

Il nuovo accordo 2012 – 2014 di confine  
per la gestione della mobilità sanitaria fra la  
Regione Marche e la Regione Emilia-Romagna

Da alcuni anni le Regioni si stanno impegnando a darsi strumenti per il governo della mobilità sanitaria interregionale, tra cui accordi specifici di fornitura tra Regioni confinanti (accordi di confine).

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'Agazia 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:

- 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.

Su queste basi la Regione Emilia-Romagna e la Regione Marche hanno sottoscritto nel 2006 e rinnovato nel 2009 un accordo quadro triennale per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

### ***Termini dell'accordo***

Il presente accordo è in vigore dal 1 ottobre 2012 al 31 dicembre 2014.

Si ritiene opportuno orientare, come con il precedente, l'accordo 2012 – 2014 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.

Il tetto economico di riferimento è la produzione 2010.

## ***Oggetto dell'accordo***

L'ambito di riferimento del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

Le parti concordano di prevedere nell'area **dell'attività di ricovero** per gli anni 2012 – 2014 quanto segue:

- a) tetti economici differenziati per macro-categorie di attività (in caso di aggiornamento della TUC il valore economico di riferimento definito come segue si intende rideterminato con la nuova tariffa TUC);
- b) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:
  - Attività oncologica: Chemioterapia (DRG 410, 492), Radioterapia (DRG 409), Oncologia chirurgica e medica (DRG chirurgici e medici con diagnosi principale compresa tra i codici 140.0 e 239.9);
  - Chirurgia dei trapianti;
  - Unità spinale (codice disciplina 28) e Neuroriabilitazione (codice disciplina 75).
- c) Attività vincolata a tetto: il tetto si intende il valore economico della relativa produzione 2010
  - DRG di alta complessità; l'eventuale superamento del tetto sarà riconosciuto al 50%;
  - DRG di non alta complessità;
  - Riabilitazione, compresa quella per trasferimenti interni, e Lungodegenza;
  - DRG ad alto rischio di inappropriatazza, Allegato B - Patto per la Salute 2010-2012: se erogati in regime ordinario con degenza > 1 giorno, viene individuato un tetto pari alla produzione reale del 2010 abbattuta del 30%; se erogati in regime di DH vale il tetto di riferimento 2010.

**Attività specialistica ambulatoriale:** si prevede la suddivisione dell'attività di specialistica ambulatoriale in 5 macro categorie. Per alcune macro categorie è previsto il riconoscimento di tutta l'attività erogata, mentre per altre sono previsti tetti economici differenziati - che prendono come riferimento il dato di attività 2010 - come di seguito specificato:

- Radioterapia, PET e dialisi : senza tetto
- Prestazioni trasferite a regime ambulatoriale (Allegato A - Patto per la Salute 2010-2012): senza tetto
- RMN e TAC : tetto - produzione 2010
- Altra attività: tetto - produzione 2010

Le attività sono valorizzate, per i ricoveri con la TUC vigente (Tariffa Unica Convenzionale per gli scambi di mobilità, approvata annualmente dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome), e per la specialistica ambulatoriale dai rispettivi nomenclatori regionali. I tetti sono specifici per livello assistenziale.

L'Accordo di confine rappresenta lo strumento che la Regione Marche e la Regione Emilia-Romagna hanno individuato per il governo della mobilità sanitaria, ritenendo non accettabile una competizione sui volumi di attività - sia di ricovero che ambulatoriale - che agisca al di fuori di una programmazione comune. La programmazione dei volumi di attività nonché il rispetto dei criteri di appropriatezza sono vincolanti per tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, delle due Regioni.

Nell'ambito del Piano di attività delle singole strutture, una volta determinati i tetti di riferimento - separatamente per l'attività di ricovero ed ambulatoriale - può essere ammesso, a parità di tetto complessivo di struttura, il trasferimento di importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di budget assegnato all'attività di ricovero ospedaliero sottoposta a tetto - esclusa l'alta complessità - ad attività ambulatoriale relativa a prestazioni di RMN e TAC.

### ***Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo***

Si confermano le regole di gestione già adottate nel precedente accordo e che prevedevano uno scambio trimestrale dei dati come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dal Testo Unico, comprensivo di importo.

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 31 dicembre;
- IV invio - attività dell'intero anno - entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

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 Regioni 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 accreditate, responsabilizzando pertanto direttamente i produttori al rispetto degli obiettivi definiti dal presente Accordo.

Per la Regione Marche  
Almerino Mezzolani

Per la Regione Emilia-Romagna  
Carlo Lusenti

Data