



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

16/142/CR06b/C7

SCHEMA TIPO DI RIFERIMENTO PER GLI ACCORDI DI MOBILITA' TRA REGIONI

(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28 (legge di stabilità 2016))

Accordo fra la Regione _____ e la Regione
_____ per la gestione della mobilità sanitaria anni _____.

VISTO, *inter alia*:

- L'art. 8-*sexies*, c. 8, del D.Lgs. 502/1992, stando al quale "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";

- L'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui "Livelli essenziali di assistenza sanitaria", che al punto 10 prevede 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".

- 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, il quale indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali, ovvero garantire ad un tempo maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e maggior controllo della spesa. Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, lo stesso orienta le Regioni ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria, e ciò 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 tesi a prevenire l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda;

- L'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28 (legge di stabilità 2016), il quale – modificando l'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135) – ha previsto che a decorrere dall'anno 2016 le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012;

ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio XXXX al 31 dicembre XXXX.

ART.2 AMBITO OGGETTIVO

L'ambito oggettivo di applicazione 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.

Relativamente alle attività di **ricovero** si concorda quanto segue:

- a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:
 - DRG di alta complessità;
 - Attività oncologica:
 -
 -
 - Chirurgia dei trapianti;
 - Unità spinale (codice disciplina 28);
 - Ustioni
 - Traumi ed incidenti stradali

- b) Tutta la restante attività, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno XXXX, corrispondente a complessivi € _____. Detto importo tiene conto che per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza, come definiti Allegato B del Patto per la salute 2010-2012, le parti hanno concordato uno specifico e ulteriore abbattimento, nella misura del XX %;

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda la suddivisione della stessa in cinque macro categorie. In particolare, per due macro categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre tre il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria – calcolati sulla base del corrispondente dato di attività/produzione resa nell'anno XXXX -, come di seguito specificati:

- Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;
- Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;
- Prestazioni trasferite a regime ambulatoriale
- (specificare) nessun tetto;
- RMN e TAC : tetto - produzione XXXX;
- Altra attività: tetto - produzione XXXX.

Le Regioni concordano di applicare strumenti per l'appropriatezza dell'accesso alla specialistica ambulatoriale.

Relativamente ai farmaci in erogazione diretta (**file F**)

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale. Possono essere trasferiti importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale per effetto di normativa nazionale o indicazioni regionali.

Durante la vigenza del presente accordo, su richiesta anche di una sola parte i tetti economici possono essere rideterminati solo in caso di sopravvenute modifiche normative che introducano attività e/o prestazioni non comprese nel presente accordo.

ART. 3 TARIFFE

Le attività sono valorizzate con la Tariffa riferita agli scambi di mobilità, approvata annualmente dalla Conferenza Stato - Regioni - ai sensi del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

Le Province autonome di Trento e di Bolzano prevedono un riconoscimento economico aggiuntivo rispetto alla normale tariffazione di cui al comma precedente, finalizzato a riconoscere alla Provincia autonoma di Bolzano gli oneri di carattere organizzativo e clinico che la stessa sostiene a beneficio dei pazienti trentini

ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO

.....

ART. 5 CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

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

ART. 6
MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale - come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria -, comprensivo di importo.

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività – entro il XX mese;
- II invio – 9 mesi di attività – entro il XX mese;
- III 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 dall'Accordo 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 un verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il mese di aprile di ogni anno è definita la chiusura dell'anno precedente e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità. Tali volumi costituiscono il dato economico che definisce la matrice degli addebiti dell'anno di competenza.

Per la Regione

Per la Regione
