

**ACCORDO BILATERALE TRA REGIONE LIGURIA E REGIONE DEL VENETO PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA E DELLE CORRELATE RISORSE FINANZIARIE****ANNI 2026 - 2028***(Ai sensi dell'art. 1, c. 320, della legge n. 207/2024)*VISTI, *inter alia*:

- L'art. 8-sexies, c. 8, del D.lgs. n. 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";
- L'Articolo 19 del 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 (Rep. N. 243/CSR), il quale 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 al fine di:
 - evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
 - 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 funzionali al governo complessivo della domanda;
- L'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (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) – prevede che le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 sopra richiamato;
- L'art. 1, c. 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) il quale prevede che a decorrere dall'anno 2016 al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli



istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in Regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dall'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135). Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad assicurare il rispetto degli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;

- La Scheda n. 4 “Mobilità sanitaria” del Patto per la Salute 2019-2021, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 18 dicembre 2019 (Rep. N. 209/CSR);
- L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, come modificato dall' art. 1. comma 321 della L. 207/2024, il quale stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005;
- L'art. 1, c. 319 e 320 della L. n. 207 del 30 dicembre 2024 che dispongono che è fatto obbligo a ciascuna Regione e a ciascuna delle Province Autonome di Trento e di Bolzano di sottoscrivere accordi bilaterali, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre Regioni e Province Autonome con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- L'art. 1 c. 320 della L. 207/2024 che estende l'obbligatorietà della sottoscrizione degli accordi bilaterali per l'accesso al finanziamento integrativo anche alle Regioni non confinanti.

Premesso che:

- è stato proposto da parte del Ministero della salute il modello da utilizzare per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria (articolo 1, comma 320 Legge 207/2024) per gli anni 2026-2028;
- tale modello prevede contenuti minimi vincolanti, ferma restando la facoltà da parte delle Regioni/PA di aggiungere specifiche sulla base delle esigenze/fenomeni riscontrati nei propri territori;
- i medesimi contenuti dell'Accordo dovranno essere applicati negli accordi/contratti di budget ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. che le Regioni stipulano con i propri erogatori accreditati;
- il Ministero della salute si impegna a definire le prestazioni di assistenza ospedaliera di “alta specialità” e i relativi criteri di appropriatezza, come previsto dall'art. 1, comma 574 della Legge n. 208/15, che ne ha disposto la definizione con accordo in CSR, le prestazioni di “bassa complessità”, come previsto dall'art. 1, comma 320 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025), nonché ad avviare una revisione/aggiornamento del DM 10/12/2009, in accordo con le Regioni/PA;



- nelle more della definizione delle prestazioni di alta specialità, di cui al punto precedente, si prendono a riferimento i DRG di alta complessità così come classificati in base all'Accordo di compensazione della mobilità interregionale e sulla base delle regole tecniche di applicazione previste dallo stesso Accordo;
- il Ministero della salute e le Regioni/PA si impegnano a condividere un format per il "Regolamento dei Controlli su mobilità" di cui all'articolo 5, comma 3 dell'accordo, al fine di disporre di criteri univoci tra le Regioni;
- le Regioni, ai sensi della normativa vigente, si impegnano a verificare che non siano applicate differenziazioni tra liste di attesa, per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali, tra assistiti residenti e non residenti;
- i meccanismi di regressione tariffaria e le altre limitazioni economiche previste nell'Accordo sono correlati all'attuazione dei Piani di miglioramento della mobilità e, pertanto, possono essere rivalutati a seguito del monitoraggio effettuato sugli effetti prodotti dagli Accordi stipulati, attesa la facoltà da parte delle Regioni/PA di aggiornare i contenuti dell'Accordo al termine di ogni annualità. L'obiettivo principale degli Accordi di mobilità, infatti, è il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e del livello di autosufficienza dell'offerta nella Regione di residenza del paziente. La sottoscrizione degli Accordi di mobilità rappresenta solo una delle azioni, peraltro prevista nei Piani di miglioramento della mobilità, volte a ridurre la mobilità cd. "evitabile".

Nello specifico

LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO

ART. 1

DURATA, RECESSO E RINNOVO DELL'ACCORDO

1. Il presente Accordo ricomprende l'arco temporale 1° gennaio 2026 - 31 dicembre 2028.
Si specifica che l'Accordo non è soggetto a tacito rinnovo. È fatta salva la facoltà delle Regioni di aggiornarne i contenuti al termine di ogni annualità, anche su istanza di una delle parti.

ART. 2

OGGETTO E AMBITO DI APPLICAZIONE

1. Le premesse sono approvate dalle parti e costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo.
2. L'ambito oggettivo di applicazione del presente Accordo è dato da tutte le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate dei rispettivi Servizi sanitari regionali ai cittadini residenti nelle due Regioni stipulanti.
3. I tetti economici sono annuali e specifici per macrolivello assistenziale (assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale). All'interno dei macrolivelli sono individuati tetti economici per



specifiche branche che le Regioni contraenti ritengono necessario regolare in ragione di particolari flussi di mobilità. 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, purché coerenti con le norme nazionali o comunque concordati fra le due Regioni.

4. Relativamente alle attività di ricovero ospedaliero si concorda quanto segue:

a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:

- DRG di Alta complessità come classificata in base all'Accordo di compensazione della mobilità interregionale e sulla base delle regole tecniche di applicazione previste dall'Accordo di compensazione della mobilità interregionale;
- Attività oncologica, così come definita nell'Allegato tecnico attualmente in uso tra le Regioni;
- Chirurgia dei trapianti, così come definita nell'Allegato tecnico attualmente in uso tra le Regioni;
- Unità spinale (codice disciplina 28) e neuroriabilitazione (codice disciplina 75);
- Grandi ustionati (codice discipline 46 e 47);
- Traumi ed incidenti stradali, così come definiti nell'Allegato tecnico attualmente in uso tra le Regioni;
- Ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso.

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 2024, corrispondente a:

- complessivi € 596.000,00 per i ricoveri della Regione Liguria;
- complessivi € 940.000,00 per i ricoveri della Regione del Veneto.

Con riferimento ai DRG di alta complessità, per i ricoveri appartenenti ai DRG 496, 497, 498, 519, 520, 544, 545, 546, 531 e 532, che si prestano a fenomeni opportunistici di spostamento di pazienti, le Regioni si riservano, in seguito alle analisi dei dati di ciascun anno rispetto a quelli dell'anno precedente, di estendere, nell'anno successivo a quello di monitoraggio, il meccanismo regressivo di cui all'articolo 4 del presente Accordo, in caso di incremento superiore al 10% per singolo DRG.

5. Relativamente alle attività di specialistica ambulatoriale si concorda la suddivisione in macro-categorie, per alcune delle quali è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, fermo restando il rispetto del D.L. 95/2012, mentre per altre il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria, calcolati sulla base del corrispondente dato di produzione resa nell'anno 2024, come di seguito specificati:

- a) Dialisi e Medicina nucleare: nessun tetto;
- b) Attività Oncologica, Chemioterapia, Radioterapia: nessun tetto;
- c) Attività di Ossigenoterapia iperbarica in urgenza: nessun tetto;
- d) Chirurgia ambulatoriale: nessun tetto;
- e) Prestazioni eseguite in Pronto soccorso non seguito da ricovero: nessun tetto;
- f) RMN e TAC: tetto pari alla produzione dell'anno 2024 al lordo del ticket:
 - per le prestazioni erogate dalla Regione Liguria il tetto è fissato in 16.000,00 euro;
 - per le prestazioni erogate dalla Regione del Veneto il tetto è fissato in 69.000,00 euro;
- g) Altra attività: tetto pari alla produzione dell'anno 2024 al lordo del ticket:



- per le prestazioni erogate dalla Regione Liguria il tetto è fissato in 185.000,00 euro;
- per le prestazioni erogate dalla Regione del Veneto il tetto è fissato in 474.000,00 euro.

Le Regioni concordano di applicare strumenti per l'appropriatezza dell'accesso alla specialistica ambulatoriale, prevedendo eventuali regolamentazioni specifiche per le prestazioni definite "non a tetto" a seguito di eventuali fenomeni osservati nei propri territori.

6. Non sono incluse nel presente accordo prestazioni extra-LEA, che pertanto non possono essere remunerate dalla Regione debitrice se erogate in mobilità.
7. Durante la vigenza del presente Accordo, su richiesta anche di una sola parte, i tetti economici possono essere rideterminati, mediante specifico addendum all'Accordo stesso.

ART. 3

TARIFFE

1. Le attività oggetto del presente Accordo sono valorizzate secondo le tariffe nazionali. Ove integrate, per le prestazioni di assistenza ospedaliera sono utilizzate le ulteriori valorizzazioni previste dall' "Accordo per la compensazione della mobilità interregionale - regole tecniche" tempo per tempo vigente e tali ulteriori valorizzazioni sono evidenziate in allegato al presente Accordo.

Con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si applicano le tariffe del DM 25 novembre 2024 e s.m.i.. I codici delle prestazioni oggetto di scambio in mobilità e oggetto del presente Accordo sono quelli afferenti ai nomenclatori nazionali.

Il presente accordo riporta la valorizzazione complessiva secondo le tariffe nazionali e la valorizzazione complessiva secondo le tariffe effettivamente utilizzate nel presente accordo.

2. Le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale tengono conto, per i privati accreditati, di quanto previsto dall'articolo 15, comma 17, del decreto-legge, n. 95/2012, come integrato da ultimo dall'articolo 1, comma 322, della legge n. 207/2024 e del comma 574, lett.b, della Legge n. 208/2015.

ART. 4

RISPETTO DEL TETTO ECONOMICO

1. Le Regioni concordano che i tetti economici stabiliti nell'articolo 2 del presente Accordo rappresentano il limite massimo riconoscibile. Il presente accordo concorre a garantire il rispetto dei livelli massimi di finanziamento dei privati accreditati di cui al decreto-legislativo n. 502/1992 e il rispetto dell'articolo 15, comma 14, del richiamato decreto-legge n. 95/2012 e successivi aggiornamenti.
2. Fermo restando il rispetto del tetto di spesa previsto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 e s.m.i., in caso di superamento, per ciascun anno di riferimento, dei tetti economici previsti dal presente Accordo per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, la produzione superiore al 5% dello stesso tetto non sarà remunerata, mentre la produzione erogata entro il 5% del tetto sarà valorizzata al 40% della corrispondente tariffa.



ART. 5**CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA**

1. Il presente Accordo tratta delle seguenti tipologie di controllo:
 - controlli automatici sull'attività di ricovero per acuti (es. ricoveri ripetuti);
 - controlli analitici (esterni) sull'attività di ricovero;
 - controlli sull'attività ambulatoriale.
2. Ciascuna Regione garantisce, a norma di legge, un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate sul proprio territorio, i controlli sulla produzione sono effettuati applicando la disciplina vigente in materia nel territorio ove le prestazioni sono rese, integrata dalle disposizioni di seguito riportate.

Commissione dei controlli su mobilità e Regolamento dei Controlli su mobilità

3. Al fine di condurre attività di controllo di qualità e appropriatezza sulle prestazioni in mobilità oggetto del presente Accordo, e ferma restando la disciplina sui controlli che ciascuna Regione applica agli erogatori del proprio territorio, sarà cura delle Regioni, al fine di approfondire le verifiche sui DRG meritevoli di controlli ulteriori, valutare l'eventuale costituzione di un'apposita Commissione composta dai tecnici individuati dai rispettivi settori regionali competenti. Le Regioni stipulanti l'accordo si impegnano a redigere, nel caso eventuale, in conformità ai contenuti minimi del format per il "Regolamento dei Controlli su mobilità" che sarà definito dal Ministero della salute e dalle Regioni/PA, il *Regolamento dei Controlli su mobilità*.
4. La Commissione, se costituita, si riunisce con cadenza almeno semestrale e ciascun componente si avvale del supporto operativo delle strutture tecniche e degli staff dell'istituzione di appartenenza, con particolare riguardo, per le Regioni, alle strutture già deputate all'effettuazione dei controlli. Le attività sono svolte nell'ambito delle risorse umane e strumentali previste dalla legislazione vigente, e comunque senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.
5. Le Regioni contraenti si impegnano, con la sottoscrizione del presente Accordo, a non impugnare gli esiti scaturenti dagli accertamenti effettuati dalla Commissione di cui al presente articolo.

Controlli sui ricoveri ospedalieri

6. Tutta la casistica di ricovero per acuti in mobilità è oggetto di controllo automatico; la relativa metodologia è definita nell'ambito del *Regolamento dei Controlli su mobilità* di cui al presente articolo, con particolare riguardo ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui al Patto per la Salute 2010-2012.
7. I controlli analitici sui ricoveri dovranno avvenire sia con campionamento mirato che con campionamento casuale, a seconda degli eventi d'interesse riportati nel *Regolamento dei Controlli su mobilità*, concorrendo al controllo analitico di un volume non inferiore al 20% di



tutte le prestazioni di ricovero scambiate in mobilità oggetto del presente Accordo. Tale volume concorre al raggiungimento della soglia minima, prevista dalla normativa nazionale vigente, delle cartelle cliniche da controllare, per la Regione in mobilità attiva in cui insistono gli erogatori. I controlli avvengono presso gli erogatori interessati da fenomeni di mobilità, proporzionalmente con il volume di questi ultimi e tenendo presente la soglia complessiva del 20%.

8. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriatazza quali-quantitativamente rilevanti individuati dalle Regioni, i controlli, possono essere estesi fino al 100% della produzione corrispondente.

Controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale

9. Le Regioni firmatarie del presente Accordo, mediante il *Regolamento dei Controlli su mobilità*, definiscono la metodologia per i controlli sulla casistica ambulatoriale, in particolare l'analisi sulla completezza della dovuta documentazione (es. assenza di prescrizione), nonché un volume minimo di prestazioni in mobilità da controllare.

Esiti dei controlli

10. Gli esiti dei controlli sono stabiliti dal *Regolamento dei controlli sulla mobilità*, fermo restando che:
 - le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate in maniera non appropriata vengono riclassificate e remunerate con le tariffe nazionali vigenti dei ricoveri diurni se associati a un DRG chirurgico, oppure con la tariffa nazionale vigente pari a un solo accesso del corrispondente day hospital se associato a un DRG medico o non classificato;
 - le prestazioni di DH o DS erogabili in regime ambulatoriale vengono valorizzate con le corrispondenti tariffe di specialistica ambulatoriale;
 - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è prevista l'esclusione totale dal diritto della remunerazione in caso di prestazioni mancanti della dovuta documentazione;
 - la differente valorizzazione scaturita dall'esito degli accertamenti, sia su base automatica che analitica, incide direttamente sul valore globale dello scambio economico tra le Regioni stipulanti.

ART. 6

MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO

1. Al fine di consentire il monitoraggio dell'Accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri ospedalieri 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. Tali risultanze sono trasmesse anche al Comitato LEA ai fini del monitoraggio del correlato adempimento.
2. 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 30 settembre;
 - III invio – 9 mesi di attività – entro il 30 novembre;
 - IV invio – 12 mesi di attività – entro il 31 marzo dell’anno successivo a quello di riferimento delle prestazioni.
3. 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.
 4. I tecnici delle due Regioni firmatarie del presente Accordo si incontrano, con cadenza trimestrale per valutare l’andamento della produzione.
 5. Entro il 15 ottobre dell’anno successivo a quello di riferimento è definita la chiusura dell’anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, comprensivi degli effetti del presente accordo, delle contestazioni accettate e degli eventuali storni per le attività di controllo dell’appropriatezza.

ART. 7

DISPOSIZIONI FINALI

1. In via principale, qualsiasi controversia, relativa all’interpretazione ed esecuzione del presente Accordo o connessa allo stesso, viene risolta bonariamente tra le parti. In caso contrario si adirà il foro competente.
2. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente Accordo si fa rinvio alla normativa di settore e alle norme del codice civile.
3. Eventuali modifiche ed integrazioni al presente Accordo possono essere inserite previo accordo scritto tra le parti.

Per la Regione Veneto

Per la Regione Liguria

