

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE

Deliberazione DG n. 58 del 11/02/2015 - Allegato 1 a)

Repertorio n. 5054 del 16 febbraio 2015

CONVENZIONE TRA AZIENDA USL 7 E A.G.I. MEDICA SRL

*Disciplina erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche di
procreazione medicalmente assistita*

Il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____,
presso la sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale 7 di Siena, in
Siena, Piazza Carlo Rosselli, 26;

tra

l'Azienda Unità Sanitaria Locale 7 di Siena, di seguito
denominata anche "Azienda", con sede legale in Siena 53100, Piazza
Carlo Rosselli, 26 (C.F. e P.I. n. 00388270522), rappresentata dal
Direttore Generale, Dott. Enrico Volpe, nato a Avezzano (AQ) il 1
luglio 1968, nominato con Decreto Giunta Regione Toscana del 26
settembre 2014, n. 145, domiciliato per il presente atto presso la
sede legale dell'Azienda, il quale agisce in esecuzione della
deliberazione n. 58 del 11 FEBBRAIO 2015

e

La Società A.G.I. Medica Srl, Codice Fiscale e P.I n. 01308270527,
in seguito denominata brevemente anche come "Centro", qui
rappresentata da Dr Isa Aiyub in qualità di Leg. Rappr. , domiciliato per la
carica presso la sede della Soc. A.G.I. Medica Srl, Viale Toselli,

94/F, Siena, il quale interviene esclusivamente nel nome, per conto e nell'interesse della stessa;

RICHIAMATI

- Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i., ed in particolare:

l'art. 8 bis, comma 1, in virtù del quale le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies;

l'art. 8 quater, comma 1, in virtù del quale l'accreditamento istituzionale e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

l'art. 8 quater, comma 2, in virtù del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies;

l'art. 8 quinquies, comma 2, in virtù del quale la regione e le

unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale.

- La Legge Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, recante "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", ed in particolare il comma 2 dell'art. 76 "Erogazione delle prestazioni da parte di strutture private", il quale prevede che l'Azienda Unità Sanitaria Locale procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'art. 8 del decreto delegato *...omissis...*, al perfezionamento dei quali si provvede a seguito di negoziazione, effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento a tariffe determinate dalla Giunta Regionale.

- La Circolare Regionale prot. n. 1251/18098/93 del 15 giugno 2005 "Contrattazione con strutture Private accreditate - Mobilità infraregionale", la quale conferisce alle Aziende USL la possibilità di contrattare direttamente con le strutture interessate i volumi di attività ed i volumi finanziari oggetto delle prestazioni, relativamente a tutti i cittadini residenti nella Regione Toscana;

PREMESSO

che il Centro, con nota datata 4 novembre 2014, in seguito all'accREDITAMENTO istituzionale per la Disciplina di Ginecologia ed Ostetricia – Attività di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) I

e II Livello, ottenuto con Decreto Regionale n. 1126 del 26 Marzo 2014, ha presentato domanda all'Azienda per la stipula di apposito contratto al fine di poter erogare, in regime convenzionale, prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita;
che la richiesta di convenzionamento presentata da parte del Centro è stata positivamente accolta dal Comitato di Coordinamento dell'Area Vasta Sud Est nel corso della riunione del giorno 8 Gennaio del corrente anno;

Ciò premesso

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - PREMESSA

1. Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2 - OGGETTO

1. L'Azienda USL 7 con il presente contratto si avvale del Centro per la erogazione di prestazioni specialistiche relative alla procreazione medicalmente assistita, da eseguire a favore degli iscritti del S.S.N. residenti nel territorio di competenza dell'Azienda, entro i limiti ed alle condizioni fissate ai successivi articoli 7 e 8.

Art. 3 - STRUTTURE E PERSONALE

1. Il Centro assicura che le prestazioni oggetto del presente atto

verranno eseguite presso la propria struttura, a ciò debitamente autorizzata dal Comune di Siena con atto dirigenziale n. 86 del 16/01/2012, da parte di personale qualificato nel pieno rispetto dei dettami della professione sanitaria.

2. Il Centro eroga le prestazioni attraverso l'uso di idonee apparecchiature, strumentazioni e materiale di consumo, in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia di accreditamento.

Art. 4 - MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

1. Le prestazioni sono eseguite dal Centro senza necessità di autorizzazione preventiva da parte dell'Azienda.

2. La richiesta è redatta sull'apposito ricettario regionale in vigore nella Regione Toscana in possesso del personale medico operante presso il Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente all'atto dell'esecuzione della prestazione.

3. Il Centro dovrà garantire, nell'arco dell'intero anno solare, l'omogenea distribuzione in ragione mensile delle prestazioni concordate nell'ambito del tetto economico di cui al comma 1 del successivo art. 8.

Art. 5 - RENDICONTAZIONE E CONTROLLI

1. Le richieste di pagamento delle competenze, su supporto cartaceo, devono essere inviate dal Centro agli uffici competenti del Centro Direzionale dell'Azienda USL 7 (U.O. Gestioni economiche e

finanziarie).

2. Ai fini del controllo del tetto economico di attività, all'Azienda contraente dovranno essere trasmessi i rendiconti mensili delle prestazioni erogate in favore di cittadini residenti nella Regione Toscana; dovranno altresì essere rendicontate le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti in altre Regioni.

3. Dovranno inoltre essere trasmesse, per posta elettronica entro e non oltre il giorno 5 del mese successivo a quello di erogazione, le prestazioni effettuate redatte come Flussi "SPA" attraverso apposito *file* in formato ASCII, all' ESTAR, Sezione Territoriale Sud Est, Piazza Carlo Rosselli, 24 - 53100 Siena, secondo il tracciato previsto dalla Delibera G.R.T. 1240/2014.

4. Lo stesso ESTAR provvederà a trasmetterlo alla Regione Toscana nell'ambito del flusso DOC SPA (Attività Specialistica Ambulatoriale), al fine di consentire alla Regione stessa il calcolo della mobilità sanitaria (compensazioni).

5. L'Azienda USL 7 si riserva di rivalersi sul Centro qualora non ottemperi al suddetto invio nei termini stabiliti, o che comunque trasmetta dati errati secondo la procedura regionale di controllo (scartati con "tipo errore 9").

6. I dati di cui ai commi precedenti sono suscettibili di integrazioni e variazioni, a richiesta dell'Azienda, previo preavviso di 60 gg. dall'inizio della rilevazione.

7. L'Azienda, nello svolgimento delle funzioni di controllo della correttezza dei dati contenuti nella fattura periodica, procederà

contestualmente alla verifica della corrispondenza tra i dati contenuti nel documento contabile e le prestazioni risultanti dai Flussi DOC SPA inviati dal Centro.

8. Ove si evidenzino non corrispondenze tra i dati contabilizzati ed i dati contenuti nei flussi regionali, l'Azienda avrà titolo a procedere al blocco del pagamento della relativa fattura dandone comunicazione al Centro.

Art. 6 - PAGAMENTO

1. Il pagamento delle prestazioni avviene entro 60 giorni dalla data di ricezione delle relative fatture, nel rispetto di quanto disposto al precedente articolo 5.

Art. 7 - TARIFFE

1. Le parti convengono che oggetto del presente contratto sono esclusivamente le prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita, previste dal nomenclatore tariffario regionale adottato con deliberazione n. 229 del 3 marzo 1997 e ss.mm.ii..

2. Le tariffe che l'Azienda riconosce al Centro sono quelle previste dal suddetto nomenclatore, al netto delle quote di partecipazione previste a carico dei cittadini che fruiscono delle prestazioni.

3. Il Centro si impegna ad applicare uno sconto pari al 5% dell'importo complessivo, praticato ed adeguatamente rappresentato su ogni singola fattura.

4. In caso di superamento del tetto indicato al successivo art. 8, il

cittadino in possesso di richiesta redatta su modulo del S.S.N., qualora non preferisca accedere ad altra struttura, è tenuto al pagamento dell'intero importo previsto dalla Carta dei Servizi del Centro stesso.

Art. 8 - VOLUMI ECONOMICI DI ATTIVITA'

1. Per i cittadini residenti nel territorio di competenza dell'Azienda, il Centro si impegna ad eseguire le prestazioni entro volumi di attività corrispondenti ad un tetto massimo di Euro 19.200,00 (diciannovemiladuecento/00) al netto della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino (tickets).

2. Il tetto di cui al comma 1 non può essere superato.

3. Possono essere eseguite prestazioni a carico del S.S.N. oltre il tetto stabilito per i soli cittadini residenti fuori dalla Regione Toscana, fatti salvi eventuali specifici accordi fra Regione Toscana ed altre regioni volti a disciplinare la mobilità sanitaria dei propri cittadini.

4. Nella compilazione delle fatture mensili sulle prestazioni erogate, il Centro distinguerà le prestazioni effettuate nei confronti di cittadini residenti nel territorio di competenza dell'Azienda USL 7 e quelle rese in favore di cittadini residenti fuori regione.

ART. 9 ACCORDI DI CONFINE

1. Il Centro prende espressamente atto degli Accordi di confine che regolamentano la mobilità interregionale tra la Regione Toscana e le

Regioni Emilia Romagna, Marche ed Umbria, allegati al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato 1) i quali, pur non prevedendo specifici tetti finanziari relativi alle attività di specialistica ambulatoriale, dettano linee di indirizzo orientate al contenimento della produzione.

2. Il Centro si impegna ad uniformarsi al contenuto dei citati atti, oltre ad adeguarsi qualora intervengano eventuali ed ulteriori modifiche in relazione alla remunerazione delle prestazioni nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale

3. Ove con riferimento agli allegati Accordi di confine di cui al comma 1, la produzione complessiva delle Aziende Sanitarie regionali ecceda il tetto ivi previsto e ciò comporti una penalizzazione per l'Azienda, quest'ultima applicherà al Centro una riduzione del compenso proporzionale all'incidenza percentuale del valore prodotto dal Centro stesso rispetto al valore complessivo riferito all'Azienda.

Art. 10 - VERIFICHE

1. Il Centro riconosce all'Azienda il diritto di procedere in qualsiasi momento a verifiche sulla qualità, quantità, efficacia e congruità delle prestazioni erogate ed alla idoneità dei locali e delle apparecchiature in uso presso il Centro stesso, ferma restando ogni altra competenza dell'Azienda in materia di Igiene delle Strutture Sanitarie e di Medicina del Lavoro.

Art. 11 - INCOMPATIBILITA' DEL PERSONALE

1. Il Centro prende atto che, ai sensi dell'art. 4. comma 7 della L. 412/91, come anche richiamato dall'art. 8, comma 9, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dall'art. 1, comma 5, della L. 662/96:

- l'attività libero professionale dei medici dipendenti dal S.S.N. non è consentita nell'ambito delle proprie strutture, anche per attività o prestazioni riferite a branche non oggetto del presente contratto;

- il rapporto di lavoro, dipendente o convenzionato, con il S.S.N. è incompatibile con l'esercizio di attività o con titolarità o compartecipazione a quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso;

- i vigenti accordi collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro convenzionale con le Aziende UU.SS.LL. degli appartenenti alle categorie mediche (medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale interna) prevedono incompatibilità con l'attività nelle strutture accreditate.

2. Il Centro, ai sensi dell'art. 1, comma 19, della Legge 662/96, documenta lo stato del proprio organico a regime con il quale ha la capacità di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente. Si impegna a non utilizzare personale incompatibile ed a verificare tale stato mediante l'acquisizione di apposita dichiarazione scritta, resa dai soggetti comunque operanti nella struttura, dalla quale risulti la situazione lavorativa degli stessi.

Della verifica viene data comunicazione all'Azienda entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ciascun anno.

Art. 12 - CARTA DEI SERVIZI

1. Il Centro adotta ed attua una propria CARTA dei SERVIZI sulla base dei principi indicati dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e dello schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Sanitari" emanato con D.P.C.M. 19 maggio 1995.

2. Di detta Carta dei Servizi è data adeguata pubblicità agli utenti e inviata copia all'Azienda contraente.

3. Il Centro si impegna inoltre a comunicare all'Azienda, in tempo reale, eventuali modifiche della Carta dei Servizi e a procedere annualmente alla verifica e alla revisione della stessa.

Art. 13 - INFORMAZIONE ALL'UTENZA E STRUMENTI DI TUTELA

1. Il Centro si impegna a dare adeguata e completa informazione agli utenti circa le prestazioni a carico del S.S.N. oggetto del presente contratto attraverso apposito "punto di informazione".

2. Il Centro si impegna altresì ad adottare trasparenti e verificabili strumenti e metodi di gestione di eventuali liste di attesa.

3. Il Centro si impegna inoltre ad applicare per eventuali prestazioni contemplate dal presente contratto e prescritte mediante ricettario regionale, che risultino a carico dell'utente in quanto erogate al di

fuori dei volumi economici contrattati, le tariffe indicate nella Carta dei Servizi di cui al precedente art. 11.

4. Il Centro applica il Regolamento di Pubblica Tutela dell'Azienda USL 7, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale Toscana; il Centro inoltre collaborerà con l'U.R.P. (Ufficio relazioni con il pubblico) e con la Commissione Mista conciliativa nominata dal Direttore Generale dell'Azienda USL 7.

Art. 14 - PRIVACY

1. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 29 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di Protezione dei dati personali", l'Azienda, Titolare del trattamento, nomina il Centro quale Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, relativi all'ambito di attribuzioni, funzioni e competenze, inerenti l'oggetto della presente convenzione.

2. In qualità di Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, il Centro si impegna ad assicurare il rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di quanto contenuto nei Provvedimenti del Garante in materia di Protezione dei dati Personali, nonché di quanto previsto nelle istruzioni che vengono allegare al presente atto, quale parte integrante e sostanziale (Allegato 2).

3. La nomina ha validità limitata alla durata della presente Convenzione.

Art. 15 - AUTOCERTIFICAZIONI

1. Il Centro si impegna ad informare il cittadino dei limiti imposti dalle norme regionali per l'accesso alle prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita con oneri a carico del S.S.N..

2. Il Centro è responsabile della corretta gestione delle autocertificazioni prodotte dagli utenti a tale proposito.

3. Qualora l'Azienda USL 7, nell'ambito dei propri controlli, rilevi l'assenza di tali autocertificazioni, si rivarrà sul Centro stesso per le quote eventualmente già liquidate.

Art. 16 - QUALITA'

1. Il Centro si impegna ad adottare i supporti informativi prefissati dalla Regione Toscana per la rilevazione della quantità e della qualità delle prestazioni e ad utilizzarli correttamente secondo le direttive stabilite dalla Regione stessa.

Art. 17 - INADEMPIENZE

1. Nel caso in cui il Centro non adempia, in tutto o in parte, alle prescrizioni del presente contratto, l'Azienda contesterà per iscritto le inadempienze stesse.

2. Trascorsi 60 giorni dalla contestazione, qualora il Centro non abbia provveduto a sanare detti inadempimenti, l'Azienda ha facoltà di sospendere il presente contratto.

3. L'inosservanza di quanto stabilito dall'art. 11 comporta la risoluzione del contratto.

	Art. 18 - DECORRENZA E VALIDITA'	
	1. Il presente contratto ha validità dal 1/4/2015 e sino al 31/12/2015, fatta salva la possibilità di rinnovo per l'intera annualità futura, su esplicito consenso delle parti.	
	Art. 19 - ISCRIZIONE AL REPERTORIO	
	1. Il presente contratto consta di n. 15 pagine, n. 21 articoli, n. 2 allegati, viene redatto in triplice copia, una per ciascuna delle parti contraenti ed una da conservare agli atti dell'ufficio che provvede ad iscriverlo in repertorio.	
	Art. 20 SPESE CONTRATTUALI	
	1. Il presente atto è soggetto all'imposta di bollo ai sensi dell'Art. 2 dell'Allegato A – Tariffa Parte I, al Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642. Le spese sono poste a carico della parte beneficiaria della prestazione.	
	2. Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'Art. 4 della Tariffa Parte II, allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di registrazione sono a carico della parte richiedente.	
	Art. 21 - FORO COMPETENTE	
	1. Per ogni controversia le parti convengono che sia competente il Foro di Siena.	

Letto, confermato e sottoscritto

AUSL 7 di Siena

A.G.I. Medica Srl

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dr. Enrico Volpe

Dr. Isa Aiyub

Il presente documento informatico è sottoscritto dalle parti con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale", come modificato dal D. lgs n. 235 del 30 dicembre 2010, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

”.



REGIONE TOSCANAGIUNTA REGIONALE

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Il Dirigente Responsabile/ Il Responsabile di P.O. delegato: EDOARDO MICHELE MAJNO

Decreto

N° 2733

del 12 Giugno 2012

Publicità/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Allegati n°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
<i>1</i>	<i>Si</i>	<i>Cartaceo+Digitale</i>	<i>-</i>

Oggetto

Accordo di confine Regione Toscana - Regione Umbria per la mobilità sanitaria: definizione piano annuale di attività per l'anno 2012 e regolazione dei rapporti finanziari anno 2011

Atto non soggetto al controllo interno ai sensi della D.G.R. n. 1315/2003 e della D.G.R. n. 506/2006

Atto certificato il 27-06-2012

STRUTTURE INTERESSATE:

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

IL DIRETTORE GENERALE

Visto quanto disposto dall'art. 2 della L.R. 1/2009, "Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale" che definisce i rapporti tra gli organi di direzione politica e la dirigenza;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 19 del 11 gennaio 2012 con il quale è stato attribuito al sottoscritto l'incarico di direttore generale della direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale";

Visto quanto disposto dagli artt. 3 e 7, della sopra citata L.R. 1/2009, inerenti le competenze dei direttori generali;

Preso atto del proprio decreto n. 1933 dell' 8 maggio 2012 relativo al nuovo assetto organizzativo della Direzione Generale "Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale" a seguito di quanto disposto dalla D.G.R. 332/2012;

Ricordato che con deliberazione n. 443 del 31 marzo 2010, la Giunta regionale ha approvato lo schema di accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Umbria, e che lo stesso accordo prevede l'assunzione, da parte delle due Regioni, di uno specifico Piano annuale di attività che contenga la definizione analitica del programma di collaborazione tale da rendere operativo l'Accordo stesso;

Preso atto che la Giunta regionale incarica il Direttore Generale della D.G. "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", di definire il Piano annuale di attività di cui al punto precedente;

Ritenuto, sulla base delle analisi effettuate sulla mobilità rilevata fra le due Regioni per i propri cittadini e sulle variazioni interessanti tale fenomeno, di definire il piano annuale per il 2012 secondo lo schema riportato nell'Allegato 1, comprendente altresì, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, anche la regolazione della fase di passaggio relativa all'anno 2011;

Valutato necessario, ai fini di una coerente applicazione all'interno dei presidi toscani, che le Aziende sanitarie provvedano a tradurre i criteri sui quali si fonda il presente piano annuale all'interno della programmazione della propria attività e nei rapporti con le istituzioni private, soprattutto laddove siano significativi i volumi delle attività svolte a favore dei cittadini della regione Umbria;

DECRETA

1. di definire per l'anno 2012 i criteri di regolazione della mobilità sanitaria fra le Regioni Toscana e Umbria relativamente alle prestazioni di specialistica e alle prestazioni di ricovero ospedaliero, inclusi i reparti di riabilitazione, effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate, secondo quanto riportato nel "Piano Annuale di attività 2012" di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di definire i criteri di regolazione finanziaria della mobilità sanitaria fra le Regioni Toscana e Umbria per l'anno 2011, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, secondo quanto riportato al medesimo Allegato 1 al paragrafo "Regolazione della mobilità per l'anno 2011";
3. di comunicare alle Aziende sanitarie e alle Associazioni referenti della sanità privata di livello regionale, l'adozione del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. F) della L.R. 23 aprile 2007 n. 23 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima legge.

Il Direttore Generale
EDOARDO MICHELE MAJNO

Piano annuale di attività 2012

Premessa

Nel mese di marzo 2010 la Regione Umbria e la Regione Toscana hanno rinnovato l'accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria, ampliando le linee di collaborazione già condivise nell'accordo quadro del 2004. Lo stesso resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2010.

L'accordo prevede, tra l'altro, che le due Regioni diano attuazione all'accordo stesso attraverso specifici piani annuali di attività che stabiliscano i volumi delle tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo:

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

Il presente documento intende pertanto definire il piano annuale di attività per l'anno 2012 e regolare, nella continuità col precedente piano per l'anno 2010, anche la fase di passaggio relativa all'anno 2011.

Resta inteso che gli indirizzi di cui al presente piano andranno successivamente armonizzati con quanto potrà essere più organicamente definito con Accordo tra le Aziende confinanti.

Sarà altresì possibile rivedere o rimodulare parti del presente piano qualora si verificano variazioni nell'organizzazione o andamenti imprevisi nell'erogazione delle attività che possano confliggere, in corso d'anno, con quanto previsto dal piano stesso.

Piano di attività – anno 2012 – Ricoveri

Si individuano alcune linee di collaborazione che prevedono uno sviluppo delle attività nell'area dell'Emergenza–Urgenza, in particolare cardiologica e vascolare, e Materno Infantile. Le Aziende USL 1 dell'Umbria e USL 8 della Toscana provvederanno a definire specifici piani di collaborazione per ciascuna area individuata.

Per l'attività di ricovero ospedaliero, sia per acuti, sia in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75), si applicano per il 2012 i criteri di seguito definiti, adeguando le categorie di ricoveri (Alta complessità, DRG a rischio di inappropriatazza) alle modifiche intervenute a livello nazionale. I criteri definiscono gli obiettivi di attività e gli abbattimenti tariffari che intervengono al superamento di tali obiettivi.

Il tariffario applicato è la TUC dell'anno di riferimento, salvo specifiche indicazioni.

In merito allo sviluppo della collaborazione interregionale nell'assistenza all'insufficienza respiratoria cronica si prevede la possibilità di accesso all'attività del Centro di Svezamento,

ALLEGATO 1

collocato presso la struttura Auxilium Vitae di Volterra, sotto la responsabilità della struttura organizzativa Unità Operativa di Pneumologia 2 della Azienda ospedaliero-universitaria Pisana, ai pazienti inviati dalle strutture dell'Umbria previa autorizzazione della USL di residenza acquisita dalle stesse strutture e trasmessa al momento del trasferimento.

Per questa attività si applicano le tariffe definite con la Deliberazione della Giunta Regionale della Toscana n. 1186 del 29 dicembre 2008.

Ricovero per acuti (reparti di dimissione diversi da discipline codice 28, 56, 60, 75):

Il tariffario applicato è la TUC dell'anno di riferimento per le tariffe dei ricoveri ordinari, 01 giorno e DH chirurgico, salvo particolari casi elencati.

Per i ricoveri *DH dei DRG medici*, ad esclusione dei DRG 124, 125, 323, 409 e 410, si applica la tariffa forfetaria di Euro 135 ad accesso, salvo quanto previsto dalla TUC per i DRG LEA di pazienti >14 che vengono remunerati a caso trattato (con le eccezioni previste dalle regole di applicazione della TUC).

- **DRG alta specialità** – (*elenco TUC 2012*) – solo valutazione dell'attività

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: nessuno

- **DRG Lea** (*elenco TUC 2012*)– obiettivi e abbattimenti differenziati fra DRG medici e chirurgici

DRG Lea chirurgici

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 20%

DRG Lea medici (con esclusione dei DRG oncologici – 409, 410, 411, 412)

Obiettivo: riduzione del numero ricoveri del 10 % rispetto a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 70%

- **Altri DRG** – obiettivi e abbattimenti differenziati fra DRG medici e chirurgici

Altri DRG chirurgici

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello del 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 10%

Altri DRG medici

Obiettivo: riduzione del numero ricoveri del 5% rispetto a quello del 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 30%

Ricovero di riabilitazione (reparti di dimissione discipline codice 28, 56, 75):

Per il settore della riabilitazione ospedaliera viene riconfermato il criterio di accesso già precedentemente condiviso: il ricovero ospedaliero di riabilitazione è limitato ai soli casi in cui costituisce il proseguimento di un episodio di ricovero per acuti; gli altri casi si rinviano al trattamento intensivo extraospedaliero, sulla base di un piano di trattamento predisposto o validato dalla USL di residenza.

- **Alta specialità riabilitativa** (codici disciplina 28 e 75) – solo valutazione dell'attività

Obiettivo: numero di ricoveri non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: nessuno

- **Riabilitazione ospedaliera** (codice disciplina 56)

(solo prosecuzione ricovero in fase acuta, trasferimento da struttura ospedaliera per acuti)

Obiettivo: numero di ricoveri e/o numero giornate di degenza non superiore a quello 2010

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 50%

Per il controllo della durata dei ricoveri di riabilitazione ortopedica (MDC 8), che normalmente devono concludersi entro 30 giorni, si prevede un abbattimento tariffario del 30% per le ulteriori giornate di degenza.

N.B: Per il calcolo degli abbattimenti, le prestazioni di ricovero dovranno essere considerate secondo l'ordine temporale di erogazione e quindi saranno "eccedenti" quelle erogate per ultime dopo il raggiungimento del numero prodotto nell'anno di riferimento.

Piano di attività – Specialistica Ambulatoriale

Applicazione, da parte di ogni regione, del proprio nomenclatore tariffario, alle condizioni dallo stesso previste, sia ai residenti dell'una che dell'altra regione. I residenti delle due regioni si intendono parificati per l'applicazione delle regole sui livelli di assistenza e nell'applicazione delle regole per il pagamento del ticket.

Per quanto riguarda le modalità di addebito all'altra regione (ticket e ticket aggiuntivi introdotti con la manovra di Luglio 2011) viene seguita la regola concordata a livello nazionale.

I tariffari di riferimento sono i Nomenclatori tariffari in vigore in ciascuna regione al momento della prestazione.

- **Prestazioni di TC e RMN**

Riduzione programmata dell'attività e del conseguente volume finanziario a partire dall'anno 2012 con percentuali di diminuzione a salire per 2013 e 2014

ALLEGATO 1

Obiettivo: riduzione del 10% del volume finanziario rispetto all'addebito (eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti) dell'anno 2011.

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

Trend di decremento del volume finanziario per gli anni successivi:

2013: riduzione del 12,5% rispetto all'anno 2012 (addebito, eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti);

2014: riduzione del 15% rispetto all'anno 2013 (addebito, eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti).

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

N.B: Per le prestazioni specialistiche il calcolo dell'abbattimento sarà praticato direttamente sugli importi totali addebitati.

Regolazione della mobilità per l'anno 2011

Ricoveri

Per l'attività di ricovero ospedaliero, sia per acuti, sia in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75), valgono, come definito per l'anno 2010, i parametri contenuti nell'accordo dell'anno 2006 e la classificazione delle attività all'epoca stabilita, aggiornando i dati di riferimento per la definizione dei valori obiettivo all'anno 2009.

Il tariffario di riferimento è la TUC 2011.

N.B: Per il calcolo degli abbattimenti, le prestazioni di ricovero dovranno essere considerate secondo l'ordine temporale di erogazione e quindi saranno "eccedenti" quelle erogate per ultime dopo il raggiungimento del numero prodotto nell'anno di riferimento.

Specialistica

Per l'anno 2011 il tetto finanziario di riferimento corrisponde all'importo addebitato nel 2010 eventualmente ridotto per gli abbattimenti dovuti.

Abbattimento al superamento del volume obiettivo: 80%

I tariffari di riferimento sono i Nomenclatori tariffari in vigore in ciascuna regione al momento della prestazione, alle condizioni dagli stessi previste, sia ai residenti dell'una che dell'altra Regione. I residenti delle due Regioni si intendono parificati per l'applicazione delle regole sui livelli di assistenza e nell'applicazione delle regole per il pagamento del ticket.

Per quanto riguarda le modalità di addebito all'altra regione (ticket e ticket aggiuntivi introdotti con la manovra di Luglio 2011) viene seguita la regola concordata a livello nazionale.

N.B: Per le prestazioni specialistiche il calcolo dell'abbattimento sarà praticato direttamente sugli importi totali addebitati.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-12-2011 (punto N 40)

Delibera

N 1158

del 19-12-2011

Proponente

DANIELA SCARAMUCCIA

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile CHIARA GHERARDESCHI

Estensore ANGELA PLEBANI

Oggetto

Accordo triennale per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna.

Presenti

ENRICO ROSSI

SALVATORE ALLOCCA

ANNA RITA BRAMERINI

LUCA CECCOBAO

ANNA MARSON

RICCARDO NENCINI

DANIELA

GIANFRANCO

STELLA TARGETTI

SCARAMUCCIA

SIMONCINI

Assenti

GIANNI SALVADORI

CRISTINA SCALETTI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Schema accordo

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 8 sexies, comma 8, del D. Lgs. 502/1992 che 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 definisca 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;

Vista l'intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che prevede che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria (articolo 19 "Mobilità interregionale");

Ritenuto opportuno procedere ad un accordo tra le Regioni Toscana ed Emilia-Romagna per il governo della mobilità sanitaria attivando politiche collaborative tra regioni confinanti, affrontando anche le problematiche specifiche delle aree di confine;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai 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,
- 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,
- la struttura dell'accordo risponde in maniera mirata alla necessità che hanno le Regioni di garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettando gli standard di qualità dell'assistenza, la prossimità e la fruibilità, perseguendo gli obiettivi di gestione della mobilità e di qualificazione dell'offerta;

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore, fissati i criteri per i controlli dei volumi di attività e dei relativi corrispettivi, rimandando ad un Piano annuale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Fatto salvo il principio essenziale ed ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale, ribadito dalla L.R. n. 40/2005 e successive modifiche, della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015, adottato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011;

Visto il DPEF 2012 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 56 del 27 luglio 2011;

Vista l'informativa preliminare del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta Regionale in data 4 luglio 2011;

Visto il parere espresso dal CTD nella seduta del 7 dicembre 2011;

Ritenuto pertanto di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale la definizione del Piano annuale di attività;

A voti unanimi;

DELIBERA

- 1) di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 1) di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);
- 2) di incaricare il Direttore Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di definire i Piani annuali di attività previsti dall'Accordo di cui al precedente punto 1)

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell' art. 5, comma 1, lett. f) e dell'art. 18, comma 2 della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sul BURT e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
CHIARA GHERARDESCHI

Il Direttore Generale sostituto
GIOVANNA FAENZI

**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 stipula 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 inappropriata.

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.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12-01-2009 (punto N. 13)

Delibera

N.12

del 12-01-2009

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Valtere Giovannini

Estensore: Angela Plebani

Oggetto:

Approvazione dell'Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Marche e la Regione Toscana

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

ANNA RITA BRAMERINI

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

MASSIMO TOSCHI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

PAOLO COCCHI

Assenti:

AMBROGIO BRENNA

FEDERICO GELLI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	accordo quadro

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D. Lgs. 502/1992 che 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 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";

Preso atto che:

- 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:
 - o un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
 - o eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate";
- La Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella riunione del 23.11.2005 ha approvato un documento con il quale si invitavano le Regioni a stipulare gli accordi tra le Regioni di confine e tra Regioni di aree lontane con flussi significativi;

Considerato che La Regione Marche e la Regione Toscana hanno avviato un confronto e, sulla base dell'analisi dei dati di mobilità sanitaria interregionale relativi al periodo 2005/2007 e sulla base dell'esperienza dell'Accordo sottoscritto tra le Regioni Umbria e Toscana, hanno condiviso i criteri per la definizione dei parametri sui quali costruire l'Accordo e provveduto alla stesura congiunta dello stesso;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai 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,
- che 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,
- che fondamentalmente, gli obiettivi che entrambe le Regioni intendono perseguire attraverso l'accordo sono la gestione della mobilità e la qualificazione dell'offerta,

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore nonché gli ambiti di lavoro relativi alla determinazione dei

volumi di attività e dei relativi corrispettivi, rimandando ad un Piano annuale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Ritenuto pertanto di approvare lo schema di Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Toscana così come risulta nell'Allegato A, parte integrale e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà la definizione del Piano annuale di attività;

A voti unanimi

DELIBERA

- 1) di approvare lo schema di Accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Toscana così come risulta nell'Allegato A, parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);
- 3) di incaricare il Direttore Generale della DG Diritto alla salute e politiche di solidarietà di definire i Piani annuali di attività previsti dall'Accordo di cui al precedente punto 1).

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. A) della L.R. n. 23/2007, in quanto conclusivo di un procedimento amministrativo, regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI**

**Il Dirigente Responsabile
VALTERE GIOVANNINI**

**Il Direttore Generale
VINICIO EZIO BIAGI**

**ACCORDO QUADRO PER LA GESTIONE DELLA
MOBILITA' SANITARIA FRA LA REGIONE
MARCHE E LA REGIONE TOSCANA**

Il quadro istituzionale

Il D. lgs. 502/1992 e sue successive integrazioni e modificazioni, all'art. 8 sexies, comma 8 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 22.11.2001 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'addebito 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 tra le Regioni interessate”.

Il D.P.C.M. del 29.11.2001 recante “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” ed in particolare gli Allegati 2A, 2B e 2C indicano rispettivamente le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza (2A) e quelle soggette a particolari condizioni di erogabilità (2B e 2C). In data 6 novembre 2002, gli Assessori alla Sanità hanno assunto la decisione “di lasciare esclusivamente agli accordi bilaterali tra le Regioni interessate la regolazione di eventuali prestazioni godute presso le Regioni non di residenza”.

I principi generali dell'Accordo

La Regione Marche e la Regione Toscana, ferma restando la facoltà per ogni cittadino di ricorrere alla struttura di ricovero che ritiene più adatta al soddisfacimento dei propri bisogni assistenziali, ritengono opportuno definire modalità di intervento ispirate a criteri di integrazione e collaborazione.

Le due Regioni stipulano il presente accordo in conformità ai 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.

Gli obiettivi delle Regioni Marche e Toscana

Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire le regole e le modalità per la gestione delle 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 effettiva qualità 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 stabilire l'accordo di collaborazione relativamente alle seguenti linee di sviluppo:

- individuare le tipologie di prestazioni di degenza e specialistiche oggetto dell'Accordo;
- definire reti di servizi integrati in ambito sovregionale;
- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordare l'eventuale esclusione di peculiari prestazioni ed i criteri di accesso);
- stabilire tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate;
- 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).

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'Accordo si articola in tre ambiti di lavoro che vengono di seguito dettagliati.

A. Ricoveri ospedalieri

Si condivide la volontà di proseguire l'analisi dei fenomeni di mobilità già avviata e di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni, individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde ed il livello eventuale di inappropriata. Si propone, inoltre, di definire percorsi privilegiati per l'accesso alle prestazioni di alta specialità dei cittadini dell'altra regione.

B. Specialistica ambulatoriale

Si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e la necessità di migliorare il livello di appropriatezza. 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 politico e non scientifico. Si intende inoltre valutare l'attività erogata relativamente ad alcune particolari tipologie di prestazioni di diagnostica per immagini.

C. Problematiche specifiche delle Aree di confine

E' il tema di maggior interesse, poiché le aree di confine costituiscono l'ambito ideale in cui sperimentare concretamente l'idea di un federalismo solidale.

Ci si propone di definire accordi di fornitura delle prestazioni finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in una ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

Durata dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2008; trascorso questo periodo iniziale, verrà rinnovato di anno in anno a meno di una esplicita disdetta da parte di una delle Regioni interessate da comunicare tre mesi prima della scadenza. Ad esso verrà data attuazione annuale attraverso specifici piani di attività di seguito descritti.

Piano annuale di attività

Nel piano annuale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'Accordo, che inizialmente per l'anno 2008 riguarderà le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale, mentre per le prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day-hospital, verranno individuate le diverse tipologie di ricovero per le quali verrà fatto uno specifico monitoraggio sugli scambi 2008 e definita la linea di tendenza attesa per gli anni successivi.

Il piano annuale viene definito da un decreto del dirigente che ciascuna Regione identificherà come delegato alla sua predisposizione e sottoscrizione.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate. La Regione Toscana e la Regione Marche, con cadenza di norma semestrale, si impegnano ad inviarsi reciprocamente le informazioni sulle prestazioni erogate reciprocamente ai rispettivi cittadini ed a fornire ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.

Per la Regione Marche
Almerino MEZZOLANI

Per la Regione Toscana
Enrico ROSSI

Data

	Allegato 2	
	ISTRUZIONI PER IL RESPONSABILE ESTERNO AL	
	TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	
	In applicazione del "Codice in Materia di Protezione dei Dati	
	Personali", di cui al D. Lgs. 196/2003	
	Il Centro A.G.I. MEDICA SRL, in qualità di Responsabile Esterno al	
	trattamento dei dati personali, è tenuta a garantire che i trattamenti	
	di dati personali relativi alle prestazioni dedotte in convenzione	
	avvengano nel rispetto della normativa contenuta nel D. Lgs.	
	196/2003, nei Provvedimenti del Garante Privacy, nonché ad	
	attenersi alle sotto riportate istruzioni:	
	a) assicurare la riservatezza delle informazioni, dei documenti e degli atti	
	amministrativi, dei quali venga a conoscenza durante l'esecuzione	
	delle prestazioni oggetto di Convenzione ed anche successivamente	
	alla scadenza del rapporto contrattuale;	
	b) utilizzare i dati solo per le finalità connesse allo svolgimento	
	dell'attività oggetto della Convenzione, con divieto di qualsiasi altra	
	utilizzazione;	
	c) limitare l'accesso ai dati ai soli soggetti che ne abbiano necessità,	
	per svolgere i compiti loro affidati, nel rispetto dei criteri di liceità,	

	pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità del trattamento;	
	nominare per iscritto gli Incaricati dei trattamenti, fornendo loro le necessarie istruzioni;	
	d) provvedere alla formazione degli Incaricati;	
	e) vincolare gli Incaricati dei trattamenti ad utilizzare i dati, solo per le finalità connesse allo svolgimento delle attività affidate, con divieto di qualsiasi altra diversa utilizzazione;	
	adottare idonee e preventive misure di sicurezza atte ad eliminare o, comunque, a ridurre al minimo qualsiasi rischio di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati personali trattati, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 31 del D.Lgs. 196/2003 e smi;	
	f) adottare tutte le misure di sicurezza, previste dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del D.Lgs. 196/2003 e smi, che configurano il livello minimo di protezione richiesto in relazione ai rischi di cui all'articolo 31, analiticamente specificate nell'allegato B al decreto stesso, denominato "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza";	
	g) adoperarsi per garantire l'esercizio, da parte dei soggetti cui si riferiscono i dati, dei diritti di cui all'art. 7 D.lgs. 196/2003;	
	segnalare all'Azienda ogni questione rilevante ai fini dell'applicazione della normativa sulla protezione dei dati, fornirgli le informazioni richieste e trasmettergli tempestivamente i reclami degli interessati concernenti le modalità di trattamento dei dati e le	

eventuali istanze del Garante.

Per tutto quanto non previsto dal presente atto di nomina, si rinvia alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) ed ai Provvedimenti del Garante in materia di Protezione dei dati Personali.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali

In relazione al trattamento dei Suoi dati personali, si informa che i dati da Lei forniti verranno trattati dall'Azienda USL 7, per le sole finalità connesse allo svolgimento delle attività oggetto del presente atto di nomina. Si ricorda che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7, D. Lgs. 196/2003.