

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2026, n. 325

**Presa d'atto dello schema di Accordo bilaterale ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. Disposizioni in materia di recupero mobilità passiva.**

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Salute e Benessere.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, "ai sensi dell'art. 5, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397";
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

### DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di prendere atto dello Schema di Accordo ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto della relazione predisposta da A.Re.S.S. sulla mobilità passiva della Regione Puglia, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che la Regione, per il tramite del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., attui tutte le azioni strategiche, in conformità alla normativa vigente in

materia, al fine di garantire una graduale riduzione della mobilità passiva, con particolare riferimento alla "mobilità evitabile", come da indicazioni di A.Ge.Na.S.;

5. per l'effetto, di avviare senza indugio il confronto con le Regioni verso le quali si è registrata una maggiore mobilità passiva e, precisamente: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Veneto e Campania, mediante invio di una proposta di Accordo bilaterale obbligatorio per il governo della mobilità sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024 avente i contenuti minimi vincolanti (tra i quali, in particolare: il rispetto del tetto economico da determinarsi entro i limiti di finanziamento dei privati accreditati di cui al d.l. n. 95/2012, nonché il meccanismo di regressione tariffaria ex art.4) di cui allo schema di accordo Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi, con la preventiva approvazione della Giunta regionale, entro il 30 aprile 2026;
6. di avviare il medesimo confronto anche con le altre Regioni verso le quali si è registrata una mobilità passiva con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi con la preventiva approvazione della Giunta regionale nel corso del 2026;
7. di stabilire che entro il 31/05/2026, con il coordinamento del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., le direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario predispongano piani di potenziamento delle prestazioni in regime di ricovero, riferite ai DRG fuga, sulla base delle indicazioni emergenti dalla allegata relazione di A.Re.S.S., attraverso il prioritario coinvolgimento delle strutture pubbliche insistenti nel proprio territorio di competenza, con compiti altresì di controllo e monitoraggio dell'andamento della spesa anche dopo la sottoscrizione degli accordi di cui alla presente deliberazione;
8. di demandare alla Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata gli adempimenti conseguenti all'approvazione del presente provvedimento;
9. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, ai Presidenti di Regione e ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);
10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della L.R. n. 18 del 15.06.2023.

**Il Segretario Generale della Giunta**

NICOLA PALADINO

**Il Presidente della Giunta**

ANTONIO DECARO

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**OGGETTO: Presa d'atto dello schema di Accordo bilaterale ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. Disposizioni in materia di recupero mobilità passiva.**

**Visti:**

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";
- D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";

**Premesso che:**

- l'art. 8-sexies, c. 8, del D.Lgs. n. 502/1992, sancisce 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 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”, 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), 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, comma 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) 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), che stabilisce di avviare dei programmi per valutare e migliorare i processi della mobilità sanitaria interregionale al fine di superare l’elevata frammentazione tra le diverse Regioni e Province Autonome e, altresì, di rendere l’accesso alle cure più equo;
- l’art. 1, comma 492, della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 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;
- all’articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 è stato stabilito che  
*“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”.*

**Considerato che:**

- la mobilità sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni

che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio Sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza;

- la Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 5 luglio 2022 ha approvato uno schema tipo, non vincolante per le Regioni, per la stipula degli accordi di mobilità bilaterali previsti dal citato art. 1, comma 576 della Legge di stabilità per l'anno 2016, al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art. 1, comma 492 della Legge n. 178/2020;
- con la deliberazione di Giunta regionale n. 919 del 3 luglio 2023 è stato approvato, tra l'altro lo schema tipo per la determinazione degli Accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale previsti dall'articolo 1, comma 492 della L. 178/2020, di cui agli esiti della Commissione Salute del 5 luglio 2022, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del citato provvedimento;
- con deliberazione di Giunta regionale n. DGR Regione Puglia n. 2021 del 30.12.2025 recante: "Accordo ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024, Accordi bilaterali obbligatori tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziari;
- con nota prot. 00014686 del 20/06/2025 il Ministero della Salute ha comunicato che *"il Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (brevemente denominato Comitato LEA), nella riunione del 20 maggio 2025, ha approvato l'unito Modello da utilizzare per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali obbligatori tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria, previsto dall'articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024"*, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Tale modello prevede contenuti minimi vincolanti tra i quali, in particolare: il rispetto del tetto economico da determinarsi entro i limiti di finanziamento dei privati accreditati di cui al d.l. n. 95/2012, nonchè il meccanismo di regressione tariffaria (art.4); i controlli di qualità e appropriatezza (art.5) le modalità di gestione e/o monitoraggio dell'accordo (art.6).

**Tenuto conto, altresì che:**

- all'art. 9 "Misure in materia di mobilità sanitaria" della Legge regionale 31 dicembre 2024, n. 42 è stato stabilito quanto segue:

*"1. Nel rispetto del principio della libera scelta del luogo di cura, con particolare riferimento alle prestazioni di complessità medio alta, rilevate nell'ambito della matrice di mobilità sanitaria, è riconosciuta a favore degli erogatori la spesa sostenuta per le prestazioni sanitarie erogate a pazienti residenti in altre Regioni.*

*2. Fermo restando il principio della libera scelta del luogo di cura, ai fini della riduzione della mobilità passiva, sono riconosciute agli erogatori le prestazioni di complessità medio alta ed il relativo valore economico, riconducibili ai DRG fuga, rese in favore dei pazienti pugliesi, previa comunicazione alle*

*altre regioni della quota di prestazioni che non sarà oggetto di riconoscimento in attuazione della scheda 4 del Patto salute 2019-2021.*

*3. Con deliberazione di Giunta regionale sono individuati i DRG fuga e le modalità attuative”;*

- dal combinato disposto della legge nazionale e regionale ne deriva che l’attuazione del predetto art. 9 della L.R. n. 42/2024 è subordinato alla sottoscrizione dell’Accordo bilaterali obbligatori tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria, previsto dall’articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024.

**Preso atto** della relazione sulla mobilità passiva – anno 2024 - predisposta da A.Re.S.S., di cui all’Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dalla quale è emerso che:

- a) dal confronto tra attività in regione e fuori regione si evidenzia per la prima una importante riduzione del volume dei ricoveri nel tempo, essenzialmente dovuta al decremento della quota di ricoveri potenzialmente inappropriati; per quanto riguarda la mobilità passiva, dopo un’iniziale riduzione, si è registrata una sostanziale stabilità nel tempo, tra il 2015 e il 2019, fino alla caduta che ha interessato le annualità 2020-2023, ma la composizione si è modificata nel tempo, portando i ricoveri ad alta complessità dall’11% del totale nel 2011 al 20% nel 2024. Va anche rilevato che i DRG potenzialmente inappropriati in mobilità passiva sono certamente diminuiti, ma in misura nettamente inferiore di quanto sia avvenuto per i ricoveri erogati in Puglia;
- b) la quota di ricoveri erogata da strutture private sul totale della mobilità passiva della regione Puglia passa così dal 47% al 64%, con una notevole variabilità tra regione di erogazione. Nel 2024, due regioni, Emilia-Romagna e Lombardia, producono il 53% del valore complessivo dei ricoveri di mobilità passiva (28% Emilia-Romagna, 25% Lombardia); seguono il Lazio (9%), il Veneto (7%), la Campania (4%) e il Bambin Gesù (4%); l’Emilia-Romagna è la regione che ha fatto registrare l’incremento in valore assoluto più significativo, in particolare rispetto al periodo pre-pandemico, seguita dalla Campania;
- c) le principali dinamiche sottostanti il fenomeno della mobilità passiva della Regione Puglia non sembrano potersi ascrivere, complessivamente, a carenze strutturali o funzionali della rete assistenziale pugliese, neanche con riferimento alle prestazioni di alta complessità;
- d) più in generale, l’80% dei ricoveri in mobilità passiva per il DRG 544, l’89% dei ricoveri in mobilità passiva per il DRG 256, l’87% dei ricoveri in mobilità passiva per il DRG 288 e il 76% dei ricoveri in mobilità passiva per il DRG 225 sono erogati da strutture private. Considerando gli importi, il secondo DRG per valore delle SDO è il DRG 498 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc, che vale circa 10 milioni di euro, erogato per il 52% dall’Emilia Romagna (95% da strutture private); al terzo posto troviamo il DRG 288 - Interventi per obesità, sempre erogato per il 72% insieme da Emilia-Romagna (36%) e

Lombardia (36%) e anche in questo caso quasi totalmente da strutture private. In particolare, due ospedali privati accreditati assorbono il 47% dell'intera produzione in mobilità passiva della Puglia per questo DRG.

I primi 2 DRG menzionati mostrano un andamento in crescita: per il DRG 544 i ricoveri dei cittadini pugliesi in Puglia sono aumentati del 26% dal 2019 al 2024, mentre sono aumentati del 33% quelli erogati fuori regione; per il DRG 498 l'incremento è del 38% in Puglia e del 43% in mobilità passiva; per il DRG 288 in Puglia si registra una riduzione, ma si osserva un incremento del 9% nei ricoveri extraregionali.

Per completezza, si riporta che i DRG 544 e 288 sono i primi DRG di attrazione in regione Puglia, al netto dei DRG per parto e eventi perinatali nel 2024; il terzo è il DRG 359, che compare al sesto posto tra i primi 15 DRG di fuga.

Ora, se è vero che i volumi dei ricoveri in mobilità attiva sono certamente inferiori rispetto a quelli in mobilità passiva, la circostanza descritta induce ad escludere che il ricorso al ricovero fuori regione per questi DRG, che impattano significativamente sulla spesa con una tendenza all'aumento nel tempo e prevalentemente verso strutture private, sia legato a carenze della rete assistenziale in regione Puglia.

L'elevato ricorso, per di più in costante aumento, a strutture extraregionali (private) per la sostituzione di articolazioni maggiori degli arti inferiori non appare giustificato da criticità in termini di qualità delle cure a carico degli istituti di ricovero pugliesi.

Con riferimento alla sottoscrizione degli Accordi tra Regioni, 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 dall'Accordo, per l'anno di riferimento, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, al netto delle prestazioni di alta specialità (alta complessità), delle prestazioni e dei ricoveri in urgenza da pronto soccorso – codici rossi o arancioni erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate inserite nella rete dell'emergenza-urgenza e delle prestazioni che rientrano nella branca della medicina nucleare, la dialisi e l'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, fatto salvo il rischio dell'*overtriage*, da controllare mediante apposita metodologia adottata d'intesa tra le due Regioni/PA stipulanti, si mette in rilievo che l'articolo 4 del Modello di accordo bilaterale proposto dal Ministero della Salute prevede l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria: in caso di sfioramento del tetto concordato, la produzione eccedente superiore al 5% dello stesso tetto non sarà remunerata, quella entro il 5% dello stesso tetto è valorizzata al 40% della corrispondente tariffa.

Il recupero della mobilità passiva richiede, inevitabilmente una strategia regionale importante, attraverso il coinvolgimento prioritario delle strutture pubbliche e, in subordine, delle strutture private accreditate, se si considera, tra l'altro, l'attuale tasso di occupazione dei posti letto.

Il recupero della mobilità passiva richiede, altresì, il coinvolgimento della medicina generale e pediatria di libera scelta, nonché di tutti gli specialisti che, a vario titolo, indirizzano la domanda di salute dei cittadini pugliesi, nella piena consapevolezza delle potenzialità del sistema sanitario pugliese.

Pertanto, al fine di dare attuazione alle strategie di politica sanitaria per il recupero della mobilità passiva, tenuto conto anche delle conseguenze della mobilità passiva sul bilancio regionale, trattandosi, tra l'altro di una Regione in Piano di rientro, si ritiene necessario:

- di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
- di prendere atto dello Schema di Accordo ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di prendere atto della relazione predisposta da A.Re.S.S. sulla mobilità passiva della Regione Puglia, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che la Regione, per il tramite del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., attui tutte le azioni strategiche, in conformità alla normativa vigente in materia, al fine di garantire una graduale riduzione della mobilità passiva, con particolare riferimento alla "mobilità evitabile", come da indicazioni di A.Ge.Na.S.
- per l'effetto, di avviare senza indugio il confronto con le Regioni verso le quali si è registrata una maggiore mobilità passiva e, precisamente: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Veneto e Campania, mediante invio di una proposta di Accordo bilaterale obbligatorio per il governo della mobilità sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024 avente i contenuti minimi vincolanti (tra i quali, in particolare: il rispetto del tetto economico da determinarsi entro i limiti di finanziamento dei privati accreditati di cui al d.l. n 95/2012, nonché il meccanismo di regressione tariffaria ex art.4) di cui allo schema di accordo Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi, con la preventiva approvazione della Giunta regionale, entro il 30 aprile 2026;
- di avviare il medesimo confronto anche con le altre Regioni verso le quali si è registrata una mobilità passiva con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi con la preventiva approvazione della Giunta regionale nell'anno in corso;

- di stabilire che entro il 31/05/2026, con il coordinamento del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., le direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario predispongano piani di potenziamento delle prestazioni in regime di ricovero, riferite ai DRG fuga, sulla base delle indicazioni emergenti dalla allegata relazione di A.Re.S.S., attraverso il prioritario coinvolgimento delle strutture pubbliche insistenti nel proprio territorio di competenza, con compiti altresì di controllo e monitoraggio dell'andamento della spesa anche dopo la sottoscrizione degli accordi di cui alla presente deliberazione;

#### **Garanzie alla riservatezza**

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

#### **Esiti Valutazione di impatto di genere:**

L'impatto di genere stimato è **neutro**

#### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale in quanto la spesa prevista rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale.

**Tutto ciò premesso**, con il presente provvedimento, al fine di procedere alla formalizzazione degli accordi bilaterali obbligatori per il governo della mobilità sanitaria entro le scadenze perentorie del 2026, subordinando il riconoscimento delle prestazioni rese dalle Regioni riceventi e dalle strutture private accreditate alla previa sottoscrizione delle intese e al rigoroso rispetto dei tetti di spesa vigenti, nonché all'attuazione di piani strategici aziendali di potenziamento dell'offerta interna volti all'abbattimento della mobilità passiva, ai sensi dell'art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di prendere atto dello Schema di Accordo ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto della relazione predisposta da A.Re.S.S. sulla mobilità passiva della Regione Puglia, di cui all'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che la Regione, per il tramite del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., attui tutte le azioni strategiche, in conformità alla normativa vigente in materia, al fine di garantire una graduale riduzione della mobilità passiva, con particolare riferimento alla "mobilità evitabile", come da indicazioni di A.Ge.Na.S.;
5. per l'effetto, di avviare senza indugio il confronto con le Regioni verso le quali si è registrata una maggiore mobilità passiva e, precisamente: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Veneto e Campania, mediante invio di una proposta di Accordo bilaterale obbligatorio per il governo della mobilità sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024 avente i contenuti minimi vincolanti (tra i quali, in particolare: il rispetto del tetto economico da determinarsi entro i limiti di finanziamento dei privati accreditati di cui al d.l. n 95/2012, nonché il meccanismo di regressione tariffaria ex art.4) di cui allo schema di accordo Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi, con la preventiva approvazione della Giunta regionale, entro il 30 aprile 2026;
6. di avviare il medesimo confronto anche con le altre Regioni verso le quali si è registrata una mobilità passiva con l'obiettivo di giungere al perfezionamento degli accordi con la preventiva approvazione della Giunta regionale nel corso del 2026;
7. di stabilire che entro il 31/05/2026, con il coordinamento del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., le direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario predispongano piani di potenziamento delle prestazioni in regime di ricovero, riferite ai DRG fuga, sulla base delle indicazioni emergenti dalla allegata relazione di A.Re.S.S., attraverso il prioritario coinvolgimento delle strutture pubbliche insistenti nel proprio territorio di competenza, con compiti altresì di controllo e monitoraggio dell'andamento della spesa anche dopo la sottoscrizione degli accordi di cui alla presente deliberazione;
8. di demandare alla Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata gli adempimenti conseguenti all'approvazione del presente provvedimento;

9. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, ai Presidenti di Regione e ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della L.R. n. 18 del 15.06.2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. l'art. 5, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre del 2025, n. 1397.

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

**Nicola GIRARDI**

 Nicola Girardi  
25.03.2026  
13:29:22  
GMT+01:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i":

**Emanuele CARBONARA**

 Emanuele Carbonara  
25.03.2026  
13:30:58  
GMT+01:00

La Dirigente della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata:

**Antonella CAROLI**

 ANTONELLA CAROLI  
25.03.2026  
13:37:16  
GMT+01:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

**Vito MONTANARO**

 VITO MONTANARO  
25.03.2026 13:49:06  
GMT+01:00

L'Assessore alla Salute e Benessere, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale

**propone**

alla Giunta Regionale l'adozione del presente atto

**Donato Pentassuglia**

 Donato Pentassuglia  
25.03.2026  
13:51:10  
GMT+01:00

 Firmato digitalmente da:  
Stofa Regina  
Firmato il 25/03/2026 14:56  
Seriale Certificato: 5833319  
Valido dal 04/03/2006 al 04/03/2029  
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

Codice CIFRA: ASM/DEL/2026/00023

## PARERE TECNICO

**OGGETTO: Approvazione dello schema di Accordo ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. Disposizioni in materia di recupero mobilità passiva.**

Il presente provvedimento definisce una strategia organica per la gestione della mobilità sanitaria passiva della Regione Puglia, in stretta attuazione del quadro normativo nazionale dettato dalla Legge n. 207/2024. L'obiettivo primario è l'istituzione di un sistema di governance rigoroso che permetta di monitorare i flussi dei pazienti verso altre regioni e di contenere la relativa spesa entro i vincoli di bilancio vigenti. Al centro della manovra si pone l'approvazione dello Schema di Accordo bilaterale (Allegato B) e della dettagliata relazione tecnica predisposta da A.Re.S.S. Puglia (Allegato C). Tale documentazione costituisce la base negoziale per la sottoscrizione di intese obbligatorie con le altre Regioni italiane, con una priorità d'azione fissata per i contesti territoriali verso cui si indirizza il maggior volume di mobilità: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Veneto e Campania. Per tutte le altre Regioni, il termine ultimo per la regolarizzazione dei rapporti bilaterali è fissato al 31 dicembre 2026. Entro il 31/05/2026, con il coordinamento del competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale e di A.Re.S.S., le direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario devono predisporre piani di potenziamento delle prestazioni in regime di ricovero, riferite ai DRG fuga, sulla base delle indicazioni emergenti dalla allegata relazione di A.Re.S.S., attraverso il prioritario coinvolgimento delle strutture pubbliche insistenti nel proprio territorio di competenza, con compiti altresì di controllo e monitoraggio dell'andamento della spesa anche dopo la sottoscrizione degli accordi di cui alla presente deliberazione. Tale piano mira a incrementare la capacità di risposta assistenziale interna proprio sulle prestazioni che oggi spingono l'utenza a rivolgersi fuori regione. Infine, viene ribadito il rispetto dei tetti di spesa per le strutture private accreditate, in conformità con il D.L. n. 95/2012. Una volta attivi, gli accordi saranno oggetto di un monitoraggio costante da parte delle Aziende Sanitarie, le quali avranno la responsabilità di garantire la coerenza tra l'andamento della spesa e gli impegni finanziari assunti a livello regionale.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale in quanto la spesa prevista rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è ricompresa nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale e, precisamente, nella matrice di mobilità sanitaria.

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE

SI  NO

FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE  
PROPONENTE

*Dott.ssa Antonella Caroli*  
ANTONELLA  
CAROLI  
25.03.2026  
13:37:17  
GMT+01:00

PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE  
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR  
1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTE IMPLICAZIONI SUL FSR)

Dott. Benedetto Giovanni Pacifico

BENEDETTO  
GIOVANNI PACIFICO  
25.03.2026 13:42:28  
GMT+01:00

**Codice CIFRA: ASM/DEL/2026/00023**

**ALLEGATO B**

**Schema di Accordo bilaterale ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024 proposto dal Ministero della Salute per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale.**

---

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E  
DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
COMITATO LEA

**OGGETTO:** Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria (articolo 1, comma 320 legge 207/2024) – Modello.

Si riporta di seguito il Modello da utilizzare per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria (articolo 1, comma 320 legge 207/2024).

Si premette che:

- il 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;
- i medesimi contenuti dell'Accordo dovranno essere applicati negli accordi/contratti di budget ex articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. che le Regioni/PA stipulano con i propri erogatori accreditati;
- il Ministero della salute si impegna a definire, entro il 2025, le prestazioni di assistenza ospedaliera di "alta specialità" ed i relativi criteri di appropriatezza, come previsto dall'articolo 1, comma 574 della legge n. 208/2015, che ne ha disposto la definizione con accordo in CSR. Si impegna altresì a definire le prestazioni di "bassa complessità" come previsto dall'articolo 1, comma 320 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) e ad avviare una revisione/aggiornamento del DM 10/12/2009, in accordo con le regioni/PA;
- 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 presente Modello, al fine di disporre di criteri univoci tra le regioni;
- Le Regioni/PA, 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. Il Comitato LEA condivide, altresì, di inserire un *items* in tal senso nell'adempimento relativo alle liste di attesa del Questionario LEA;
- Le Regioni si impegnano a discutere, in Commissione Salute, di anticipare, a partire dall' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale - regole tecniche" dell'anno 2025, il

Arrivo: AOO A1400B, N. Prot. 00014686 del 20/06/2025

## Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

termine - ad oggi fissato al 15 novembre dell'anno successivo a quelli di riferimento - entro cui sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, al fine di permettere che il Riparto del FSN dell'anno possa contenere i dati di mobilità riferiti all'anno precedente;

- Il Comitato LEA, atteso che l'annualità 2025 è già ampiamente avviata, condivide come decorrenza degli Accordi la data del 01/01/2026, fermo restando l'impegno da parte delle Regioni/PA a non sottoscrivere nel corso dell'annualità 2025 eventuali Accordi secondo un Modello diverso dal presente e a modificare, a far data dal 01/01/2026, gli Accordi già in essere alla luce dei contenuti del presente Modello;
- le Regioni provvedono a trasmettere gli Accordi sottoscritti sul sistema documentale SIVEAS, anche ai fini dello specifico adempimento LEA *ABB) Mobilità sanitaria*. Le Autonomie speciali, nelle more dell'attivazione del sistema documentale SIVEAS, provvedono a trasmetterli all'indirizzo di posta certificata [dgprog@postacert.sanita.it](mailto:dgprog@postacert.sanita.it). Le Regioni sottoposte a Piano di rientro trasmettono altresì gli Accordi sottoscritti sul flusso documentale dedicato per le previste valutazioni dei Ministeri affiancanti;
- 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 - prevista nel presente modello - 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";
- l'attuazione dei Piani di miglioramento, monitorati dal Comitato LEA, si pone l'obiettivo di fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini;
- le province autonome di Trento e Bolzano e le regioni a statuto speciale applicano il presente Modello compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione;
- si raccomanda, ove opportuno, di utilizzare la metodologia di analisi della mobilità sviluppata da Ministero della salute e Agenas, di cui al Programma Nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria ex articolo 1, comma 494, della legge n. 178/2020, che va a individuare la mobilità cd. "evitabile" e quella invece cd. "accettabile" (quale, ad esempio, quella "apparente").

Arrivo: AOO A1400B, N. Prot. 00014686 del 20/06/2025

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

**Modello ex articolo 1, comma 320, della legge n. 207/2024, da utilizzare per la sottoscrizione degli Accordi bilaterali obbligatori tra le Regioni/PA per il governo della mobilità sanitaria e delle correlate risorse finanziarie**

## **Regione/PA XXX e Regione/PA YYY**

### **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. E' fatta salva la facoltà delle regioni/PA di aggiornarne i contenuti al termine di ogni annualità, anche su istanza di una delle parti.

### **ART. 2**

#### **OGGETTO E AMBITO DI APPLICAZIONE**

1. Le premesse sono approvate dalle parti e costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo.
2. L'ambito oggettivo di applicazione del presente Accordo è dato da tutte le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate dei rispettivi Servizi sanitari regionali/provinciali ai cittadini residenti nelle due regioni/province autonome stipulanti.
3. I tetti economici sono annuali e specifici per macrolivello assistenziale (ospedaliera, specialistica ambulatoriale). All'interno dei macrolivelli possono essere individuati tetti economici per specifiche 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, purchè coerenti con le norme nazionali.
4. Relativamente alle attività di **ricovero ospedaliero** si concorda quanto segue:
  - a. ....
5. Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda quanto segue:
  - b. ....

*La previsione di tetti massimi di spesa si applica alle prestazioni di alta specialità (alta complessità). Ove la regione intenda avvalersi della possibilità data dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015 di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli Irccs a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale, in deroga ai limiti previsti dal decreto-legge 95/2012, articolo 15, comma 14, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga, la regione provvede 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 previsti dal decreto-legge n. 95/2012, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria.*

Arrivo: AOO A1400B, N. Prot. 00014686 del 20/06/2025

## Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

*Per le prestazioni di alta specialità il presente accordo di mobilità ingloba la quantificazione operata sulla base della programmazione regionale, ivi ricomprendendo anche l'esercizio della possibilità data dal predetto comma 574 ove la regione abbia deciso di avvalersene (es. budget, dato storico).*

*Anche avvalendosi della possibilità data dall'articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015, resta ferma la necessità di prevedere tetti per l'alta specialità e alta complessità anche con riferimento specifico alle prestazioni che presentano profili di inappropriata, anche tenendo conto della valutazione degli indicatori di esito del PNE.*

*Resta ferma la previsione di tetti massimi per tutte le altre prestazioni erogate a carico del SSN ai cittadini residenti nelle due regioni/PA stipulanti; la regione/PA dove risiede la struttura che eroga le prestazioni deve rendere coerente la programmazione degli acquisti da privato accreditato con i contenuti dell'accordo.*

*L'Accordo prevede meccanismi volti a ridurre/disincentivare progressivamente la mobilità evitabile, adottando abbattimenti tariffari – come determinati nel presente Accordo – con particolare riferimento ai DGR ad alto rischio di inappropriata e di media o bassa complessità erogati a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni contraenti; a tal fine si rinvia a quanto raccomandato nelle premesse.*

*Gli abbattimenti tariffari sono previsti anche per le attività di specialistica ambulatoriale, con esclusione delle prestazioni che rientrano nella branca della medicina nucleare, la dialisi e l'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia.*

*Non è possibile includere nel presente accordo prestazioni extra-LEA.*

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

**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 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.

Il presente accordo riporta la valorizzazione complessiva secondo le tariffe nazionali e la valorizzazione complessiva secondo le tariffe effettivamente utilizzate nel presente accordo.

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.

**ART. 4****RISPETTO DEL TETTO ECONOMICO**

1. Le Regioni/PA concordano che i tetti economici stabiliti nell'articolo 2 rappresentano il limite massimo riconoscibile nel presente accordo. Il presente accordo concorre a garantire il rispetto dei livelli massimi di finanziamento dei privati accreditati di cui al decreto-legislativo n. 502/1992 e il rispetto dell'articolo 15, comma 14, del richiamato decreto-legge n. 95/2012 e successivi aggiornamenti.
2. Fermo restando il rispetto del tetto di spesa previsto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 e s.m., in caso di superamento dei tetti economici previsti dal presente Accordo, per l'anno di riferimento, per le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, al netto delle prestazioni di alta

## Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

specialità (alta complessità), delle prestazioni e dei ricoveri in urgenza da pronto soccorso – codici rossi o arancioni erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate inserite nella rete dell'emergenza-urgenza e delle prestazioni che rientrano nella branca della medicina nucleare, la dialisi e l'attività oncologica di chemioterapia e radioterapia, fatto *salvo il rischio dell'overtriage, da controllare mediante apposita metodologia adottata d'intesa tra le due Regioni/PA stipulanti*, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria: in caso di sfioramento del tetto concordato, la produzione eccedente superiore al 5% dello stesso tetto non sarà remunerata, quella entro il 5% dello stesso tetto è valorizzata al 40% della corrispondente tariffa.

**ART. 5****CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA**

1. Il presente Accordo tratta delle seguenti tipologie di controllo:
  - controlli automatici sull'attività di ricovero per acuti (es. ricoveri ripetuti);
  - controlli analitici (esterni) sull'attività di ricovero;
  - controlli sull'attività ambulatoriale.
2. Ciascuna Regione/PA garantisce, a norma di legge, un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate sul proprio territorio, e i controlli sulla produzione sono effettuati applicando la disciplina vigente in materia nel territorio ove le prestazioni sono rese, integrata dalle disposizioni di seguito riportate.

**Commissione dei controlli su mobilità e Regolamento dei Controlli su mobilità**

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/PA applica agli erogatori del proprio territorio, è istituita apposita Commissione composta da personale sanitario e nello specifico da tre componenti, di cui due indicati dalle due Regioni/PA stipulanti e un rappresentante di Agenas. I tre componenti sono nominati entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, con formale insediamento della Commissione. La Commissione redige e approva, entro 30 giorni dall'insediamento, in conformità ai contenuti minimi del format per il "Regolamento dei Controlli su mobilità" che sarà definito dal Ministero della salute e dalle Regioni/PA, il *Regolamento dei Controlli su mobilità*. Il Regolamento deve prevedere un meccanismo decisionale a maggioranza dei componenti circa l'esito degli accertamenti analitici.
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/PA, alle strutture già deputate all'effettuazione dei controlli. Le attività sono svolte nell'ambito delle risorse umane e strumentali previste dalla legislazione vigente, e comunque senza oneri aggiuntivi per la finanzia pubblica.
5. Le Regioni/PA contraenti si impegnano, con la sottoscrizione del presente Accordo, a non impugnare gli esiti scaturenti dagli accertamenti effettuati dalla Commissione di cui al presente articolo.

**Controlli sui ricoveri ospedalieri**

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 inappropriata di cui al Patto per la Salute 2010-2012.

## Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

7. 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%.
8. In caso di fenomeni di incongruità o inappropriata quali-quantitativa rilevanti individuati dalle regioni/PA stipulanti, i controlli, possono essere estesi fino al 100% della produzione.

**Controlli sull'attività di specialistica ambulatoriale**

9. 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**

10. Gli esiti dei controlli sono stabiliti dal *Regolamento dei controlli sulla mobilità*, fermo restando che:
  - le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate in maniera non appropriata vengono riclassificate e remunerate con le tariffe nazionali vigenti dei ricoveri diurni se associati a un DRG chirurgico, oppure con la tariffa nazionale vigente pari a un solo accesso del corrispondente day hospital se associato a un DRG medico o non classificato;
  - per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è prevista l'esclusione totale dal diritto della remunerazione in caso di prestazioni mancanti della dovuta documentazione;
  - la differente valorizzazione scaturita dall'esito degli accertamenti, sia su base automatica che analitica, incide direttamente sul valore globale dello scambio economico tra le Regioni/PA stipulanti.

**ART. 6****MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO**

1. Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri ospedalieri e alla specialistica ambulatoriale - come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria - comprensivo di importo. Tali risultanze sono trasmesse anche al Comitato LEA ai fini del monitoraggio del correlato adempimento.
2. Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:
  - I invio – 3 mesi di attività – entro il 31 maggio;
  - II invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
  - III invio – 9 mesi di attività – entro il 30 novembre;
  - IV invio – 12 mesi di attività – entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle prestazioni.
3. Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.
4. I tecnici delle due Regioni/P A firmatarie del presente accordo si incontrano, con cadenza trimestrale

## Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

- 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/Provincia autonoma

---

Per la Regione/Provincia autonoma

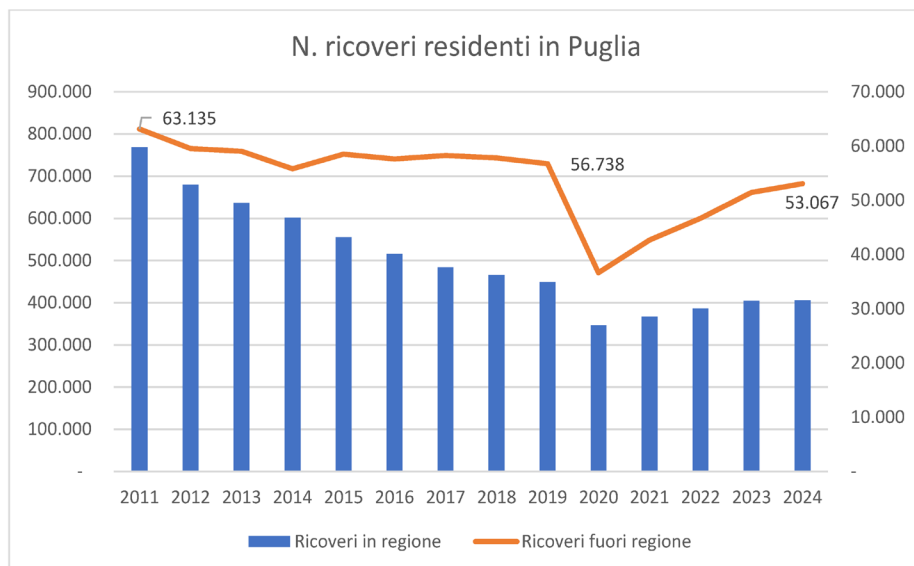
---

**ASM/DEL/2025/00023**

**ALLEGATO C**

**Relazione Mobilità passiva ospedaliera 2024 – Regione Puglia**

Nel 2024, i ricoveri dei residenti pugliesi sono stati complessivamente 459.373, di cui 53.067 (11,6%) erogati fuori regione, in incremento del 3,2% rispetto all'anno precedente, ma ancora al di sotto dei valori pre-pandemici (-6%).



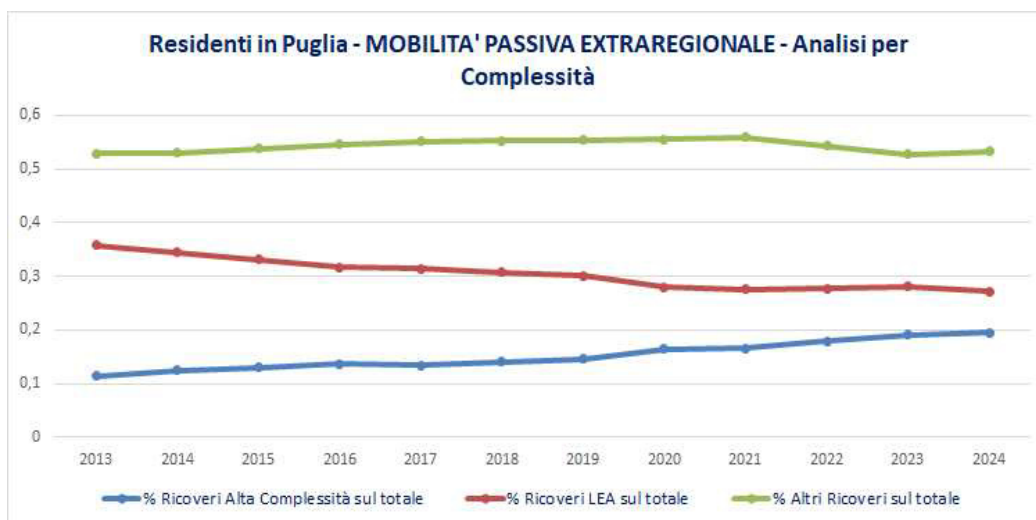
Dal confronto tra attività in regione e fuori regione si evidenzia per la prima una importante riduzione del volume dei ricoveri nel tempo, essenzialmente dovuta al decremento della quota di ricoveri potenzialmente inappropriati; per quanto riguarda la mobilità passiva, dopo un'iniziale riduzione, si è registrata una sostanziale stabilità nel tempo, tra il 2015 e il 2019, fino alla caduta che ha interessato le annualità 2020-2023, ma la composizione si è modificata nel tempo, portando i ricoveri ad alta complessità dall'11% del totale nel 2011 al 20% nel 2024. Va anche rilevato che i DRG potenzialmente inappropriati in mobilità passiva sono certamente diminuiti, ma in misura nettamente inferiore di quanto sia avvenuto per i ricoveri erogati in Puglia

**MOBILITÀ PASSIVA EXTRAREGIONALE**

	ALTA COMPLESSITÀ	POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI	ALTRI
2013	6.744	21.102	31.219
2014	7.411	20.325	31.310
2015	7.660	19.382	31.484
2016	7.923	18.277	31.444
2017	7.835	18.304	32.121
2018	8.114	17.775	31.949
2019	8.299	17.056	31.383
2020	6.028	10.263	20.359
2021	7.073	11.739	23.850
2022	8.863	13.737	26.881
2023	9.842	14.453	27.134
2024	10.380	14.448	28.239
2024 vs 2013	35%	-46%	-11%
2024 vs 2014	29%	-41%	-11%
2024 vs 2015	26%	-34%	-11%
2024 vs 2016	24%	-27%	-11%
2024 vs 2017	25%	-27%	-14%
2024 vs 2018	22%	-23%	-13%
2024 vs 2019	20%	-18%	-11%
2024 vs 2020	42%	29%	28%
2024 vs 2021	32%	19%	16%
2024 vs 2022	15%	5%	5%
2024 vs 2023	5%	0%	4%

**ATTIVITÀ IN REGIONE**

	ALTA COMPLESSITÀ	POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI	ALTRI
2013	36.662	237.684	395.928
2014	36.051	211.504	388.671
2015	36.514	168.463	384.167
2016	37.663	134.054	377.300
2017	38.207	111.172	366.222
2018	39.515	96.444	359.590
2019	39.753	86.450	351.002
2020	36.919	57.895	272.958
2021	41.345	57.727	292.243
2022	42.461	64.710	305.671
2023	44.852	64.417	322.789
2024	46.316	63.605	322.895
2024 vs 2013	21%	-274%	-23%
2024 vs 2014	22%	-233%	-20%
2024 vs 2015	21%	-165%	-19%
2024 vs 2016	19%	-111%	-17%
2024 vs 2017	18%	-75%	-13%
2024 vs 2018	15%	-52%	-11%
2024 vs 2019	14%	-36%	-9%
2024 vs 2020	20%	9%	15%
2024 vs 2021	11%	9%	9%
2024 vs 2022	8%	-2%	5%
2024 vs 2023	3%	-1%	0%



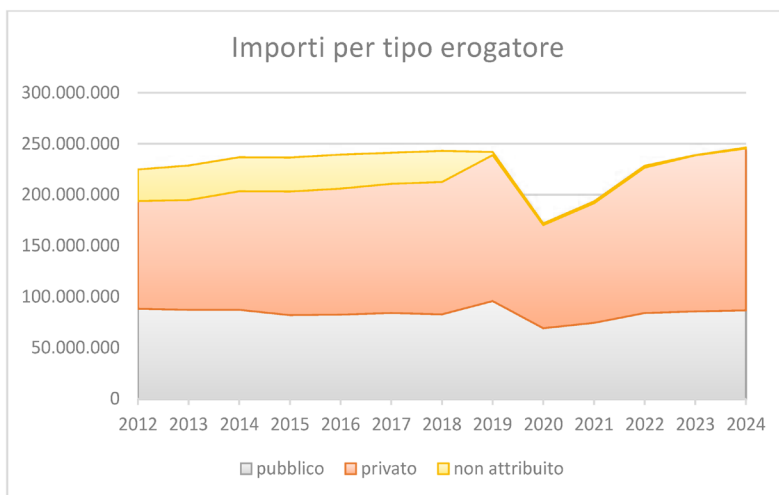
Si osserva che i ricoveri erogati fuori regione sono nel 61% dei casi di tipo chirurgico, una percentuale che è incrementata di quasi il 10% dal 2011, mentre la produzione regionale in favore dei residenti è di tipo chirurgico nel 41% dei ricoveri.

**Ricoveri effettuati in Puglia e in altre regioni italiane per residenti in Puglia. Suddivisione per area Medica/Chirurgica**  
 Mobilità Passiva anno 2024 ricevuta a Luglio 2025

ANNO	TOTALE	Ricoveri in Regione					Ricoveri fuori Regione				
		TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici	TOTALE	C	% chirurgici	M	% medici
2011	740.015	680.495	245.818	36,1%	434.677	63,9%	59.520	30.177	50,7%	29.343	49,3%
2012	695.838	636.777	227.053	35,7%	409.724	64,3%	59.061	31.152	52,7%	27.909	47,3%
2013	695.842	636.777	227.750	35,8%	409.027	64,2%	59.065	31.228	52,9%	27.837	47,1%
2014	659.731	602.059	212.992	35,4%	389.067	64,6%	57.672	31.228	54,1%	26.444	45,9%
2015	614.279	555.753	190.212	34,2%	365.541	65,8%	58.526	32.496	55,5%	26.030	44,5%
2016	573.268	515.624	180.625	35,0%	334.999	65,0%	57.644	32.725	56,8%	24.919	43,2%
2017	542.804	484.544	169.443	35,0%	315.101	65,0%	58.260	33.059	56,7%	25.201	43,3%
2018	523.529	465.692	167.674	36,0%	298.018	64,0%	57.837	33.711	58,3%	24.126	41,7%
2019	505.721	448.991	164.524	36,6%	284.467	63,4%	56.730	32.525	57,3%	24.205	42,7%
2020	383.512	346.867	134.021	38,6%	212.846	61,4%	36.645	20.551	56,1%	16.094	43,9%
2021	409.948	367.289	148.711	40,5%	218.578	59,5%	42.659	24.964	58,5%	17.695	41,5%
2022	436.025	386.551	158.036	40,9%	228.515	59,1%	49.474	29.574	59,8%	19.900	40,2%
2023	456.021	404.596	166.275	41,1%	238.321	58,9%	51.425	31.133	60,5%	20.292	39,5%
2024	459.214	406.155	167.413	41,2%	238.742	58,8%	53.059	32.301	60,9%	20.758	39,1%

Questi aspetti spiegano il progressivo incremento nel tempo degli importi dei ricoveri erogati fuori regione: nonostante nel 2024 il numero di ricoveri sia inferiore del 6,4% rispetto al 2019, il valore dei ricoveri è invece incrementato del 2%.

Tuttavia, scomponendo il valore per tipo di erogatore, si evidenzia che tale aumento riguarda esclusivamente i ricoveri prodotti da erogatori privati: nel 2012 l'importo dei ricoveri in mobilità passiva erogato da strutture pubbliche era pari a 88.114.401 euro, nel 2024 pari a 86.737.820 euro, inferiore del 2%; con riferimento alla produzione delle strutture private, nel 2012 il valore dei ricoveri era di 93.626.464 euro, nel 2024 pari a 147.848.994, in incremento del 58%.



La quota di ricoveri erogata da strutture private sul totale della mobilità passiva della regione Puglia passa così dal 47% al 64%, con una notevole variabilità tra regione di erogazione. Nel 2024, due regioni, Emilia-Romagna e Lombardia, producono il 53% del valore complessivo dei ricoveri di mobilità passiva (28% Emilia-Romagna, 25% Lombardia); seguono il Lazio (9%), il Veneto (7%), la Campania (4%) e il Bambin Gesù (4%); l'Emilia-Romagna è la regione che ha fatto registrare l'incremento in valore assoluto più significativo, in particolare rispetto al periodo pre-pandemico, seguita dalla Campania.

Codesc Ente Compensazione Creditore	N. Ricoveri Nazionali			Imp. Lordo Ricoveri Nazionali			Delta su 2019	Delta su 2023
	2019	2023	2024	2019	2023	2024		
80 - emilia romagna	9722	11496	12014	47.444.641,01	64.323.723,91	67.849.204,77	20.404.563,76	3.525.480,86
30 - lombardia	14426	11338	12218	70.793.562,43	56.519.671,39	61.488.735,28	-9.304.827,15	4.969.063,89
120 - lazio	5997	5470	5483	21.204.965,05	21.810.808,72	22.097.681,05	892.716,00	286.872,33
50 - veneto	3145	2780	2666	17.320.629,89	17.109.719,78	17.746.528,63	425.898,74	636.808,85
150 - campania	2519	2713	2749	8.349.303,62	10.079.344,23	11.200.255,70	2.850.952,08	1.120.911,47
121 - bambin gesu' (per mobilita')	3471	4033	4034	11.066.823,56	13.699.008,76	10.625.375,15	-441.448,41	-3.073.633,6
90 - toscana	3124	2475	2386	11.081.764,10	9.742.627,55	9.091.524,53	-1.990.239,57	-651.103,02
110 - marche	2917	1711	1611	10.627.489,85	8.689.986,65	8.141.913,66	-2.485.576,19	-548.072,99
140 - molise	1768	1416	1661	7.340.850,43	5.827.743,77	6.935.357,77	-405.492,66	1.107.614,00
170 - basilicata	3168	1991	2239	9.293.947,02	6.270.840,43	6.762.601,57	-2.531.345,45	491.761,14
10 - piemonte	1524	1429	1348	6.920.934,86	6.856.478,57	6.412.417,50	-508.517,36	-444.061,07
130 - abruzzo	1400	1240	1328	5.546.048,25	5.620.301,67	5.671.649,48	125.601,23	51.347,81
70 - liguria	1282	1091	1025	4.291.175,84	3.200.853,67	3.329.848,14	-961.327,70	128.994,47
100 - umbria	678	867	814	2.998.465,42	2.882.464,01	2.292.420,57	-706.044,85	-590.043,44
180 - calabria	362	402	463	2.232.334,31	1.959.091,28	2.204.680,50	-27.653,81	245.589,22
190 - sicilia	329	303	293	1.522.049,85	1.634.143,31	1.556.632,82	34.582,97	-77.510,49
60 - friuli venezia giulia	448	249	266	2.365.910,73	1.121.509,13	1.100.626,07	-1.265.284,66	-20.883,06
42 - prov.aut. trento	201	177	191	766.077,51	768.616,89	791.735,46	25.657,95	23.118,57
41 - prov.aut. bolzano	150	133	151	477.114,46	435.459,73	544.716,80	67.602,34	109.257,07
200 - sardegna	85	72	96	178.918,39	190.165,22	332.743,35	153.824,96	142.578,13
20 - valle daosta	13	26	21	42.208,80	83.163,48	77.513,94	35.305,14	-5.649,54

122 - acismom lazio (mobilita')	9	17	10	78.883,04	138.431,87	76.745,66	-2.137,38	-61.686,21
<b>Totale</b>	<b>56.738</b>	<b>51.429</b>	<b>53.067</b>	<b>241.944.098,42</b>	<b>238.964.154,02</b>	<b>246.330.908,40</b>	<b>4.386.809,98</b>	<b>7.366.754,38</b>

Come detto, l'incremento è sostenuto dalla componente di erogazione privata, in modo più significativo per l'Emilia-Romagna (+97%). Deve essere osservato anche che, rispetto all'anno precedente, nel 2024 appare in aumento il ricorso a ricoveri ospedalieri nelle regioni di prossimità: oltre alla Campania, incrementano i valori verso il Molise, la Calabria, la Basilicata, anche se gli importi complessivi rimangono al di sotto di quelli registrati nel 2019.

Codesc: Ente Compensazione Creditore	2019					2024					Delta privato	Delta totale	
	ente di ricerca	fondazione	privato	pubblico	sconosciuto	ente di ricerca	fondazione	privato	pubblico	sconosciuto			
80 - emilia romagna			23.066.485,51	24.376.271,50	1.884,00	47.444.641,01			42.913.129,85	24.936.074,92	67.849.204,77	19.846.644,34	20.404.563,76
30 - lombardia	6.543.125,08		52.910.154,73	9.575.300,52	1.764.982,10	70.793.562,43	5.984.410,16	47.102.999,89	7.765.502,68	635.822,55	61.488.735,28	-5.807.154,84	-9.304.827,15
120 - lazio	794.113,80		13.637.561,76	6.456.845,29	316.444,20	21.204.965,05	696.678,47	15.435.984,10	5.855.006,55	110.011,93	22.097.681,05	1.798.422,34	892.716,00
50 - veneto			5.813.832,72	11.163.347,11	343.450,06	17.320.629,89		7.276.567,27	10.469.961,36	0,00	17.746.528,63	1.462.734,55	425.898,74
150 - campania			5.044.954,28	3.201.340,34	103.009,00	8.349.303,62		6.564.287,28	4.635.968,42		11.200.255,70	1.519.333,00	2.850.952,08
121 - bambin gesu' (per mobilita')			11.066.823,56			11.066.823,56		10.625.375,15			10.625.375,15	-441.448,41	-441.448,41
90 - toscana	185.849,97	165.017,17	1.794.307,19	8.884.648,99	51.940,78	11.081.764,10	180.315,23	110.360,88	1.448.039,09	7.352.809,33	9.091.524,53	-346.268,10	-1.990.239,57
110 - marche			7.408.751,64	3.136.183,21	82.555,00	10.627.489,85			5.203.311,92	2.938.601,74	8.141.913,66	-2.205.439,72	-2.485.576,19
140 - molise	3.015.408,00		2.421.500,18	1.903.942,25		7.340.850,43	3.730.602,30		1.940.462,14	1.264.293,33	6.935.357,77	-481.038,04	-405.492,66
170 - basilicata			25.448,00	9.243.803,35	24.695,67	9.293.947,02		10.183,60	6.752.417,97		6.762.601,57	-15.264,40	-2.531.345,45
10 - piemonte		222.554,65	1.984.597,99	4.522.401,54	191.380,68	6.920.934,86		124.979,21	1.903.066,07		6.412.417,50	-81.531,92	-508.517,36
130 - abruzzo			2.707.703,14	2.838.345,11		5.546.048,25			2.712.383,76	2.959.265,72	5.671.649,48	4.680,62	125.601,23
70 - liguria			358.599,05	3.913.194,48	19.382,31	4.291.175,84			493.627,77	2.810.409,77	25.810,60	3.329.848,14	135.028,72
100 - umbria			887.797,55	2.110.667,87		2.998.465,42			1.281.903,47	1.010.517,10	2.292.420,57	394.105,92	-706.044,85
180 - calabria			1.574.597,92	561.209,69	96.526,70	2.232.334,31			1.524.067,20	535.510,30	145.103,00	2.204.680,50	-50.530,72
190 - sicilia			673.856,45	848.193,40		1.522.049,85			659.824,72	896.808,10	1.556.632,82	-14.031,73	34.582,97
60 - friuli venezia giulia			96.451,00	2.063.442,78	206.016,95	2.365.910,73			113.077,34	987.548,73	1.100.626,07	16.626,34	-1.265.284,66
42 - prov.aut. trento			394.603,17	371.474,34		766.077,51			420.048,46	371.687,00	791.735,46	25.445,29	25.657,95
41 - prov.aut. bolzano			10.540,46	466.574,00		477.114,46			4.937,80	539.779,00	544.716,80	-5.602,66	67.602,34
200 - sardegna			27.037,00	151.881,39		178.918,39			118.777,71	213.965,64	332.743,35	91.740,71	153.824,96
20 - valle daosta			4.937,80	37.271,00		42.208,80			20.193,94	57.320,00	77.513,94	15.256,14	35.305,14
122 - acismom lazio (mobilita')			78.883,04			78.883,04			76.745,66		76.745,66	-2.137,38	-2.137,38

L'incremento relativo più significativo, in Emilia-Romagna e Campania, è dovuto all'erogazione di DRG di alta complessità, anche se i volumi in termini assoluti sono certamente diversi.

ENTE CREDITORE	Nr. di Ricoveri					
	AC-TUC-2010		ALTRI		Potenzialmente inappropriati	
	2024	Δ SU 2019	2024	Δ SU 2019	2024	Δ SU 2019
EMILIA ROMAGNA	3.348	85,1%	5.424	15,0%	3.242	1,4%
LOMBARDIA	3.021	15,7%	6.423	-22,4%	2.774	-21,6%
LAZIO	840	-1,9%	2.941	-4,0%	1.702	-18,0%
OSPEDALE BAMBIN GESU'	194	14,1%	2.177	19,7%	1.663	12,2%
CAMPANIA	321	52,1%	1.675	14,4%	753	-10,8%
VENETO	814	6,8%	1.251	-21,8%	601	-23,2%
TOSCANA	292	-11,5%	1.596	-17,8%	498	-41,5%
BASILICATA	157	-22,3%	1.306	-32,9%	776	-24,0%
MOLISE	186	-23,8%	1.140	3,8%	335	-21,4%
MARCHE	363	9,7%	891	-50,8%	357	-54,6%
PIEMONTE	281	14,2%	725	-19,1%	342	-10,5%
ABRUZZO	205	17,8%	688	-16,4%	435	7,9%
LIGURIA	72	-28,0%	637	-14,2%	316	-28,2%
UMBRIA	49	-40,2%	527	110,8%	238	-31,2%
CALABRIA	124	158,3%	222	4,2%	117	15,8%
SICILIA	47	74,1%	188	-14,9%	58	-28,4%
FRIULI V. GIULIA	34	-50,7%	156	-39,1%	76	-38,2%
PROV. AUT. TRENTO	12	-14,3%	120	-1,6%	59	-9,2%
PROV. AUT. BOLZANO	9	0,0%	77	4,1%	65	-3,0%
SARDEGNA	8	166,7%	60	25,0%	28	-17,6%
VALLE D'AOSTA	3	200,0%	12	20,0%	6	200,0%
ACISMOM	-	0,0%	3	50,0%	7	0,0%
<b>TOTALI</b>	<b>10.380</b>	<b>25,1%</b>	<b>28.239</b>	<b>-10,0%</b>	<b>14.448</b>	<b>-15,3%</b>

Il 29% dei ricoveri eseguiti nelle regioni confinanti è classificato come potenzialmente inappropriato, percentuale che sale al 33% considerando i ricoveri effettuati in Abruzzo e al 35% quelli erogati in Basilicata.

La percentuale dei ricoveri potenzialmente inappropriati in Puglia sul totale, come mostrato nella prima tabella, è pari al 15%.

Esaminando la composizione per MDC e regioni di destinazione, si osserva che ben il 30% del totale dei ricoveri fuori regione riguarda i disturbi muscolari, ossei e del sistema connettivo, erogato per il 42% in Emilia-Romagna e per il 21% in Lombardia; seguono i disturbi circolatori (10% dell'attività), i disturbi del sistema nervoso (8%) e i disturbi del metabolismo (7%). Nella tabella che segue sono evidenziate le prime due regioni in ordine di frequenza per ricoveri erogati per ciascuno degli MDC.



I ricoveri in mobilità passiva per ortopedia ammontano a un quarto del totale dei ricoveri per residenti, mentre i ricoveri fuori regione per disturbi circolatori rappresentano il 9% dell'attività totale richiesta dai pugliesi; elevata la quota fuori regione dei ricoveri per disturbi del metabolismo, disturbi dell'occhio e disturbi mieloproliferativi.

	2024				
	totale	In regione		Fuori regione	
		nr. Ricoveri	% sul totale	nr. Ricoveri	% sul totale
DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	63.932	47.919	75,0%	16.013	25,0%
DISTURBI CIRCOLATORI	60.676	55.145	90,9%	5.531	9,1%
DISTURBI RESPIRATORI	39.209	37.241	95,0%	1.968	5,0%
DISTURBI DIGESTIVI	38.401	35.267	91,8%	3.134	8,2%
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	31.442	30.397	96,7%	1.045	3,3%
DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	29.448	25.146	85,4%	4.302	14,6%
DISTURBI URINARI	28.283	26.479	93,6%	1.804	6,4%
CONDIZIONI PERINATALI	24.764	24.244	97,9%	520	2,1%
DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	18.946	17.538	92,6%	1.408	7,4%
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	15.810	13.649	86,3%	2.161	13,7%
MALATTIE INFETTIVE	15.243	14.767	96,9%	476	3,1%
DISTURBI METABOLISMO	12.829	9.359	73,0%	3.470	27,0%
DISTURBI CUTE	12.703	11.195	88,1%	1.508	11,9%
DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	11.877	10.266	86,4%	1.611	13,6%
DISTURBI MENTALI	9.773	8.712	89,1%	1.061	10,9%
DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	9.636	7.677	79,7%	1.959	20,3%
FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	9.140	7.700	84,2%	1.440	15,8%
DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	8.757	7.879	90,0%	878	10,0%
DISTURBI DELL'OCCHIO	5.704	4.373	76,7%	1.331	23,3%
DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEMA IMMUNITARIO	4.746	4.300	90,6%	446	9,4%
FERIMENTI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICINALI	2.865	2.507	87,5%	358	12,5%
PRE MDC	1.957	1.688	86,3%	269	13,7%
ND	1.746	1.692	96,9%	54	3,1%
DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	603	354	58,7%	249	41,3%
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	556	531	95,5%	25	4,5%
USTIONI	201	193	96,0%	8	4,0%
INFEZIONI DA HIV	126	88	69,8%	38	30,2%
<b>TOTALE</b>	<b>459.373</b>	<b>406.306</b>	<b>88,4%</b>	<b>53.067</b>	<b>11,6%</b>

Considerando le discipline per importo decrescente dei ricoveri, ortopedia e chirurgia generale assorbono il 46% del valore complessivo della mobilità passiva, seguite con distacco da cardiologia, riabilitazione funzionale, neurochirurgia e cardiocirurgia.

Dal momento che il 2023 è un anno che risente ancora dell'impatto del COVID-19, nel valutare gli andamenti saranno commentate in particolare le discipline in incremento rispetto al 2019: gli aumenti più rilevanti riguardano in modo particolarmente significativo l'ortopedia, seguita dalla chirurgia toracica (per un corrispondente calo della produzione regionale che riguarda soprattutto la provincia di Bari) e dalla riabilitazione funzionale, legata evidentemente all'aumento dei ricoveri ortopedici.

Le riduzioni più rilevanti, rispetto al 2019, sempre in termini di valore dei ricoveri, sono riferite alle discipline oncologia, cardiocirurgia, cardiologia, nefrologia, ginecologia, medicina interna ed ematologia. In particolare, i ricoveri oncologici (selezionati considerando la diagnosi principale) in mobilità passiva si sono ridotti dal 12,7% rispetto al totale dell'attività per i residenti nel 2019 all'11,7% nel 2024; gli interventi chirurgici per tumore alla mammella si sono ridotti in uguale misura e quelli per tumore al colon di due punti percentuali, passando dall'8% nel 2019 al 6% nel 2024. Il numero di ricoveri ematologici in mobilità passiva si è ridotto del 17% tra il 2019 e il 2024.

COD.	DISCIPLINA	Nr. di Ricoveri			Valore Ricoveri				
		2024	2023	2019	2024	2023	2019	Delta su 2023	Delta su 2019
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	11.731	11.300	11.026	75.330.179	71.660.349	58.076.189	3.669.831	17.253.991
09	CHIRURGIA GENERALE	7.791	7.661	8.416	37.236.605	36.476.476	36.664.125	760.129	572.480
08	CARDIOLOGIA	3.285	2.862	3.174	15.024.759	14.511.252	16.228.738	513.507	- 1.203.979
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	3.303	3.227	3.190	14.869.867	13.680.263	14.172.279	1.189.604	697.588
30	NEUROCHIRURGIA	1.445	1.373	1.430	12.343.230	12.035.748	11.939.352	307.482	403.878
07	CARDIOCHIRURGIA	588	477	705	10.059.800	7.687.107	11.599.266	2.372.693	- 1.539.465
26	MEDICINA GENERALE	2.032	2.028	2.600	7.088.411	6.799.340	7.990.407	289.071	- 901.995
43	UROLOGIA	1.599	1.533	1.861	5.542.830	5.696.185	6.174.993	- 153.356	- 632.164
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.712	2.901	3.517	5.317.782	5.554.930	6.299.206	- 237.148	- 981.424
64	ONCOLOGIA	1.344	1.371	1.631	5.231.080	6.769.721	7.236.375	- 1.538.641	- 2.005.295
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1.321	1.198	1.464	4.330.175	4.428.009	4.751.577	- 97.834	- 421.402
13	CHIRURGIA TORACICA	543	442	398	3.759.748	3.263.795	2.834.641	495.953	925.107
75	NEURORIABILITAZIONE	204	231	266	3.646.316	3.757.871	4.314.130	- 111.555	- 667.814
49	TERAPIA INTENSIVA	191	176	275	3.477.643	3.023.634	4.038.767	454.009	- 561.124
32	NEUROLOGIA	1.443	1.465	1.500	3.226.727	3.073.609	3.473.126	153.118	- 246.399
14	CHIRURGIA VASCOLARE	419	412	477	2.990.950	2.810.577	2.834.080	180.373	156.870
98	DAY SURGERY	1.731	1.519	1.685	2.625.744	2.301.534	2.703.995	324.210	- 78.251
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	260	269	193	2.614.873	2.837.018	2.573.199	- 222.144	- 41.674
18	EMATOLOGIA	341	412	485	2.502.127	3.560.479	3.387.500	- 1.058.351	- 885.373
28	UNITA' SPINALE	72	80	93	2.378.453	2.230.873	2.836.627	147.580	- 458.175
39	PEDIATRIA	1.637	1.547	1.988	2.216.196	1.920.082	2.764.298	296.114	- 548.102
68	PNEUMOLOGIA	592	587	710	1.880.237	1.894.342	2.686.837	- 14.106	- 806.600
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO	212	209	299	1.774.180	1.787.138	3.278.049	- 12.958	- 1.503.869
58	GASTROENTEROLOGIA	557	632	633	1.671.417	2.756.655	2.308.751	- 1.085.238	- 637.335
12	CHIRURGIA PLASTICA	527	499	637	1.465.142	1.434.851	1.751.201	30.291	- 286.059
34	OCULISTICA	1.018	1.102	1.239	1.459.017	1.529.078	1.684.673	- 70.061	- 225.656
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	351	379	442	1.454.573	1.537.820	1.542.543	- 83.248	- 87.971
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	340	309	408	1.284.666	1.105.142	1.667.475	179.523	- 382.810
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	255	276	268	1.078.138	1.204.523	964.625	- 126.385	- 113.513
62	NEONATOLOGIA	189	151	119	1.067.643	957.994	623.878	109.649	443.766
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	761	733	889	922.008	820.771	1.258.178	101.731	- 336.170
60	LUNGODEGENTI	273	249	334	916.839	800.226	1.083.083	116.613	- 166.244
76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	186	186	271	811.846	1.087.217	1.494.047	- 275.372	- 682.201
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E D	432	367	535	768.062	543.386	777.783	224.676	- 9.721
40	PSICHIATRIA	404	439	464	693.238	736.872	729.892	- 43.634	- 36.654
29	NEFROLOGIA	149	120	180	691.362	613.314	792.801	78.490	- 101.439
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	59	62	34	682.541	806.696	291.294	- 124.155	391.247
50	UNITA' CORONARICA	105	138	129	584.928	789.557	670.795	- 204.629	- 85.867
71	REUMATOLOGIA	276	256	236	568.146	534.848	631.877	33.298	- 63.731
51	ASTANTERIA	170	184	227	567.993	580.527	661.428	- 12.535	- 93.436
21	GERIATRIA	166	191	243	562.322	563.122	757.692	- 800	- 195.370
66	ONCOEMATOLOGIA	59	48	57	507.972	178.619	365.446	329.353	142.525
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	71	66	95	473.853	236.623	476.319	237.230	- 2.466
78	UROLOGIA PEDIATRICA	128	139	137	342.849	342.878	352.380	- 29	- 9.531
94	TERAPIA SEMINTENSIVA	40	24	-	313.194	146.353	-	166.841	313.194
02	DAY HOSPITAL	318	300	492	311.353	282.682	411.107	28.671	- 99.754
61	MEDICINA NUCLEARE	204	192	141	270.029	233.684	219.481	36.345	50.548
31	NIDO	293	314	340	249.893	354.053	286.708	- 104.160	- 36.816
52	DERMATOLOGIA	173	163	222	218.539	204.932	396.294	13.607	- 177.756
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	79	74	96	182.411	213.404	160.058	- 30.993	22.354
67	PENSIONANTI	331	237	159	118.293	123.757	126.489	- 5.464	- 8.196
69	RADIOLOGIA	24	23	38	115.782	39.774	103.489	76.008	12.293
97	DETENUITI	37	17	11	108.916	40.650	27.711	68.266	81.205
96	TERAPIA DEL DOLORE	35	39	-	74.219	75.064	-	845	74.219
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	42	32	32	59.237	50.166	31.067	9.072	28.170
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	14	17	19	48.513	65.023	97.906	- 16.510	- 49.393
70	RADIOTERAPIA	13	7	13	39.232	36.949	75.678	2.283	- 36.447
72	ND	4	-	-	24.800	-	-	24.800	24.800
01	ALLERGOLOGIA	70	64	94	23.707	26.545	28.316	- 2.838	- 4.609
57	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE U	17	22	22	22.400	32.985	35.670	- 10.585	- 13.270
20	IMMUNOLOGIA	13	19	13	21.751	54.173	9.161	- 32.422	12.590
NI	NON INDICATO (*)	7	8	-	21.312	25.085	-	- 3.773	21.312
05	ANGIOLOGIA	5	5	16	16.676	19.294	46.608	- 2.618	- 29.932
15	MEDICINA SPORTIVA	62	60	47	15.221	15.044	11.996	177	3.225
46	GRANDI USTIONATI PEDIATRICI	3	-	-	14.658	-	-	- 14.658	14.658
25	MEDICINA DEL LAVORO	3	-	6	12.589	-	65.049	12.589	- 52.460
54	EMODIALISI	16	5	6	4.139	1.669	3.426	2.470	713
55	FARMACOLOGIA CLINICA	1	-	2	1.361	-	4.185	1.361	- 2.824
47	GRANDI USTIONATI	1	1	2	218	2.311	55.594	- 2.093	- 55.376
99	CURE PALLIATIVE/HOSPICE	-	-	6	-	-	1.650	-	- 1.650
59	ND	-	-	1	-	-	2.537	-	- 2.537
TOTALI		53.067	51.429	56.738	246.330.908	238.964.154	241.944.098	7.366.754	4.386.810

Andando ad esaminare in dettaglio l'erogazione di ricoveri per la disciplina ortopedia in mobilità passiva si osserva che il 68% è erogato solo da due regioni, Emilia-Romagna e Lombardia e che l'erogazione avviene per oltre l'80% da parte di strutture private.



strutture private), seguito dal DRG 288 - Interventi per obesità, sempre erogato per il 72% insieme da Emilia-Romagna (36%) e Lombardia (36%), anche in questo caso quasi totalmente da strutture private. In particolare, due ospedali privati accreditati assorbono il 47% dell'intera produzione in mobilità passiva della Puglia.

I primi 2 DRG menzionati mostrano un andamento in crescita: per il DRG 544 i ricoveri dei cittadini pugliesi in Puglia sono aumentati del 26% dal 2019 al 2024, mentre sono aumentati del 33% quelli erogati fuori regione; per il DRG 498 l'incremento è del 38% in Puglia e del 43% in mobilità passiva; per il DRG 288 in Puglia si registra una riduzione, ma si osserva un incremento del 9% nei ricoveri extraregionali.

Per completezza, si riporta che i DRG 544 e 288 sono i primi DRG di attrazione in regione Puglia, al netto dei DRG per parto e eventi perinatali nel 2024; il terzo è il DRG 359, che compare al sesto posto tra i primi 15 DRG di fuga.

Ora, se è vero che i volumi dei ricoveri in mobilità attiva sono certamente inferiori rispetto a quelli in mobilità passiva, la circostanza descritta consente di escludere che il ricorso al ricovero fuori regione per questi DRG, che impattano significativamente sulla spesa con una tendenza all'aumento nel tempo e prevalentemente verso strutture private, sia legato a carenze della rete assistenziale in regione Puglia.

L'elevato ricorso, per di più in costante aumento, a strutture extraregionali (private) per la sostituzione di articolazioni maggiori degli arti inferiori non appare giustificato da criticità in termini di qualità delle cure a carico degli istituti di ricovero pugliesi.

Per quanto riguarda il DRG 256, i ricoveri fuori regione – che corrispondono al 44% del totale dei ricoveri dei residenti – riportano in diagnosi principale nell'85% dei casi l'intervento di sostituzione di articolazione del ginocchio (52% dei ricoveri) o di anca (33% dei ricoveri). Tale DRG è classificato, insieme al DRG 503 che è il quinto DRG di fuga in ordine di frequenza, come potenzialmente inappropriato se erogato in regime di ricovero.

Il 35% dei ricoveri per il DRG 359 riconosce come intervento principale l'aspirazione dell'ovaio e, dal momento che pari percentuale prevede l'infertilità in diagnosi principale, si può ritenere che tale quota vada ascritta a procedure di PMA, coperta dal SSN in Puglia solo a partire dal 2025.

Il 42% dei ricoveri per l'ottavo DRG di fuga in ordine di frequenza riguarda procedure non eseguite.

Analizzando la mobilità passiva per provincia di residenza, si osserva che le province maggiormente interessate dal fenomeno della mobilità passiva sono Foggia, con il 14% dei ricoveri complessivi erogati in mobilità passiva, seguita da Brindisi e Taranto.

La ASL di Brindisi è caratterizzata anche dal 34% di ricoveri effettuati in regione ma in altre aziende, garantendo quindi una produzione in autoconsumo pari al 54% del totale dei ricoveri dei residenti.

La quota in autoconsumo più bassa si osserva a carico della provincia BT (52%), ma essenzialmente per effetto del ricorso a strutture ospedaliere regionali.

RIEPILOGO per ASL di residenza			TOTALE RESIDENTI			AUTOCONSUMO (RICOVERI DEI RESIDENTI erogati NELLA STESSA ASL)				PASSIVA INTRAREGIONALE (RICOVERI DEI RESIDENTI EROGATI IN ALTRE ASL DELLA REGIONE)				PASSIVA EXTRAREGIONALE (RICOVERI DEI RESIDENTI EROGATI FUORI REGIONE)			
SIGLA	DENOMINAZIONE ASL	POPOLAZIONE ISTAT 01/01/2024 (*)	RICOVERI TOTALI	T.O. X 1000	TOTALE VALORE [Euro]	TOTALE				TOTALE				TOTALE			
						NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.	NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.	NUMERO CASI	PERC.	VALORE [Euro]	PERC.
115	FOGGIA	592.911	89.466	150,89	368.059.150,74	74.149	82,9%	291.299.891,50	79,1%	2.903	3,2%	15.570.867	4,2%	12.414	13,9%	61.188.392	16,6%
114	BARI	1.221.782	132.465	108,42	557.871.905,01	112.625	85,0%	464.213.960,78	83,2%	7.753	5,9%	40.129.317	7,2%	12.087	9,1%	53.628.627	9,6%
113	BAT	377.973	41.395	109,52	171.596.833,24	21.496	51,9%	84.730.868,96	49,4%	15.088	36,4%	65.562.525	38,2%	4.811	11,6%	21.303.639	12,4%
106	BRINDISI	377.058	42.420	112,50	172.976.709,31	22.913	54,0%	84.840.754,30	49,0%	14.197	33,5%	62.669.991	36,2%	5.310	12,5%	25.465.964	14,7%
116	LECCE	767.356	91.639	119,42	354.107.007,37	76.654	83,6%	283.495.204,34	80,1%	4.252	4,6%	21.114.980	6,0%	10.733	11,7%	49.496.823	14,0%
112	TARANTO	553.170	61.988	112,06	263.099.420,23	41.672	67,2%	172.073.750,34	65,4%	12.604	20,3%	55.678.207	21,2%	7.712	12,4%	35.347.463	13,4%
TOTALE REGIONE		3.890.250	459.373	118,08	1.887.711.026	349.509	76,1%	1.380.654.230	73,1%	56.797	12,4%	260.725.887	13,8%	53.067	11,6%	246.330.908	13,0%

Per quanto riguarda Foggia, una quota non irrilevante dei ricoveri fuori regione può essere classificata come mobilità di prossimità, come si osserva dall'elevato numero di ricoveri erogato da strutture (anche in questo caso private per l'83% del valore dei ricoveri) della regione Molise. Il dato risulta in incremento del 17% rispetto all'anno precedente: il 96% dell'incremento è dovuto alla produzione delle strutture private molisane, in particolare – in termini assoluti – alle strutture Gemelli Molise e IRCCS Neuromed.

REGIONE ADDEBITANTE	TOTALE REGIONE			FOGGIA	BARI	BAT	BRINDISI	LECCE	TARANTO
	Tot.	Ord	DH	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.
010 PIEMONTE	1.348	1.138	210	259	280	94	186	292	237
020 VALLE D'AOSTA	21	18	3	3	4	1	5	4	4
030 LOMBARDIA	12.218	9.840	2.378	1.775	2.955	1.159	1.546	2.925	1.858
041 PROV. AUT. BOLZANO	151	123	28	19	40	13	10	52	17
042 PROV. AUT. TRENTO	191	161	30	27	76	21	10	33	24
050 VENETO	2.666	2.230	436	470	563	238	281	692	422
060 FRIULI V. GIULIA	266	183	83	43	74	27	27	62	33
070 LIGURIA	1.025	586	439	147	291	107	104	219	157
080 EMILIA ROMAGNA	12.014	10.135	1.879	2.908	2.708	1.098	1.259	2.551	1.490
090 TOSCANA	2.386	1.842	544	373	573	211	303	558	368
100 UMBRIA	814	292	522	117	208	105	73	218	93
110 MARCHE	1.611	1.423	188	623	215	92	210	301	170
120 LAZIO	5.483	3.726	1.757	1.237	1.050	463	516	1.394	823
121 OSPEDALE BAMBIN GESU'	4.034	1.463	2.571	836	1.019	381	386	821	591
122 ACISMOM	10	10	-	3	1	-	2	2	2
130 ABRUZZO	1.328	1.069	259	808	125	153	72	98	72
140 MOLISE	1.661	1.335	326	1.506	35	34	17	28	41
150 CAMPANIA	2.749	2.092	657	869	685	320	161	273	441
170 BASILICATA	2.239	1.676	563	323	970	243	58	65	580
180 CALABRIA	463	412	51	30	99	14	32	62	226
190 SICILIA	293	239	54	26	83	34	42	63	45
200 SARDEGNA	96	77	19	12	33	3	10	20	18
TOTALI	53.067	40.070	12.997	12.414	12.087	4.811	5.310	10.733	7.712

I primi DRG in ordine di frequenza di erogazione in strutture extraregionali per la provincia di Foggia sono sovrapponibili al dato regionale, ma la proporzione di ricoveri in mobilità passiva sul totale dei ricoveri per residenti è maggiore: ad esempio, per il DRG 544 il 42% dei ricoveri totali dei foggiani è erogato fuori regione, dato che sale al 49% per il DRG ad alto rischio di inappropriatazza 256 e all'83% per il DRG 498.

Anche per i residenti della provincia di Lecce i primi due DRG di fuga sono il 544 e il 256, mentre il terzo è il DRG 225 Interventi sul piede, la cui quota extraregionale è pari al 45% del totale dei ricoveri dei leccesi: 90 dei 358 ricoveri (25%) sono stati prodotti da una struttura privata abruzzese; in ordine di frequenza segue con 36 ricoveri una struttura privata dell'Emilia-Romagna.

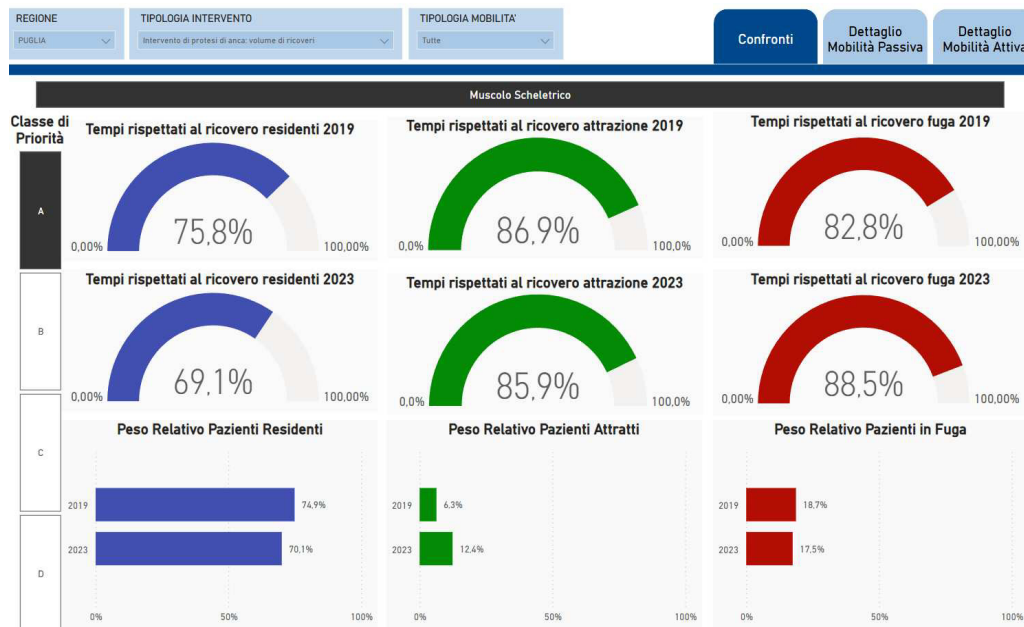
Nella provincia di Brindisi, il primo DRG di fuga si conferma il 544, ma seguito dal DRG 288 Interventi per obesità che risulta erogato fuori regione per il 78% del totale dei ricoveri dei residenti brindisini: il 40% dei ricoveri extraregionali per questo DRG è ascrivibile ad una sola struttura privata della regione Lombardia.

Anche nella provincia BT è elevata la quota fuori regione (73%) dei ricoveri per DRG 288.

In sintesi, le principali dinamiche sottostanti il fenomeno della mobilità passiva della Regione Puglia non sembrano potersi ascrivere, complessivamente, a carenze strutturali o funzionali della rete assistenziale pugliese, neanche con riferimento alle prestazioni di alta complessità.

Guardando l'indicatore PNE "Interventi di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni", i risultati 2024 delle strutture regionali non suggeriscono la presenza di esiti sfavorevoli delle prestazioni. Anche per le strutture con i valori più elevati della media nazionale, non si raggiunge in nessun caso la significatività statistica.

Tuttavia, deve essere evidenziato un tema legato ai tempi di attesa: per il DRG 544, nel 2023, gli interventi sono stati eseguiti nel rispetto dei tempi nel 69% dei ricoveri se effettuati in Puglia, nell'88,5% dei ricoveri se eseguiti in strutture fuori regione (prevalentemente private); gli ospedali pugliesi garantiscono il rispetto dei tempi all'86% dei ricoveri erogati in favore di cittadini che provengono da altre regioni: anche in questo caso si tratta nella maggior parte dei casi di strutture private – Fonte: Portale Statistico Agenas

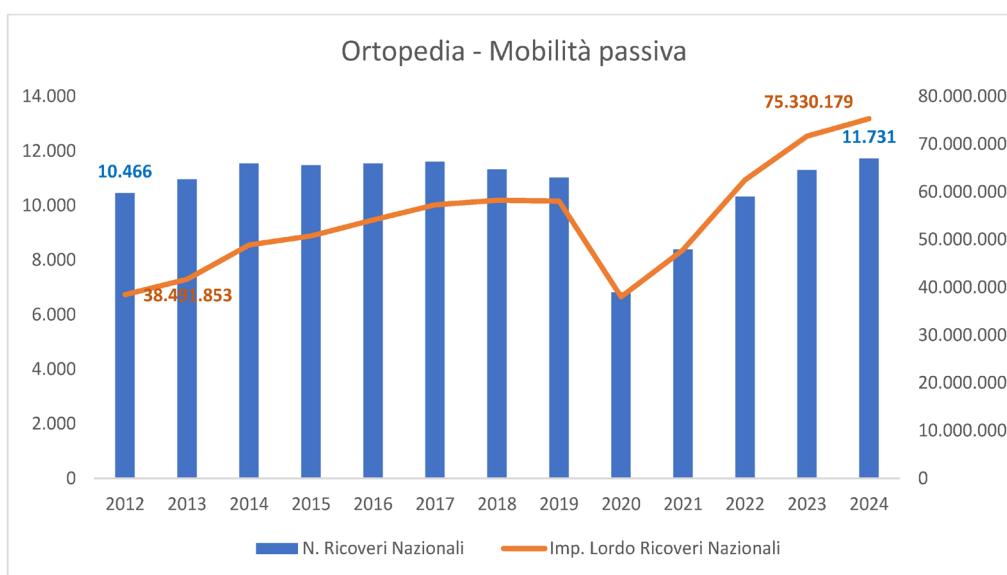


Il quadro è sovrapponibile per tutti i ricoveri ortopedici presi in considerazione (artrodesi e protesi di spalla e ginocchio), e si osserva anche per i ricoveri legati a interventi chirurgici per tumore maligno, in particolare per tumore della mammella (tempi rispettati nel 56% dei ricoveri in Puglia e nell'85,5% fuori Puglia) e tumore del polmone (tempi rispettati nel 61% dei ricoveri in Puglia e nel 92,8% fuori Puglia). Il dato è in peggioramento rispetto al periodo pre-pandemico.

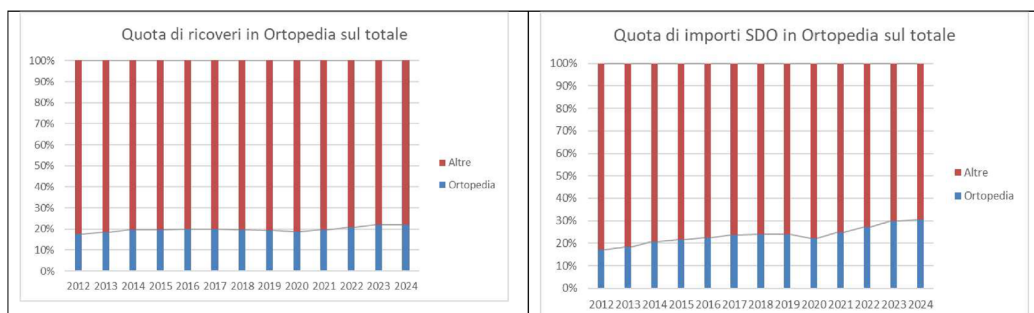
**Ortopedia e Traumatologia: mobilità passiva e qualità delle cure**

L’Ortopedia, storicamente, rappresenta la prima disciplina, in ordine di frequenza di ricoveri ma soprattutto di importi SDO, per mobilità passiva extraregionale.

Guardando agli andamenti nel tempo, dal 2012 al 2024 i ricoveri sono cresciuti del 12%, mentre gli importi di ben il 96%, passando da circa 38 a oltre 75 milioni di euro.

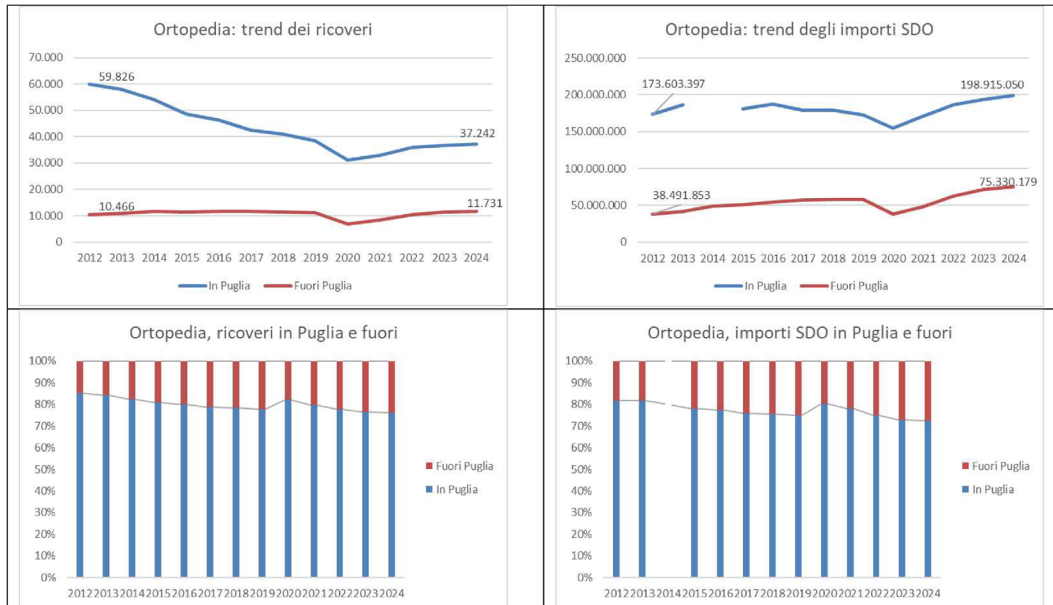


Rispetto al totale della mobilità passiva, l’Ortopedia in termini di ricoveri rappresentava il 18% nel 2012 e il 22% nel 2024; considerando l’importo delle SDO, la proporzione dell’ortopedia sul totale è cresciuta dal 17% al 31% tra il 2012 e il 2024.



L’andamento dei ricoveri e, soprattutto, degli importi SDO non è paragonabile considerando i ricoveri erogati in Puglia e quelli fuori regione: in regione, i ricoveri ortopedici si sono ridotti del 38% tra il 2012 e il 2024, anche se gli importi sono cresciuti del 15%; i ricoveri extraregionali sono aumentati nello stesso periodo del 12% e l’importo delle SDO è cresciuto del 96%.

Questo dato ha portato la mobilità passiva ad aumentare l’incidenza sul totale dei ricoveri in ortopedia dal 15% al 24% in termini di volumi e dal 18% al 27% in termini di valori.



Andando a guardare la produzione, l'incremento che si registra tra il 2019 e il 2024, del 30% del valore delle SDO in mobilità passiva, è sostenuto in particolare da 6 DRG, che riguardano articolazioni maggiori e artrodesi. Il DRG 544, che vale da solo il 42% dell'intera produzione ortopedica (e il 13% di tutta la mobilità passiva) è cresciuto del 52%; incrementi percentuali più elevati riguardano le artrodesi vertebrali non complicate, anche se l'aumento in termini assoluti è più contenuto.

Codesc ICD MDC	Codesc MINIST Specialità Clinica Divisione	Codesc ICD DRG	2019	2024	2019	2024	Delta	Delta %
8 - malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	36 - ortopedia e traumatologia	544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori	2.391	3.644	21.020.867,40	32.009.891,50	10.989.024,10	52%
		498 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc	403	750	4.998.323,96	9.249.709,18	4.251.385,22	85%
		496 - artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	193	251	3.843.459,31	4.894.065,22	1.050.605,91	27%
		545 - revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	267	364	3.039.707,32	4.111.653,18	1.071.945,86	35%
		546 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	128	172	2.725.977,30	3.691.780,23	965.802,93	35%
		225 - interventi sul piede	1.801	1.245	4.222.915,13	2.329.039,21	-1.893.875,92	-45%
		471 - interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	131	151	1.657.089,28	1.912.433,60	255.344,32	15%
		503 - interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.241	929	2.388.785,36	1.727.345,92	-661.439,44	-28%
		491 - interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	125	179	1.051.856,00	1.524.313,05	472.457,05	45%
		520 - artrodesi vertebrale cervicale senza cc	48	191	374.614,48	1.515.439,04	1.140.824,56	305%
		224 - interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	555	482	1.570.230,49	1.405.921,22	-164.309,27	-10%
		234 - altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	356	378	1.294.274,51	1.155.579,33	-138.695,18	-11%
		217 - sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	70	288	468.762,06	1.088.446,30	619.684,24	132%
		219 - interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' > 17 anni senza cc	255	232	1.075.347,61	967.928,24	-107.419,37	-10%
		538 - escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc	530	452	962.902,13	844.743,74	-118.158,39	-12%
497 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale con cc	41	48	613.650,14	796.334,13	182.683,99	30%		

Come si può vedere dalla tabella sottoriportata, le modifiche nella produzione regionale, che pure nel periodo è aumentata complessivamente del 15%, non sembrano riguardare gli stessi DRG, con l'eccezione del 544.

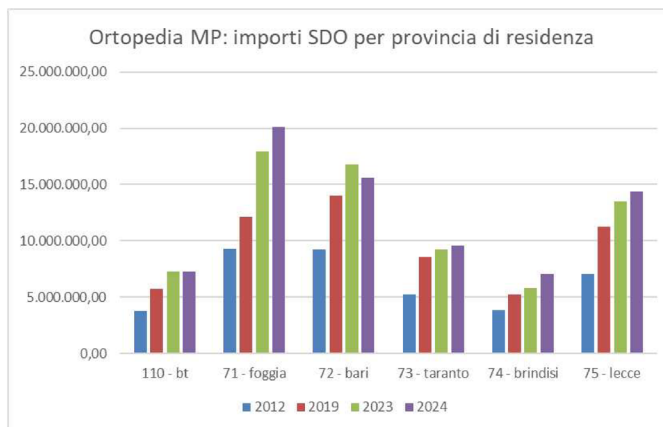
In particolare, non compaiono tra i primi 15 DRG gli interventi di artrodesi non complicata

Codesc. ICD MDC	Codesc. ICD DRG	N. Ricoveri		Imp. Lordo		Delta	Delta %
		2019	2024	2019	2024		
8 - malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	7.952	10.311	68.707.271,23	89.758.000,72	21.050.729,49	31%
	211 - interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' > 17 anni senza cc	2.266	2.713	13.675.010,06	16.725.669,13	3.050.659,07	22%
	210 - interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' > 17 anni con cc	2.296	2.267	15.921.856,50	16.097.941,35	176.084,85	1%
	256 - altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.364	3.091	16.927.316,56	15.422.021,14	-1.505.295,42	-9%
	249 - assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.918	2.336	11.163.307,69	15.082.964,38	3.919.656,69	35%
	498 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc	784	1.017	9.375.674,84	12.407.927,00	3.032.252,16	32%
	219 - interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' > 17 anni senza cc	2.941	2.844	12.465.521,54	12.232.749,10	-232.772,44	-2%
	234 - altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	2.390	3.202	9.295.282,18	11.546.261,72	2.250.979,54	24%
	224 - interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	2.127	2.441	7.838.577,27	9.376.177,90	1.537.600,63	20%
	500 - interventi sul dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza cc	2.885	2.419	9.054.443,44	7.443.699,52	-1.610.743,92	-18%
	247 - segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	958	1.187	4.451.820,46	6.712.373,99	2.260.553,53	51%
	546 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	102	321	1.984.870,54	6.254.106,00	4.269.235,46	215%
	491 - interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	553	732	4.620.422,20	6.133.653,10	1.513.230,90	33%
	545 - revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	445	519	4.856.924,02	5.731.672,08	874.748,06	18%
	225 - interventi sul piede	2.405	1.961	4.317.025,72	4.028.410,88	-288.614,84	-7%
	240 - malattie del tessuto connettivo, con cc	1.523	1.797	3.365.669,38	3.416.016,12	50.346,74	1%
497 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale con cc	191	218	2.853.450,96	3.342.708,72	489.257,76	17%	

L'incremento non è avvenuto in modo uguale in tutte le province, ma è stato più consistente in provincia di Foggia e Lecce; tra il 2023 e il 2024, si registra una riduzione del valore della mobilità passiva per la provincia di Bari, una stabilità per la provincia BT, un lieve incremento nella provincia di Taranto, un po' più accentuato nella provincia di Lecce ma che raggiunge il 21% nella provincia di Brindisi.

Codesc. ISTAT Provincia Residenza - Disciplina Ortopedia	N. Ricoveri Nazionali					Imp. Lordo Ricoveri Nazionali					
	2012	2019	2023	2024	Delta 2024 vs 2012	2012	2019	2023	2024	Delta 2024 vs 2012	Delta 2024 vs 2023
110 - bt	1.014	1.043	1.067	1.121	11%	3.807.636,97	5.757.461,83	7.274.600,78	7.240.576,52	90%	0%
71 - foggia	2.546	2.369	2.733	2.885	13%	9.328.219,70	12.148.118,62	17.941.345,72	20.151.433,76	116%	12%
72 - bari	2.524	2.612	2.521	2.415	-4%	9.194.770,74	13.988.354,64	16.741.642,57	15.640.926,47	70%	-7%
73 - taranto	1.417	1.595	1.502	1.529	8%	5.262.260,83	8.600.308,05	9.220.487,79	9.610.434,93	83%	4%
74 - brindisi	1.013	932	958	1.110	10%	3.839.744,87	5.219.594,65	5.806.802,48	7.046.933,29	84%	21%
75 - lecce	1.948	2.219	2.267	2.416	24%	7.051.566,11	11.240.165,30	13.480.839,20	14.367.987,33	104%	7%

Si segnala che Foggia, nonostante conti 630 mila abitanti in meno della provincia di Bari, supera sia in termini di volumi che in termini di importi i valori del capoluogo di regione, in modo più evidente dal 2023; nel 2024 la provincia di Foggia consuma per i ricoveri in ortopedia in mobilità passiva 5 milioni di euro in più rispetto all'anno precedente.



**Il Dirigente di Sezione**

Antonella Caroli



ANTONELLA  
CAROLI  
25.03.2026  
13:37:16  
GMT+01:00



**REGIONE PUGLIA**  
**SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE**  
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
ASM	DEL	2026	23	25.03.2026

PRESA D'ATTO DELLO SCHEMA DI ACCORDO BILATERALE EX ARTICOLO 1, COMMA 320, DELLA LEGGE N. 207/2024 PROPOSTO DAL MINISTERO DELLA SALUTE PER LA GESTIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA.

**VISTO SI PRENDE ATTO**

**ANNOTAZIONE:**

**Responsabile del Procedimento**  
D.SSA REGINA STOLFA



Firmato digitalmente da:  
Stolfa Regina  
Firmato il 25/03/2026 14:56  
Seriale Certificato: 5833319  
Valido dal 04/03/2026 al 04/03/2029  
Info: Camere Qualified Electronic Signature CA

**Dirigente**  
D.SSA REGINA STOLFA

