REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Pubblicato in, www.grusol.it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 1049 del 10 agosto 2026

Oggetto: **Approvazione dello schema di Accordo bilaterale di confine tra la Regione Marche e la Regione Umbria per il governo della mobilità sanitaria interregionale anni 2026/2028**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Spesa Sanitaria e Socio Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente del Settore Spesa Sanitaria e Sociosanitaria e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

CONSIDERATO il "Visto" del dirigente della Direzione Sanità e Integrazione Sociosanitaria;

VISTA la proposta del direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1) di approvare lo schema di Accordo bilaterale di confine 2026/2028 per il governo della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Umbria, così come risultante nell'Allegato 1 e nei relativi allegati tecnici (Allegato A, Allegato B e Allegato C);
2) di delegare il Direttore del Dipartimento Salute alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);
3) di stabilire che l'Accordo decorre a partire dal 1° gennaio 2026 e che i tetti economici ivi stabiliti per le macro aree di attività trovano applicazione fino al 31.12.2028;
4) di dare mandato al Dirigente del Settore Spesa Sanitaria e Sociosanitaria di provvedere alla gestione dell'Accordo di confine.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli
Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli
Documento informatico firmato digitalmente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Artt. 32 e 117 della Costituzione;
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1, della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*", con particolare riferimento agli articoli 8-quinquies e 8-sexies;
- Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui Livelli essenziali di assistenza (Repertorio atti 1318/CSR del 22.11.2001);
- Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 05.06.2003, n. 131 - articolo 79, comma 1 bis del D. L. 25.06.2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla Legge 06.08.2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, lettera a) del D. L. 01.07.2009, n. 78, convertito in legge con modificazioni dall'articolo 1, comma 1 della Legge 03.08.2009, n. 102 - tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010/2012 (Repertorio Atti n. 243/CSR del 03.12.2009);
- Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*";
- Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78 "*Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali ((Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali))";*
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";*
- D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*;
- Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 05.06.2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019/2021 (Repertorio Atti n. 209/CSR del 18.12.2019);
- Legge 30 dicembre 2020, n. 178 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*";
- Legge regionale 30 luglio 2021, n. 18 *"Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale"*;
- Legge 30 dicembre 2024, n. 207 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*" (legge di bilancio 2025), con

particolare riferimento all'articolo 1, commi 319, 320 e 322, in materia di accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria e di rapporti con gli erogatori privati accreditati.

Motivazione

Il d.lgs. n. 502/1992, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, contiene le disposizioni fondamentali sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e sui rapporti economici connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Nell'ambito di tale disciplina, particolare rilievo assumono l'articolo 8-quinquies, relativo agli accordi contrattuali con gli erogatori, e l'articolo 8-sexies, comma 8, che prevede la definizione dei criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza e consente alle stesse di stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture, l'autosufficienza regionale e l'impiego efficiente delle strutture a valenza interregionale e nazionale.

La mobilità sanitaria interregionale, infatti, rappresenta un fenomeno strutturale del SSN in quanto costituisce, da un lato, espressione del diritto del cittadino alla libera scelta del luogo di cura e, dall'altro, elemento rilevante ai fini della programmazione sanitaria regionale, poiché consente di osservare le dinamiche tra domanda e offerta di prestazioni, la capacità attrattiva dei sistemi sanitari regionali, i bisogni assistenziali dei territori e l'appropriatezza dei percorsi di cura.

Proprio per tale ragione, negli ultimi anni il legislatore nazionale e gli accordi intervenuti in sede di Conferenza Stato-Regioni, hanno progressivamente attribuito agli accordi bilaterali tra Regioni un ruolo sempre più significativo. Tali accordi sono finalizzati a garantire che la mobilità si sviluppi entro un quadro programmatorio condiviso, sostenibile e coerente con i principi di appropriatezza, qualità delle cure, prossimità dell'assistenza ed equilibrio economico-finanziario.

Il quadro normativo vigente conferma tale impostazione: l'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 ha infatti previsto che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. Inoltre, la legge n. 207/2024 ha rafforzato ulteriormente l'obbligo di sottoscrizione degli accordi bilaterali, estendendone la rilevanza anche ai rapporti con le Regioni non confinanti, qualora la mobilità attiva o passiva assuma dimensioni tali da determinare fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

La medesima legge, inoltre, ha demandato al Ministero della Salute, per il tramite del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, la definizione del modello da utilizzare per gli accordi bilaterali obbligatori in materia di mobilità sanitaria interregionale. Il Comitato LEA, nella riunione del 20 maggio 2025, ha approvato il modello e, con nota prot. n. 00014686 del 20 giugno 2025, lo ha trasmesso al Ministero della Salute.

Tale modello individua contenuti minimi comuni, volti ad assicurare omogeneità nella regolazione dei rapporti tra Regioni, ma lascia la possibilità per le parti di integrare lo schema in relazione alle specifiche esigenze rilevate nei rispettivi contesti, al fine di coniugare il necessario

coordinamento nazionale con l'autonomia programmatoria regionale e con la concreta lettura dei flussi di mobilità sanitaria interessati dall'Accordo.

In questo contesto, la Regione Marche ha provveduto da subito all'espletamento delle diverse attività propedeutiche alla definizione degli accordi di confine e, in particolare, ha svolto una approfondita analisi dei dati presenti nella banca dati regionale relativi alla mobilità attiva e passiva nei confronti delle Regioni di confine in un arco temporale rappresentativo per consentire un adeguato studio del fenomeno.

La Regione Umbria, con nota acquisita al prot. 1127862/SALU/2025, ha richiesto al Dipartimento Salute della Regione Marche di valutare l'opportunità di stipulare un accordo bilaterale nell'ambito della mobilità sanitaria.

La Regione Marche, con nota prot. 1616758/SALU/2025, sulla base delle verifiche istruttorie effettuate sui dati regionali disponibili, ha trasmesso una prima proposta di Accordo, integrata successivamente, tramite nota prot. 548372/SALU/2026, con una disposizione finalizzata a garantire un tempestivo accesso all'assistenza emergenziale per patologie tempo-dipendenti ai residenti del Comune di Cantiano.

Successivamente al confronto con il Comitato LEA ed a seguito di vari incontri avvenuti tra le due Regioni, con nota prot. n. 41691393/SALU del 29/07/2026 la Regione Marche ha trasmesso la versione definitiva dell'Accordo, a cui la Regione Umbria ha dato riscontro positivo con nota prot. n. 1052625/SALU del 30/07/2026.

L'Accordo, ispirato ai principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, tiene conto, da un lato della libertà di scelta del luogo di cura e, dall'altro, della necessità di una programmazione sanitaria che garantisca il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dei diversi Sistemi Sanitari Regionali. Riguardo quest'ultimo aspetto, viene prevista una specifica regolamentazione per l'attività erogata dalle strutture private accreditate, nel rispetto di quanto previsto dall' articolo 15, comma 14 del decreto-legge 95/2012 e dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015.

Lo schema risponde pertanto all'esigenza di disciplinare in modo condiviso i rapporti tra i due sistemi sanitari regionali in materia e individua un quadro regolatorio volto a garantire ai cittadini le necessarie forme di assistenza, anche quando l'erogazione delle prestazioni avviene al di fuori della Regione di residenza. L'Accordo, infatti, si inserisce in un più ampio percorso di governo della mobilità sanitaria, volto a migliorare l'accessibilità ai servizi e il livello di autosufficienza dell'offerta nella Regione di residenza dell'assistito, riducendo, ove possibile, la mobilità evitabile. In tale prospettiva, i tetti economici e i meccanismi di regolazione tariffaria costituiscono strumenti funzionali al monitoraggio dei fenomeni di mobilità, all'appropriatezza delle prestazioni e alla sostenibilità complessiva del sistema.

Particolare rilievo assume, infine, la disciplina dedicata al soccorso sanitario dei residenti del Comune di Cantiano, che tiene conto della peculiare collocazione geografica del territorio e della maggiore prossimità del presidio ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino rispetto ad altri ospedali sede di DEA della Regione Marche.

Con il presente atto, pertanto, si propone l'approvazione dell'"Accordo bilaterale di confine 2026/2028 per il governo della mobilità sanitaria tra la Regione Marche e la Regione Umbria" (Allegato 1), composto dai seguenti Allegati tecnici:

- Allegato A “Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle categorie SDO”;
- Allegato B “Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle categorie specialistica ambulatoriale”;
- Allegato C “Soccorso sanitario ai residenti del Comune di Cantiano”.

Esito dell’istruttoria

Per quanto sopra esposto si propone che la Giunta regionale deliberi quanto previsto nel dispositivo.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell’art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il responsabile del procedimento
Alessandro Mengoni
Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE SPESA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell’atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.
Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell’attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell’art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il dirigente del Settore
Alessandro Mengoni
Documento informatico firmato digitalmente

VISTO DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE SANITA’ E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il sottoscritto, considerato il documento istruttorio e il parere reso dal dirigente del Settore Spesa Sanitaria e Sociosanitaria, ai sensi dell’articolo 4, comma 5, della LR n. 18/2021, appone il proprio “Visto”.

Il dirigente della Direzione
Filippo Masera
Documento informatico firmato digitalmente

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.
Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il direttore del Dipartimento
Antonio Draisci
Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALESSANDRO MENGONI (responsabile procedimento)
ALESSANDRO MENGONI (dirigente del settore spesa sanitaria e sociosanitaria)
FILIPPO MASERA (dirigente della direzione sanità e integrazione sociosanitaria)
ANTONIO DRAISCI (direttore del dipartimento salute)
FRANCESCO NOCELLI (segretario di giunta)
FRANCESCO ACQUAROLI (presidente)

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO

Allegato 1-Accordo di confine Marche_Umbria .pdf - C6A2887F6ECF21098E637ED5005608EC2ADE39969CF515A0CE00C6EEF33B2D19
Allegato A.pdf - D00DD4E78588EB0C1BACBE280E449DE5894767F3941DD80BCAE7FC1A458C6FBB
Allegato B.pdf - 2DC226536C8AD115EF7917A00E0B5808BEB41D6D502254CE46C30C7DA6CDC442
Allegato C.pdf - 18A5642C18A5D3F036C314E8153FF1B9FB4DA8A81BD0B6DB063939792E171C19

ALLEGATO 1

ACCORDO BILATERALE, AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 320 L. n. 207/2024, TRA REGIONE MARCHE E REGIONE UMBRIA PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA E DELLE CORRELATE RISORSE FINANZIARIE ANNI 2026/2028

PREMESSO CHE:

- il Ministero della Salute ha predisposto il modello per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali tra le Regioni, volto al governo della mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 1, comma 320, della legge 207/2024, per gli anni 2026/2028, che individua 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" ed 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); 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 dall'Accordo di compensazione della mobilità interregionale;
- 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 del Modello di 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 e ad inserire tale previsione negli accordi/contratti di budget ex articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. che le stesse stipulano con i propri erogatori accreditati;
- 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 della 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";
- le Regioni, al fine di garantire l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga prevista dal decreto-legge 95/2012, articolo 15, comma 14, devono adottare misure alternative volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione previsti dal decreto-legge n. 95/2012, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78. Resta ferma la necessità di prevedere tetti per l'alta specialità e alta complessità anche con riferimento specifico alle prestazioni che presentano profili di inappropriatezza, anche tenendo conto

della valutazione degli indicatori di esito del PNE, oltreché la previsione di tetti massimi per tutte le altre prestazioni erogate a carico del SSN ai cittadini residenti nelle due regioni/PA stipulanti.

LE 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 il presente Accordo non è soggetto a tacito rinnovo. È fatta salva la facoltà delle regioni/PA 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/provinciali ai cittadini residenti nelle due regioni/province autonome stipulanti.
3. I tetti economici sono annuali e specifici per macrolivello assistenziale (ospedaliera, specialistica ambulatoriale). All'interno dei macrolivelli possono essere individuati tetti economici per specifiche aree/branche che le regioni/PA 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 e comunque concordati tra le due Regioni.
4. Le regioni si impegnano a comunicare ai propri erogatori pubblici e privati accreditati che insistono sul loro territorio dei contenuti del presente accordo. Gli accordi/contratti di budget ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. stipulati per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da erogatori accreditati, dovranno essere resi coerenti con i contenuti del presente accordo.

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

    a. Per le strutture pubbliche il valore della produzione, come definito nell'Allegato "A", relativo a tutti i ricoveri riferibili a:
        - DRG di alta complessità, come classificati 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;
        - Trapianti;
        - Oncologia chirurgica e medica;
        - Grandi ustioni;
        - Traumi ed incidenti stradali;
        - Unità Spinale;

- Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso;
- Neuroriabilitazione;
- DRG potenzialmente inappropriati;
- Altri DRG - DRG di non alta complessità;
- Attività di lungodegenza/riabilitazione.

è vincolato al rispetto del tetto economico massimo annuale determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2024, corrispondente a:

- Complessivi € 5.736.709,52 per i ricoveri della Regione Marche, di cui € 1.934.638,01 soggetto a regressione tariffaria e riferito alle categorie definite nell'Allegato "A";
- Complessivi € 5.848.107,81 per i ricoveri della Regione Umbria, di cui € 2.211.589,07 soggetto a regressione tariffaria e riferito alle categorie definite nell'Allegato "A".

b. Per le strutture private, considerata la necessità per entrambe le Regioni di garantire il rispetto dell'articolo 15, comma 14, del richiamato decreto-legge n. 95/2012 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 574 della legge 208/2015, viene stabilito un tetto economico massimo annuale sia per i ricoveri per acuti con DRG di alta complessità, sia per tutta la restante produzione per acuti di media-bassa complessità e di post acuzie, determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2024.

b.1 Il valore della produzione per acuti dei DRG di alta complessità è il seguente:
- Complessivi € 1.220.411,00 per i ricoveri della Regione Marche;
- Complessivi € 687.033,00 per i ricoveri della Regione Umbria.

b.2 Il valore della produzione di tutti i restanti ricoveri per acuti e di quelli di post-acuzie (lungodegenza - codice disciplina 60, riabilitazione intensiva - codice disciplina 56, neuroriabilitazione - codice disciplina 75) è il seguente:
- Complessivi € 1.368.942,15 per i ricoveri della Regione Marche;
- Complessivi € 702.910,76 per i ricoveri della Regione Umbria.

Per ciascuna Regione, ad un eventuale incremento del valore dei ricoveri attribuiti a DRG di alta complessità oltre il tetto specificato al punto "b.1" dovrà corrispondere un pari decremento del valore dei restanti ricoveri per acuti e di quelli di post-acuzie rispetto al tetto specificato al punto "b.2", ai fini del rispetto del tetto complessivo determinato dalla sommatoria dei valori economici di cui ai punti "b.1" e "b.2". Non può essere superato il valore dei restanti ricoveri per acuti e di quelli di post-acuzie rispetto al tetto specificato al punto "b.2", anche a fronte di un decremento del valore dei ricoveri attribuiti a DRG di alta complessità.

6. Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda quanto segue:

a. Tutta la produzione, compresa quella definita nell'allegato "B" e relativa a branca della medicina nucleare, dialisi ed attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo annuale determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2024, corrispondente a:

per la **Regione Marche**:

- Complessivi € 845.610,60 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche, di cui € 777.275,61 soggetto a regressione tariffaria e riferito alle categorie escluse dall'Allegato "B";
- Complessivi € 99.567,90 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private.

per la **Regione Umbria**:

- Complessivi € 1.132.485,04 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche, di cui € 625.717,26 soggetto a regressione tariffaria e riferito alle categorie escluse dall'Allegato "B";
- Complessivi € 510.779,75 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private.

7. Non sono incluse nel presente accordo prestazioni Extra-LEA che, pertanto, non verranno remunerate dalla regione debitrice se erogate in mobilità. Durante la vigenza del presente Accordo, i tetti economici potranno essere rideterminati, previo consenso di entrambe le parti, mediante specifica modifica o integrazione 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 possono essere utilizzate le ulteriori valorizzazioni previste dall' "Accordo per la compensazione della mobilità interregionale - regole tecniche" delle rispettive annualità di riferimento.
2. Con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si applicano le tariffe del DM 25 novembre 2024. I codici delle prestazioni oggetto di scambio in mobilità e oggetto del presente Accordo sono quelli afferenti ai nomenclatori nazionali.
   Le regioni, ai fini degli addebiti delle annualità 2026/2028, provvederanno ad aggiornare l'Allegato "B" in coerenza con il nomenclatore tariffario di cui al DM 25 novembre 2024.
3. 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.

ART. 4

RISPETTO DEL TETTO ECONOMICO

1. Le Regioni/PA concordano che i tetti economici stabiliti nell'articolo 2 rappresentano il limite massimo riconoscibile nel presente accordo. 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., in caso di superamento dei tetti economici previsti dal presente Accordo, per l'anno di riferimento, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria: in caso di sforamento del tetto concordato, la produzione eccedente superiore al 5% dello stesso tetto non sarà remunerata, quella entro il 5% dello stesso tetto è valorizzata al 40% della corrispondente tariffa.

Tale regressione tariffaria è da considerarsi al netto:

a) delle seguenti prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture pubbliche, come definito nell'allegato "A":
   - DRG di alta complessità, come classificati 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;
   - Trapianti;
   - Oncologia chirurgica e medica;
   - Grandi ustioni;
   - Traumi ed incidenti stradali;
   - Unità Spinale (codice disciplina 28);
   - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso;

b) Delle seguenti prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e private, come definito nell'allegato "B":
   - branca della medicina nucleare
   - dialisi
   - attività oncologica di chemioterapia e radioterapia;

3. Sono altresì escluse dal predetto meccanismo di regressione tariffaria, esclusivamente per la Regione Umbria, le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale derivanti da accessi in urgenza – codici rossi o arancioni – presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino dell'USL Umbria 1 erogati ai residenti del Comune di Cantiano (PU), come dettagliato nell'allegato "C".

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/PA garantisce, a norma di legge, un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate sul proprio territorio, e 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

4. 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/PA applica agli erogatori del proprio territorio, è istituita apposita Commissione composta da personale sanitario e nello specifico da tre componenti, di cui due indicati dalle due Regioni/PA stipulanti e un rappresentante di Agenas. I tre componenti sono nominati entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, con formale insediamento della Commissione. La Commissione redige e approva, entro 30 giorni dall'insediamento, 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. Il Regolamento deve prevedere un meccanismo decisionale a

maggioranza dei componenti circa l'esito degli accertamenti analitici. La Commissione composta dai tre referenti indicati ha il compito di procedere alla stesura delle linee operative dei controlli (modalità, tempi e dettaglio dei controlli) e della valutazione degli esiti dei controlli, mentre l'esecuzione dei controlli stessi, indicati nelle linee operative sono demandati alle risorse interne delle rispettive Regioni che già provvedono ai controlli esterni.

5. La Commissione 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/PA, 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 finanzia pubblica.
6. Le Regioni/PA 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

7. 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.
8. I controlli analitici sui ricoveri dovranno avvenire sia con campionamento mirato che con campionamento casuale, a seconda degli eventi d'interesse della Commissione 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%.
9. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriatezza quali-quantitativamente rilevanti individuati dalle regioni/PA stipulanti, i controlli, possono essere estesi fino al 100% della produzione.

Controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale

10. La Commissione, mediante il *Regolamento dei Controlli su mobilità*, definisce 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

11. 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;
    - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è prevista l'esclusione totale dal diritto della remunerazione in caso di prestazioni mancanti della dovuta documentazione o erogate in maniera non appropriata;

- 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/PA 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/PA 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, comprensivo 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 Marche

Per la Regione Umbria

ALLEGATO A

ALLEGATO TECNICO - RIEPILOGO DEI CRITERI UTILIZZATI PER LA DEFINIZIONE DELE CATEGORIE SDO

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

ATTIVITÀ NON SOGGETTA A REGRESSIONE TARIFFARIA (STRUTTURE PUBBLICHE)

01 – DRG di alta complessità

SDO con DRG di Alta Complessità (come definiti dal Testo Unico).

02 - 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)

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

Questi ricoveri sono al netto di quelli già compresi nella precedente categoria 01– DRG di alta complessità e al netto della categoria 09 – DRG potenzialmente inappropriati.

03 - Oncologia chirurgica e medica

SDO con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9 compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

04 - Grandi ustioni

Dimessi dalle discipline 46, 47 compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

05 - Traumi ed incidenti stradali

SDO con campo “Traumatismi o intossicazioni” compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

06 – Unità spinale

Valorizzazione delle giornate consumate nella disciplina 28, compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

07 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso

SDO con campo “Tipo ricovero” 2, compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

ATTIVITÀ SOGGETTA A REGRESSIONE TARIFFARIA (STRUTTURE PUBBLICHE)

08 – Neuroriabilitazione

Valorizzazione delle giornate consumate nella disciplina 75, compilato al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

09 - 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 e anche questa categoria è compilata al netto di quelle già comprese nelle categorie 03, 04, 05, 06, 07 e 08.

Sono esclusi: tutti i ricoveri ordinari urgenti.

10 - Altri DRG - DRG di non alta complessità

Tutte le restanti SDO acute di mobilità extraregionale al netto di quelle già comprese nelle categorie precedenti.

11 - Attività di lungodegenza/riabilitazione

Valorizzazione delle giornate consumate nelle discipline 56, 60 al netto di quelle già comprese nelle categorie.

ALLEGATO B

ALLEGATO TECNICO - RIEPILOGO DEI CRITERI UTILIZZATI PER LA DEFINIZIONE DELE CATEGORIE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ATTIVITÀ NON SOGGETTA A REGRESSIONE TARIFFARIA

01 – MEDICINA NUCLEARE

88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA
92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI
92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI,
92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI
92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE
92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE
92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE
92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE,
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO
92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY
92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E

	DOPO STIMOLO
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO
92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE
92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO
92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE
92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA
92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI,
92.09.8	STUDIO CON LEUCOCITI RADIOMARCATI
92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO
92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO
92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI
92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)
92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)
92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)
92.11.8	SCINTIGRAFIA CEREBRALE RECETTORIALE Studio nuclei della base
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI
92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA
92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE
92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI
92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE
92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE

92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE
92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)
92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY
92.19.7	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI
923010	STUDIO FISICO DOSIMETRICO SU CURVA DI CAPTAZIONE PER IPERTIROIDISMO

02 - DIALISI

38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE
39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO
39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE
39.95.8	EMOFILTRAZIONE
39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA
54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE
97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE

03 – ATTIVITÀ ONCOLOGICA DI CHEMIOTERAPIA

03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI

99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE,

04 - ATTIVITÀ ONCOLOGICA DI RADIOTERAPIA

38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC
38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM
92.21.1	ROENTGENTERAPIA
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA
92.24.A	TOMOTERAPIA
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE
92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA
92.24.5	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (CRANICA ED EXTRACRANICA) PRIMA SEDUTA
92.24.6	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (CRANICA ED EXTRACRANICA)
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI FISSI E/O DI MOVIMENTO PER TECNICHE CON MODULAZIONE D'INTENSITA' (PER SEDUTA)
92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE (per seduta)
92.24.9	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI FISSI E/O DI MOVIMENTO PER TECNICHE 3D (PER SEDUTA)
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)
92.25.3	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TOTAL BODY)
92.25.4	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TOTAL BODY)
92.25.5	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO
92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA
92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO
92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI
92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI
92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI

92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI
92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
92.29.A	RADIOTERAPIA GUIDATA DA IMMAGINI [IGRT] per seduta e per focolaio trattato IN TECNICA 3DCRT
92.29.C	RADIOTERAPIA CON GATING RESPIRATORIO per seduta e per focolaio trattato
92.29.D	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE)
92.29.E	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (sedute succ alla V)
92.29.G	FUSIONI DI IMMAGINI (RM, TC/PET, VOLUMI BIOLOGICI, VOLUMI MOLECOLARI) CON TC DI PIANIFICAZIONE
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO
92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO
92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI
92.30.1	STUDIO FISICO DOSIMETRICO PER BRACHITERAPIA
92.30.2	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC
92.30.3	STUDIO FISICO DOSIMETRICO SU SCANSIONI TC CON INVERSE PLANNING PER IMRT
92.30.4	CONTROLLO FISICO DELL'ACCURATEZZA DOSIMETRICA, GEOMETRICA
92.30.5	ELABORAZIONE DI SEQUENZE DI IMMAGINI DIAGNOSTICHE
92.30.6	STUDIO FISICO DOSIMETRICO E LOCALIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA
92.30.7	STUDIO FISICO DOSIMETRICO TBI, TSEI
92.30.8	STUDIO FISICO DOSIMETRICO HBI
92.30.9	CONTROLLO DEL SET UP
92.31.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON ECOGRAFIA
92.31.2	DEFINIZIONE TARGET
92.31.3	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI 3D PER RADIOTERAPIA
92.31.4	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI 3D PER RADIOTERAPIA A MODULAZIONE
92.31.5	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC
99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE

ALLEGATO C

SOCCORSO SANITARIO AI RESIDENTI DEL COMUNE DI CANTIANO

1. Le prestazioni di emergenza-urgenza che richiedono il trasporto in ambulanza di assistiti soccorsi nel territorio del Comune di Cantiano, a seguito della valutazione della C.O. 118 di Pesaro in termini di opportunità organizzativa e di appropriatezza clinica, saranno trasportati verso il presidio ospedaliero di Gubbio-Gualdo Tadino (sede di DEA di I livello) dell'ASL Umbria l in considerazione della minore distanza dagli altri Ospedali sede di DEA della Regione Marche. La missione di soccorso sarà gestita dalla C.O. 118 di Pesaro che provvede a far intervenire il mezzo di soccorso più idoneo per garantire il tempestivo soccorso.
2. In caso di intervento, nell'ambito del territorio del Comune di Cantiano, in cui si prospetti la necessità di ricovero per patologie trattabili presso l'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino la Centrale Operativa 118 di Pesaro:
   a) Informa il Pronto Soccorso di Gubbio-Gualdo Tadino dell'arrivo dell'assistito, fornendo tutte le informazioni necessarie alla gestione del paziente;
   b) informa tempestivamente la Centrale C.O.U.R. dell'Umbria del fatto che un'ambulanza sta transitando nel territorio umbro;
   c) nel caso reputi opportuno l'intervento di mezzi mobili dell'ASL Umbria 1 trasmette tutte le informazioni necessarie alla C.O.U.R. dell'Umbria che assume la responsabilità e gestione dell'eventuale trasporto sanitario;
   d) provvede all' eventuale trasporto in dimissione di pazienti marchigiani ricoverati presso l'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino che, a seguito della valutazione dell'U.O. di dimissione, risultino non poter viaggiare con i comuni mezzi di trasporto, sulla base della sola richiesta (tramite modulo Richiesta Trasporto Sanitario) prodotta dalla U.O. che ha in cura l'assistito. Tali trasporti si intendono autorizzati senza necessità dell'attestazione da parte del Direttore del Distretto di residenza dell'assistito, prevista dalla DGR Marche n. 301/17 per i trasporti extraregionali.
3. La C.O. 118 di Pesaro e la C.O.U.R. dell'Umbria, provvederanno a redigere congiuntamente le procedure operative necessarie alla concreta attuazione di quanto sopra.
4. Gli aspetti economici, relativi alle prestazioni erogate tra le Parti, vengono regolati secondo quanto previsto in materia di compensazione interregionale della mobilità sanitaria, nonché sulla base dell'accordo bilaterale, ai sensi dell'art. 1 co. 320 l. n. 207/2024, tra Regione Marche e Regione Umbria per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie.