

Accordo biennale 2012 – 2013
per la gestione della mobilità sanitaria fra la
Regione Sicilia e la Regione Emilia–Romagna

La Regione Siciliana e la Regione Emilia Romagna nel seguito “le parti”

PREMESSO CHE

Da alcuni anni le Regioni si stanno impegnando a dotarsi di strumenti per il governo della mobilità sanitaria interregionale, tra cui accordi specifici di fornitura di servizi assistenziali tra Regioni.

TENUTO CONTO CHE

I principali riferimenti normativi ed istituzionali su cui si basano tali accordi sono i seguenti:

- a) 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 possono 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”;
- b) l’Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui “Livelli essenziali di assistenza sanitaria” al punto 10 stabilisce che: “Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all’interno dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l’addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:
 - un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
 - eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate;
- c) 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.
- d) Il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa.

Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, viene data indicazione alle Regioni di individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- o evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- o favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- o individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

CONSIDERATO CHE

- La stipula dell'accordo avverrà nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.
- Obiettivo del presente accordo è la gestione della mobilità e la qualificazione dell'offerta sanitaria e il medesimo decorrerà a partire dal 1° luglio 2012.
- Si ritiene opportuno orientare l'accordo 2012-2013 verso una differenziazione dei tetti di riferimento per tipologia di attività in modo da favorire i flussi per casistiche ed attività selezionate, in specifico per singole macro-aree di attività distinte per natura e livello di complessità.

Pertanto le parti concordano

- di prevedere nell'area dell'attività di ricovero per gli anni 2012-2013 quanto segue:
 - a) Tetti economici differenziati per macro-categorie di attività (in caso di aggiornamento della TUC il valore economico di riferimento si intende rideterminato con la nuova tariffa TUC);
 - b) Nessun tetto per le seguenti macro-categorie:
 - o chirurgia dei trapianti;
 - o l'attività di chirurgia oncologica e DRG oncologici;
 - c) Nessun tetto per le prestazioni delle discipline unità spinale (codice disciplina 28) e neuro riabilitazione (codice disciplina 75). Le parti si riservano di introdurre vincoli nella produzione a seguito dell'attivazione della collaborazione, sulla materia, in itinere.
 - d) In virtù del Protocollo d'Intesa stipulato in data 30/06/2011 tra la Regione Sicilia e la Regione Emilia Romagna, e della successiva convenzione stipulata tra l'Assessorato alla Salute e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, dal tetto vengono escluse le prestazioni afferenti ai DRG di oncologia (inclusa la chemioterapia), pediatria, chirurgia vertebrale che continueranno ad essere effettuati dall'Istituto Ortopedico Rizzoli fino all'avvio di dette attività presso la casa di cura Villa Santa Teresa.
 - e) Relativamente i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, il tetto 2011 abbattuto del 10% per i DRG chirurgici e del 20% per i DRG medici, in analogia a quanto già regolamentato nella Regione siciliana;

- f) Per la riabilitazione (codice 56), visto lo sviluppo dell'offerta in regione Sicilia, si prevede il tetto 2011 abbattuto del 20% per l'anno 2012 e del 30% per l'anno 2013.
- g) Per la restante attività il tetto di riferimento è il 2011.
- h) Per quanto riguarda l'attività prodotta dalle case di cura del Gruppo Villa Maria accreditate con la Regione Emilia-Romagna e resa a cittadini residenti nella Regione Sicilia, la stessa sarà oggetto di specifico accordo tra il gruppo e la Regione Sicilia. Fino a quando l'intervenuto accordo non sarà comunicato alla Regione Emilia-Romagna valgono le norme di cui al presente accordo.
- che, ciascuna Regione applichi nei confronti delle prestazioni rese ai cittadini residenti nell'altra Regione, gli stessi criteri di appropriatezza con i quali ha definito le modalità di accesso alle prestazioni per i propri cittadini anche ai fini della programmazione della compatibilità finanziaria.
- In tema Modalità di gestione e monitoraggio dell'Accordo
 - o Di prevedere uno scambio trimestrale dei dati come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dal Testo Unico, comprensivo di importo.
 - o Che i dati relativi ai ricoveri 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 31 dicembre;
 - IV invio – attività dell'intero anno – entro il 28 febbraio dell'anno successivo.
- Che 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) fatte salve le risultanze relative ai controlli legati alla revisione di singole SDO.

Le parti si impegnano inoltre a vigilare rispetto a comportamenti professionali di induzione della domanda attraverso l'attività libero professionale in territori esterni a quelli di propria competenza.

È responsabilità di ciascuna Regione al proprio interno fare ricadere le penalità che derivano dai controlli sopra definiti sulle strutture erogatrici, siano esse pubbliche che private, responsabilizzando pertanto direttamente i produttori al rispetto degli obiettivi definiti dal presente Accordo.

Per la Regione Siciliana
L'Assessore alla Salute
Dott. Massimo Russo

Per la Regione Emilia-Romagna
L'Assessore alla Salute
Dott. Carlo Lusenti

Data