



Fonti delle Regioni ordinarie

Sei qui: [Home \(/\)](#) / [Rubriche \(/rubriche\)](#) / [Fonti delle Regioni ordinarie \(/rubriche/fonti-regioni-ordinarie\)](#)
/ [L'accordo sulla mobilità sanitaria interregionale tra Emilia-Romagna e Calabria \(1/2026\)](#)



👤 SILVIO ROBERTO VINCETI

📁 FONTI DELLE REGIONI ORDINARIE (/RUBRICHE/FONTI-REGIONI-ORDINARIE)

L'accordo sulla mobilità sanitaria interregionale tra Emilia-Romagna e Calabria (1/2026)

Qualche coordinata di contesto può aiutare a contestualizzare l'accordo con cui a fine novembre 2025 regione Emilia-Romagna e regione Calabria hanno deciso di regolare in senso più restrittivo la mobilità sanitaria tra le due regioni suscitando veementi critiche da diversi attori istituzionali — non un fatto nuovo, in sé — appartenenti a campi politici molto diversi — questo, invece, un dato più scientificamente interessante. La prima premessa, a livello generale, riguarda la peculiarità della mobilità interregionale italiana. Nessuna altra democrazia stabilizzata conosce infatti flussi migratori interni, motivati da ragioni esclusivamente sanitarie e a carattere temporaneo, in termini simili a quanto avviene nel regionalismo sanitario italiano. ⚙️

Nel diritto comparato i casi più noti di migrazione sanitarie endostatuali si riducono spesso a trattamenti sanitari specifici, generalmente connotati da un tasso di conflittualità etica talmente elevato da variarne l'erogabilità nelle unità costituzionali dello Stato composto: si pensi, paradigmaticamente, agli *abortion travel* statunitensi, derivanti dalle diverse impostazioni morali degli Stati degli Stati Uniti d'America relativamente all'interruzione volontaria di gravidanza. Nella Repubblica italiana, al contrario, la mobilità sanitaria interregionale acquista caratteristiche irriducibili non solo per le dimensioni del fenomeno — di gran lunga superiori a quelle degli Stati che declinano in senso territoriale il comune modello a servizio sanitario nazionale *tax-based* (Beveridge), come ad es. Regno Unito e Spagna — ma anche e soprattutto per la natura relativamente ordinaria dell'assistenza sanitaria erogata in regime di mobilità: in Italia, è per prestazioni tutto sommato pianificate e incontroverse che ci si sposta tra regioni, a volte anche molto distanti tra di loro, nel convincimento — del paziente o, più spesso, di chi lo assiste — che l'assistenza ricevuta nella regione di destinazione sia migliore, o semplicemente più rapida e tempestiva, di quella conseguibile

nella regione di residenza.

Dal punto di vista giuridico, i fondamenti di diritto positivo su cui è incardinata la mobilità sanitaria interregionale non costituiscono, beninteso, un particolare arcano normativo, il diritto del singolo ad accedere ai servizi sanitari extraregionali discendendo in qualche modo dalla stessa l. 23 dicembre 1978, n. 833, che all'art. 19, comma 2, riconosceva «[a]i cittadini [...] il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura» — seppur, si badi, restringendone l'esercizio «nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari» e del pari adombrandone, in radice, una sostanziale eccezionalità, dal momento che condizionava l'accesso ai servizi di una unità sanitaria locale diversa da quella di residenza a « motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale » (art. 19, comma 4). Nella misura in cui il riparto del fondo sanitario nazionale tra i servizi sanitari regionali è determinato dall'applicazione di una quota capitaria dei cittadini ivi residenti — solo marginalmente corretta in ragione dell'età media — la regione di mobilità passiva che ha ricevuto la quota di finanziamento deve — naturalmente — compensare le prestazioni rese ai propri cittadini da parte di altre regioni, che per quei servizi resi non hanno ricevuto alcun finanziamento (art. 12, comma 3, lett. b, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502). Il medesimo legislatore di riforma già aveva poi previsto che — nel quadro di «criteri generali» per la compensazione» fissati a livello ministeriale — le regioni potessero «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» (art. 8-sexies, comma 8, d.lgs. 502/1992), ed è proprio nel genus di queste «intese» — in seguito ridenominate «accordi» — che si iscrive l'accordo tra regione Emilia-Romagna e regione Calabria in commento (*«Accordo bilaterale tra Regione Emilia-Romagna e Regione Calabria per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie anni 2025-2027»*).

La seconda premessa concerne il fatto che, apparentemente, della mobilità sanitaria sembrerebbero dolersi quasi tutti gli attori istituzionali della sanità italiana. Per le regioni di mobilità passiva — spesso quelle più fragili o inefficienti, non di rado peraltro soggette a forme di controllo statale (piani di rientro o commissariamenti) — la mobilità finisce per rappresentare una ulteriore sottrazione di risorse, specie nel momento in cui le tariffe della regione di destinazione del paziente risultano essere più onerose delle proprie: da qui, dunque, la loro protesta davanti a un ulteriore depauperamento delle risorse disponibili. Per le regioni di mobilità attiva, il problema vale all'incontrario, sebbene in modo più sfumato: dal momento che la compensazione non si realizza solo sulla base aritmetica — tariffe e, per l'effetto, DRG — ma è il frutto di una negoziazione, non è detto che la prestazione resa al paziente dell'altra regione sarà poi effettivamente remunerata «a prezzo di costo»; da qui, dunque, la protesta delle regioni di mobilità attiva che non si ritengono adeguatamente compensate per i servizi resi. (Non v'è da sottolineare come la disponibilità di dati disaggregati, antecedenti e successivi alla compensazione, e più in generale una maggiore trasparenza negli stessi aiuterebbero a fare chiarezza sul punto). Per tutte le regioni poi, in ogni caso, la migrazione sanitaria risulta comunque un fenomeno sostanzialmente non programmabile e, dunque, astrattamente foriero di disfunzioni: le regioni di destinazione non sanno quanti pazienti avranno e a quali congestioni potranno andare incontro, mentre quelle di partenza allestiscono servizi per pazienti che, infine, andranno a curarsi altrove. Della mobilità hanno poi pieno diritto di dolersi ~~gli~~ ^{gli} stessi pazienti, che nei fatti si accollano i costi indiretti dello spostamento nell'altra regione (trasporto, vitto, alloggio, etc.) in quella che, nella più caritatevole delle interpretazioni, può vedersi come una forma di solidarietà

disintermediata — in fondo, si sposta solo chi ha le risorse economiche per farlo, liberando eventualmente le liste d'attesa per i pazienti che non possono farlo — o, in quella meno generosa, come una forma di privatizzazione surrettizia — non diversa dall'allungamento dei tempi di attesa, che spinge chi può permetterselo a forme di mutualità integrativa, quando non al vero e proprio ricorso all'*out-of-pocket*.

Ma allora, se del fenomeno nessuno si giova, com'è possibile che non sia regolamentato più rigidamente? In realtà, occorre riconoscere come nell'ultimo decennio l'attenzione sia decisamente cresciuta e come il legislatore nazionale abbia spronato prima, e obbligato poi, le regioni alla stipula di accordi per governare — e dunque limitare — il fenomeno. Già la legge di stabilità del 2016 (l. 8 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 576) aveva imposto l'adozione degli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale previsti dal Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (art. 19). Tali accordi sono poi divenuti un adempimento necessario per l'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale con la legge di bilancio del 2021 (l. 30 dicembre 2020, n. 178, art. 1, comma 292). Infine, la legge di bilancio 2025 ha rafforzato l'obbligo in questione prevedendo, per un verso, che le regioni debbano instaurare «accordi bilaterali [...] per il governo della mobilità sanitaria interregionale» con le regioni con cui «la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria», e per l'altro precisando che l'obbligo grava in ogni caso per le regioni confinanti, per quelle «anche non confinanti che registrino scambi di mobilità in entrata o in uscita per prestazioni a bassa complessità», così come per quelle «che complessivamente registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato» (l. 30 dicembre 2024, n. 207, art. 1, comma 319-320). Questa sedimentazione di interventi del legislatore nazionale sul punto si spiega anche con l'inerzia delle regioni nell'implementazione degli accordi. L'inazione ha, potenzialmente, plurime ragioni. Certo esiste un discorso di semplice negligenza, ma nemmeno può passarsi sotto silenzio l'insistenza di interessi più opachi e nascosti: a seconda di come pende la bilancia delle compensazioni, infatti, una regione può avere più o meno interesse nei fatti — al di là dei proclami — a contrastare il fenomeno; inoltre, tra gli interessi meno trasparenti possono incunearsi quelli facenti capo a specifici soggetti privati convenzionati che si giovano delle prescrizioni fatte nelle regioni di mobilità passiva — motivate sul presupposto, peraltro non necessariamente disputabile, di una superiore e per certi versi insostituibile qualità dei servizi resi nella specifica struttura accreditata.

Ma è allora proprio alla luce di tutte queste considerazioni che, a parere di chi scrive, deve guardarsi con un certo grado di realismo all'accordo stipulato tra regione Emilia-Romagna e regione Calabria per il «governo della mobilità sanitaria». L'accordo, anzitutto, utilizza il modello predisposto a livello ministeriale ex art. 1, comma 320, della legge di bilancio 2025 — che prevede, significativamente, alcuni «contenuti minimi vincolanti» — e sempre in conformità con la previsione legislativa, copre il biennio ricompreso tra il 1° novembre 2025 e il 31 dicembre 2027. Dal punto di vista strettamente contenutistico, il punto inevitabilmente più saliente dell'accordo sono i tetti per l'attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale. Opportunamente, è anzitutto esclusa dai tetti l'attività di ricovero ospedaliero riferibile a DRG di Alta complessità «qualora resa da strutture pubbliche», mentre per le strutture private si applica una forma di peculiare riequilibrio "elastico" per cui «ad un incremento dei ricoveri attribuiti a DRG di alta complessità oltre il tetto complessivo [dell'attività ospedaliera generale] dovrà corrispondere un decremento dei ricoveri attribuiti a DRG di non alta complessità, erogati presso le strutture private della regione controparte»; similmente, in riferimento alla specialistica ambulatoriale, vengono escluse dal tetto

massimo le «prestazioni che rientrano nell'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, così come per la branca della medicina nucleare e della dialisi» — dunque, le prestazioni a grandissimo impatto sociale e personale. In riferimento a regione Calabria, il tetto massimo annuale per l'attività ospedaliera è stimato in «€ 400.000,00 per i ricoveri in strutture pubbliche» e «€ 350.000,00 per i ricoveri in strutture private», mentre in riferimento a regione Emilia-Romagna è in «€ 11.500.000,00 per i ricoveri in strutture pubbliche» e «€ 9.100.000,00 per i ricoveri in strutture private». Relativamente alla specialistica ambulatoriale, per regione Calabria si prevede un tetto di € 53.500 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche e di € 26.300,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private, mentre per regione Emilia-Romagna il tetto è di € 2.601.200,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture pubbliche e di € 216.100,00 al lordo del ticket per le prestazioni erogate in strutture private.

Come si può facilmente osservare in entrambi i casi — anche se il dato è in qualche modo ancor più significativo per regione Calabria — è particolarmente differenziato, e irregimentato, il tetto imposto alle strutture private accreditate. Sempre nell'accordo, sia in riferimento all'attività ospedaliera che alla specialistica ambulatoriale si prende poi opportunamente atto dell'«estrema esiguità del tetto per le strutture pubbliche di regione Calabria» e, pertanto, le regioni sembrano riservarsi un certo grado di flessibilità nella valutazione di «eventuali sforamenti legati ad accessi di PS che incrementino rispetto al dato storico». In generale, inoltre, regione Calabria si impegna a rafforzare la propria offerta di strutture pubbliche, verso cui regione Emilia-Romagna si impegna invece ad indirizzare i pazienti in mobilità. Le regioni, infine, convengono anche di «non autorizzare i propri professionisti a svolgere attività libero-professionale intramoenia allargata o extramoenia nella regione controparte», imponendo altresì «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». Tutte misure, dunque, che vogliono incidere su alcuni dei comportamenti meno specchiati — e senz'altro più censurabili — che allignano nel fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

Che cosa discende, allora, da tutto questo discorso? Ora, senz'altro il destino della sanità italiana non si gioca nel solo governo della mobilità sanitaria interregionale, i cui margini sono sì significativi — specie in un contesto di costi crescenti per l'assistenza di una popolazione sempre più anziana e, al contempo, di una generale contrazione delle risorse pubbliche — ma comunque tutto sommato contenuti nel più “grande schema delle cose sanitarie”. Il punto è che, nel suo piccolo, tanto la mobilità sanitaria interregionale ben rappresenta le disfunzioni del regionalismo sanitario italiano quanto, di conseguenza, il suo governo merita di essere valutato con attenzione, anche per capire movimenti più ampi nel rapporto tra centro e periferia e tra le medesime regioni. Questa valutazione, tuttavia, non può muovere da semplici posizioni di principio, ma deve procedere da analisi concrete e, soprattutto, raffrontate alle alternative disponibili. Senz'altro, le riforme suscitate negli ultimi anni dal legislatore statale e implementate a livello regionale nel governo della mobilità lasciano impregiudicati alcuni nodi, a partire dalla trasparenza e disponibilità dei dati — che aiuterebbero a rendere maggiore ragione del fenomeno e, di conseguenza, a descrivere con maggiore precisione le responsabilità in gioco. Ciononostante, che due regioni — peraltro, pare giusto ricordarlo, riconducibili a schieramenti politici diametralmente opposti — decidano di collaborare per governare un fenomeno problematico con una dose di ragionevole realismo, non appare

un fatto francamente trascurabile né da segnalare con aprioristico sfavore — specie, invero, in assenza di concrete soluzioni alternative.

[◀ Indietro \(/rubriche/fonti-regioni-ordinarie/4836-osf-1-2026-regord1\)](#)

Avanti ➤ (/rubriche/fonti-regioni-ordinarie/4838-osf-1-2026-regord3)



(<http://G+in>)



(http://twitter.com/https://http://
www.facebook.us.google.
shareurl=https://
u=https://www.osserhupin/su
www.osserhupin/su
rubrichefonti- rubrichefonti-
fonti- regionfonti- fonti-
regionfonti- regionfonti-
ordinariereg4837regioni-
ordinariereg4837regioni-
osf- 1- osf- osf-
1- 2026- 1- 1-
2026- record2026x2026cor
record2026x2026cor

Osservatorio sulle fonti

Rivista telematica registrata presso il Tribunale di Firenze (decreto n. 5626 del 24 dicembre 2007). ISSN 2038-5633.

L'Osservatorio sulle fonti è stato riconosciuto dall'ANVUR come rivista scientifica e collocato in Classe A.

Quick links



- › Home (/)

› [Chi siamo \(/chi-siamo\)](#)

› [Rubriche \(/rubriche\)](#)

› [Saggi \(/saggi\)](#)

› [Note e commenti \(/note-e-commenti\)](#)

› [Speciali \(/speciali\)](#)

› [Novità e recensioni \(/novita-editoriali\)](#)

› [Archivi \(/archivi/archivio-volumi-osservatorio\)](#)

› [Contatti \(/contatti\)](#)

› [Covid-19 \(/emergenza-covid-19\)](#)

Contatti

Per qualunque domanda o informazione, puoi utilizzare il nostro form di contatto ([/contatti](#)), oppure scrivici a uno di questi indirizzi email:

Direzione scientifica: direzione@osservatoriosullefonti.it (<mailto:direzione@osservatoriosullefonti.it>)

Redazione: redazione@osservatoriosullefonti.it (<mailto:redazione@osservatoriosullefonti.it>)

Il nostro staff ti risponderà quanto prima.

