



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**REGIONE CALABRIA**

**Oggetto:** Accordo di regolazione della mobilità sanitaria tra Regione Calabria e Regione Emilia-Romagna ai sensi del comma 8 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992

**Codice Proposta: 86118**

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

## IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTO** l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2025, acquisita al protocollo con n. 838201 del 04/11/2025, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 fermo restando la procedura in corso di cui al secondo e terzo periodo del medesimo comma 88;

**VISTA** la suddetta delibera del Consiglio dei Ministri con la quale si sono confermati i contenuti del mandato commissoriale affidato con la deliberazione del 4 novembre 2021, come integrato con deliberazione del 23 dicembre 2021;

**VISTA** la sopra richiamata delibera del Consiglio dei Ministri con la quale è stata confermata la nomina dei subcommissari Dott. Ernesto Esposito e Ing. Iole Fantozzi di cui alle deliberazioni del 23 dicembre 2021, del 22 giugno 2022 e del 18 settembre 2023;

### **VISTI**

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, avente ad oggetto il (*riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*);
- il Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante (*disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*);
- la Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, della Regione Calabria, avente ad oggetto “Piano Regionale per la Salute 2004-2006”, la quale, all’art. 18, stabilisce che (*i rapporti tra il servizio sanitario regionale e gli enti di ricerca per le attività assistenziali, sono definiti tra la regione, l’azienda sanitaria e quelle ospedaliere e gli enti medesimi attraverso appositi protocolli d’intesa dai contenuti previsti dal precedente articolo, in quanto applicabili*).
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 162 del 18 novembre 2022 avente ad oggetto (*Approvazione programma operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell’art. 2 c. 88, della L. 23/12/2009 n. 191 e smi*);
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. 40 del 25 gennaio 2023 avente ad oggetto (*Modifica/ integrazione DCA n. 162 del 18 novembre 2022 - Approvazione programma operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell’art. 2 c. 88, della L. 23/12/2009 n. 191 e smi*);
- L’Articolo 19 del Patto per la Salute 2010–2012, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 (*Rep. N. 243/CSR*), il quale prevede che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:
  - evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
  - favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all’ambito territoriale regionale;

- individuare meccanismi di controllo tesi a prevenire l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda;
- L'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (*legge di stabilità 2016*), il quale – modificando l'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (*convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135*) – prevede che le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 sopra richiamato;
- L'art. 1, c. 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (*legge di stabilità 2016*) il quale prevede che a decorrere dall'anno 2016 al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (*Atto Rep. 82/CSR*), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dall'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (*convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135*). Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad 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 di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
- La Scheda n. 4 “*Mobilità sanitaria*” del Patto per la Salute 2019-2021, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 18 dicembre 2019 (*Rep. N. 209/CSR*);
- L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, come modificato dall'art. 1. Comma 321 della L. 207/2024, il quale stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.
- L'art. 1, c. 319 e 320 della L. n. 207 del 30 dicembre 2024 che dispongono che è fatto obbligo a ciascuna regione e a ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano di sottoscrivere accordi bilaterali, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni e province autonome con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.
- L'art. 1 c. 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;

**CONSIDERATO che**

- Regione Calabria ha registrato nel tempo saldi passivi significativi di mobilità sanitaria, anche in relazione alle condizioni di riduzione delle capacità produttive correlate alla condizione di regione Commissariata, condizione che ha portato ad una riduzione molto importante degli organici dall’inizio del commissariamento al 2021, e che dal 2022 si è osservato un incremento della capacità produttiva;
- Gli accordi di mobilità con regioni caratterizzate da rilevante mobilità attiva, quale la regione Emilia-Romagna, rispondono anche all’esigenza di individuare strumenti condivisi di governo di tale fenomeno;
- Il Presidente della Regione Emilia-Romagna ha manifestato la disponibilità ad avviare un percorso comune per arrivare alla sottoscrizione di un accordo che risponda alle esigenze di governo e tendenziale riduzione della mobilità, manifestate da regione Calabria e a quelle di valorizzazione delle attività di eccellenza che si realizzino nelle strutture pubbliche;
- Sulla base dell’analisi dei dati di mobilità sanitaria interregionale tra la Regione Emilia-Romagna e le Regioni Calabria effettuata dai funzionari dirigenti delle Regioni in vari incontri, si è giunti alla condivisione di criteri per la definizione dei parametri sui quali costruire l’Accordo tra le due Regioni e conseguentemente al perfezionamento dell’accordo, provvedendo alla stesura congiunta dello stesso;
- Lo schema di accordo predisposto concordemente tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Calabria è conforme ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture pubbliche e private accreditate il compito di assicurare l’appropriatezza e la qualità delle cure, nonché il rispetto del D.L. n. 95/15 e s.m.i.;
- Ciascuna regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell’assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi, perseguitando gli obiettivi di gestione della mobilità e di qualificazione dell’offerta.

**VISTO** il contenuto dello schema di accordo – allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione - che esplicita l’ambito della collaborazione, individua i compiti di ciascun ente sottoscrittore e fissa i criteri per i controlli dei volumi di attività e dei relativi corrispettivi e le modalità di gestione e monitoraggio dell’Accordo medesimo, rendendolo pertanto immediatamente operativo;

**FATTO SALVO** il principio essenziale ed ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale, ribadito dalla L.R. n. 11/2004 e successive modifiche, della portabilità dei diritti e della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, nell’ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;

**DATO ATTO** che con l’accordo di mobilità di cui trattasi, la Regione Calabria e la regione Emilia-Romagna nell’ambito delle rispettive competenze tecniche, scientifiche e istituzionali, intendono sviluppare e disciplinare un rapporto triennale di governo della mobilità sanitaria fra le due regioni;

**VALUTATO** positivamente il quale prevede una validità di tre anni a partire dalla data di sottoscrizione;

**RITENUTO** pertanto di approvare lo schema di accordo di mobilità tra Regione Calabria e Regione Emilia-Romagna (*Allegato 1*);

**VISTO** il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell’Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7;

Tutto quanto premesso, sulla base delle attestazioni sopra riportate, da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, Dott. Roberto Occhiuto;

## **DECRETA**

**DI RITENERE** quanto riportato tra i considerati parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

**DI APPROVARE** lo schema di accordo di mobilità tra Regione Calabria e Regione Emilia-Romagna (*Allegato 1*), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**DI INVIARE** il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale *“Piani di Rientro”*;

**DI NOTIFICARE** il presente provvedimento alla Regione Emilia-Romagna;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Salute e Welfare per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11, art.20 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

**AVVERSO** il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

**II Sub Commissario  
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e  
s.m.i.)

**II Sub Commissario  
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

*DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE*

*SETTORE 7 -ASSISTENZA TERRITORIALE – SALUTE NELLE CARCERI – SISTEMA DELLE  
EMERGENZE-URGENZE*

Il responsabile del procedimento.)  
**FRANCESCO LUCIA**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

*Il Dirigente del settore 7 -assistenza territoriale –  
salute nelle carceri – sistema delle emergenze-  
urgenze*

**LUCIA FRANCESCO**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Dirigente Congiunto  
**CALABRÒ TOMMASO**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

Il Dirigente Generale  
**CALABRÒ TOMMASO**

(con firma digitale)  
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**(Allegato 1)**

**ACCORDO BILATERALE TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E REGIONE CALABRIA PER IL  
GOVERNO DELLA MOBILITÀ 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). Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad 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 di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
- La Scheda n. 4 “Mobilità sanitaria” del Patto per la Salute 2019-2021, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 18 dicembre 2019 (Rep. N. 209/CSR);
- L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, come modificato dall' art. 1. Comma 321 della L. 207/2024, il quale stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005;
- L'art. 1, c. 319 e 320 della L. n. 207 del 30 dicembre 2024 che dispongono che è fatto obbligo a ciascuna regione e a ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano di sottoscrivere accordi bilaterali, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e

- delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni e province autonome con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- L'art. 1 c. 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 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";

Il presente accordo viene sottoscritto fra due regioni con caratteristiche molto diverse in termini di dimensioni e caratteristiche del sistema sanitario: in particolare su Regione Calabria ha impattato in modo rilevante la condizione di regione commissariata, con una riduzione del 24% degli addetti, tetti vincolanti su tutti i fattori produttivi. Solo dal 2022 la tendenza si è invertita, e la necessità di meglio governare, in accordo con le regioni verso le quali tradizionalmente si muovono i suoi cittadini, è legata anche alle incrementate capacità del sistema calabrese di rispondere ai fabbisogni dei suoi cittadini. Le due regioni condividono altresì di agire nello spirito di tutelare le attività di riferimento ed effettiva alta specialità, considerandole un elemento di tutela e garanzia per i pazienti affetti dai quadri più complessi da affrontare;

Nello specifico

### **LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO**

#### **ART. 1**

##### **DURATA, RECESSO E RINNOVO DELL'ACCORDO**

1. Il presente Accordo ricomprende l'arco temporale 1° novembre 2025 - 31 dicembre 2027. 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 (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale). All'interno dei livelli possono essere individuati tetti economici per specifiche 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 o comunque concordati fra le due regioni.
4. Le regioni si impegnano ad informare le proprie strutture e le strutture private accreditate che insistono sul loro territorio dei contenuti del presente accordo. Si impegnano inoltre a non autorizzare i propri professionisti a svolgere attività libero-professionale intramoenia allargata o extramoenia nella regione controparte e a richiedere alle strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio di comunicare lo svolgimento di attività ambulatoriali o in regime di ricovero da parte di loro professionisti, compresi i liberi professionisti, nella regione controparte.
5. Le regioni si impegnano altresì a mettere in campo interventi e meccanismi volti a ridurre il flusso dei pazienti in mobilità, in particolare da regione Calabria a regione Emilia-Romagna: in particolare regione Calabria rafforzerà gli interventi volti a rafforzare la propria offerta pubblica, anche in relazione all'uscita dal commissariamento, e regione Emilia-Romagna a rendere attivi i meccanismi di indirizzo di pazienti calabresi alle strutture della loro regione dalle strutture pubbliche emiliano-romagnole cui si siano rivolti per una prima valutazione. A tal fine verranno individuate strutture e meccanismi semplificati da regione Calabria e i corrispondenti da regione Emilia-Romagna, al fine di realizzare pienamente e congiuntamente i contenuti del presente accordo.
6. Le regioni si impegnano a prevedere vincoli idonei, verso i produttori pubblici e privati accreditati, alla programmazione della distribuzione nell'anno delle attività oggetto del presente accordo, in modo da contrastare fenomeni di interruzione delle attività stesse.
7. Le regioni si impegnano altresì a vigilare affinché la gestione dell'accesso alle prestazioni, segnatamente rispetto alle liste di attesa, la gestione risponda alle indicazioni nazionali per tutti gli utenti.
8. Relativamente alle attività di ricovero ospedaliero si concorda quanto segue:
  - a. La produzione relativa ai ricoveri riferibili ai *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), ad eccezione dei DRG 471, 491, 496, 497, 498, 519, 520, 544, 545 e 546 prodotti dalle strutture private accreditate, viene così riconosciuta:
    - Al 100% qualora resa da strutture pubbliche.
    - per le strutture private, considerata la necessità per entrambe Regioni di garantire il rispetto dell'articolo 15, comma 14, del richiamato decreto-legge n. 95/2012 e successivi aggiornamenti e all'art. 1, comma 574 della legge 208/2015, e pertanto ad un incremento dei ricoveri attribuiti a DRG di alta complessità oltre il tetto complessivo di cui al punto b dovrà corrispondere un decremento dei

ricoveri attribuiti a DRG di non alta complessità, erogati presso le strutture private della regione controparte.

Il diverso posizionamento dei DRG 471, 491, 496, 497, 498, 519, 520, 544, 545 e 546 fra strutture pubbliche e private accreditate è legato alla analisi degli andamenti e degli specifici codici intervento.

- b. Tutta la restante attività ospedaliera, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva e i DRG 471, 491, 496, 497, 498, 519, 520, 544, 545 e 546 prodotti dalle strutture private, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo annuale, comprensivo delle attività di alta specialità per le strutture private, corrispondente a:

per la **Regione Calabria**:

- Complessivi € 400.000,00 per i ricoveri in strutture pubbliche (salvo quanto previsto al successivo punto 1 dell'articolo 6 circa la rivalutazione in corso d'anno);
- Complessivi € 350.000,00 per i ricoveri in strutture private;

per la **Regione Emilia-Romagna**:

- Complessivi € 11.500.000,00 per i ricoveri in strutture pubbliche (salvo quanto previsto al successivo punto 1 dell'articolo 6 circa la rivalutazione in corso d'anno);
- Complessivi € 9.100.000,00 per i ricoveri in strutture private.

Tenuto conto dell'esiguità del tetto previsto per le strutture pubbliche calabresi, che non permette di mettere in atto strategie compensatorie rispetto ad andamenti anche di lieve sforamento e di come la quasi totalità delle attività si origina a partire da accessi di PS, si concorda di prevedere che un meccanismo di analisi nel caso di sforamenti legati ad un incremento dei ricoveri da PS, volto a prevederne l'eventuale riconoscimento.

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

- a. nessun tetto per prestazioni che rientrano nell'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, così come per la branca della medicina nucleare e della dialisi. Con riferimento a queste attività la produzione sarà riconosciuta fermo restando il rispetto del DL 95/2012. Ciò significa che andrà valutato l'andamento dei volumi al fine di valutare diversi orientamenti in materia di tetti e, relativamente ai volumi storici 2023 in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero, ordinario e diurno, eventuali trasferimenti dal ricovero all'ambulatoriale prevederanno una uguale riduzione del tetto per le attività di ricovero.
- b. L'attività è vincolata al rispetto del tetto economico massimo annuale corrispondente a:

per la **Regione Calabria**:

- Complessivi € 53.500 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche;
- Complessivi € 26.300,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private.

per la **Regione Emilia-Romagna**:

- Complessivi € 2.601.200,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche;
- Complessivi € 216.100,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private;

Tenuto conto dell'estrema esiguità del tetto per le strutture pubbliche di regione Calabria, che non permette la messa in atto di politiche compensatorie, si ritiene che eventuali sforamenti legati ad accessi di PS che incrementino rispetto al dato storico possano essere analizzati ai fini di prevedere un eventuale riconoscimento.

I tetti massimi di spesa indicati nel presente accordo sono annuali. Per l'attività relativa al periodo 1° novembre 2025 – 31 dicembre 2025 il tetto massimo di spesa è pari a 1/6 del tetto indicato.

Non sono incluse nel presente accordo prestazioni extra-LEA, che pertanto non possono essere remunerate dalla regione debitrice se erogate in mobilità.

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.

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

### **ART. 3**

#### **TARIFFE**

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

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

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

### **ART. 4**

#### **RISPETTO DEL TETTO ECONOMICO**

1. Le Regioni concordano che i tetti economici stabiliti nell’articolo 2 rappresentano il limite massimo riconoscibile nel presente accordo. Il presente accordo garantisce 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, al netto delle prestazioni di alta specialità (alta complessità), così come indicate all'art.2, erogate da soggetti pubblici e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che rientrano nella branca della medicina nucleare e la dialisi, e l'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria: in caso di sforamento del tetto concordato per i soggetti privati accreditati, tutta la produzione eccedente viene abbattuta in modo da far rientrare il complesso della produzione nel tetto complessivo ad eccezione di quella di alta specialità che non viene abbattuta, con ciò comportando proporzionali maggiori abbattimenti della restante attività di non alta specialità erogata dalle medesime strutture.

Per le strutture pubbliche, ad eccezione dell'attività di alta specialità che non è sottoposta a tetto e a quanto disposto dalle norme per gli IRCCS, qualora si prospetti il superamento del tetto si procederà ai sensi del punto 1 dell'art. 6.

## 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

3. Al fine di condurre attività di controllo di qualità e appropriatezza sulle prestazioni in mobilità oggetto del presente Accordo, e ferma restando la disciplina sui controlli che ciascuna Regione applica agli erogatori del proprio territorio, è istituita una Commissione paritetica composta da personale sanitario ed amministrativo, i cui componenti sono nominati entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo. Nel caso di posizioni non concordate si provvederà ad insediare un membro aggiuntivo in qualità di Presidente richiedendone il nominativo ad Agenas.

4. 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 finanza pubblica.
5. Le Regioni contraenti si impegnano, con la sottoscrizione del presente Accordo, a non impugnare gli esiti scaturenti dagli accertamenti effettuati dalla Commissione di cui al presente articolo.

#### **Controlli sui ricoveri ospedalieri**

6. Tutta la casistica di ricovero per acuti in mobilità è oggetto di controllo automatico; la relativa metodologia è definita nell'ambito del Regolamento dei Controlli su mobilità di cui al presente articolo, con particolare riguardo ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui al Patto per la Salute 2010-2012.
7. I controlli analitici sui ricoveri dovranno avvenire con le modalità di campionamento utili a verificare sia con campionamento mirato che con campionamento casuale, gli eventi d'interesse della Commissione. Tali controlli concorrono 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.
8. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriatezza quali-quantitativamente rilevanti individuati dalle regioni stipulanti, i controlli, possono essere estesi fino al 100% della produzione corrispondente.

#### **Controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale**

9. La Commissione definisce la metodologia per i controlli sulla casistica ambulatoriale, avendo a riferimento, in primo luogo, le indicazioni di erogabilità ed appropriatezza di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i., o ulteriori strumenti di analisi sviluppati a livello regionale e la completezza della dovuta documentazione (es. assenza di prescrizione, assenza del quesito diagnostico).

#### **Esiti dei controlli**

10. Gli esiti dei controlli sono stabiliti dalla Commissione paritetica, 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 e porta ad un abbassamento del tetto di riferimento.

## 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. Gli scambi trimestrali dei dati permetteranno anche di rivalutare la congruità dei tetti relativi alle attività di non alta specialità delle strutture pubbliche.
2. Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:
  - I invio – 3 mesi di attività – entro il 31 maggio;
  - II invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
  - III invio – 9 mesi di attività – entro il 30 novembre;
  - IV invio – 12 mesi di attività – entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle prestazioni.
3. Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.
4. I tecnici delle due Regioni firmatarie del presente accordo si incontrano, con cadenza trimestrale per valutare l'andamento della produzione.
5. Entro il 15 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 Emilia-Romagna

Il Presidente

---

Per la Regione Calabria

Il Presidente

---