



**COMMISSARIO AD ACTA**

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

**DECRETO**

**N. 29**

**IN DATA 18-02-2026**

**OGGETTO: ACCORDO PER IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA TRA LA REGIONE  
ABRUZZO E LA REGIONE MOLISE PER IL PERIODO 2026-2028. RECEPIMENTO.**

---

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

GIUSEPPE MASSARO

Il Direttore del Servizio  
SERVIZIO LIVELLI MASSIMI DI  
FINANZIAMENTO E DELL'INTEGRAZIONE  
SOCIO-SANITARIA

DOTT.SSA LOLITA GALLO

Il Direttore Generale per la Salute

DOTT.SSA LOLITA GALLO

---

**IL COMMISSARIO AD ACTA  
AFFIANCATO DAL SUBCOMMISSARIO AD ACTA**

**RICHIAMATA** la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dr. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale *subcommissario* unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

**VISTA** la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10, "*Norme in materia di organizzazione dell'amministrazione regionale e del personale con qualifica dirigenziale.*" e s.m.i.;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

**VISTA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro:

- delineato i poteri del Commissario *ad acta* quale "*organo decentrato dello Stato ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali*" (pag.11 della sentenza);
- qualificato i provvedimenti del Commissario *ad acta* quali "*ordinanze emergenziali statali in deroga*" o ssa "*misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*";
- interpretato l'art. 2, comma 83, della L. n. 191/2009 e l'art. 1, comma 796, lett. b) della L. n. 296/2006, quali norme che "*fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazioni di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordinem e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile*";

**VISTI**

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: "*Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Balzano o da innovazioni della legislazione statale vigente*";

**VISTO** l'art. 8-sexies, comma 8, del D.lgs. 502/1992, che prevede che "*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 Balzano, 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*";

**VISTO** l'Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni (Repertorio n. 1318 del 22 novembre 2001), 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 B 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”;*

**VISTO** il 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, all'art. 19, 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 definiti;
- 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 e funzionali al governo complessivo della domanda;

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR del 10 luglio 2014), che all' articolo 9, comma 2 e 3, prevede che:

*“2. Le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale:*

*- prevedono la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente;*

*- individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all' eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo.*

*Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.*

*3. Dalla data della stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all' articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.”;*

**VISTA** l' art. 1, commi 574, 575 e 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) - ha previsto che *“A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, 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 dal primo periodo. (...) In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come “ad alta complessità” nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. (...). 575. Gli 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), sono sanciti dalla medesima Conferenza, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati. 576. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli 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, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.”;*

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) che alla Scheda 4 “Mobilità Sanitaria” opera specifiche previsioni in ordine alle azioni, agli obiettivi e ai modelli da condividere con riferimento alla mobilità sanitaria;

**VISTO** l'articolo 1, comma 492, della Legge n. 178 del 30 dicembre 2020 così come modificato dall'art. 1, comma 321, della Legge n. 207 del 30 dicembre 2024 (legge di bilancio per l'anno 2025) che stabilisce 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 [...] 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”;*

**VISTO**, altresì, l'articolo 1, comma 319 e comma 320, della Legge n. 207 del 30 dicembre 2024, che dispongono rispettivamente che:

- *“319. Per il conseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, 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.*

- *320. Il Ministero della salute, per il tramite del Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, stabilisce, entro il 28 febbraio 2025, il modello da utilizzare per gli accordi bilaterali obbligatori di cui al comma 319 del presente articolo. Le regioni e le province autonome confinanti, al fine di regolare i fenomeni della mobilità apparente e di confine, sottoscrivono in ogni caso gli accordi. Le regioni e le province autonome anche non confinanti che registrino scambi di mobilità in entrata o in uscita per prestazioni a bassa complessità, definite come tali dal Ministero della salute, sono obbligate a sottoscrivere accordi tra loro. Le regioni e le province autonome che complessivamente registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato sottoscrivono accordi con le corrispondenti regioni e province autonome, anche non confinanti, che registrano specularmente una mobilità attiva; le regioni in mobilità, ai fini dell'adempimento, sono obbligate a sottoscrivere tali accordi. Per l'anno 2025, gli accordi sono sottoscritti entro il 30 aprile 2025. Gli accordi hanno una validità di almeno due anni e, a regime, devono essere rinnovati entro il 30 aprile del primo anno successivo a quello di validità dell'accordo precedente.”;*

**ATTESO** che:

- è stato trasmesso, da parte del Ministero della Salute, con prot. n. 0012328 - 20/06/2025 – DGPROGS – MDS – P, ai sensi dell'articolo 1, comma 320, della legge 207/2024, il modello approvato dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (brevemente denominato Comitato LEA), nella riunione del 20 maggio 2025, da utilizzare per la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria;

- il modello di cui al punto precedente prevede contenuti minimi vincolanti, ferma restando la facoltà, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, di aggiungere specifiche previsioni in ragione delle esigenze e dei fenomeni riscontrati nei propri ambiti territoriali;

- i sopracitati contenuti minimi vincolanti, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle Regioni e delle Province Autonome, sono riferiti alla tipologia di contenuto e non alla specifica declinazione proposta nel modello, in quanto potrebbe non essere corrispondente alle caratteristiche relazionali fra le due regioni contraenti, rischiando di comprometterne l'efficacia e la validità derivante dalla sottoscrizione;

- i contenuti dell'Accordo dovranno essere conseguentemente applicati negli accordi/contratti di budget che le Regioni stipulano con i propri erogatori accreditati ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del D.lgs. 502/1992 e s.m.i.;

**CONSIDERATO** che gli accordi di mobilità tra le regioni rispondono anche all'esigenza di individuare strumenti condivisi di governo del fenomeno, rispondendo alle esigenze di tendenziale riduzione della mobilità di bassa complessità e di valorizzazione delle attività di eccellenza;

**CONSIDERATO**, altresì, che ciascuna Regione deve garantire ai propri cittadini il fabbisogno assistenziale richiesto, secondo soluzioni e modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di appropriatezza e qualità dell'assistenza nonché siano logisticamente vicine alla residenza del paziente e siano facilmente fruibili dai cittadini, perseguendo, unitamente, obiettivi di gestione della mobilità e di qualificazione dell'offerta;

**RILEVATO** che la regione Abruzzo e la regione Molise registrano costanti e significativi flussi di mobilità sanitaria, altresì collegabili a limitazioni delle capacità produttive, tra l'altro, correlate alle specifiche strutturazioni dei sistemi sanitari regionale e alle relative condizioni di operatività e funzionalità;

**DATO ATTO** che sulla base dell'analisi dei dati relativi alla mobilità sanitaria interregionale registrata tra la regione Abruzzo e la regione Molise, sono stati condivisi i criteri per la definizione dei parametri sui quali redigere l'Accordo tra le due Regioni, pervenendo conseguentemente al perfezionamento e alla stesura congiunta dello stesso;

**DATO ATTO**, altresì, che lo schema di accordo predisposto concordemente tra la Regione Abruzzo e la Regione Molise, è conforme alle considerazioni sopra esposte nonché ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), garantendo, tra l'altro, la libera scelta del medico e del luogo di cura da parte del cittadino, anche quale principio fondamentale del rapporto medico-paziente;

**TENUTO CONTO** che la Regione Abruzzo con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 917 del 31/12/2025 ha approvato lo schema di "Accordo bilaterale tra Regione Abruzzo e Regione Molise per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie anni 2026 – 2028 (ai sensi dell'art. 1, c. 320, della legge n. 207/2024)";

**RITENUTO** di recepire, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, l'allegato "Accordo bilaterale tra Regione Abruzzo e Regione Molise per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie anni 2026 – 2028 (ai sensi dell'art. 1, c. 320, della legge n. 207/2024)";

**DATO ATTO** che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto "viii. valutazione dei processi di mobilità sanitaria e relativa sottoscrizione dei contratti interregionali bilaterali ai sensi dell'articolo 1, comma 576, della legge n. 208/2015 e dell'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020;" della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

Su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il Subcommissario *ad acta*, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento

## **DECRETA**

### **Articolo 1**

1. È recepito l' "Accordo bilaterale tra Regione Abruzzo e Regione Molise per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie anni 2026 – 2028 (ai sensi dell'art. 1, c. 320, della legge n. 207/2024)", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – Allegato.
2. L'accordo di cui al precedente comma è riferito alle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate dei Servizi sanitari regionali, ai cittadini residenti nelle Regioni stipulanti e nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2026 e il 31 dicembre 2028.
3. È fatta salva, ai sensi dell'accordo di cui al comma 1, la facoltà delle Regioni stipulanti di aggiornarne i contenuti al termine di ogni annualità, anche su istanza di una delle parti.

### **Articolo 2**

1. Il presente provvedimento è trasmesso all'ASReM – Azienda Sanitaria Regionale del Molise, per gli adempimenti conseguenti, altresì, con riferimento ai rapporti con gli erogatori accreditati a gestione aziendale.
2. Il presente provvedimento è trasmesso agli erogatori accreditati a gestione regionale, Responsible Research Hospital e IRCCS Neuromed.
3. Il presente provvedimento è trasmesso alla Regione Abruzzo, al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA  
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA  
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

