

ACCORDO DI CONFINE TRA REGIONE CAMPANIA E REGIONE MOLISE

1. Inquadramento generale degli Accordi di confine

La mobilità sanitaria interregionale influisce significativamente sui bilanci delle Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro. Tale influenza si esprime in diversi modi:

- a) attraverso valori di scambio molto elevati che possono non essere adeguatamente programmabili;
- b) attraverso un saldo differenziale tra le tariffe riconosciute alle strutture private e le tariffe "incassate" con la TUC dalla Regione in cui le stesse insistono;
- c) mediante un incremento progressivo dei valori addebitati dalle strutture private che spesso considerano extrabudget la produzione per i residenti fuori regione;
- d) attraverso l'erogazione di prestazioni ad elevato rischio di inappropriata che - proprio perché coperte economicamente da altre Regioni - potrebbero sfuggire a controlli meno accurati.

Questo insieme di considerazioni spinge verso la predisposizione di strumenti che consentano di programmare e regolamentare i fenomeni scambiati in mobilità, facendoli rientrare tra gli eventi programmabili in termini economici e governabili quanto ad appropriatezza.

Il recente Patto della Salute, di seguito ripreso, prevede la stipula di tali Accordi entro tre mesi dalla sottoscrizione dello stesso.

2. Il contenuto dell'Accordo di confine.

In primo luogo, l'Accordo di confine deve contenere una programmazione delle attività previste in mobilità nell'anno di riferimento. A questo scopo è utile includere tra i fenomeni da regolamentare sia l'attività di ricovero che quella ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, verrà proposto l'utilizzo di un piano di attività disaggregato per macrocategorie e, all'interno di queste, per alcune categorie più analitiche.

Per ciascuna di esse, verranno previsti:

- a) i volumi programmati di ricovero o di giornate di degenza;
- b) la tariffa;
- c) l'abbattimento previsto una volta superato il volume programmato;
- d) il tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore.

Ovviamente, per alcune categorie di ricoveri si prevederà l'assenza di tetti (alta specialità), mentre per altre, i tetti potranno essere pari ai volumi di attività scambiati nel triennio precedente o ridotti, rispetto a questi, in funzione del rischio di inappropriata a carico di quella specifica categoria di ricoveri (nel caso dei ricoveri ordinari, per i DRG medici dei LEA potranno essere previsti valori programmati in drastica riduzione).

Su questa base, l'Accordo prevederà un piano di attività "da scambiare" per ciascuna delle due Regioni.

L'Accordo dovrà includere, in ordine alle attività di ricovero, un elenco dei fenomeni considerati a rischio di inappropriata, accompagnato dagli indicatori di monitoraggio ed agli strumenti di verifica proposti.

Dato quanto premesso e visto l'art. 19 dell'Intesa Stato Regioni del 3.12.2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che prevede la stipula di accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria

la REGIONE CAMPANIA

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, dott. Giuseppe Zuccatelli

e

la REGIONE MOLISE

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, dott. Isabella Mastrobuono

convengono e stipulano il presente

Accordo
per la regolamentazione generale e la programmazione economica
della Mobilità Sanitaria Interregionale

Articolo 1

Finalità

Il presente accordo stabilisce, per il triennio 2010 - 2012, i criteri di regolazione generale e di programmazione economica della mobilità sanitaria fra le Regioni Campania e Molise, relativamente:

- alle prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che diurna,
- alle prestazioni di specialistica,

effettuate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate.



Oggetto dell'accordo

Art. 2 Piano delle prestazioni per le attività di ricovero

L'attività di ricovero è disciplinata annualmente da Piani di attività definiti entro il 30 novembre dell'anno precedente. Per il 2010 il Piano verrà predisposto e comunicato alle strutture entro il 31.01.2010.

L'attività di ricovero sarà disaggregata per macrocategorie e, all'interno di queste, per alcune categorie più analitiche.

Per ciascuna di esse verranno previsti:

- a) i volumi programmati di ricovero o di giornata di degenza;
- b) la tariffa;
- c) l'abbattimento previsto una volta superato il volume programmato;
- d) il tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore.

Per i DRG e le discipline riabilitative qualificate di alta specialità verrà favorita la libera circolazione dei pazienti.

Art. 3 Limite programmato di spesa 2010 per ricoveri

Sulla base delle analisi condotte sui dati di mobilità 2008 si fissa una riduzione attesa rispetto a tale anno dei volumi economici scambiati di mobilità per i ricoveri pari al 20%, tenuto conto dei criteri di appropriatezza e congruità delle tariffe. Tale percentuale non si applica all'alta specialità.

Art. 4 Limite programmato di spesa per specialistica ambulatoriale

Verrà annualmente definita l'entità della riduzione attesa nei volumi di spesa scambiati per la specialistica ambulatoriale. Per il 2010 essa tale riduzione viene fissata nel 20% con l'esclusione della PET e della radioterapia.

Art. 5 Tetti di attività per specifiche strutture

Sulla base del punto d) del citato art. 19 del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, le due Regioni condivideranno la definizione dei tetti di attività in mobilità per le strutture con volumi di attività in mobilità attiva superiore a ottocentomila euro.

Art. 6 Attività erogata nell'anno 2009

L'intera attività scambiata tra le due Regioni relativa all'anno 2009 sarà sottoposti alle verifiche di appropriatezza con l'applicazione degli indicatori che saranno definiti dal Comitato di cui all'art. 7.



Art. 7 Soggetto preposto al coordinamento

Le parti si impegnano a costituire, entro un mese dalla sottoscrizione del presente Accordo, un comitato di coordinamento per la sua attuazione e verifica.

Il Comitato, presieduto con cadenza annuale da un Dirigente regionale, alternativamente delle due Regioni, è composto da:

- il Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Campania;
- il Responsabile del Servizio ispettivo della Regione Molise;
- un delegato dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania;
- il Responsabile della mobilità sanitaria interregionale della Regione Molise

Art. 8 Monitoraggio, controlli e verifiche

Il Comitato di cui all'articolo 7 è deputato alle azioni di monitoraggio, controllo, verifica e valutazione dell'attuazione del presente Accordo.

Le attività di monitoraggio, controllo, verifica e valutazione di attuazione, saranno effettuate secondo le modalità che saranno definite da un apposito regolamento di attuazione redatto dal Comitato stesso.

Il Comitato predisporrà annualmente una Relazione tecnica illustrante il risultato del piano di lavoro dell'anno precedente e il piano di lavoro per l'anno successivo.

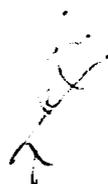
Art. 9 Modificazione e integrazioni dell'accordo

Qualunque integrazione o modificazione all'oggetto o ai contenuti del presente protocollo d'intesa è proposta dal Comitato di Coordinamento di cui al precedente art. 5 e approvata tramite sottoscrizione degli Assessori alla Sanità delle due regioni.

Art. 10 Durata dell'accordo

Il presente accordo è valido dalla data di stipula fino a tutto l'anno 2012.

Roma, 23 dicembre 2009



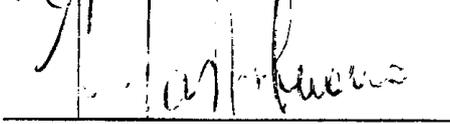
1a REGIONE MOLISE

nella persona del Sub Commissario governativo per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, dott. Mastrobuono

Regione Molise

Sub Commissario governativo

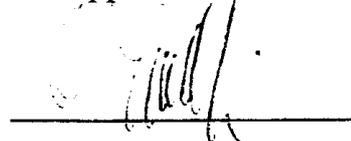
(Dr. Isabella MASTROBUONO)



Regione Campania

Sub Commissario governativo

(Dr. Giuseppe ZUCCATELLI)



Il presente accordo è stato redatto presso l'AGENAS da un gruppo di lavoro costituito da:
Claudio Maffei, esperto designato da AGENAS;
Michele Antonelli, dirigente della Regione Molise;
Luigi Riccio, dirigente della Regione Campania;
Sergio Lodato, dirigente dell'ARSAN Campania.