



seduta del
29 GIU 2007
delibera
734

pag
2

OGGETTO: REGOLAMENTAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI IN REGIME DI MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di approvare la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni residenziali in regime di mobilità sanitaria interregionale così come riportata nell'allegato 1 alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di dare mandato all'ASUR e alle Aziende Ospedaliere/INRCA di dare adeguata informazione ai medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta e agli specialisti convenzionati e dipendenti;
3. di trasmettere la regolamentazione approvata con la presente DGR alle altre Regioni e province;
4. di fissare nel 1 luglio 2007 la data di applicazione della presente regolamentazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Bruno Brandoni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Dott. Gian Mario Spacca)



seduta del 29 GIU 2007
delibera 734

PAR. 3

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Le prestazioni di ricovero a livello residenziale costituiscono oggi una modalità di risposta di crescente importanza in molte aree assistenziali in particolare in quelle relative ai bisogni dei soggetti cosiddetti fragili: anziani, tutela della salute mentale, dipendenze patologiche, disabilità gravi. Il modello organizzativo delle varie tipologie di strutture residenziali nelle diverse aree è molto diverso da Regione a Regione, tanto che il tema è stato oggetto di uno dei cosiddetti "Mattoni", termine che definisce il progetto di revisione del sistema informativo sanitario nazionale finalizzato, tra l'altro, ad una omogeneizzazione della definizione - appunto - delle diverse tipologie di prestazioni residenziali erogate nelle varie Regioni.

Le priorità riguardano tra l'altro:

- la denominazione delle strutture;
- le modalità di accesso;
- gli standard organizzativi ed assistenziali;
- i protocolli operativi;
- i sistemi tariffari;
- gli standard programmatori.

Tali diversità hanno fatto sì che ogni Regione abbia regolamentato in modo diverso il rapporto con i fornitori di tali prestazioni e che, in caso di prestazione erogata nei confronti di un cittadino residente in un'altra Regione, la stessa venga gestita non con le procedure della mobilità sanitaria interregionale (che prevede che le strutture eroganti non addebitino le prestazioni alle ASL di residenza dei pazienti, ma che siano le Regioni nel cui territorio insistono le strutture eroganti ad addebitare le prestazioni alla Regione di residenza dell'assistito), ma con quella della fatturazione diretta. Questa prevede che la struttura erogante addebiti tramite fattura le prestazioni alla ASL della Regione di residenza competente per territorio.

Le prestazioni incluse nella mobilità sanitaria regionale non sono soggette ad autorizzazione preventiva da parte della ASL di residenza dell'altra Regione, mentre per quelle residenziali il test unico della mobilità sanitaria si limita a riferire l'opportunità di una segnalazione alla ASL di residenza in occasione del ricovero. La questione delle modalità di richiesta/autorizzazione alle prestazioni residenziali in altre Regioni merita una specifica regolamentazione in quanto essa deve da una parte favorire la libera scelta del cittadino e dall'altra consentire alle Regioni di assolvere



al proprio ruolo di operare per un governo della spesa e dei percorsi assistenziali.

Per quanto riguarda le prestazioni residenziali nell'area della salute mentale in base al progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale (D.A. 132/04 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale") l'accesso è governato dal Dipartimento di Salute mentale competente per territorio. Analoga impostazione vale per le prestazioni residenziali nell'area delle Dipendenze Patologiche, l'accesso alle quali è governato dal corrispondente Dipartimento in base al DPR 309/90 e al D.M. del 19.02.03. Non vi è alcun dubbio, quindi, che lo stesso percorso vada attivato nelle due aree citate per le prestazioni erogate da strutture residenziali di altre Regioni.

Nel caso delle strutture residenziali sanitarie per anziani, il ricorso a strutture di altre Regioni - per definizione eccezionale, visto che sono strutture che debbano essere "vicine" all'ambiente di vita del paziente - va valutato nel percorso già previsto per le strutture all'interno della Regione a livello di distretto di residenza del paziente.

Si pone in modo specifico il problema per le prestazioni residenziali del tipo riabilitativo, specie quando erogate presso le strutture cosiddette ex art. 26. Queste prestazioni sono all'interno delle diverse Regioni erogate di solito da strutture private, i cui standard organizzativi ed assistenziali, assieme alla definizione delle modalità di accesso, delle tariffe e dei controlli, sono definiti in base ad accordi regionali con le Associazioni di Categoria. Questi accordi prevedono, tra l'altro, un budget di riferimento e possono prevedere l'accesso tramite richiesta del medico di medicina generale, validata poi - con modalità di nuovo diverse tra le varie Regioni - dalla ASL (nelle Marche Zona Territoriale) di riferimento.

Nel caso della Regione Marche la regolamentazione di tali attività si trova nella DGR 1437/99, mentre le tariffe sono state aggiornate di anno in anno (l'ultima DGR è la 1524/06). La regolamentazione prevede secondo le citate DGR quanto segue:

1. è garantita la libertà di accesso ai centri di riabilitazione accreditati subordinata oltre che alla esistenza del piano delle prestazioni, alla apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del SSN dal medico di medicina generale o dal pediatra di base dell'interessato o dallo specialista della ASL di residenza del paziente o dalla UVD o dalla UMEA o dalla UMEE;



seduta del
29 GIUGNO 2007
delibera
734

pag.
5

2. in caso di necessità di degenza, hanno priorità di accesso i pazienti inviati dalle aziende sanitarie su progetto realizzato dalla unità operativa di riabilitazione;
3. nel caso in cui è il medico di medicina generale o il pediatra di base a prescrivere l'accesso alle prestazioni, è lo stesso medico o pediatra che può avvalersi della consulenza ordinaria della struttura del distretto sanitario o degli specialisti dell'azienda USL al fine di garantire l'apporto e l'utilizzazione appropriati delle strutture specialistiche territoriali nell'ambito di progetti e programmi riabilitativi individuali e di struttura e nel rispetto dei definiti percorsi assistenziali;
4. il piano dei trattamenti da effettuare viene comunicato dall'istituto o centro di riabilitazione alla struttura distrettuale sopra indicata e al medico di fiducia del paziente;
5. nel caso in cui non vengano posti limiti alla durata del trattamento lo stesso deve essere annualmente autorizzato con le ordinarie procedure di accesso;
6. le aziende sanitarie locali, competenti territorialmente, effettuano periodicamente dei controlli casuali sulla appropriatezza delle prescrizioni così determinate e sulla rispondenza delle cure erogate;
7. per l'accesso ai presidi di riabilitazione non è necessario il riconoscimento della invalidità civile.

Altre Regioni hanno previsto spesso modalità analoghe di accesso, ma tariffe, standard organizzativi e programmatori sono diversi e questo può comportare costi più elevati e un alto rischio di inappropriata in caso di una offerta con posti letto in eccesso.

Ciò premesso, si ritiene opportuno prevedere la regolamentazione di cui all'allegato 1 alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

La regolamentazione disposta dal presente atto diventerà operativa per gli aspetti eventualmente innovativi rispetto alla pratica abituale dal 1 luglio 2007 e andrà trasmessa alle altre regioni e Province Autonome. Da questa varrà anche il principio di reciprocità rispetto alla presente regolamentazione nei confronti delle altre Regioni anche in assenza di analoga esplicita regolamentazione da parte delle stesse. Si darà di conseguenza disposizione alle strutture della Regione Marche di operare



dalla stessa data richiedendo il coinvolgimento della ASL competente per territorio della Regione di provenienza. L'ARIS è stata informata dalla presente regolamentazione (che di fatto va ad integrare i contenuti della DGR 1524/06) ed ha espresso parere favorevole.

Particolare importanza verrà data alla collaborazione con i Medici di Medicina generale nel cui Accordo Integrativo Regionale di recente sottoscritto con le Associazioni di Categoria è previsto un impegno al governo dei flussi di mobilità verso le altre Regioni.

Per tutto quanto precede pertanto

si propone

1. di approvare la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni residenziali in regime di mobilità sanitaria interregionale così come riportata nell'allegato 1 alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di dare mandato all'ASUR e alle Aziende ospedaliere/INRCA di dare adeguata informazione ai medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta e agli specialisti convenzionati e dipendenti;
3. di trasmettere la regolamentazione approvata con la presente DGR alle altre Regioni e province;
4. di fissare nel 1 luglio 2007 la data di applicazione della presente regolamentazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. Claudio Maria Maffei)



seduta del
29 GIU 2007
delibera
734

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Carmine Ruta)

La presente deliberazione si compone di n° 9 pagine, di cui n° 2 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Bruno Brandoni)



ALLEGATO 1

Regolamentazione dell'accesso alle prestazioni residenziali in regime di mobilità sanitaria interregionale

L'accesso alle strutture residenziali di tipo riabilitativo delle altre Regioni deve essere richiesto dalla Zona Territoriale di residenza dell'assistito in base alle seguenti considerazioni:

1. la ASL di residenza deve poter fare una analisi comparativa della qualità (in termini di standard organizzativi) e dei costi delle strutture di fuori Regione rispetto a quelle disponibili all'interno della Regione, come previsto dalla norma;
2. la Regione è tenuta dagli adempimenti del tavolo per il monitoraggio dei LEA nell'ambito della verifica degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ad utilizzare strumenti di valutazione per l'inserimento di soggetti con problemi di disabilità nelle strutture residenziali;
3. le Regioni debbono progressivamente riequilibrare l'offerta adattandola al fabbisogno della propria popolazione (vedi indicatori del già citato tavolo per il monitoraggio dei LEA).

Ovviamente l'offerta di prestazioni residenziali da parte di strutture delle altre Regioni costituisce anche una opportunità che va salvaguardata. Occorre quindi che sia mantenuta la possibilità di ricorrervi in presenza delle due seguenti pre-condizioni:

- tariffe sostanzialmente equivalenti a quelle delle analoghe strutture della Regione Marche;
- standard assistenziali e criteri clinici di accesso equivalente a quelli previsti per le analoghe strutture della Regione Marche.

Tale verifica va fatta dalla Zona di residenza. Allo scopo andrà inoltrata al Distretto di competenza la proposta su ricettario da parte del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista convenzionato o dipendente della Regione Marche. Analoga proposta potrà essere fatta dalla struttura ospedaliera di altra Regione nel caso questa voglia trasferire un paziente alla dimissione alla struttura residenziale. Per le strutture dipartimentali di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche



seduta del 29 GIU 2007
delibera 734

pag. 9

e di Riabilitazione è previsto l'invio diretto alle strutture di fuori Regione, con contestuale informativa alla Zona.

La proposta dovrà includere i dati clinici e quelli amministrativi necessari ad una sua valutazione. In caso di valutazione positiva sarà la Zona stessa a formulare la richiesta di ricovero alla struttura interessata, entro 7 giorni dalla data di ricevimento della proposta.

Sarà possibile anche una regolamentazione diretta dei rapporti con strutture residenziali di altre Regioni nell'ambito di un rapporto convenzionale ad hoc sottoscritto con l'ASUR.

Tra i criteri da utilizzare per la verifica vi sono quelli della continuità e della libertà di scelta del luogo di cura, per cui - in caso esistano le citate pre-condizioni - si favorirà il ricorso a strutture già utilizzate dal paziente in precedenza o comunque da questo scelte come sede preferenziale. In alcuni casi occorrerà tenere conto anche di aspetti sociali quali la residenza dei familiari a più diretto supporto.

bc

~