

Report Osservatorio GIMBE 3/2018

La mobilità sanitaria interregionale nel 2017



Luglio 2018

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2017. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. Mobilità sanitaria 2017 è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali della propria Regione di residenza: il cittadino può tuttavia esercitare il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di Regioni diverse, fenomeno descritto come mobilità sanitaria interregionale (di seguito semplicemente mobilità regionale) oggetto delle analisi del presente report, da cui esulano invece la mobilità intra-regionale, che avviene tra strutture differenti della stessa Regione, e la mobilità transfrontaliera, relativa alle prestazioni erogate all'estero.

La mobilità sanitaria regionale si distingue in:

- mobilità attiva: esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti;
- mobilità passiva: esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza.

Il confronto tra l'indice di attrazione e di fuga fornisce un quadro sia dell'efficacia ed efficienza di ciascun Servizio Sanitario Regionale nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente, sia indirettamente della qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi sanitari erogati. In particolare, i flussi relativi alla mobilità per ricovero ordinario e in day-hospital possono essere fisiologici o patologici¹. I primi conseguono alla configurazione della rete ospedaliera, in particolare alla variabilità dell'offerta regionale delle varie specializzazioni, all'attuazione del DM 70/2015 che prevede specialità con bacini di utenza che si estendono oltre i confini regionali, oltre che alimentati dalla mobilità di "confine" e da quella "fittizia", conseguente ai mancati cambi di residenza. I flussi "patologici", invece, derivano dalla scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) e/o della qualità delle cure (dati del Programma Nazionale Esiti) nelle Regioni di residenza e configurano gravi iniquità socio-economiche, visto che i costi delle trasferte sono sostenibili solo da pazienti con fasce di reddito medio-alte.

Da un punto di vista economico, la mobilità attiva rappresenta per le Regioni una voce di credito, mentre quella passiva una voce di debito. Secondo quanto previsto dal Testo Unico per la Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome², ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata dalla Regione di residenza del cittadino. Al fine di uniformare la procedura, il Testo Unico ha definito tempi e modalità di trasmissione di dati, contestazioni e relative risposte e ha individuato i tracciati record per i 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

- A. Ricoveri ospedalieri e day hospital, differenziati per pubblico e privato
- B. Medicina generale
- C. Specialistica ambulatoriale
- D. Farmaceutica
- E. Cure termali
- F. Somministrazione diretta di farmaci
- G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

¹ Longo F, Petracca F, Ricci A. Flussi e valore della mobilità ospedaliera interregionale. Cergas-Bocconi: Milano, novembre 2016. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/4d672e28-8ab7-4ebc-94ad-c34803e23/CERGAS_Mappatura+Mobilit%C3%A0.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IPG38C3&CVID=IPG38C3&CVID=IPG38C3&CVID=IPG38C3. Ultimo accesso 31 luglio 2018.

² Conferenza Stato-Regioni. Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016. 2 febbraio 2017. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/498548. Ultimo accesso 31 luglio 2018.

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutti i servizi che necessitano di autorizzazioni preventive (es. i residui manicomiali, i servizi per gli Hanseniani, per disabili cronici, le dispensazioni di assistenza integrativa, ecc.) vengono addebitate tramite fatturazione diretta.

Alla data di pubblicazione del presente report sono pubblicamente disponibili solo i dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, ma non il dettaglio dei flussi finanziari che ciascuna Regione invia al Ministero della Salute tramite il Modello M (figura 1).

MINISTERO DELLA SALUTE **Modello M**
Dipartimento della Programmazione

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

REGIONE

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno (all'intero di Euro)

Provincia	Prestazioni			Medicina generale	Spedidistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Amministrazione civile farmacia	Trasporti con ambulanza ed assistenza	TOTALE
	Rinvii Ordinari e in Day Hospital	PUBBLICO	PRIVATO							
PIEMONTE										
VALLE D'AOSTA										
LOMBARDIA										
P.A. BOLZANO										
P.A. TRENTO										
VENETO										
FRIULI V.G.										
LIGURIA										
EMILIA ROMAGNA										
TOSCANA										
UMBRIA										
MARCHE										
LAZIO										
ABRUZZO										
MOLISE										
CAMPANIA										
PUGLIA										
BASILICATA										
CALABRIA										
SICILIA										
SARDEGNA										
BAMBINI GESU'										
TOTALE										

Data _____ Il responsabile _____

Figura 1. “Modello M” riepilogativo degli importi di tutte le attività erogate in mobilità sanitaria

Di conseguenza, il presente report si limita ad effettuare una valutazione quantitativa di crediti, debiti e saldi della mobilità sanitaria 2017³ e ad analizzare e interpretare i dati utilizzando un nuovo indicatore: il “saldo pro-capite della mobilità sanitaria”. Al contrario, la disponibilità pubblica dei dati trasmessi dalle Regioni con il modello M permetterebbe analisi più dettagliate, in particolare di conoscere, sia per l'intero SSN, sia a livello di singola Regione:

- La distribuzione delle varie tipologie di prestazioni erogate in mobilità. Ad esempio, è noto che ricoveri ospedalieri e day hospital “pesano” per circa il 75% sul totale del valore

³ Nei documenti pubblici l'anno di riferimento della mobilità sanitaria è sempre successivo a quello reale perchè la compensazione interregionale avviene in occasione del riparto delle risorse assegnate dallo Stato. Nel presente report il dato viene sempre riferito all'anno di riferimento.

della mobilità¹ e coinvolgono oltre 937.000 pazienti⁴, ma questi dati vengono stimati correlando i dati della mobilità con quelli del Rapporto sulle Schede di Dimissione Ospedaliera, pubblicato annualmente dal Ministero della Salute.

- La differente capacità di attrazione di strutture pubbliche e private accreditate, relativamente ai ricoveri ordinari e in day hospital.
- La Regione di residenza dei cittadini che usufruiscono di prestazioni in mobilità sanitaria passiva, al fine di analizzare in maniera più dettagliata le dinamiche che regolano le varie tipologie di mobilità regionale (di prossimità, di lunga distanza, fittizia, etc).

1. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2017 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.635,4 milioni, cifra che include anche i conguagli relativi al 2014 (€ 218,9 milioni) e al 2016 (€ 296,3 milioni). La tabella 1 riporta tali valori in termini di crediti, debiti e saldi per le 19 Regioni e 2 Province autonome, oltre che - secondo quanto previsto dai criteri di riparto - per l'Ospedale pediatrico Bambin Gesù e per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM).

Va opportunamente rilevato che tali importi non sono stati definitivamente approvati nell'ultima seduta ordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 21 giugno⁵: la questione è stata rinviata alla seduta del 1 agosto 2018.

Regione	Crediti	Debiti	Saldi
Lombardia	€ 1.167.614.790	€ 358.935.415	€ 808.679.374
Emilia Romagna	€ 618.720.824	€ 260.855.263	€ 357.865.561
Veneto	€ 403.282.107	€ 241.854.485	€ 161.427.621
Toscana	€ 356.471.629	€ 208.203.626	€ 148.268.003
Lazio	€ 354.851.393	€ 644.026.737	-€ 289.175.344
Piemonte	€ 207.178.323	€ 296.367.890	-€ 89.189.568
Liguria	€ 149.026.057	€ 205.939.366	-€ 56.913.309
Campania	€ 169.232.445	€ 471.345.742	-€ 302.113.297
Puglia	€ 160.435.111	€ 341.484.492	-€ 181.049.381
Marche	€ 113.005.923	€ 182.911.638	-€ 69.905.714
Friuli Venezia Giulia	€ 87.935.432	€ 83.402.385	€ 4.533.047
Abruzzo	€ 116.953.792	€ 188.998.864	-€ 72.045.072
Umbria	€ 115.927.672	€ 96.869.895	€ 19.057.777

⁴ SDO 2016, mobilità sanitaria. Oltre 4,3 miliardi di spese per quasi un milione di ricoveri in Regioni diverse da quelle di residenza. Calabria maglia nera. Al top Lombardia ed Emilia Romagna. Quotidiano Sanità, 7 novembre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=55564. Ultimo accesso 31 luglio 2018.

⁵ Mobilità sanitaria interregionale: approvazione matrici ai fini del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale anno 2018. In: Convocazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in seduta ordinaria per giovedì 21 giugno 2018. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/566303. Ultimo accesso 31 luglio 2018.

Regione	Crediti	Debiti	Saldi
Molise	€ 97.354.403	€ 80.570.550	€ 16.783.853
Sicilia	€ 62.794.493	€ 302.574.216	-€ 239.779.722
Basilicata	€ 76.135.022	€ 114.506.851	-€ 38.371.829
Prov. Aut. Trento	€ 59.646.593	€ 65.282.877	-€ 5.636.283
Prov. Aut. Bolzano	€ 20.714.070	€ 26.602.661	-€ 5.888.591
Calabria	€ 26.271.653	€ 345.726.764	-€ 319.455.111
Sardegna	€ 19.713.839	€ 101.921.478	-€ 82.207.639
Valle d'Aosta	€ 13.005.111	€ 16.941.529	-€ 3.936.417
Bambin Gesù	€ 195.431.080	€ 87.384	€ 195.343.696
ACISMOM	€ 43.708.344	€ 0	€ 43.708.344

Tabella 1. Mobilità sanitaria 2017: crediti, debiti e saldi

Anche se che l'obiettivo del presente report è confrontare Regioni e Province autonome, i dati della mobilità attiva relativi all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e ACISMOM vengono comunque presi in considerazione in quanto rappresentano il 5,2% del totale.

2. Mobilità sanitaria attiva

Identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione per cittadini non residenti: in termini di performance esprime il cosiddetto "indice di attrazione" e in termini economici identifica i crediti vantati da ciascuna Regione (figura 2).

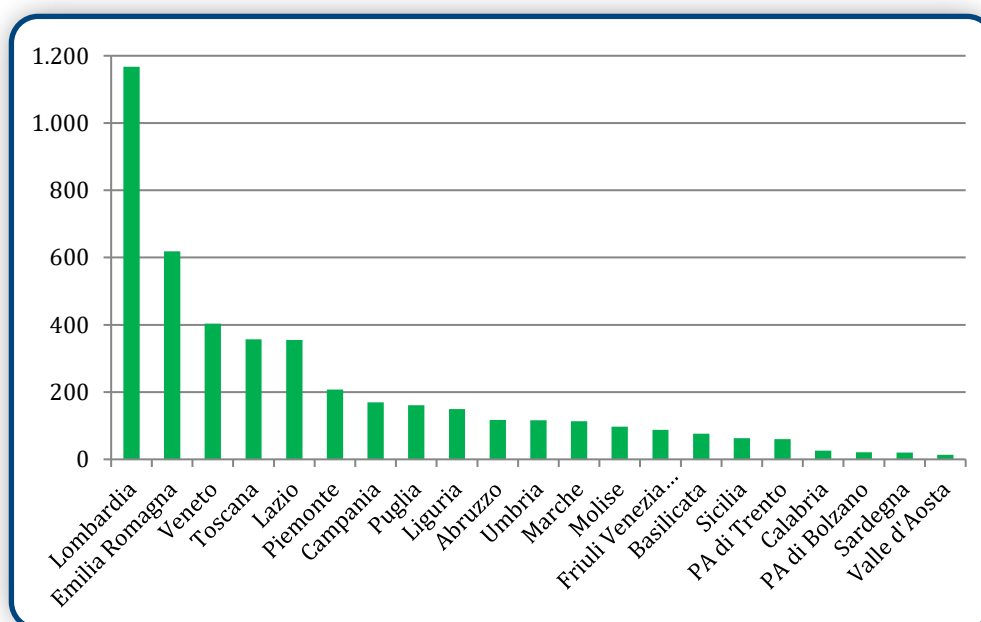


Figura 2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2017 (dati in milioni di euro)

Le Regioni con maggiori capacità attrattive sono la Lombardia (25,2%) e l'Emilia Romagna (13,3%), che insieme ricevono oltre 2/3 della mobilità attiva; un ulteriore 27% viene attratto da Veneto (8,7%), Toscana (7,8%), Lazio (7,7%) e Piemonte (4,5%). Il rimanente 33% della mobilità attiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni, oltre al Bambin Gesù (€ 195,4 milioni) e all'ACISMOM (€ 43,7) non riportati nel grafico. I dati documentano la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

3. Mobilità sanitaria passiva

Identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza: in termini di performance esprime il cosiddetto "indice di fuga" e in termini economici identifica i debiti di ciascuna Regione (figura 3).

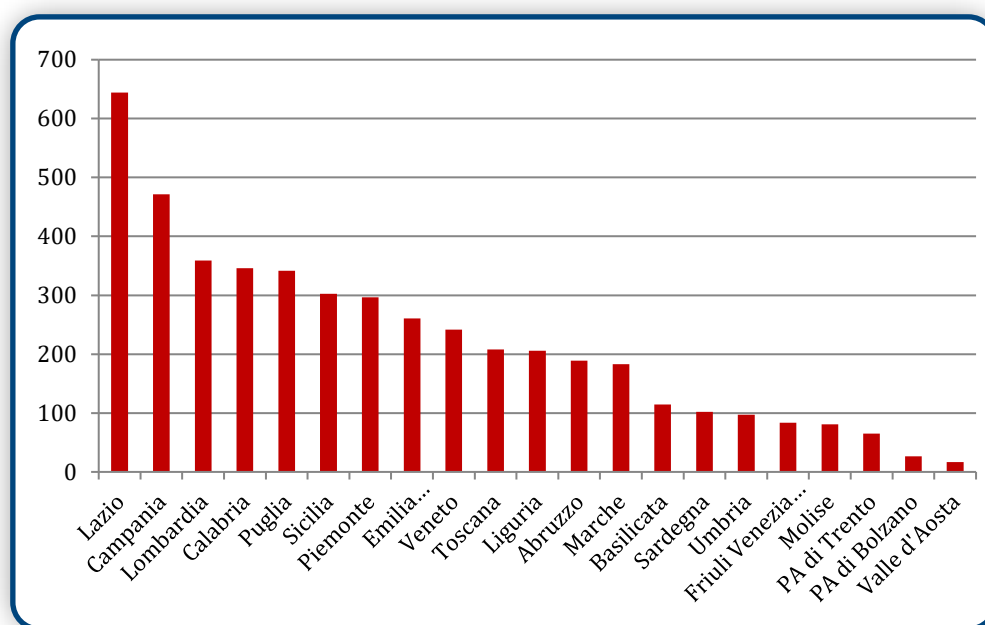


Figura 3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2017 (dati in milioni di euro)

Le Regioni con maggiore indice di fuga sono Lazio (13,9%) e Campania (10,1%) che insieme contribuiscono a quasi un quarto della mobilità passiva; un ulteriore 29% riguarda Lombardia (7,7%), Calabria (7,5%), Puglia (7,4%), Sicilia (6,5%). Il rimanente 46,8% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni.

I dati della mobilità passiva documentano differenze Nord-Sud più sfumate: in particolare, se quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in grandi Regioni del Nord, in particolare in Lombardia, ma anche in Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Toscana, un fenomeno che documenta verosimilmente specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con qualità elevata dei servizi sanitari (cd. mobilità di prossimità).

4. Saldi

La differenza tra crediti, frutto della mobilità attiva, e debiti, conseguenza della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del fondo sanitario nazionale dell'anno successivo (figura 4).

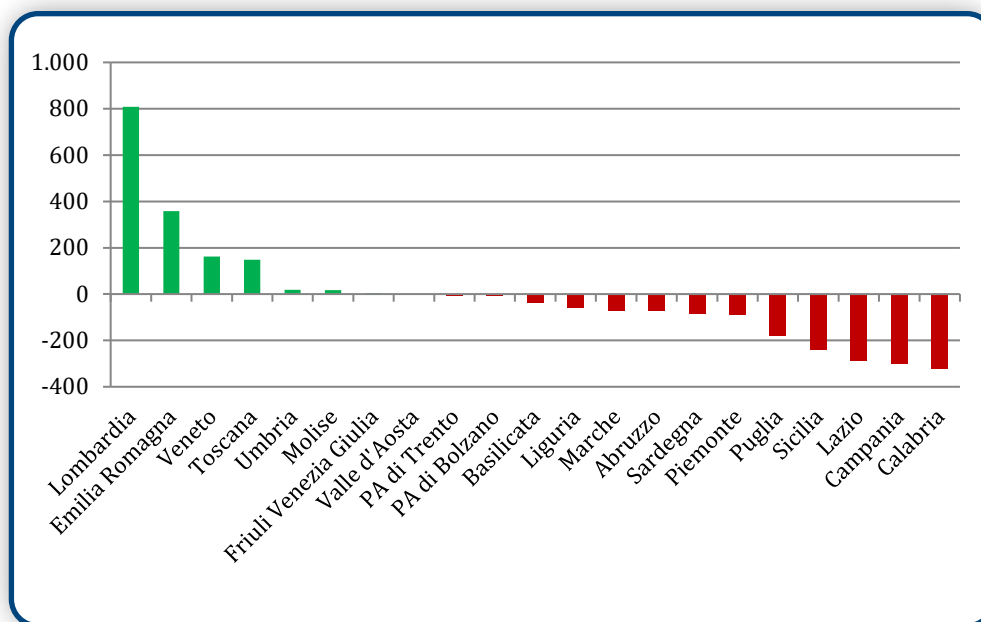


Figura 4. Saldo mobilità sanitaria: anno 2017 (dati in milioni di euro)

Rispetto al saldo sulla mobilità 2017, le Regioni possono essere suddivise in quattro categorie:

- Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni): Lombardia (€ 808,7 milioni), Emilia Romagna (€ 357,9 milioni), Toscana (€ 148,3 milioni) e Veneto (€ 161,4 milioni)
- Sostanziale equilibrio:
 - Saldo positivo (< € 20 milioni): Molise, Umbria, Friuli Venezia Giulia,
 - Saldo negativo (< € 6 milioni): Prov. Aut. Bolzano, Valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento
- Saldo negativo moderato (da € 38 milioni a € 72 milioni): Basilicata, Liguria, Piemonte, Marche, Sardegna, Abruzzo
- Saldo negativo rilevante (oltre € 100 milioni): Puglia (-€ 181 milioni), Sicilia (-€ 239,8 milioni), Lazio (-€ 289,2 milioni), Campania (-€ 302,1 milioni), Calabria (-€ 319,5)

Dalla valutazione comparativa dei saldi regionali emerge in maniera inequivocabile che le Regioni con saldo positivo >€ 100 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo > € 100 milioni tutte del Centro-Sud.

5. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria

Tenendo conto della popolazione residente al 1 gennaio 2017 (dati ISTAT) è stato valutato l'impatto economico della mobilità sanitaria pro-capite, che restituisce una ricomposizione delle classifiche regionali rispetto a quelle ottenute con i valori assoluti di crediti, debiti e saldi.

Per la mobilità attiva, non si rilevano rispetto alla media nazionale particolari correlazioni con la popolazione residente, mentre rispetto all'area geografica rimangono in fondo alla classifica le Regioni del Sud (ad eccezione di Basilicata e Molise) e le isole per la loro scarsa capacità attrattiva che consegue sia alla qualità dell'offerta, sia alle difficoltà di raggiungimento (figura 5).

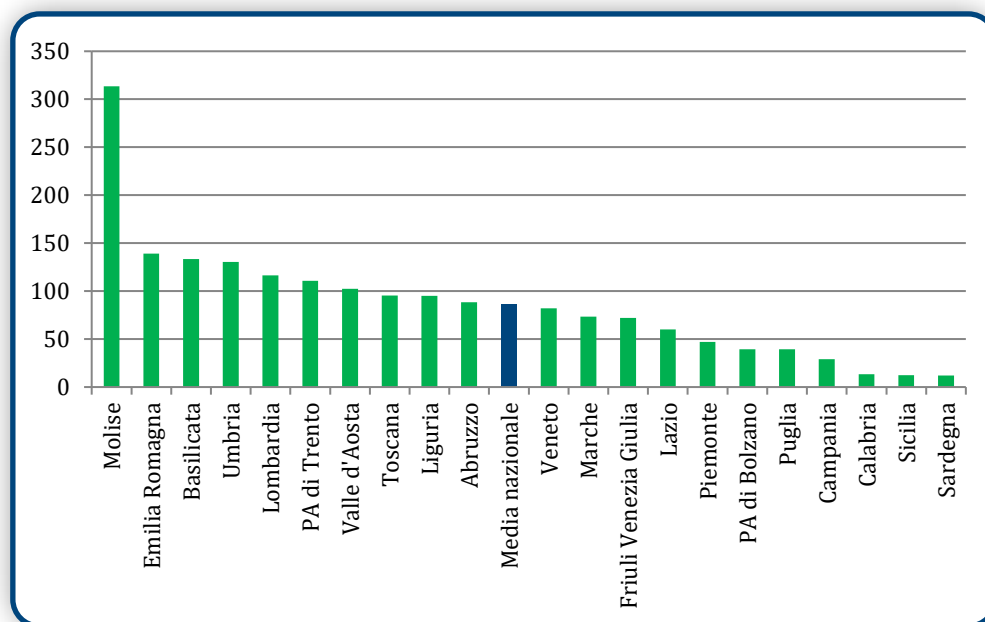


Figura 5. Mobilità regionale attiva 2017: entrate pro-capite per cittadino residente

Per la mobilità passiva, invece, quasi tutte le Regioni di piccole dimensioni (ad eccezione di Friuli Venezia Giulia e Prov. Aut. Di Bolzano) hanno una spesa pro-capite superiore alla media nazionale indipendentemente dall'area geografica (figura 6).

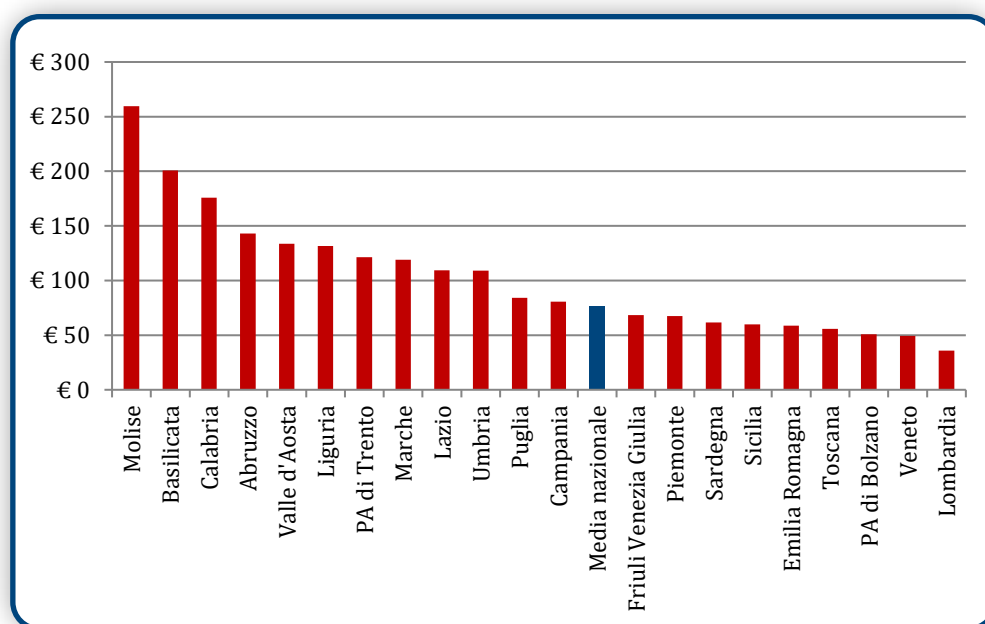


Figura 6. Mobilità regionale passiva 2017: spesa pro-capite per cittadino residente

Risultano, invece, di particolare interesse le informazioni fornite da un nuovo indicatore elaborato nel presente report: il “saldo pro-capite di mobilità sanitaria”. Infatti, se le Regioni con saldo positivo (n. 7) e negativo (n. 14) sono le stesse riportate nella figura 7, la classifica “aggiustata” per popolazione residente è differente, documentando che al di là del valore economico, gli importi relativi alla mobilità sanitaria devono sempre essere interpretati in relazione alla popolazione residente. In questa ricomposizione della classifica, emergono due dati estremi: il podio del Molise e la disastrosa posizione della Calabria, dove ciascun cittadino residente ha un saldo pro-capite negativo di € 163, superiore alla somma del saldo pro-capite positivo di Lombardia ed Emilia Romagna.

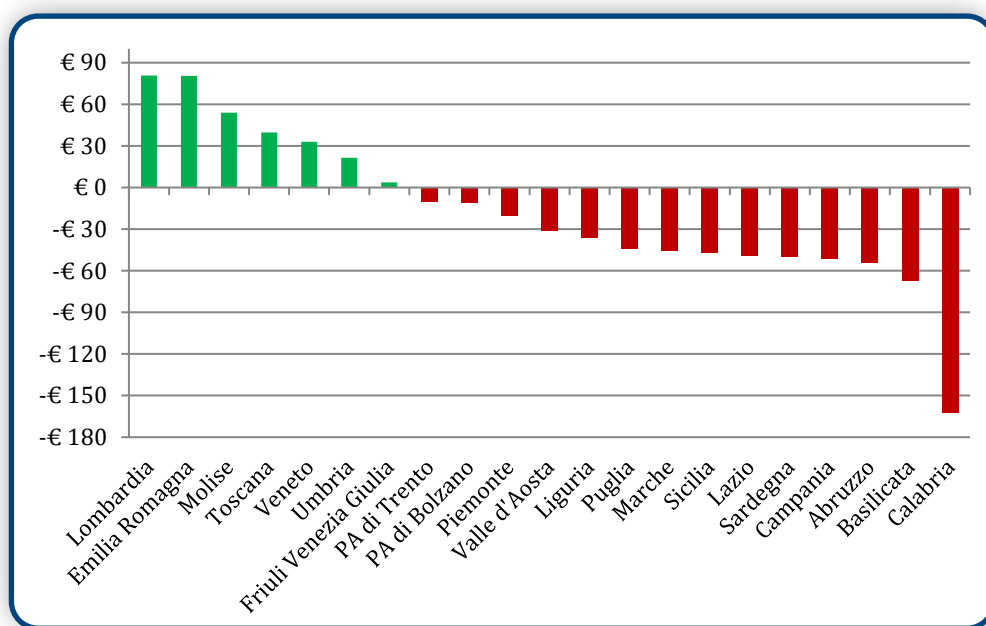


Figura 7. Mobilità regionale 2017: saldo pro-capite

6. Conclusioni

Il valore della mobilità sanitaria tra le Regioni nel 2017 supera i € 4,635 miliardi, una percentuale relativamente contenuta della spesa sanitaria totale, ma che assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto, per l’impatto sull’equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Lombardia + € 808,7 milioni), sia in saldo negativo (es. Calabria -€ 319,5 milioni, Campania - € 302,1); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni con offerta carente di servizi; infine, per l’espansione del privato accreditato, favorito dall’assenza o dalla scarsa efficacia dei tetti di budget regionali.

Se i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, le analisi e le interpretazioni effettuate nel presente report tenendo conto della popolazione residente dimostrano che tale assioma è da un lato troppo semplicistico, dall’altro impossibile da approfondire perché i dati pubblicamente disponibili si limitano agli importi di crediti, debiti e saldi per ciascuna Regione.

Considerato che l'ultima pubblicazione istituzionale sul tema della mobilità sanitaria risale al 2012⁶ e che il sito del Ministero della Salute non prevede nemmeno una sezione sulla mobilità regionale, la pubblicazione del presente report costituisce l'occasione per chiedere ufficialmente al Ministero della Salute la disponibilità pubblica dei dati sulla mobilità sanitaria trasmessi dalle Regioni con il Modello M.

⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S). La mobilità sanitaria. Quaderno di Monitor n. 9. Marzo 2012. Disponibile a: www.agenas.it/monitor-n-39/mobilita-sanitaria-quaderno. Ultimo accesso: 31 luglio 2018.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org