

**Accordo triennale 2014-2016
per la gestione della mobilità sanitaria
fra
Regione Veneto e 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'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 sono state stabilite le linee guida per gli accordi tra le Regioni di confine come la definizione di volumi finanziari, la definizione di

un sistema di indicatori per la valutazione dell'appropriatezza e l'esercizio della funzione di committenza.

d) Il 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 Veneto hanno sottoscritto nel 2007 e rinnovato nel 2010 un accordo quadro triennale per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale e farmaci a somministrazione diretta, erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

Termini dell'accordo

Il presente accordo è in vigore dal **1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2016**.

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, di specialistica ambulatoriale e l'erogazione di farmaci in regime di somministrazione diretta, 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 2014 – 2016, quanto segue:

- a) per il 2014 tutta l'attività è vincolata a tetto;
- b) per il 2015 e 2016 si potranno individuare delle macro-categorie di attività di esclusione dai tetti quali area oncologica, area trapianti, area neuroriabilitazione e unità spinale;

Attività specialistica ambulatoriale:

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

- radioterapia, PET e dialisi - senza tetto
- RMN, TAC e altra attività - sottoposta a tetto

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 con il tariffario di ciascuna Regione. Le parti si impegnano ad analizzare i reciproci sistemi tariffari di remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in relazione anche al nomenclatore del Decreto Nazionale 28 gennaio 2013, al fine di individuare e sperimentare, a partire dal 2015, un tariffario comune per la valorizzazione delle prestazioni oggetto dell'accordo.

I tetti sono specifici per livello assistenziale. Possono essere previsti 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. Ai fini della determinazione dei tetti di attività verrà preso in considerazione anche il diverso regime di erogazione delle prestazioni previsto dalle due Regioni.

Le due Regioni concordano che la promozione dell'appropriatezza è uno degli aspetti di maggiore reciproco interesse, nonché uno degli scopi che l'accordo persegue; a tale fine pertanto si concorda di individuare alcuni fenomeni rispetto ai quali va mantenuto un monitoraggio specifico, attraverso la definizione di indicatori, e per i quali vanno previsti specifici meccanismi di abbattimento del valore della produzione, a fronte di disallineamento rispetto ai valori attesi.

Ribadendo l'autonomia di ciascuna Regione nel disciplinare le modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, le due regioni avviano un percorso per l'individuazione di indicazioni cliniche comuni volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di TAC e RM, anche in riferimento alle rispettive normative: Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 704 del 3

giugno 2013 e Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 3444 del 30 dicembre 2010.

Nell'ottica di maggiore aderenza ai bisogni territoriali e di governo dei flussi di mobilità, le parti concordano che, in via prioritaria, per i flussi relativi agli ambiti territoriali dell'Azienda di Rovigo e di Ferrara, potrà essere sviluppato un accordo di committenza diretta, peraltro già previsto dal precedente accordo, nel rispetto di quanto previsto dall'ex art. 8 octies D.Lgs 502/92 e s.mm.ii. . Tali accordi specifici debbono essere preventivamente condivisi con le rispettive componenti regionali.

Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo

Si confermano le regole di gestione già adottate nel precedente accordo e che prevedevano lo scambio 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 – 6 mesi di attività – entro il 31 agosto;

§ II invio – 9 mesi di attività – entro il 31 dicembre;

§ III 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.

Le Regioni si impegnano 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 dall'applicazione dell'accordo sulle strutture erogatrici, siano esse pubbliche che private accreditate, responsabilizzando pertanto direttamente i produttori al rispetto degli obiettivi definiti dal presente Accordo.

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.

Per la Regione Veneto
Assessore alla Salute
Luca Coletto

Per la Regione Emilia-Romagna
Assessore alle Politiche per la Salute
Carlo Lusenti

Data,