

Report Osservatorio GIMBE 6/2019

La mobilità sanitaria interregionale nel 2017



Luglio 2019

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2017. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2017” è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

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

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente rapporto.

Indice

1. Premessa.....	2
2. Valore della mobilità sanitaria.....	5
3. Mobilità sanitaria attiva.....	8
4. Mobilità sanitaria passiva	9
5. Saldi.....	10
6. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria	13
7. Conclusioni.....	16
APPENDICE 1. La mobilità sanitaria nella bozza del Patto per la Salute 2019-2021	17

1. Premessa

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 altre Regioni, 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 (tra strutture differenti della stessa Regione) e la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate all'estero).

La mobilità sanitaria regionale viene distinta 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 quello 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 "patologici"¹. 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 generano gravi iniquità, visto che solo pazienti con reddito medio-alto sono in grado di sostenere i costi delle trasferte.

Dal punto di vista economico, la mobilità attiva rappresenta per le Regioni una voce di credito, mentre quella passiva una voce di debito; ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino. Le "regole tecniche" dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria - approvato lo scorso 20 giugno dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome² - hanno uniformato la procedura per la trasmissione di dati, definito tempi per l'invio, le contestazioni e le controdeduzioni e 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

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. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

² Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 - Regole tecniche", Disponibile a: www.statoregioni.it/media/1809/p-1-csr-atto-rep-n-103-20giu2019.pdf. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

- E. Cure termali
- F. Somministrazione diretta di farmaci
- G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

Tutte le prestazioni incluse nei LEA, ma non elencate tra quelle in compensazione, devono essere addebitate tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla USL di residenza del soggetto.

Alla data di pubblicazione del presente report sono pubblicamente disponibili solo i dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, quale parte integrante dell'Intesa Stato-Regioni dello scorso 6 giugno sulla proposta di riparto delle risorse per il 2019³. Viceversa, non sono pubblici i riepiloghi dei valori finanziari delle prestazioni erogate da ciascuna Regione e trasmessi al Ministero della Salute con apposito allegato (figura 1).

MINISTERO DELLA SALUTE
 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)

Modello M

Provenienza	Prestazioni			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
	Ricoveri Ordinari e in Day hospital									
	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE							
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 GESÙ										
TOTALE										

Data
Il responsabile

Figura 1. Modello M: riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni erogate nei confronti di cittadini di altre Regioni

Di conseguenza, il presente report può solo effettuare una valutazione quantitativa di crediti, debiti e saldi della mobilità sanitaria relativi all'anno 2017 visto che, secondo quanto riportato dalla suddetta Intesa Stato-Regioni³, *"i valori di mobilità interregionale per l'anno 2019 sono calcolati sulla base delle matrici di mobilità 2017 approvata dalla Conferenza delle Regioni e*

³ Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra la Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2019. Rep Atti n. 88 del 6 giugno 2019. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/1750/p-5-csr-atto-rep-n-88-6giu2019.pdf. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

*delle Province autonome in data 13 febbraio 2019*⁴. Inoltre, i dati relativi alla mobilità sanitaria vengono analizzati e interpretati con l'indicatore del "saldo pro-capite della mobilità sanitaria" già elaborato dalla Fondazione GIMBE in occasione della pubblicazione del precedente report⁵.

La Legge di Bilancio 2019 ha subordinato l'incremento del fabbisogno sanitario nazionale (€ 2 miliardi nel 2020 e ulteriori € 1,5 miliardi nel 2021) alla stipula di una Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che deve contemplare varie "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi". La scadenza per la sottoscrizione del Patto era fissata al 31 marzo, ma la "fase esplorativa" si è dilatata eccessivamente e solo il 22 maggio 2019 la Ministra Grillo ha convocato gli 11 tavoli di lavoro⁶ per la sua stesura, uno dei quali riguarda proprio la mobilità sanitaria. Infatti, l'articolo 6 della bozza del Patto per la Salute 2019-2021⁷ si propone di analizzare le dinamiche del fenomeno della mobilità sanitaria e di mettere in campo numerose azioni per migliorarne la governance (appendice 1).

⁴ Fondo sanitario 2019: Bonaccini ripartiti più di 111 miliardi. Regioni.it, 13 febbraio 2019. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-3549/del-13-02-2019/fondo-sanitario-2019-bonaccini-ripartiti-piu-di-111-miliardi-19345. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2016. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2016. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

⁶ Ministero della Salute. Patto della salute 2019-2021, insediati al ministero gli undici gruppi di lavoro. 22 maggio 2019. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3761. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

⁷ Patto per la Salute/1. La nuova bozza. Quotidiano Sanità, 6 giugno 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2333634.pdf. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

2. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2017 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.578,5 milioni. La tabella 1 riporta i 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 Bambino Gesù (OPBG) e per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM).

Regione	Crediti	Debiti	Saldo
Piemonte	€ 238.431.764	€ 284.914.516	-€ 46.482.752
Valle d'Aosta	€ 14.073.491	€ 15.464.094	-€ 1.390.603
Lombardia	€ 1.166.861.670	€ 362.272.068	€ 804.589.602
Prov. Aut. di Bolzano	€ 30.289.896	€ 29.504.983	€ 784.913
Prov. Aut. di Trento	€ 65.110.478	€ 63.854.358	€ 1.256.120
Veneto	€ 394.755.443	€ 256.581.537	€ 138.173.906
Friuli Venezia Giulia	€ 90.095.407	€ 83.217.135	€ 6.878.272
Liguria	€ 145.821.726	€ 220.474.220	-€ 74.652.494
Emilia Romagna	€ 578.472.252	€ 276.034.299	€ 302.437.953
Toscana	€ 344.680.232	€ 205.343.316	€ 139.336.916
Umbria	€ 95.420.927	€ 102.250.031	-€ 6.829.104
Marche	€ 136.191.389	€ 174.576.499	-€ 38.385.110
Lazio	€ 359.359.884	€ 603.249.268	-€ 243.889.384
Abruzzo	€ 118.510.798	€ 200.293.861	-€ 81.783.063
Molise	€ 98.091.281	€ 76.316.225	€ 21.775.056
Campania	€ 149.898.332	€ 473.307.143	-€ 323.408.811
Puglia	€ 133.392.817	€ 340.048.675	-€ 206.655.858
Basilicata	€ 53.698.777	€ 108.904.176	-€ 55.205.399
Calabria	€ 26.641.361	€ 304.858.262	-€ 278.216.901
Sicilia	€ 60.918.019	€ 298.326.171	-€ 237.408.152
Sardegna	€ 20.645.618	€ 98.569.604	-€ 77.923.986
OPBG	€ 217.440.340	€ 156.553	€ 217.283.787
ACISMOM	€ 39.715.093	€ 0	€ 39.715.093
Totale	€ 4.578.516.995	€ 4.578.516.995	€ 0

Tabella 1. Valori della mobilità sanitaria 2017

I saldi approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 6 giugno 2019⁸ differiscono in quanto contabilizzano gli accordi sui conguagli e partite regolatorie rimaste in sospeso relativi agli anni precedenti (tabella 2).

Regione	Conguagli	Saldo
Piemonte	-€ 4.505.926	-€ 50.988.678
Valle d'Aosta	-€ 407.934	-€ 1.798.537
Lombardia	-€ 20.528.459	€ 784.061.143
Prov. Aut. di Bolzano	€ 341.436	€ 1.126.349
Prov. Aut. di Trento	-€ 1.341.959	-€ 85.839
Veneto	€ 4.969.132	€ 143.143.038
Friuli Venezia Giulia	-€ 822.986	€ 6.055.286
Liguria	€ 3.411.217	-€ 71.241.277
Emilia Romagna	€ 5.083.915	€ 307.521.868
Toscana	€ 4.771	€ 139.341.687
Umbria	€ 2.656.105	-€ 4.172.999
Marche	-€ 4.593.666	-€ 42.978.776
Lazio	€ 4.481.511	-€ 239.407.873
Abruzzo	€ 1.819.048	-€ 79.964.015
Molise	-€ 1.602.444	€ 20.172.612
Campania	€ 5.379.729	-€ 318.029.082
Puglia	€ 5.321.140	-€ 201.334.718
Basilicata	€ 1.892.575	-€ 53.312.824
Calabria	-€ 2.829.406	-€ 281.046.307
Sicilia	€ 526.502	-€ 236.881.650
Sardegna	€ 745.699	-€ 77.178.287
OPBG	€ 0	€ 217.283.787
ACISMOM	€ 0	€ 39.715.093

Tabella 2. Mobilità sanitaria 2017: saldi approvati nel riparto 2019

⁸ Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra la Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2019. Rep Atti n. 88 del 6 giugno 2019. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/1750/p-5-csr-atto-rep-n-88-6giu2019.pdf. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

Tra i vari conguagli previsti dagli accordi si segnalano quelli per la ricerca e il reperimento delle cellule staminali, per la plasma-derivazione e per gli emocomponenti; quelli relativi alla ricerca e all'assistenza dei malati cronici per gli anni 2015-2017; quelli per l'abbattimento del saldo dei ricoveri privati (del 50% per il 2014 rispetto al 2013 e del 60% per il 2017 rispetto al 2016),

Rispetto alle analisi effettuate nel presente report:

- quelle condotte su crediti e debiti di ciascuna Regione sono state effettuate sugli importi al lordo dei conguagli, in quanto non è noto se le differenze dei saldi in sede di accordi sono dovute a variazioni di crediti e/o di debiti;
- quelle effettuate sui saldi sono state effettuate sugli importi conguagliati in sede di accordi.

Infine, anche se che l'obiettivo del presente report è confrontare le performance di Regioni e Province autonome, sono stati presi in considerazione anche i dati della mobilità attiva relativi a OPBG e ACISMOM in quanto rappresentano insieme il 5,6% del totale.

3. 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 esigibili da ciascuna Regione (figura 2).

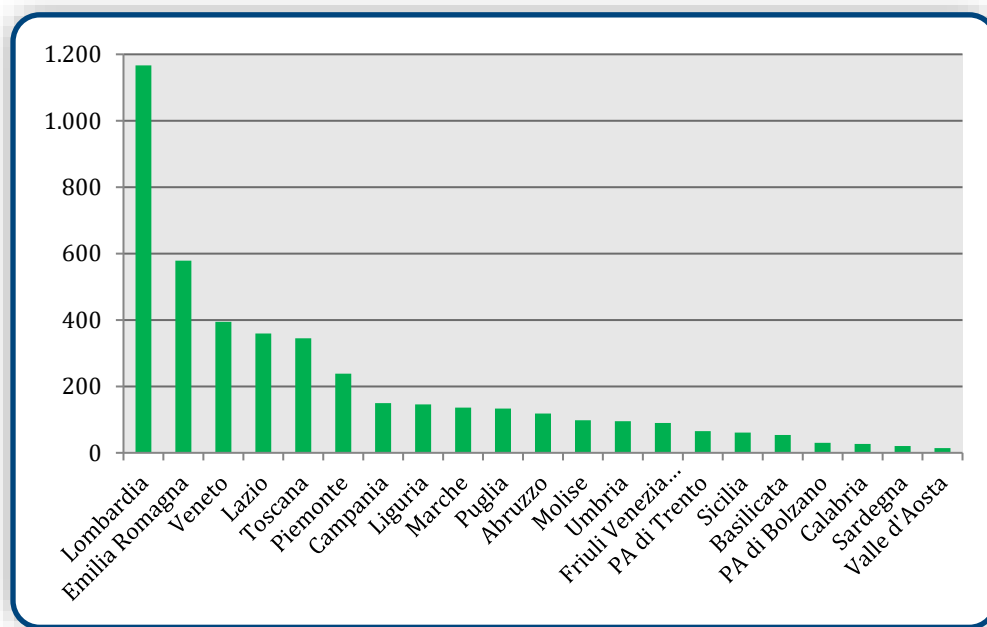


Figura 2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2017 (dati in milioni di €)

Le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: in testa Lombardia (25,5%) ed Emilia Romagna (12,6%) che insieme contribuiscono ad oltre 1/3 della mobilità attiva. Un ulteriore 29,2% viene attratto da Veneto (8,6%), Lazio (7,8%), Toscana (7,5%) e Piemonte (5,2%). Il rimanente 32,7% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 15 Regioni, oltre che all'OPBG (€ 217,4 milioni) e all'ACISMOM (€ 39,7) non riportati nella figura 2. 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.

4. 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).

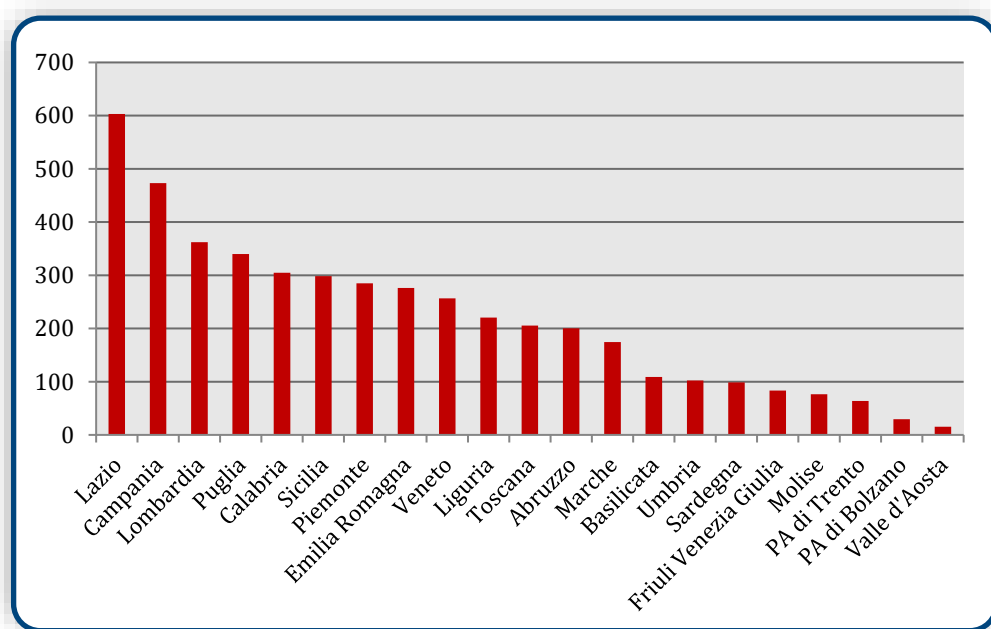


Figura 3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2017 (dati in milioni di €)

Le 6 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13,2%) e Campania (10,3%) che insieme contribuiscono a circa 1/4 della mobilità passiva; un ulteriore 28,5% riguarda Lombardia (7,9%), Puglia (7,4%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%). Il restante 48% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni.

I dati della mobilità passiva documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in tutte le grandi Regioni del Nord con elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 362,3 milioni), Piemonte (-€ 284,9 milioni), Emilia Romagna (-€ 276 milioni), Veneto (-€ 256,6 milioni) e Toscana (-€ 205,3 milioni). Verosimilmente questo documenta specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con elevata qualità dei servizi sanitari (cd. mobilità di prossimità).

5. Saldi

La differenza tra crediti, frutto della mobilità attiva, e debiti, conseguenza della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione (figura 4). Come sopra descritto, in occasione dell'accordo per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale la mera differenza tra crediti e debiti è stata compensata tramite conguagli (tabella 2).

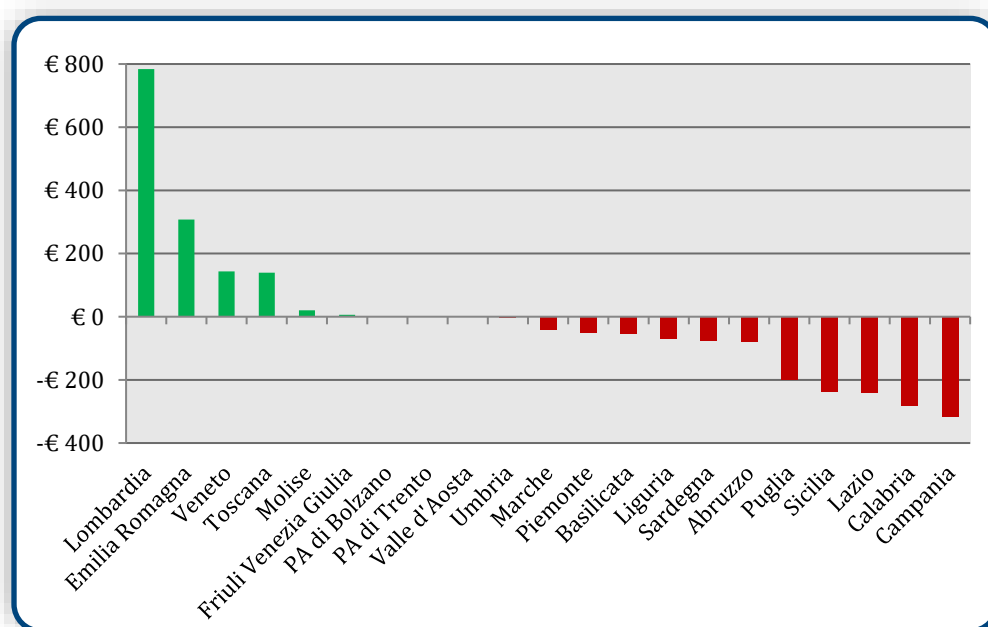


Figura 4. Saldo mobilità sanitaria: anno 2017 (dati in milioni di €)

Rispetto all'entità e alla direzione del saldo 2017, le Regioni sono state suddivise in sei categorie, da cui si risulta che quelle con saldo positivo rilevante sono tutte del Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante tutte del Centro-Sud (tabella 3, figura 5).

Categoria saldo	Range saldo (in milioni)	Regione	Saldo (in milioni)
Positivo rilevante	Oltre € 100	Lombardia	€ 784,1
		Emilia Romagna	€ 307,5
		Veneto	€ 143,1
		Toscana	€ 139,3
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	-	-
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Molise	€ 20,2
		Friuli Venezia Giulia	€ 6,1
		Prov. Aut. di Bolzano	€ 1,1
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Prov. Aut. di Trento	-€ 0,1
		Valle d'Aosta	-€ 1,8
		Umbria	-€ 4,2
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Marche	-€ 43,0
		Piemonte	-€ 51,0
		Basilicata	-€ 53,3
		Liguria	-€ 71,2
		Sardegna	-€ 77,2
		Abruzzo	-€ 80,0
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Puglia	-€ 201,3
		Sicilia	-€ 236,9
		Lazio	-€ 239,4
		Calabria	-€ 281,1
		Campania	-€ 318,0

Tabella 3. Categorie saldi mobilità sanitaria 2017

La distribuzione del saldo attivo 2017 dimostra che il 98% si concentra in sole 4 Regioni e l'88% in Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, ovvero quelle in dirittura d'arrivo per ottenere maggiori autonomie con il regionalismo differenziato (figura 5).

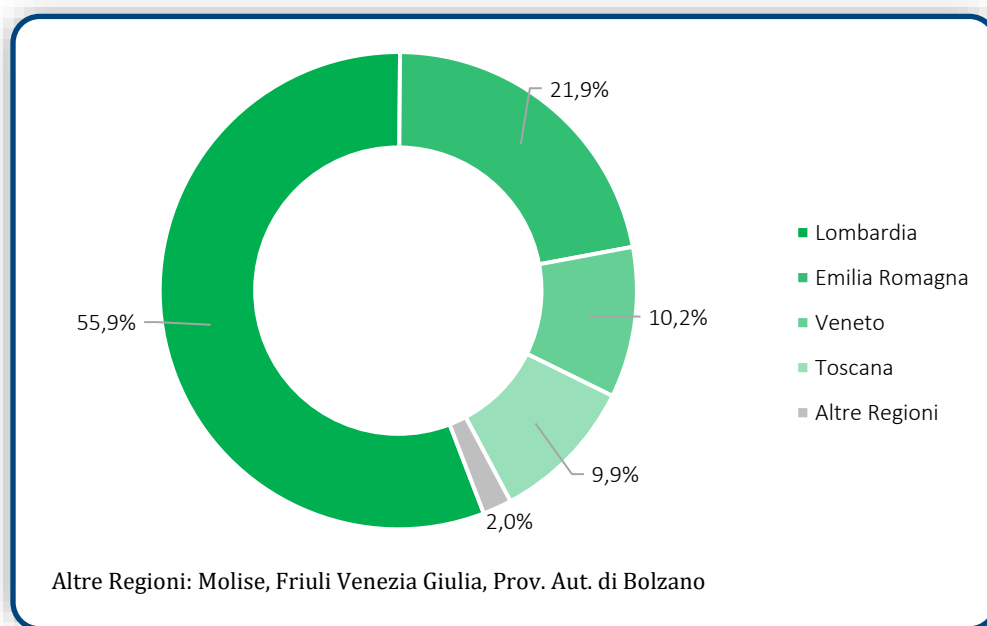


Figura 5. Regioni con saldo attivo per mobilità regionale 2017

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2017 risulta maggiormente dispersa, il 77% si concentra in 5 Regioni del Centro-Sud (figura 6).

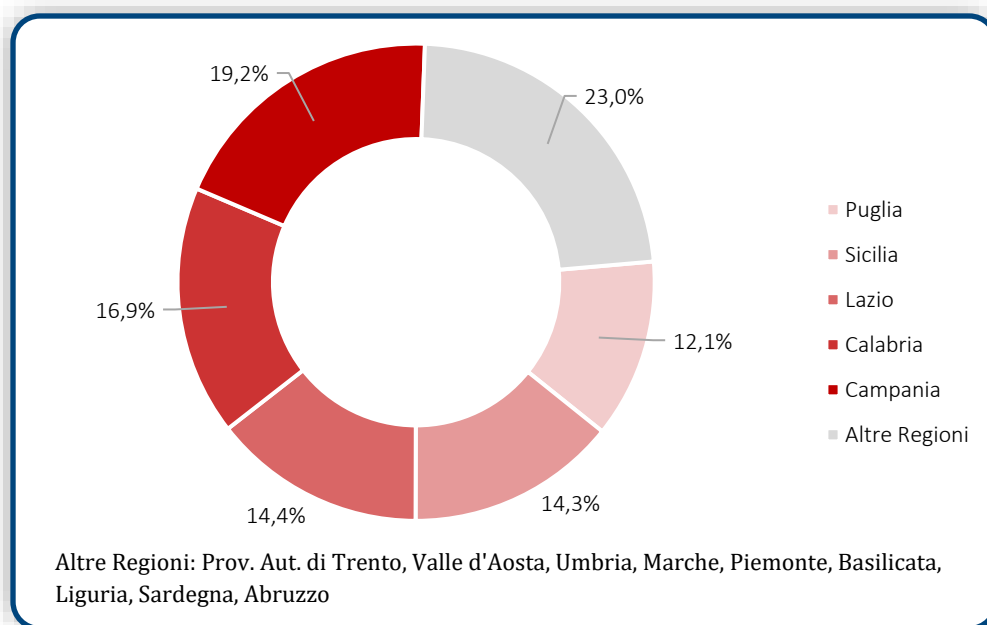


Figura 6. Regioni con saldo passivo per mobilità regionale 2017

6. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria

Tenendo conto della popolazione residente (60.483.973 abitanti al 1 gennaio 2018, dati ISTAT) è stato valutato l'impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria che determina una ricomposizione delle classifiche basate sui valori assoluti di crediti (figura 2), debiti (figura 3) e saldi (figura 4).

Per la mobilità attiva pro-capite non si rilevano particolari correlazioni con la popolazione residente, fatta eccezione per l'elevata performance del Molise; rispetto all'area geografica rimangono in fondo alla classifica le isole che oltre alla scarsa capacità attrattiva scontano le difficoltà di raggiungimento (figura 7).

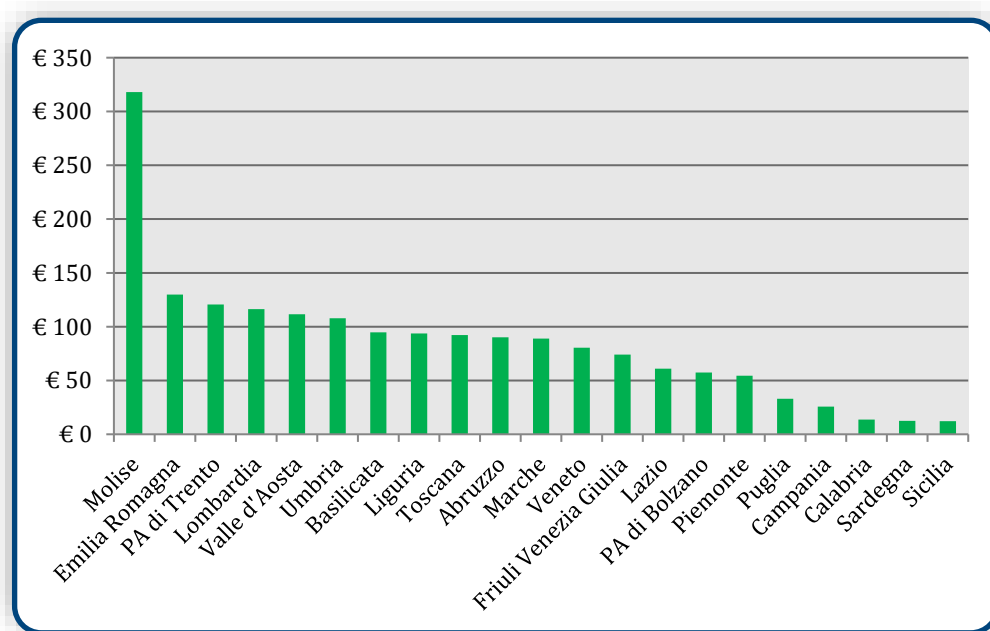


Figura 7. Mobilità regionale attiva 2017: entrate pro-capite per cittadino residente

Riguardo alla mobilità passiva, quasi tutte le Regioni di piccole dimensioni (eccetto la Calabria) hanno una spesa pro-capite elevata indipendentemente dall'area geografica (figura 8).

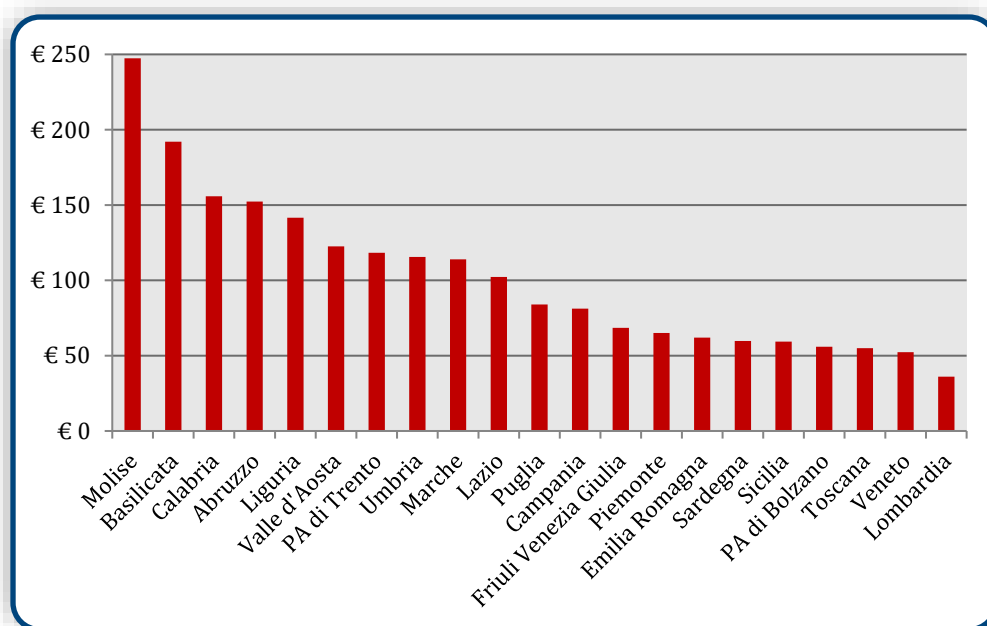


Figura 8. Mobilità regionale passiva 2017: spesa pro-capite per cittadino residente

Risultano, invece, di particolare interesse le informazioni fornite dall'indicatore "saldo pro-capite di mobilità sanitaria" (figura 9). Infatti, se le Regioni con saldo positivo (n. 7) e negativo (n. 14) sono le stesse della figura 4 (ad eccezione della Prov. Aut. di Trento che ha un saldo pro-capite di poco inferiore a € 0) la classifica "aggiustata" per popolazione residente è differente, dimostrando che al di là del valore economico, i saldi della mobilità sanitaria devono essere sempre interpretati in relazione alla popolazione residente.

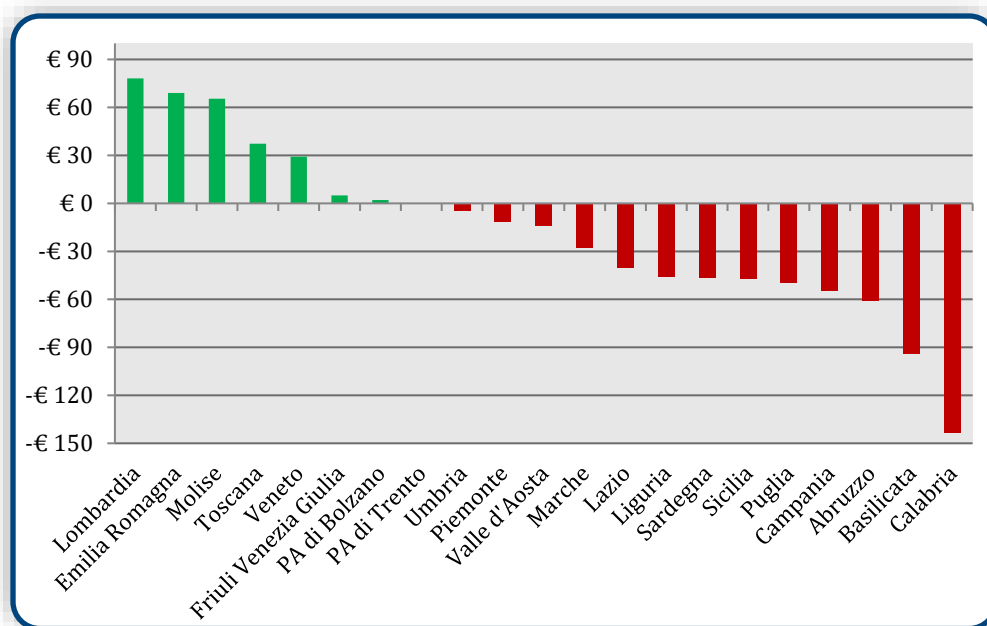


Figura 9. Mobilità regionale 2017: saldo pro-capite

Da segnalare tre dati rilevanti a seguito della ricomposizione della classifica per saldi pro-capite di mobilità sanitaria. Innanzitutto, si riducono notevolmente le differenze tra le prime tre Regioni nel saldo pro-capite (Lombardia: € 78; Emilia Romagna: € 69; Molise: € 65); in secondo luogo, il Molise conquista il podio nella classifica per saldo pro-capite; infine, la Calabria, penultima per saldo prima della Campania, precipita in ultima posizione con un saldo pro-capite negativo di € 144, circa 3 volte quello della Campania (€ 55) e di poco inferiore alla somma del saldo pro-capite positivo di Lombardia ed Emilia Romagna (€ 147).

7. Conclusioni

Il valore della mobilità sanitaria regionale nel 2017 supera i € 4.578,5 milioni, una percentuale apparentemente contenuta (4%) della spesa sanitaria totale (€ 113.131 milioni), 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 + € 784 milioni), sia in saldo negativo (es. Calabria -€ 281 milioni; Campania -€ 318); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni con offerta carente di servizi; infine, per l'aumento di prestazioni inappropriate in particolare nelle strutture private accreditate.

Se i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, le analisi effettuate nel presente report tenendo conto della popolazione residente dimostrano che tale constatazione è da un lato troppo semplicistica, 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 2012⁹ e che il sito del Ministero della Salute non prevede una sezione sulla mobilità regionale, la Fondazione GIMBE ha già inoltrato richiesta ufficiale al Ministero della Salute dei dati sulla mobilità sanitaria trasmessi dalle Regioni, secondo le modalità previste dall'accesso civico. La disponibilità di tali dati consentirebbe infatti analisi più dettagliate, in particolare di conoscere, sia a livello nazionale che regionale:

- la distribuzione delle 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 della mobilità¹ e coinvolgono oltre 923.572 pazienti¹⁰, 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.).

In ogni caso, rispetto all'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria rimangono impossibili da stimare sia i costi sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti, sia quelli indiretti (assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti), sia quelli conseguenti alla mancata esigibilità dei LEA territoriali e soprattutto socio-sanitari, diritti che appartengono alla vita quotidiana delle persone e non alla occasionalità di una prestazione.

⁹ 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 2019.

¹⁰ Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2017. Gennaio 2019: pag 280-293. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2831_allegato.pdf. Ultimo accesso: 31 luglio 2019.

APPENDICE 1. La mobilità sanitaria nella bozza del Patto per la Salute 2019-2021

La mobilità sanitaria extraregionale viene considerata un fenomeno da ridurre, in quanto viene interpretata come un disagio per il cittadino che si deve rivolgere a strutture sanitarie fuori dalla propria Regione per ottenere condizioni migliori in termini di qualità e accessibilità alle cure.

Pur tuttavia occorre distinguere le diverse componenti della mobilità interregionale, che devono essere regolate e governate in maniera differenziata per categoria di utenza, superando l'ottica della compensazione economica fra Regioni.

Occorre quindi preliminarmente distinguere la componente fisiologica da quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente.

Per quanto riguarda la componente fisiologica (es. domiciliati, residenti in province confinanti con altra regione, villeggianti, etc.), il Governo e le Regioni si impegnano a far rientrare l'assistenza ai cittadini extra-Regione nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione erogante (es. dotazione posti letto, budget per erogatore, etc.), concordando i requisiti e i criteri che definiscono il riconoscimento dei bacini di utenza aggiuntivi (per la regione erogante) o sottrattivi (per la regione di residenza). La Regione erogante affiderà all'Azienda di competenza le modalità operative di assistenza al pari dei residenti nel proprio territorio.

Per quanto riguarda la seconda componente, ovvero la "reale" mobilità sanitaria, il Governo e le Regioni si impegnano a mappare i flussi declinati per tipologia di prestazione, ad individuare la corrispondenza con situazioni specifiche di carenza dell'offerta ed a redigere un "Piano di contrasto" alla mobilità passiva, potenziando la capacità di offerta nei settori rivelatisi critici.

Una volta pianificate le aree di intervento, le Regioni con rilevante mobilità passiva programmano con la Regione erogante i flussi di pazienti che ancora dovranno recarsi fuori Regione attraverso un accordo di mobilità, il cui schema tipo dovrà essere concordato a livello nazionale e dovrà definire espressamente le tipologie di prestazioni da erogare in mobilità sanitaria.

Altro obiettivo è quello di scoraggiare il ricorso a pratiche inappropriate o a comportamenti opportunistici da parte erogatori che agiscono fuori dalla competenza regionale.

Rimane l'obbligo, che verrà incluso tra gli adempimenti regionali, di accordi bilaterali sulla fornitura di volumi significativi di prestazioni, secondo un modello concordato tra Governo e Regioni che deve recare, oltre ai tetti economici, i volumi distinti per tipologia di prestazione e case-mix. Farà ugualmente parte degli adempimenti la trasmissione al sistema NSIS degli elementi essenziali degli accordi in forma strutturata.

Saranno oggetto di analisi e di monitoraggio a livello nazionale, l'evoluzione della mobilità sanitaria e la corrispondenza tra volumi effettivi di prestazioni rispetto ai volumi programmati nei piani regionali di contrasto alla mobilità e negli accordi bilaterali. Viene a questo fine istituito un osservatorio centralizzato di monitoraggio della mobilità sanitaria.

Infine Governo e Regioni si impegnano a ridefinire i DRG di alta complessità oggetto di deroga dei tetti di spesa per acquisti da fornitori privati, sulla base dei requisiti di alto

consumo di risorse e di elevata concentrazione della casistica in un numero relativamente ridotto di strutture.

Il box 1 riporta la bozza di articolato e la tabella 4 il cronoprogramma contenute nella bozza del nuovo Patto per la Salute 2019-2021.

Box 1. Articolo 6 – Mobilità. Bozza di articolato

2. Nell'intento di ridurre i disagi per i cittadini determinati dalla mobilità sanitaria extraregionale per carenze di offerta nel territorio di abitazione, fatta salva la libertà di scelta del paziente, Governo e Regioni si impegnano a declinare e regolare le componenti che determinano la mobilità sanitaria interregionale. In particolare verranno distinte e trattate separatamente le seguenti fattispecie:

a) Mobilità sanitaria interregionale fisiologica. Riguarda i pazienti che, pur risiedendo formalmente in altra regione rispetto all'ubicazione dell'erogatore, sono riconducibili all'ordinario bacino di utenza della regione erogante. Tale utenza, quale per esempio l'insieme dei residenti in province di confine regionale o coloro che risultano residenti extraregione ma assistiti dalla Regione stessa oppure ancora altre tipologie di situazioni temporanee di soggiorno, richiedono setting assistenziali e di finanziamento del tutto assimilabili a quelli dei residenti.

b) Mobilità extraregionale (utenti non compresi nel punto a) che riguardano DRG definiti ad alto rischio inappropriatazza. Governo e Regioni si impegnano a individuare forme di disincentivazione di prestazioni a rischio di inappropriatazza per il livello di assistenza non corretto, mediante tetti di volume.

c) Mobilità sanitaria extra-regionale (casi non rientranti nelle lettere a e b). Riguarda le restanti prestazioni che comportano il trasferimento del paziente in altra Regione e sono riferibili a carenze nell'accessibilità o per altre criticità dell'offerta sul territorio. Il Governo e le Regioni con forte mobilità passiva si impegnano a ridurre i flussi di pazienti ricoverati in altre regioni, programmando obiettivi mirati per tipologia di prestazione, da raggiungere mediante potenziamento della capacità di offerta interna attraverso la presentazione di specifici Piani di recupero della mobilità passiva da sottoporre ai Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

3. Al fine di dare applicazione a quanto previsto dal comma 1, le Regioni e Province Autonome provvedono a stipulare appositi accordi interregionali sulla base di un nuovo schema comune che distingua le categorie di utenza elencate nello stesso comma 1 e riporti i volumi previsti distinti per tipo prestazione o case-mix. La sottoscrizione degli accordi e la trasmissione dei contenuti in forma strutturata, costituisce adempimento ai fini dell'erogazione delle quote premiali di finanziamento.

4. Le Regioni eroganti si impegnano a realizzare controlli di appropriatezza e di qualità delle prestazioni corrispondenti a quelli effettuati per le prestazioni erogate a residenti con obbligo di comunicazione degli esiti alle regioni di residenza del paziente.

5. Secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, quartultimo capoverso, della legge 28 dicembre 2015, n.208 che rinvia a uno specifico accordo Stato-Regioni l'individuazione delle prestazioni di alta complessità, Governo e regioni si impegnano ad individuare come alta complessità i ricoveri ad elevato impiego di risorse e con particolari esigenze di specializzazione che richiedono la concentrazione in un numero relativamente ristretto di strutture.

6. Viene istituito centralmente l'Osservatorio statistico sulla mobilità extraregionale con il compito di mappare le situazioni critiche per tipo di prestazione ed utenza, di monitorare lo scostamento tra volumi programmati negli accordi interregionali e volumi effettivamente erogati, di stimare i trend futuri. L'Osservatorio pubblica annualmente il rapporto nazionale sulla mobilità sanitaria.

ART 6 – Mobilità		Entro
Prestazioni riconducibili al fisiologico bacino di utenza della Regione erogante		
• Definizione degli algoritmi per la selezione della casistica		3 mesi
• Stesura Report a cura del Ministero della Salute della mobilità interregionale fisiologica		4 mesi
• Definizione del gruppo di Regioni ad alta mobilità passiva (incidenza della mobilità passiva al netto della mobilità fisiologica, per regione, con definizione di valore soglia)		7 mesi
Prestazioni erogate in mobilità sanitaria regionale effettiva		
• Stesura Report a cura del Ministero della Salute sulla mobilità "vera" per tipologia di prestazione		9 mesi
• Presentazione previsione dei piani di riduzione delle prestazioni critiche da parte delle regioni con alta mobilità passiva		9 mesi
• Istituzione Osservatorio sulla mobilità interregionale con rappresentanti del Ministero della Salute, ds, Regioni, Agenas, Ministero dell'Economia e delle Finanze		11 mesi
Alta complessità		
• Insediamento Gruppo di Lavoro "Definizione alta complessità e criteri di appropriatezza"		7 mesi
• Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza		11 mesi
Ricoveri a bassa complessità e alto rischio inappropriatezza		
• Definizione proposta Ministero della Salute di tetti di volume sui DRG a rischio inappropriatezza		3 mesi
• Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano		7 mesi
Schema nazionale di accordo interregionale		
• Insediamento gruppo di lavoro interistituzionale per la predisposizione schema comune di accordo interregionale		4 mesi
• Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per approvazione schema comune di accordo interregionale		11 mesi

Tabella 4. Mobilità: cronoprogramma di attuazione



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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