



Data **- 8 AGO. 2007**

: Protocollo N° **447678 / 50.08.00**

| Allegati N°

Oggetto

Accordo quadro fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria.

Ai Direttori Generali delle Aziende ULSS
ed Ospedaliere

Al Commissario Straordinario
IRCCS "Istituto Oncologico Veneto"
Via Gattamelata, 64
35100 PADOVA

Al Segretario Regionale A.I.O.P.
Via G. Gozzi 53/55
30171 Mestre – Venezia

Al Segretario Regionale A.R.I.S.
c/o Ospedale Sacro Cuore
Via Sempreboni, 5
37024 Negrar (VR)

Al Segretario Regionale A.N.I.S.A.P.
Viale Codalunga, 4
35138 Padova

Al Segretario Regionale C.U.S.P.E.
Dr. Paolo Lion
Via S.Massimo, 19
35129 Padova

Al Presidente del Comparto sanitario
della Federazione degli Industriali
del Veneto
Via Torino, 151/c
30172 Mestre – Venezia

All'Associazione Nazionale Studi
Odontoiatrici Convenzionati
Dr. Walter Di Fulvio
Piazza Matteotti, 9
31100 Treviso

Direzione Regionale per i Servizi Sanitari
e-mail: serv.sanitari@regione.veneto.it

Segreteria: Tel. 041279.1442 - 1443 - 1685 - 1687 Fax 041.279.1683



Si informano le SS.LL. che in data 2 agosto 2007 è stato firmato dai due Assessori alle Politiche Sanitarie 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.

Tale accordo, che ha **decorrenza dal 1 ottobre 2007** ed è valido fino al 31 dicembre 2009, prevede un tetto economico per la mobilità passiva reciproca delle due Regioni, sulla base del dato consolidato dell'anno 2006, per le due tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo, con la sola esclusione delle prestazioni ambulatoriali di Radioterapia.

E' inoltre previsto un set di indicatori di appropriatezza, sulla base dei quali saranno applicati degli abbattimenti economici sulla valorizzazione finale della produzione, in caso di mancato raggiungimento degli standard fissati per ciascun indicatore.

Le parti si sono inoltre impegnate ad analizzare e verificare i rispettivi sistemi tariffari, al fine di individuare interventi e modifiche che li rendano coerenti rispetto agli attuali sistemi di valorizzazione della mobilità.

Le SS.LL. sono invitate a diffondere i contenuti della presente nota a tutti gli erogatori pubblici e privati preaccreditati operanti nel territorio di competenza, al fine di agevolare l'entrata in vigore dell'Accordo.

Sarà cura di Questa Segreteria trasmettere ulteriori informazioni sulle modalità applicative dell'Accordo stesso, nonché sulla definizione ed applicazione del set di indicatori di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni.

Si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

IL SEGRETARIO REGIONALE
SANITA' E SOCIALE
Dott. Giancarlo Ruscitti

**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

ASSESSORE ALLE POLITICHE SANITARIE

~~On. Dott.ssa Francesca Martini~~

Francesco Martini

Per la Regione Emilia-Romagna

~~L'ASSESSORE ALLE POLITICHE~~

~~PER LA SALUTE~~

Giovanni Bissoni

Data **02 AGO. 2007**