

## **ACCORDI CON LE REGIONI DI CONFINE PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA**

L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario.

E' quindi necessario procedere alla formalizzazione e sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità sanitaria con le Regioni Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.

Alla direzione generale Welfare è demandata la sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità sanitaria di seguito riportati.

Gli eventuali effetti economici dovuti agli abbattimenti sulle produzioni che tali accordi prevedono ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni.

**ACCORDO TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E REGIONE LOMBARDIA PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA ANNI 2022 - 2024**

*(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28)*

VISTI, *inter alia*:

- L'art. 8-*sexies*, c. 8, del D.Lgs. 502/1992, stando al quale "Il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";
- L'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui "Livelli essenziali di assistenza sanitaria", che al punto 10 prevede che: "Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:
  - un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
  - eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate".
- 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 soprarichiamato;
- 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);

- 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 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.

## LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO

### ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024.

### ART.2 AMBITO OGGETTIVO

L'ambito oggettivo di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

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

a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:

- *DRG di Alta complessità* 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.
- *Chirurgia dei trapianti*, così come definita nell'Allegato tecnico;
- *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
- *Ricoveri in urgenza da pronto soccorso*

- *Ricoveri riconducibili alla casistica Covid secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008".*

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 2019, corrispondente a:

- Complessivi € 34.450.000,00 per i ricoveri della Lombardia;
- Complessivi € 32.700.000,00 per i ricoveri della Emilia-Romagna.

Per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale**, escluse le prestazioni eseguite in Pronto soccorso, si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria – calcolati sulla base del corrispondente dato di produzione resa nell'anno 2019 -, come di seguito specificati:

- a) *Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;*
- b) *Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;*
- c) *RMN e TAC: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*
  - o per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 2.900.000,00 euro;
  - o per le prestazioni erogate dalla Emilia-Romagna il tetto è fissato in: 1.400.000,00 euro
- d) *Altra attività: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*
  - o per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 14.700.000,00 euro;
  - o per le prestazioni erogate dalla Emilia-Romagna il tetto è fissato in: 6.000.000,00 euro.

Per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

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

Le parti concordano di prevedere eventuali regolamentazioni specifiche per le prestazioni definite "non a tetto" a seguito di eventuali fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale.

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

### **ART. 3 TARIFFE**

Le attività sono valorizzate con la Tariffa riferita agli scambi di mobilità così come definita nell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale-regole tecniche, approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

### **ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO**

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria:

- nessuna penalizzazione fino ad un aumento del 5% fra produzione effettiva e tetto dell'anno di riferimento;
- in caso di aumento superiore al 5% rispetto al tetto concordato per l'anno di riferimento, verrà applicato un abbattimento sulla produzione eccedente in proporzione alla percentuale di aumento (vedi allegato tecnico parte integrante del presente accordo).

Le liste di attesa per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali devono essere sovrapponibili tra assistiti residenti e non residenti, qualora nel corso di un anno venissero verificati tempi di attesa che in una singola struttura privilegino in modo evidente i residenti fuori regione, le relative prestazioni verranno abbattute del 50% rispetto alla stessa produzione del 2019.

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

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

### **ART. 6 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO**

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

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
- II invio – 9 mesi di attività – entro il 31 dicembre;
- III invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato un verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli effetti degli accordi bilaterali, delle contestazioni accettate e degli eventuali storni per le attività di controllo dell'appropriatezza.

Regione Lombardia  
Il Direttore  
Direzione Generale Welfare

Regione Emilia-Romagna  
Il Direttore  
Direzione Generale Cura della  
Persona Salute e Welfare

## **Allegato Tecnico**

### **Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione degli importi a tetto e non a tetto**

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: Le attività sotto descritte vanno considerati gerarchicamente ordinate e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

<b>ATTIVITÀ NON A TETTO</b>
-----------------------------

#### **01 – Trapianti**

- Trapianto di cellule staminali

SDO Acute con DRG 042 e:

- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO Acute con DRG 042 e:

- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO Acute con DRG 191, 192, 292, 293 e:

- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti

SDO Acute con:

- DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
- DRG 302 (trapianto renale)
- DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
- DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
- DRG 495 (trapianto di polmone)
- DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
- DRG 513 (trapianto di pancreas)

Restano esclusi i trapianti di pelle (DRG 263-265-266-364).

#### **02 - Oncologia chirurgica e medica**

SDO Acute con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9.

#### **03 - Grandi ustioni**

SDO Acute con Disciplina di Dimissione 46, 47.

#### **04 - Traumi ed incidenti stradali**

SDO Acute con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

#### **05 - DRG di alta complessità**

SDO Acute con DRG di Alta Complessità (come definiti dal Testo Unico), al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti

#### **06 – Unità spinale**

SDO con almeno un transito in Disciplina 28, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 28. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

### 07 - Neuroriabilitazione

SDO con almeno un transito in Disciplina 75, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 75. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

### 08 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso

SDO Acute con campo "Tipo ricovero" 2

### 09 - Ricoveri COVID

SDO Acute e Post-Acute individuate secondo le specifiche del D. M. 28.10.2020, da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

## ATTIVITÀ A TETTO

### 10 - DRG potenzialmente inappropriati

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in Regime ordinario.

Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

### 11 - Altri DRG- DRG di non alta complessità

Tutte le restanti SDO Acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

### 12 - Attività di lungodegenza/riabilitazione

SDO con almeno un transito in Disciplina 56 e 60, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 56 e 60. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

## ESEMPIO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 4

Sia per attività di ricovero che per attività ambulatoriale.

Esempio per incremento della produzione pari al 8% rispetto al tetto di riferimento:

	Produzione erogata 2019	Ulteriore produzione rispetto al 2019 (+8%)	Produzione totale	Produzione effettiva riconosciuta	Differenze (abbattimento 3% dell'incremento)
	P1	I	PT=P1+I	PE	PE-PT
Regione x vs Regione y	34.450.000,00	2.756.000,00	37.206.000,00	37.123.320,00	-82.680,00

## ACCORDO FRA REGIONE LOMBARDIA E REGIONE PIEMONTE PER IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA ANNI 2022 – 2023

*(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28)*

**CONSIDERATO** che l'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 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.

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE

### ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2023.

### ART.2 AMBITO APPLICATIVO

L'ambito di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

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

- a nessun tetto per le seguenti attività così definite nell'allegato tecnico:
- 01 - Chirurgia dei trapianti;
  - 02 - Attività oncologica;
  - 03 - Grandi ustionati;
  - 04 - Traumi ed incidenti stradali;
  - 05 - DRG di Alta complessità;
  - 06 - Unità spinale e neuroriabilitazione;
  - 07 - Ricoveri in urgenza da pronto soccorso;
  - 08 - Ricoveri TSO - pazienti deceduti;
  - 09 - Ricoveri riconducibili alla casistica Covid.
- b tutta la restante attività di ricovero, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2019, calcolato secondo le specifiche contenute nell'allegato tecnico, e corrispondente a:
- complessivi € 46.394.077,00 per Regione Lombardia
  - complessivi € 30.676.124,00 per Regione Piemonte

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per

categoria calcolati sulla base del corrispondente dato di attività/produzione resa nell'anno 2019, come di seguito specificati:

- a) Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;
  - b1) Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;
  - b2) attività di pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa ed ad alta integrazione di risorse (MAC) riconducibili all'attività oncologica (MAC01 – MAC02 – MAC03 – MAC04 – MAC05): nessun tetto;
- c) RMN e TAC, tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al netto del ticket;
  - o complessivi € 1.941823,00 per Regione Lombardia
  - o complessivi € 1.500.000,00 per Regione Piemonte
- d) Altra attività, tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al netto del ticket;
  - o complessivi € 18.964.543,00 per Regione Lombardia
  - o complessivi € 5.155.649,00 per Regione Piemonte

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

Rimane nell'autonomia delle parti prevedere nell'accordo regolamentazioni anche per prestazioni definite "non a tetto", oggetto di specifici fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale (ricovero e specialistica ambulatoriale) e per totale complessivo delle rispettive sotto-categorie. Durante la vigenza del presente accordo, su richiesta anche di una sola parte i tetti economici possono essere rideterminati solo in caso di sopravvenute modifiche normative che introducano attività e/o prestazioni non comprese nel presente accordo.

### **ART. 3 TARIFFE**

Le attività sono valorizzate con la Tariffa individuata per gli scambi di mobilità così come definita nell'"Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale", approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

### **ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO**

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, sarà oggetto di definizione fra le regioni confinanti l'eventuale applicazione di un meccanismo di regressione tariffaria che prevede:

- nessuna penalizzazione fino al 5% dello scostamento fra produzione effettiva e produzione 2019;

- al superamento della soglia del 5% dello scostamento fra produzione effettiva e produzione 2019, si applica una percentuale di abbattimento della produzione eccedente pari alla % di tale superamento

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

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate. Le parti individueranno le migliori modalità per la condivisione dei criteri da applicare per i controlli di appropriatezza. A tale scopo verranno coinvolti anche i referenti delle ASL/ATS di confine per un'analisi più approfondita dei fattori che inducono gli assistiti a varcare i confini regionali per i propri bisogni di salute.

#### **ART. 6 FONDAZIONE C.N.A.O. di PAVIA**

Per quanto riguarda le prestazioni rese dal CNAO di Pavia, si concorda che la Regione Piemonte avrà cura di richiedere alle ASL e di monitorare il pagamento entro l'anno 2023 delle fatture emesse per le attività rese a residenti piemontesi ed ad oggi ancora non completamente saldate. Dal 2023 le attività di adroterapia verranno inserite nella mobilità sanitaria secondo la tariffa prevista dal nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale o in mancanza di quest'ultimo secondo il nomenclatore tariffario lombardo.

#### **ART. 7 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO**

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

- I invio - 6 mesi di attività - entro il mese di settembre dell'anno in corso;
- II invio - 9 mesi di attività - entro il mese di dicembre dell'anno in corso;
- III invio - attività dell'intero anno - entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste nell'anno di riferimento dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli eventuali effetti del presente accordo.

Regione Lombardia  
Il Direttore  
Direzione Generale Welfare

Regione Piemonte  
Il Direttore  
Direzione Regionale Sanità e Welfare

## **Allegato Tecnico - SDO - Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle attività a tetto e non a tetto**

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: i contenitori sotto descritti vanno considerati gerarchicamente ordinati e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

### **ATTIVITÀ NON A TETTO**

#### **01 – Trapianti**

- Trapianto di cellule staminali

SDO con DRG 042 e:

- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO con DRG 042 e:

- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO con DRG 191, 192, 292, 293 e:

- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti

- DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
- DRG 302 (trapianto renale)
- DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
- DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
- DRG 495 (trapianto di polmone)
- DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
- DRG 513 (trapianto di pancreas)

#### **02 - Oncologia**

SDO con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9,

#### **03 - Grandi ustioni**

Dimessi dalle discipline 46, 47.

#### **04 - Traumi ed incidenti stradali**

SDO con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

**05 - DRG di alta complessità**

come classificati nella tabella delle tariffe presente nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria

**06 - Unità spinale (codice disciplina 28) e neuroriabilitazione (codice disciplina 75);**

**07 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso**

SDO con campo "Tipo ricovero" = 2

**08 - Deceduti – TSO**

"Tipo ricovero" = 3, Modalità dimissione" =1

**09 - Ricoveri COVID**

Secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008.

Questa categoria è da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

<b>ATTIVITÀ A TETTO</b>
-------------------------

**10 - Attività di lungodegenza/riabilitazione**

Valorizzazione delle giornate consumate nelle discipline 56,60

**11 - DRG potenzialmente inappropriati**

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in Regime ordinario e sono definiti nella tabella delle tariffe presente nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

**12 - Altri DRG**

Tutte le restanti SDO acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

**Allegato Tecnico – Attività di specialistica ambulatoriale - Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle attività a tetto e non a tetto**

Selezioni a monte: devono essere escluse dalle prestazioni a tetto quelle erogate c/o pronto soccorso (campo modalità erogazione del tracciato dello scambio dati della mobilità nazionale = P)

Le prestazioni sono tariffate secondo le modalità di tariffazione previste per gli scambi di mobilità così come definite nell' " Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale", approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell' art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

I tetti economici sono calcolati sull'importo al netto del ticket delle prestazioni rese dalle strutture ubicate sul territorio di una regione a favore di un residente nell'altra regione.

## ACCORDO TRA REGIONE DEL VENETO E REGIONE LOMBARDIA PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA ANNI 2022 - 2024

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

- Visto l'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 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;

### LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO

#### ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024.

#### ART.2 AMBITO APPLICATIVO

L'ambito oggettivo di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

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

a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:

- *DRG di Alta complessità* 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.
- *Chirurgia dei trapianti*, così come definita nell'Allegato tecnico;
- *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
- *Ricoveri in urgenza da pronto soccorso*
- *Ricoveri riconducibili alla casistica Covid secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008".*

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 2019, corrispondente a:

- Complessivi € 23.100.000,00 per i ricoveri della Lombardia;
- Complessivi € 21.600.000,00 per i ricoveri del Veneto.

Per l'anno 2022 il tetto è riferito alla produzione 2019, per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale**, escluse le prestazioni eseguite in Pronto soccorso, si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria – calcolati sulla base del corrispondente dato di produzione resa nell'anno 2019 -, come di seguito specificati:

- e) *Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;*
- f) *Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;*
- g) *RMN e TAC: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*
  - o per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 1.550.000,00 euro;
  - o per le prestazioni erogate dal Veneto il tetto è fissato in: 2.350.000,00 euro
- h) *Altra attività: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*
  - o per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 7.850.000,00 euro;
  - o per le prestazioni erogate dal Veneto il tetto è fissato in: 7.400.000,00 euro.

Per l'anno 2022 il tetto è riferito alla produzione 2019, per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

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

Le parti concordano di prevedere eventuali regolamentazioni specifiche per le prestazioni definite "non a tetto" a seguito di eventuali fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale.

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

Le attività sono valorizzate con la Tariffa riferita agli scambi di mobilità così come definita nell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale-regole tecniche, approvato annualmente dalla Conferenza Stato - Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

#### **ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO**

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria:

- nessuna penalizzazione fino ad un aumento del 5% fra produzione effettiva e tetto dell'anno di riferimento;
- in caso di aumento superiore al 5% rispetto al tetto concordato per l'anno di riferimento, verrà applicato un abbattimento sulla produzione eccedente in proporzione alla percentuale di aumento (vedi allegato tecnico parte integrante del presente accordo).

Le liste di attesa per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali devono essere sovrapponibili tra assistiti residenti e non residenti, qualora nel corso di un anno venissero verificati tempi di attesa che in una singola struttura privilegino in modo evidente i residenti fuori regione, le relative prestazioni verranno abbattute del 50% rispetto alla stessa produzione del 2019.

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

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

#### **ART. 6 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO**

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

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio - 6 mesi di attività - entro il 30 settembre;
- II invio - 9 mesi di attività - entro il 31 dicembre;
- III invio - attività dell'intero anno - entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli effetti degli accordi bilaterali, delle contestazioni accettate e degli eventuali storni per le attività di controllo dell'appropriatezza.

Regione Lombardia  
Il Direttore  
Direzione Generale Welfare

Regione del Veneto  
Il Direttore  
Direzione Area Sanità e Sociale

## **Allegato Tecnico**

### **Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione degli importi a tetto e non a tetto**

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: Le attività sotto descritte vanno considerati gerarchicamente ordinate e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

<b>RICOVERI ATTIVITÀ NON A TETTO</b>
--------------------------------------

#### **01 – Trapianti**

- Trapianto di cellule staminali

SDO Acute con DRG 042 e:

- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO Acute con DRG 042 e:

- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO Acute con DRG 191, 192, 292, 293 e:

- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti

SDO Acute con:

- DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
- DRG 302 (trapianto renale)
- DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
- DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
- DRG 495 (trapianto di polmone)
- DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
- DRG 513 (trapianto di pancreas)

Restano esclusi i trapianti di pelle (DRG 263-265-266-364).

#### **02 - Oncologia chirurgica e medica**

SDO Acute con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9.

#### **03 - Grandi ustioni**

SDO Acute con Disciplina di Dimissione 46, 47.

#### **04 - Traumi ed incidenti stradali**

SDO Acute con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

#### **05 - DRG di alta complessità**

SDO Acute con DRG di Alta Complessità (come definiti dal Testo Unico), al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti

#### **06 - Unità spinale**

SDO con almeno un transito in Disciplina 28, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 28. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

#### **07 - Neuroriabilitazione**

SDO con almeno un transito in Disciplina 75, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 75. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

#### **08 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso**

SDO Acute con campo "Tipo ricovero" 2

#### **09 - Ricoveri COVID**

SDO Acute e Post-Acute individuate secondo le specifiche del D. M. 28.10.2020, da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

### **RICOVERI ATTIVITÀ A TETTO**

#### **10 - DRG potenzialmente inappropriati**

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in Regime ordinario.

Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

#### **11 - Altri DRG- DRG di non alta complessità**

Tutte le restanti SDO Acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

#### **12 - Attività di lungodegenza/riabilitazione**

SDO con almeno un transito in Disciplina 56 e 60, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 56 e 60. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

### **ESEMPIO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 4**

Sia per attività di ricovero che per attività ambulatoriale.

Anno 2022, produzione attesa 2019 (+ aumento del 5% senza penalizzazione).

Anno 2023, produzione attesa 2019 + 5% (+ ulteriore 5% senza penalizzazioni)

Anno 2024, produzione attesa 2019 + 10% (+ ulteriore 5% senza penalizzazioni)

Ogni produzione oltre la soglia attesa (+ ulteriore 5%) viene abbattuta della stessa % corrispondente all'aumento, esempio: anno 2023 produzione aumentata del 22% rispetto al 2019, viene applicato un abbattimento del 12% sul 12% di maggior produzione.