

**ACCORDO TRIENNALE 2012-2014
PER LA GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA
FRA
LE REGIONI EMILIA-ROMAGNA E TOSCANA**

PREMESSA

Il quadro istituzionale

Il D.Lgs. 502/92 e successive integrazioni e modifiche, al comma 8 dell'art. 8 sexies prevede 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.

L'accordo Stato–Regioni del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, 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 caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:

- un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità
- eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate”.

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:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- 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.

Gli obiettivi delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana

La Regione Emilia-Romagna e la Regione Toscana hanno scambi di mobilità sanitaria per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale con valori reciprocamente pari a circa 47 ml. di € e 14 ml. di € - dati 2010 ultimo anno consolidato disponibile - e un trend di incremento, in particolare a carico delle strutture private accreditate.

La stipulazione 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.

Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire i principi e le modalità per regolare le attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

Qualificazione dell'offerta

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla qualità e appropriatezza delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi.

Le Regioni intendono stipulare l'accordo definendo linee di collaborazione con particolare riferimento alle attività erogate nelle zone di confine.

Si condivide di collaborare nelle seguenti linee di sviluppo

- programmare tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, programmando anche l'attività delle strutture private;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi);
- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordanza della esclusione di peculiari prestazioni e condivisione dei criteri di accesso);

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'accordo si articola in due ambiti di lavoro:

a) Analisi dei fenomeni di mobilità ospedaliera

Si ritiene che il fenomeno della mobilità per essere governato debba essere ben conosciuto e quindi si propone di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde e l'eventuale livello di inappropriatezza.

b) Mobilità specialistica ambulatoriale

Si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e/o nelle indicazioni volte al miglioramento della appropriatezza, in particolare sul tema della Specialistica ambulatoriale. Il fenomeno esprime una specifica sofferenza nelle zone di confine e può determinare, in quelle popolazioni, l'idea di un federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza, dettati più da esigenze di equilibrio economico regionale piuttosto che da rigorosi criteri scientifici. Si intende, pertanto, promuovere un lavoro per la condivisione di un Nomenclatore tariffario per la Specialistica ambulatoriale.

Validità dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2012. Ad esso verrà data attuazione annuale attraverso specifici piani annuali di attività definiti in base ai criteri di seguito indicati. Il tetto di riferimento è il dato 2010, con possibilità di rivalutazione per gli anni successivi al primo.

Piano annuale di attività

Nel piano annuale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo. Gli ambiti di attività oggetto dell'accordo:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day hospital
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Ricoveri Ospedalieri

Vengono definite le categorie di prestazioni:

- DRG di alta specialità
- DRG ad alto rischio di inappropriatezza,
- restanti DRG
- Attività di riabilitazione

Per ciascuna categoria di ricovero viene definito annualmente un "tetto di attività complessivo", le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari corrispondenti. Per ciascuna classe di DRG individuata verranno annualmente stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Specialistica ambulatoriale

Annualmente verranno individuate le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari. In particolare verrà definito l'elenco delle prestazioni sottoposte a particolari regole di contenimento dei volumi di attività e/o di spesa.

Per ciascuna categoria di prestazioni individuate verranno annualmente stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti stabiliscono di scambiarsi trimestralmente i dati di attività relativi ai ricoveri e specialistica ambulatoriale, come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dal Testo Unico e comprensivo di importo. Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- 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 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

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. Tali volumi costituiranno il dato economico che definirà la matrice degli addebiti dell'anno di competenza.

Infine, tenuto conto che già nell'ambito del gruppo tecnico della mobilità interregionale sono stati condivisi i criteri di appropriatezza dei ricoveri, formalizzati anche nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, le due Regioni si impegnano a rispondere alle segnalazioni eventualmente ricevute e ad approfondire specifiche problematiche che dovessero emergere dalle analisi effettuate e/o dal monitoraggio delle attività di cui al presente accordo. Le due Regioni si impegnano anche a fornire reciprocamente ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.