle strutture venete, si ritiene che il corrispondente n° di prestazioni erogate a favore di cittadini dell'Emilia-Romagna sia da ritenersi non incrementabile in relazione al fabbisogno: pertanto il tetto di produzione ed economico relativo viene fissato nello standard dell'anno 2006. Tale tetto può essere modificato solo su specifica committenza dell'Emilia-Romagna in relazione all'andamento dell'indice di consumo standardizzato.



5. Per quanto riguarda le prestazioni di rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia complessa (ricomprende prestazioni dell'Allegato 2b del DPCM 29/11/2001) in assenza della patologia non saranno oggetto di compensazione.

### 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 semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati. **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 ASA) fatte salve le risultanze relative ai controlli legati alla revisione di singole SDO.

Le Regioni si impegnano inoltre a vigilare rispetto a comportamenti professionali di induzione della domanda.

È responsabilità di ciascuna Regione al proprio interno fare ricadere le penalità che derivano dall'applicazione del presente accordo sulle strutture erogatrici, siano esse pubbliche che private, responsabilizzando pertanto direttamente i produttori al rispetto degli obiettivi definiti.

Per la Regione Veneto

*Francesca Martini*

**ASSESSORE ALLE POLITICHE SANITARIE**

On. Dott.ssa Francesca Martini

Per la Regione Emilia-Romagna

*Giovanni Bissoni*

**L'ASSESSORE ALLE POLITICHE  
PER LA SALUTE**

Giovanni Bissoni

Data **02 AGO. 2007**