



ACCORDO PER IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA

REGIONE ABRUZZO

E

REGIONE MOLISE

ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024,

ACCORDO BILATERALE TRA REGIONE ABRUZZO e REGIONE MOLISE PER IL
GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA E DELLE CORRELATE RISORSE FINANZIARIE
ANNI 2025 - 2027
(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 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, 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. 321 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;

- che, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle Regioni e PP.AA., il termine "vincolante" sia riferito alla tipologia di contenuto e non alla specifica declinazione proposta del medesimo nel modello, che potrebbe non corrispondere alle specificità delle relazioni fra le due regioni contraenti e rischierebbe di impedire la sottoscrizione di un accordo valido, con questo violando le norme succitate;

- 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 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".

Il presente accordo viene sottoscritto fra le due regioni anche nella volontà di incrementare la capacità dei singoli sistemi sanitari regionali di rispondere ai fabbisogni dei propri cittadini, condividendo, altresì, di agire nello spirito di tutelare le attività di riferimento e l'alta specialità, considerandole un elemento di tutela e garanzia per i pazienti.

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 il presente 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 livello assistenziale (ospedaliera, specialistica ambulatoriale). All'interno dei livelli possono essere 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.

Matrice Mobilità 2023

Abruzzo vs Molise

Descrizione Flusso	Crediti	Crediti
	Molise vs Abruzzo [in €]	Abruzzo vs Molise [in €]
A Ricoveri ospedalieri e day hospital	4.820.346	16.315.406
B Medicina generale	50.823	49.089
C Specialistica ambulatoriale	4.191.647	2.860.997
D Farmaceutica	135.944	274.263
E Cure termali		3.746
F Somministrazione diretta di farmaci	552.615	3.146.060
G Trasporti con ambulanza ed elisoccorso		77.030
Totale	9.751.375	22.726.591

Matrice Mobilità 2024

Abruzzo vs Molise

Descrizione Flusso	Crediti	Crediti
	Molise vs Abruzzo [in €]	Abruzzo vs Molise [in €]
A Ricoveri ospedalieri e day hospital	5.140.440	15.913.468
B Medicina generale	49.560	41.653
C Specialistica ambulatoriale	4.554.594	2.788.019
D Farmaceutica	177.269	553.532

E Cure termali		14.477
F Somministrazione diretta di farmaci	342.515	3.577.366
G Trasporti con ambulanza ed elisoccorso		86.782
Totale	10.264.378	22.975.297

a) Relativamente alle attività di **ricovero ospedaliero** si concorda quanto segue:

- Per la Regione Molise, in considerazione del dato registrato nell'anno 2024, è fissato un tetto di spesa della mobilità sanitaria verso l'Abruzzo pari a [€ 5.748.188].

<i>Descrizione</i>	<i>Dimessi n.</i>	<i>Importo €</i>
Non A Tetto	1.749	€ 10.165.281
02 - Attività Oncologica	16	€ 87.020
04 - Traumi Ed Incidenti Stradali	88	€ 228.694
05 - DRG di Alta Complessità	488	€ 6.503.768
07 - Ricovero Urgente	1.149	€ 3.339.661
07 - Pronto Soccorso	8	€ 6.138
A TETTO	2.530	€ 5.748.188
ALTRI RICOVERI (A TETTO)	2.530	€ 5.748.188
Totale Complessivo	4.279	€ 15.913.468

- Per la Regione Abruzzo, in considerazione del dato registrato nell'anno 2024, è fissato un tetto di spesa della mobilità sanitaria verso il Molise pari a [€ 2.093.909].

<i>Descrizione</i>	<i>Dimessi n.</i>	<i>Importo €</i>
Non A Tetto	329	€ 3.046.531
02 - Attività Oncologica	4	€ 14.114
04 - Traumi Ed Incidenti Stradali	1	€ 333
05 - DRG di Alta Complessità	159	€ 2.511.080
07 - Ricovero Urgente	165	€ 521.004
A TETTO	750	€ 2.093.909
ALTRI RICOVERI (A TETTO)	750	€ 2.093.909
Totale complessivo	1.079	€ 5.140.440

Sono escluse dal tetto di spesa le prestazioni di Alta Complessità, Urgenze e Pronto Soccorso come classificati in base all'Accordo di compensazione della mobilità interregionale e delle relative regole tecniche di applicazione.

b) Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda quanto segue:

- Per la Regione Molise, in considerazione del dato registrato nell'anno 2024, è fissato un tetto di spesa della mobilità sanitaria verso l'Abruzzo pari a [€ 2.788.019].
- Per la Regione Abruzzo, in considerazione del dato registrato nell'anno 2024, è fissato un tetto di spesa della mobilità sanitaria verso il Molise pari a [€ 4.554.594].

4. Sono escluse dal tetto di spesa le prestazioni che rientrano nell'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, così come per la branca della medicina nucleare e della dialisi.

Sono, altresì, escluse dal presente accordo le prestazioni rese nell'ambito delle reti territoriali regionali nonché dei sistemi di emergenza e delle reti per le patologie tempo dipendenti, per le quali si rinvia ad ulteriori accordi da sottoscrivere tra le due regioni. In particolare, sono rimesse a specifici accordi e dunque escluse dal presente, le prestazioni rese:

- dal Molise in favore dei pazienti abruzzesi:

- nell'ambito dei servizi territoriale (Case di Comunità; Ospedali di Comunità; presidi di CA...) presenti nei comuni afferenti i confine amministrativo delle due regioni;
 - nell'ambito della *rete ictus*, di cui al Decreto del commissario ad acta per la Sanità del Molise 100/2025 (Al riguardo, si richiama la nota del Comune di Roccaraso acquisita al protocollo della Ragione Molise n. 161540/2025);
 - [...]
- dall'Abruzzo in favore dei pazienti molisani:
- [...]
 - nell'ambito della *rete trauma*, di cui al Decreto del commissario ad acta per la Sanità del Molise 180/2025, per l'integrazione - in assenza di un DEA di II livello - dell'Ospedale "Santo Spirito" di Pescara;
5. Nel presente accordo non sono incluse prestazioni extra-LEA, che pertanto non possono essere remunerate dalla regione debitrice se erogate in mobilità.
6. 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.
7. Le parti concordano di prevedere eventuali ulteriori opportune regolamentazioni.

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" e le ulteriori valorizzazioni eventualmente evidenziate nel presente Accordo.
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 ovvero preventivamente condivise dalla due Regioni.
3. Il presente accordo riporta la valorizzazione complessiva secondo le tariffe nazionali e la valorizzazione complessiva secondo le tariffe effettivamente utilizzate nel presente accordo.
4. Le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale tengono conto, per i privati accreditati, dei contratti sottoscritti e delle altre previsioni in materia, ai sensi della normativa e della regolamentazione di settore, negli ambiti regionali di rispettiva competenza.

ART. 4 RISPETTO DEL TETTO ECONOMICO

1. Le Regioni 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 dei contratti sottoscritti con le Regioni/ASL di appartenenza.
2. Fermo restando il rispetto del tetto di spesa, 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, al netto delle escluse prestazioni - di alta specialità (alta complessità), delle prestazioni e dei ricoveri in urgenza da pronto soccorso, delle prestazioni che rientrano nella branca della medicina nucleare, la dialisi e l'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia nonché delle ulteriori prestazioni previste di cui all'art. 2, per le prestazioni a tetto, si stabilisce l'applicazione del meccanismo di regressione tariffaria secondo cui in caso di sfioramento del tetto concordato, la produzione eccedente, superiore al 5% dello stesso tetto, non sarà remunerata mentre quella eventualmente eccedente entro il 5% sarà valorizzata al 50% 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, 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

1. 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, è istituita apposita Commissione composta da personale sanitario e nello specifico da tre componenti, di cui due indicati dalle due Regioni 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, il *Regolamento dei Controlli su mobilità*. Il Regolamento deve prevedere un meccanismo decisionale a maggioranza dei componenti circa l'esito degli accertamenti analitici.
2. 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, 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.
3. 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

4. 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 inappropriatelyzza di cui al Patto per la Salute 2010-2012.
5. 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%.
6. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriatelyzza quali-quantitativamente rilevanti individuati dalle regioni stipulanti, i controlli, possono essere estesi fino al 100% della produzione.

Controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale

7. 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

8. Gli esiti dei controlli sono stabiliti dalla Commissione paritetica/*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 verranno 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 o non corrispondenti alle condizioni di erogabilità o appropriatezza;

- 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:
 - Invio – 3 mesi di attività – entro il 31 maggio;
 - Invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
 - Invio – 9 mesi di attività – entro il 30 novembre;
 - 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 novembre 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 Abruzzo

Per la Regione Molise
