

Report Osservatorio GIMBE 1/2026

La mobilità sanitaria interregionale nel 2023



Marzo 2026

AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava, Francesca Orsi, Tiziano Innocenti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 1/2026. La mobilità sanitaria interregionale nel 2023. Fondazione GIMBE: Bologna, 4 marzo 2026. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2023. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 1/2026 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2023” è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non 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 report.

© Fondazione GIMBE, marzo 2026.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

INDICE

1.	Introduzione	1
2.	Obiettivi	3
3.	Metodi	4
4.	Risultati.....	6
4.1.	Valore della mobilità sanitaria.....	6
4.2.	Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità	17
4.3.	Mobilità verso le strutture private convenzionate.....	21
4.4.	Relazione tra mobilità sanitaria e adempimenti LEA.....	26
5.	Limiti.....	27
6.	Conclusioni	28

1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza: tuttavia, il cittadino ha il diritto di ricevere a carico del SSN prestazioni sanitarie anche in strutture pubbliche e private convenzionate di altre Regioni. Questa "portabilità" del diritto alla tutela della salute genera il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale (di seguito "mobilità regionale"). Questa si distingue in:

- **Mobilità attiva:** identifica l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate in favore di cittadini residenti in altre Regioni.
- **Mobilità passiva:** esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in una Regione diversa da quella di residenza.

Dal punto di vista economico, per ciascuna Regione e Provincia autonoma, la mobilità attiva rappresenta una voce di credito, mentre quella passiva costituisce una voce di debito: la loro differenza determina il "saldo di mobilità", che può essere attivo quando il valore delle prestazioni erogate per cittadini non residenti è superiore a quello delle prestazioni ricevute dai residenti in altre Regioni, oppure negativo nel caso opposto.

La Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino tramite il meccanismo di compensazione interregionale della mobilità sanitaria, che avviene in occasione del riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN). Questo processo è disciplinato da un accordo interregionale che stabilisce le tipologie di prestazioni soggette a compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati. In particolare, i tracciati record fanno riferimento a 7 flussi finanziari, corrispondenti ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

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

Tutte le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che non rientrano tra quelle soggette a compensazione devono essere addebitate alla Regione di residenza tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione all'ASL di appartenenza del paziente.

Lo scambio dei dati tra le Regioni si articola in tre fasi (addebito, contestazioni e controdeduzioni), al termine delle quali il coordinamento delle Regioni elabora la tabella riepilogativa degli importi di mobilità, utilizzata per il riparto del FSN dell'anno successivo. In dettaglio:

- **Primo addebito:** ogni Regione creditrice invia i dati di attività (Modello H) a ogni Regione debitrice entro il 15 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione. Entro il 15 giugno, ciascuna Regione deve consolidare il proprio addebito e trasmettere alla Regione

responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale il Modello M, per il successivo invio al Ministero della Salute.

- **Contestazioni:** ogni Regione ha la facoltà di verificare i record di attività ricevuti dalle altre Regioni e contestare gli eventuali errori attraverso il modello C, entro e non oltre il 15 luglio dell'anno successivo a quello di rilevazione.
- **Controdeduzioni:** la Regione destinataria della contestazione può presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a ritrasmettere tutti i record contestati tramite il modello D, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di rilevazione. In caso di contenziosi tra le Regioni è prevista la costituzione di un organo con funzioni di collegio arbitrale al cui giudizio le Regioni devono attenersi. Al termine di questa fase le Regioni possono stipulare accordi bilaterali per il riconoscimento economico della compensazione. Gli eventuali accordi siglati entro il 15 novembre vengono utilizzati per la definizione della tabella finale degli importi in compensazione per il riparto dell'anno successivo, includendo eventuali rettifiche sugli importi da compensare dovuti all'esito di contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale.

La procedura di compensazione della mobilità sanitaria è particolarmente articolata e complessa, tanto che le stesse Regioni riconoscono la necessità di semplificarla. Inoltre, considerato che nessuno dei modelli utilizzati per la trasmissione dei flussi è pubblicamente disponibile, risulta impossibile quantificare il valore economico degli step intermedi (contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali, determinazioni del collegio arbitrale) che dal "primo addebito" conducono alla tabella definitiva degli importi in compensazione. Ne consegue che i valori riportati nei Modelli M non coincidono esattamente con quelli utilizzati per la compensazione tra Regioni in sede di riparto del FSN.

Secondo le tempistiche previste dalla procedura, la compensazione della mobilità sanitaria interregionale viene effettuata nel riparto del FSN relativo a due anni successivi quello di riferimento (tabella 1.1). Di conseguenza, il riparto 2025 approvato dal CIPESS il 29 gennaio 2026¹, dopo il via libera della Conferenza Stato-Regione del 29 dicembre 2025² - riguarda i flussi di mobilità sanitaria del 2023, in conformità con l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria 2023, approvato l'11 luglio 2024 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome³.

Step	Scadenza
Invio primo addebito (Modello H)	15 maggio 2024
Consolidamento e trasmissione del Modello M	15 giugno 2024
Contestazioni (Modello C)	15 luglio 2024
Controdeduzioni (Modello D)	30 settembre 2024
Gestione dei contenziosi e accordi bilaterali	15 novembre 2024
Tabella finale importi in compensazione per il riparto 2025	Non definita

Tabella 1.1. Mobilità 2023: step della procedura e relative tempistiche

¹ Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile - CIPESS. Esito della seduta del 29 gennaio 2026. Disponibile a: www.programmazioneeconomica.gov.it/media/wnlnvosf/esito-cipess-29-gennaio-26.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

² Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2025. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/dboj3a4c/p-fs-2-csr-atto-rep-n-267-29dic2025.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

³ Conferenza Stato-Regioni. 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 2023 - Regole tecniche". Disponibile a: www.statoregioni.it/media/d3petza1/p-1-csr-atto-rep-n-124-r.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

2. Obiettivi

Il presente report, che si inserisce nel monitoraggio continuo dell'Osservatorio GIMBE sulla mobilità sanitaria^{4,5,6,7,8,9}, analizza i dati relativi all'anno 2023 con i seguenti obiettivi:

- Valutare l'andamento del valore totale della mobilità sanitaria e le differenze regionali relative a mobilità attiva, mobilità passiva, saldo totale, saldo pro-capite.
- Esaminare i valori delle sette tipologie di prestazioni erogate in mobilità.
- Determinare il valore della mobilità verso le strutture private convenzionate, distinguendo tra ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale.
- Approfondire la mobilità sanitaria per categorie di ricoveri e di specialistica ambulatoriale.
- Indagare le relazioni tra adempimenti LEA e mobilità sanitaria.

Sono escluse dalle analisi del presente report sia la mobilità intra-regionale (tra strutture differenti della stessa Regione), sia la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate a cittadini italiani da strutture sanitarie all'estero).

⁴ 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: 3 marzo 2026.

⁵ 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: 3 marzo 2026.

⁶ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020. La mobilità sanitaria interregionale nel 2018. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2020. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2018. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

⁷ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

⁸ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Fondazione GIMBE: Bologna, gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2021. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

⁹ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La mobilità sanitaria interregionale nel 2022. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2021. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

3. Metodi

Le fonti utilizzate per le analisi del presente report sono rappresentate da:

- Dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, parte integrante dell'Intesa Stato-Regioni del 29 dicembre 2025 sulla proposta di riparto del FSN per il 2025¹⁰.
- Dati sui valori economici delle prestazioni erogate da ciascuna Regione a cittadini di altre Regioni trasmessi al Ministero della Salute tramite il modello M (figura 3.1) e acquisiti attraverso accesso civico generalizzato.
- Dati su valore e tipologia dei ricoveri ospedalieri in mobilità e su valore e tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale, estratti dal Report Agenas¹¹.

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)										
Provenienza	Ricoveri Ordinari e in Day hospital			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure terminali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
	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										
BAMBIN GESU'										
TOTALE										
Data	Il responsabile									

Figura 3.1. Modello M: riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni erogate a cittadini di altre Regioni

¹⁰ Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2025. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/dboj3a4c/p-fs-2-csr-atto-rep-n-267-29dic2025.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

¹¹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. La Mobilità Sanitaria in Italia. Edizione 2024. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita_sanitaria-2024/AGENAS_Mobilit%C3%A0_Sanitaria.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

Tutti i dati sono stati importati nella dataroom GIMBE sulla mobilità sanitaria e analizzati per gli obiettivi del report. In dettaglio sono stati utilizzati:

- I dati economici aggregati dell'Intesa Stato-Regioni per definire il valore della mobilità sanitaria e le differenze regionali su mobilità attiva, mobilità passiva, saldi totali e saldi pro-capite.
- I dati dei Modelli M per analizzare il valore delle tipologie di prestazioni erogate e il valore della mobilità verso le strutture private convenzionate per le prestazioni di ricoveri (ordinari e day hospital) e di specialistica ambulatoriale
- I dati Agenas per analizzare valore e tipologia di:
 - ricoveri ospedalieri in mobilità secondo:
 - tre macrocategorie: casuale, apparente, effettiva;
 - tre sotto-categorie dei DRG della mobilità effettiva: alta complessità, media o bassa complessità, a rischio inappropriata;
 - cinque categorie di prossimità delle strutture rispetto al Comune di residenza;
 - prestazioni di specialistica ambulatoriale.

È fondamentale rilevare che gli importi delle tre fonti non coincidono perché:

- i dati dei Modelli M sono relativi al primo addebito trasmesso da ciascuna Regione e Provincia autonoma, ovvero non tengono conto né di contestazioni e controdeduzioni, né degli accordi di compensazione;
- i dati aggregati dell'Intesa Stato-Regioni fanno seguito alle contestazioni e controdeduzioni al primo addebito e includono gli accordi di compensazione;
- i dati Agenas sono relativi solo a ricoveri e specialistica ambulatoriale erogati in mobilità, e derivano rispettivamente dal flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dal flusso della specialistica ambulatoriale (ex art. 50, L. 326/2003).

Si segnala, infine, che gli importi relativi all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM) sono stati inclusi nel valore totale della mobilità e considerati come voce di mobilità passiva per le Regioni e Province autonome, ma non sono stati utilizzati le rimanenti analisi.

4. Risultati

Il paragrafo 4.1 riporta i risultati delle analisi sui dati economici della mobilità (crediti, debiti e saldi) secondo quanto riportato dall'Intesa Stato-Regioni del 29 dicembre 2025: valore della mobilità sanitaria, differenze regionali relative a mobilità attiva e passiva, saldi totali, debiti, crediti e saldi pro-capite.

Nei paragrafi 4.2 e 4.3 sono riportati i risultati delle analisi effettuate sui dati dei Modelli M, con riferimento al valore delle diverse tipologie di prestazioni erogate e al valore della mobilità verso le strutture private, sia per i ricoveri (ordinari e day hospital) che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il paragrafo 4.4 esamina la relazione tra gli adempimenti LEA e mobilità sanitaria.

4.1. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2023 il valore della mobilità sanitaria è pari a € 5.153 milioni (figura 4.1), il più elevato dal 2010, in lieve aumento rispetto al 2022 (+2,3%).

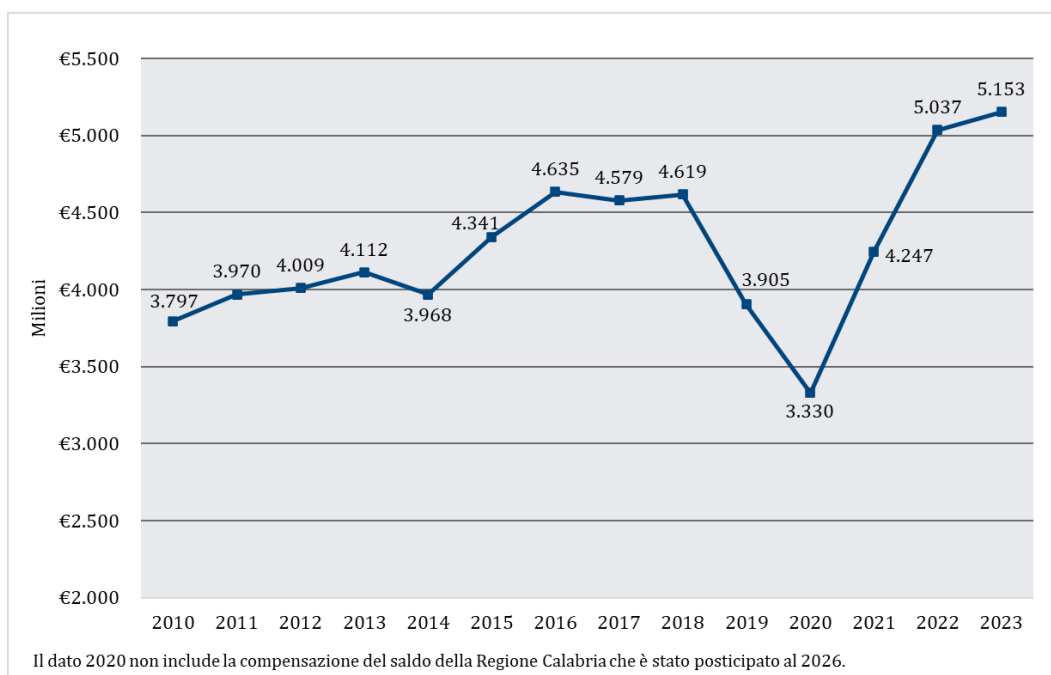


Figura 4.1. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2023

L'analisi del trend 2010-2023 mostra lievi oscillazioni tra il 2010 e il 2014, seguite da un netto incremento tra il 2014 e il 2016, un plateau nel triennio 2016-2018 e quindi un calo rilevante nel 2019 e nel 2020. Dal 2021 si osserva una netta ripresa, proseguita nel 2022 e consolidatasi nel 2023.

Da rilevare che il valore della mobilità del 2020 (€ 3.330 milioni) risulta sottostimato per due ragioni: da un lato, l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto gli spostamenti delle persone

e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali; dall'altro, l'importo non include i dati della Regione Calabria che, secondo il corrispondente modello M, ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti.

La tabella 4.1 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'OPBG e per l'ACISMOM.

Regioni	Crediti	Debiti	Saldi
Abruzzo	€ 121.501.483	€ 208.412.642	-€ 86.911.159
Basilicata	€ 56.760.349	€ 134.646.295	-€ 77.885.946
Calabria	€ 35.438.878	€ 362.371.686	-€ 326.932.808
Campania	€ 176.023.837	€ 482.326.154	-€ 306.302.317
Emilia-Romagna	€ 849.913.948	€ 285.034.482	+€ 564.879.466
Friuli Venezia Giulia	€ 87.710.404	€ 97.746.898	-€ 10.036.494
Lazio	€ 430.053.910	€ 621.751.260	-€ 191.697.350
Liguria	€ 157.464.008	€ 231.829.191	-€ 74.365.183
Lombardia	€ 1.121.609.172	€ 475.775.916	+€ 645.833.256
Marche	€ 123.258.217	€ 177.983.912	-€ 54.725.695
Molise	€ 109.005.284	€ 90.415.580	+€ 18.589.704
Piemonte	€ 282.010.812	€ 302.680.840	-€ 20.670.028
Prov. Aut. di Bolzano	€ 29.576.171	€ 33.473.536	-€ 3.897.365
Prov. Aut. di Trento	€ 79.453.775	€ 71.438.267	+€ 8.015.508
Puglia	€ 123.347.695	€ 376.593.382	-€ 253.245.687
Sardegna	€ 27.376.707	€ 129.238.136	-€ 101.861.429
Sicilia	€ 73.755.992	€ 320.502.699	-€ 246.746.707
Toscana	€ 308.329.307	€ 261.094.622	+€ 47.234.685
Umbria	€ 81.855.582	€ 137.627.838	-€ 55.772.256
Valle d'Aosta	€ 15.004.802	€ 27.842.607	-€ 12.837.805
Veneto	€ 535.652.831	€ 323.514.489	+€ 212.138.342
OPBG	€ 281.632.412	€ 248.903	+€ 281.383.509
ACISMOM	€ 45.813.759	€ 0	+€ 45.813.759
Totale	€ 5.152.549.335	€ 5.152.549.335	€ 0
OPBG: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù			
ACISMOM: Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta			

Tabella 4.1. Mobilità sanitaria anno 2023: crediti, debiti e saldi

4.1.1. Mobilità sanitaria attiva e passiva

Mobilità sanitaria attiva. Identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione a cittadini non residenti: in termini di performance esprime il cosiddetto “indice di attrazione”, mentre sotto il profilo economico identifica i crediti esigibili da ciascuna Regione (figura 4.2).

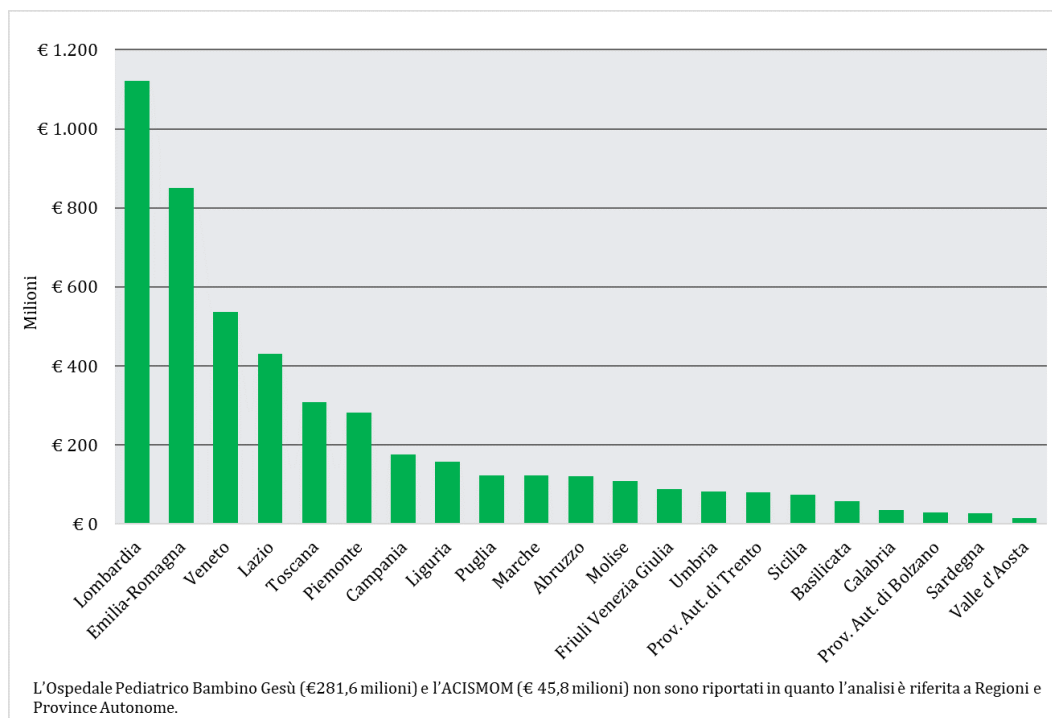


Figura 4.2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2023

Le Regioni che registrano crediti superiori a € 200 milioni sono sei. Lombardia (23,2%), Emilia-Romagna (17,6%) e Veneto (11,1%) si confermano le più attrattive, nelle quali si concentra oltre metà della mobilità attiva. Lazio (8,9%), Toscana (6,4%) e Piemonte (5,8%) rappresentano insieme un ulteriore 21,1%. Il rimanente 26,9% della mobilità attiva si distribuisce tra le altre 15 Regioni e Province autonome.

Questi dati documentano sia la forte capacità attrattiva di tre grandi Regioni del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) sia quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

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”, mentre sotto il profilo economico identifica i debiti di ciascuna Regione (figura 4.3).

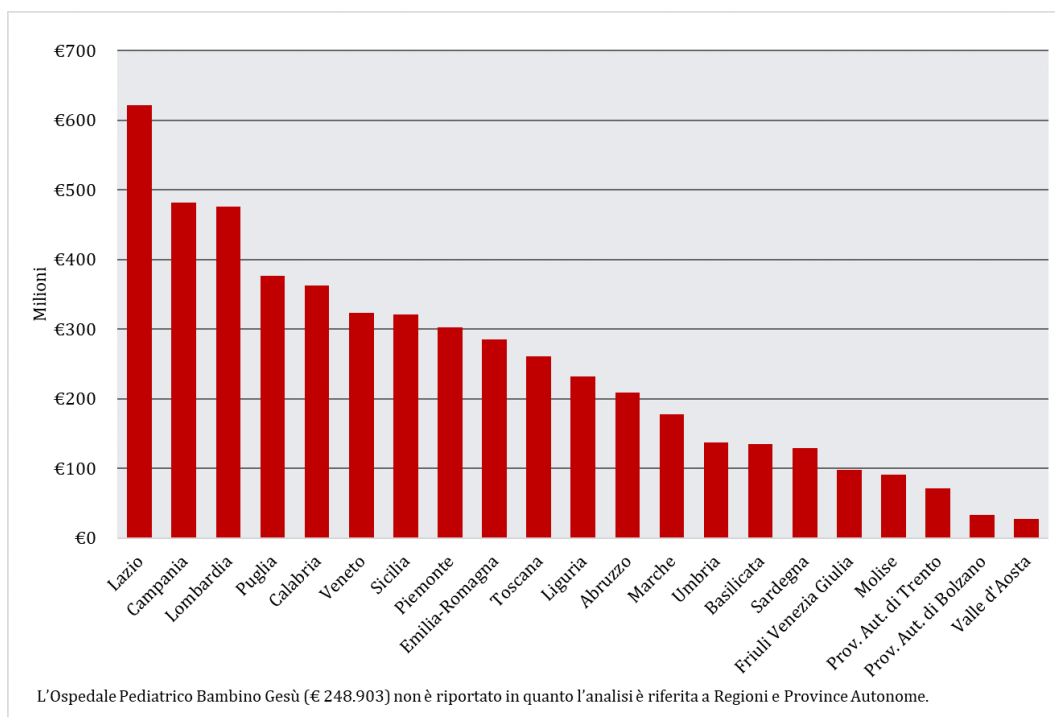


Figura 4.3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2023

Le 3 Regioni con il maggiore indice di fuga generano debiti superiori a € 400 milioni ciascuna: Lazio (12,1%), Campania (9,4%) e Lombardia (9,2%) insieme rappresentano quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 63,9% si distribuisce tra le altre Regioni e Province autonome. Va precisato che i € 621,7 milioni di mobilità passiva della Regione Lazio includono € 159,6 milioni di prestazioni erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Struttura che, se da un lato offre ai cittadini laziali e in particolare romani, di accedere ad una eccellenza pediatrica senza spostarsi dalla Regione, dall'altro appartiene allo Stato della Città del Vaticano: per questo i servizi erogati vengono rimborsati con i flussi di mobilità passiva della Regione Lazio.

Per la mobilità passiva, rispetto a quella attiva, le differenze tra Nord e Sud sono meno marcate. In particolare, si registrano rilevanti indici di fuga anche nelle Regioni settentrionali con elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 475,8 milioni), Veneto (-€ 323,5 milioni), Piemonte (-€ 302,7 milioni). Questi dati riflettono specifiche preferenze dei cittadini, favorite dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord che offrono servizi sanitari di elevata qualità (cd. mobilità di prossimità).

4.1.2. Mobilità sanitaria: saldi

Il saldo di ciascuna Regione risulta dalla differenza tra crediti e debiti: 6 Regioni hanno un saldo positivo e 15 negativo (figura 4.4).

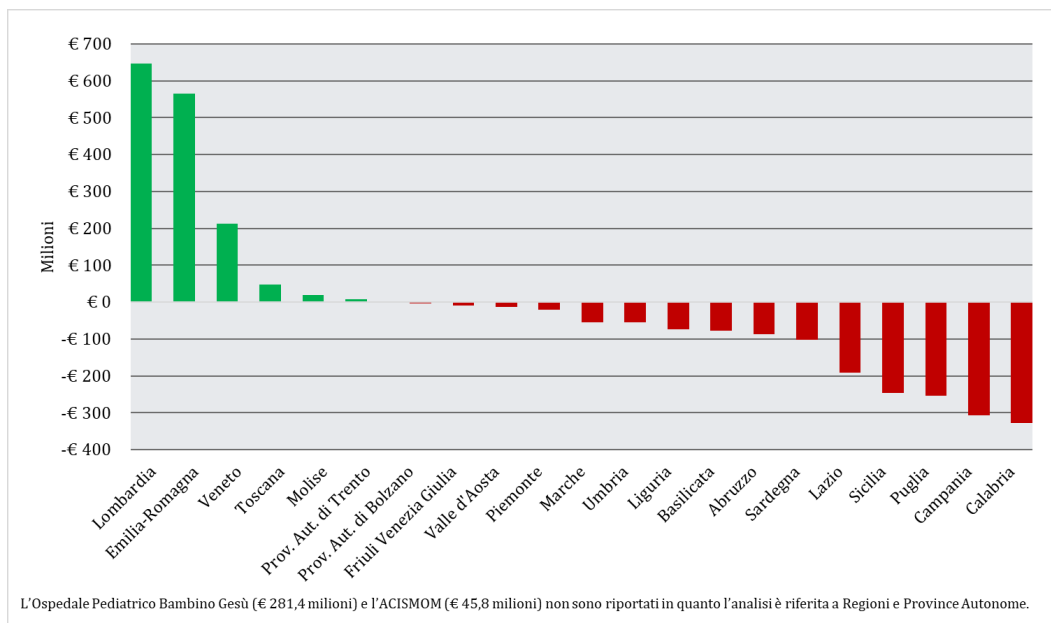


Figura 4.4. Saldo totale della mobilità sanitaria: anno 2023

In base all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2023, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: quelle con saldo positivo rilevante (>€ 100 milioni) si trovano solo al Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante (>€ 100 milioni) sono tutte del Mezzogiorno, ad eccezione del Lazio (figura 4.5, tabella 4.2).

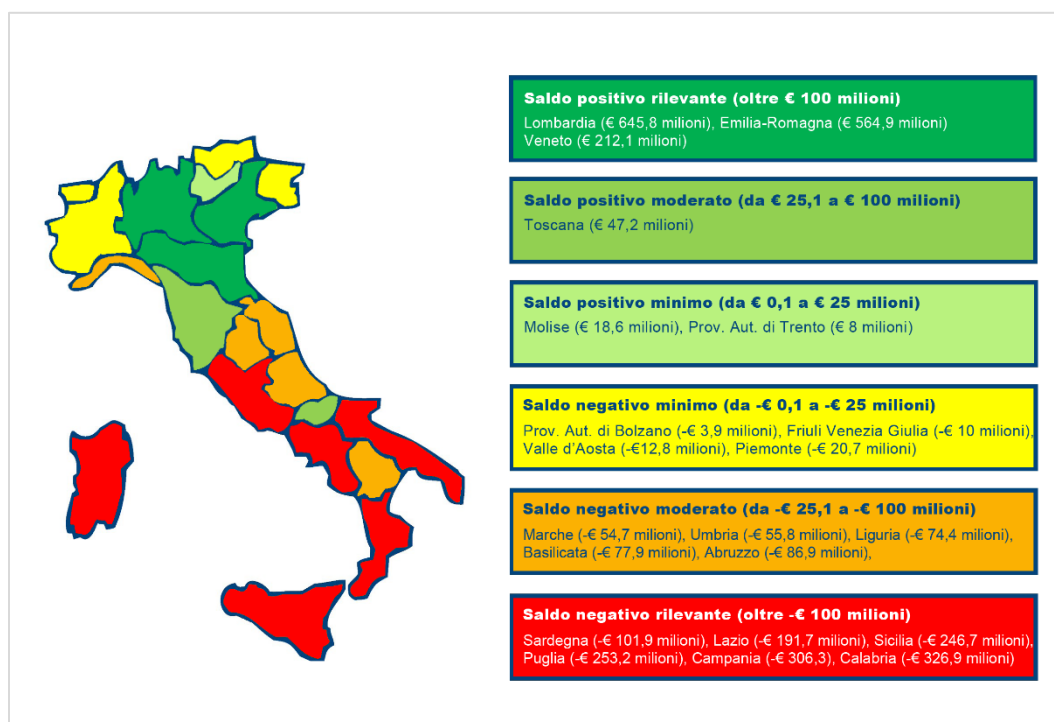


Figura 4.5. Categorie saldi mobilità sanitaria 2023

Categoria saldo	Range saldo	Regione	Saldo
Positivo rilevante	Oltre € 100	Lombardia	€ 645,8
		Emilia-Romagna	€ 564,9
		Veneto	€ 212,1
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	Toscana	€ 47,2
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Molise	€ 18,6
		Prov. Aut. di Trento	€ 8
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Prov. Aut. di Bolzano	-€ 3,9
		Friuli Venezia Giulia	-€ 10
		Valle d'Aosta	-€ 12,8
		Piemonte	-€ 20,7
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Marche	-€ 54,7
		Umbria	-€ 55,8
		Liguria	-€ 74,4
		Basilicata	-€ 79,9
		Abruzzo	-€ 86,9
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Sardegna	-€ 101,9
		Lazio	-€ 191,7
		Sicilia	-€ 246,7
		Puglia	-€ 253,2
		Campania	-€ 306,3
		Calabria	-€ 326,9

Tabella 4.2. Categorie saldi mobilità sanitaria 2023 (dati in milioni)

Nel 2023, il 95,1% del saldo attivo si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto (figura 4.6).

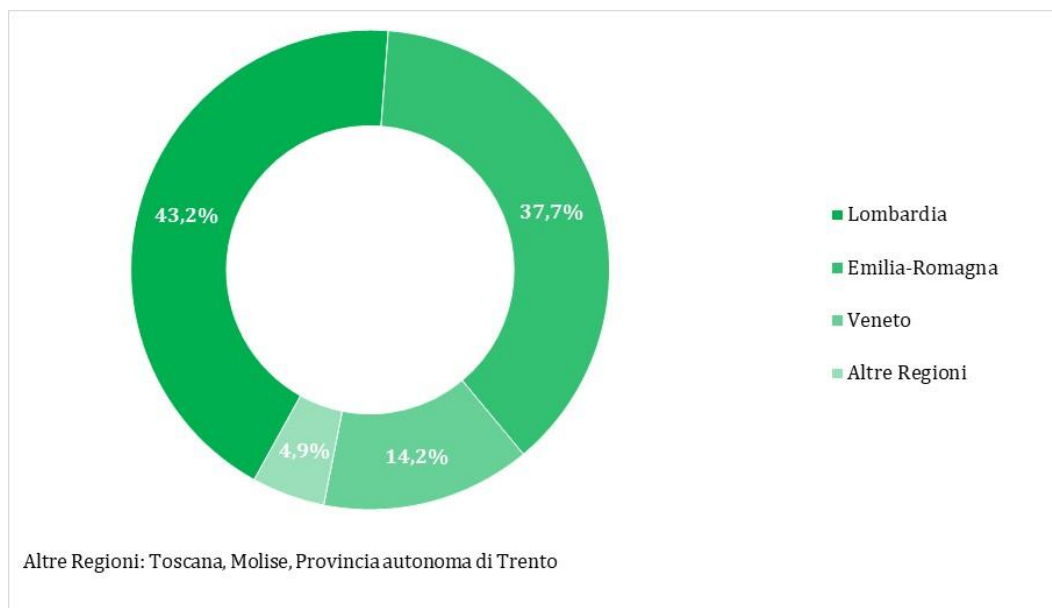


Figura 4.6. Mobilità regionale 2023: Regioni con saldo attivo

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2023 presenta una maggiore frammentazione, il 78,2% si concentra in 5 Regioni del Mezzogiorno e nel Lazio (figura 4.7).

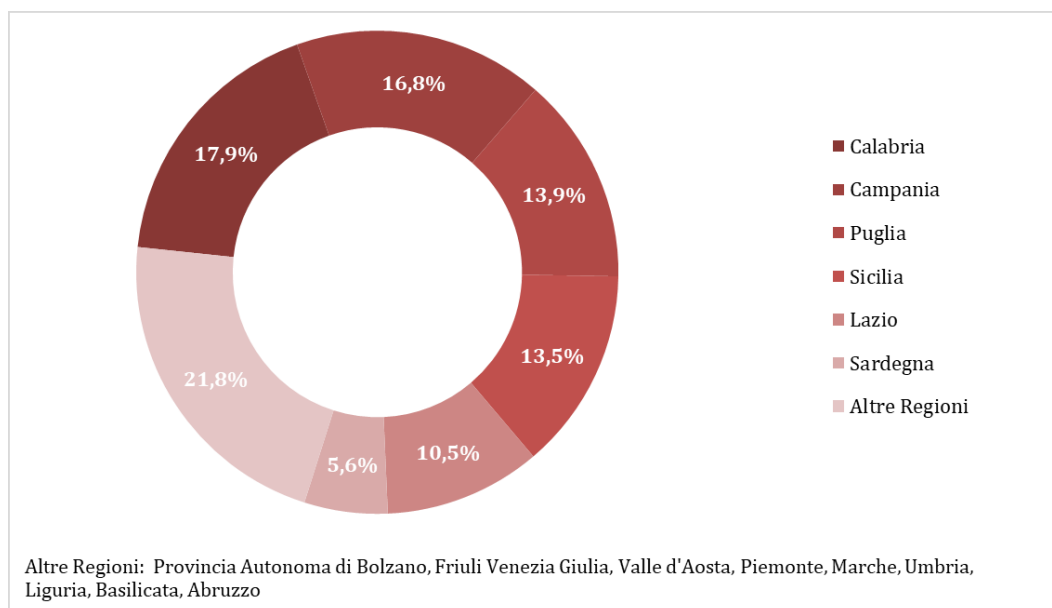


Figura 4.7. Mobilità regionale 2023: Regioni con saldo passivo

Variazioni 2023 vs 2022 dei saldi di mobilità. L'analisi delle variazioni rileva uno spostamento sempre più marcato dei flussi economici dal Sud verso il Nord (tabella 4.3). In particolare, il saldo positivo è aumentato di oltre € 20 milioni in Emilia-Romagna (+€ 39,4 milioni) e Lombardia (+€ 22,3 milioni). Parallelamente, il saldo negativo è aumentato di oltre € 20 milioni in Calabria (-€ 22,1 milioni) e Puglia (-€ 23,1 milioni). Solo la Provincia autonoma di Bolzano ha registrato un'inversione di segno del saldo (da positivo a negativo).

Regioni	2022	2023	Differenza
Emilia-Romagna	€ 525.448.315	€ 564.879.466	€ 39.431.151
Lombardia	€ 623.581.150	€ 645.833.256	€ 22.252.106
Abruzzo	-€ 104.092.739	-€ 86.911.159	€ 17.181.580
Veneto	€ 198.197.830	€ 212.138.342	€ 13.940.512
Bambin Gesù	€ 274.909.901	€ 281.383.509	€ 6.473.608
Basilicata	-€ 80.811.978	-€ 77.885.946	€ 2.926.032
Campania	-€ 308.446.010	-€ 306.302.317	€ 2.143.693
Friuli Venezia Giulia	-€ 11.760.905	-€ 10.036.494	€ 1.724.411
Lazio	-€ 193.359.339	-€ 191.697.350	€ 1.661.989
Prov. Aut. di Trento	€ 7.091.481	€ 8.015.508	€ 924.027
Liguria	-€ 74.629.589	-€ 74.365.183	€ 264.406
Valle d'Aosta	-€ 11.944.323	-€ 12.837.805	-€ 893.482
Marche	-€ 53.692.982	-€ 54.725.695	-€ 1.032.713
ACISMOM	€ 47.697.934	€ 45.813.761	-€ 1.884.173
Toscana	€ 49.274.744	€ 47.234.685	-€ 2.040.059
Sicilia	-€ 241.839.060	-€ 246.746.707	-€ 4.907.647
Sardegna	-€ 96.292.077	-€ 101.861.429	-€ 5.569.352
Prov. Aut. di Bolzano	€ 2.235.199	-€ 3.897.365	-€ 6.132.564
Molise	€ 26.381.191	€ 18.589.704	-€ 7.791.487
Piemonte	-€ 6.284.197	-€ 20.670.028	-€ 14.385.831
Umbria	-€ 36.623.984	-€ 55.772.256	-€ 19.148.272
Calabria	-€ 304.785.702	-€ 326.932.808	-€ 22.147.106
Puglia	-€ 230.154.860	-€ 253.245.687	-€ 23.090.827
OPBG: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ACISMOM: Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta			

Tabella 4.3. Saldi mobilità sanitaria: differenza tra 2023 e 2022

Saldi pro-capite della mobilità sanitaria. Al di là del valore assoluto, la mobilità sanitaria deve essere interpretata in relazione alla popolazione residente, utilizzando l'indicatore del saldo pro-capite, già elaborato dalla Fondazione GIMBE¹². Tenendo conto della popolazione residente ISTAT (58.971.230 abitanti al 31 dicembre 2023¹³), è stato calcolato l'impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria (tabella 4.4).

Regioni	Crediti	Debiti	Saldi
Emilia-Romagna	€ 191	€ 64	€ 127
Lombardia	€ 112	€ 48	€ 65
Molise	€ 377	€ 313	€ 64
Veneto	€ 110	€ 67	€ 44
Prov. Aut. di Trento	€ 146	€ 131	€ 15
Toscana	€ 84	€ 71	€ 13
Piemonte	€ 66	€ 71	-€ 5
Prov. Aut. di Bolzano	€ 55	€ 62	-€ 7
Friuli Venezia Giulia	€ 73	€ 82	-€ 8
Lazio	€ 75	€ 109	-€ 34
Marche	€ 83	€ 120	-€ 37
Liguria	€ 104	€ 154	-€ 49
Sicilia	€ 15	€ 67	-€ 51
Campania	€ 31	€ 86	-€ 55
Sardegna	€ 17	€ 82	-€ 65
Puglia	€ 32	€ 97	-€ 65
Umbria	€ 96	€ 161	-€ 65
Abruzzo	€ 96	€ 164	-€ 68
Valle d'Aosta	€ 122	€ 227	-€ 104
Basilicata	€ 106	€ 253	-€ 146
Calabria	€ 19	€ 197	-€ 178

Tabella 4.4. Mobilità sanitaria 2023: crediti, debiti e saldi pro-capite

¹² 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: 3 marzo 2026.

¹³ ISTAT. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 31 dicembre 2023. Disponibile a: <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it>. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

Il calcolo dei valori pro-capite determina una ricomposizione della graduatoria di crediti (figura 4.8), debiti (figura 4.9) e saldi.

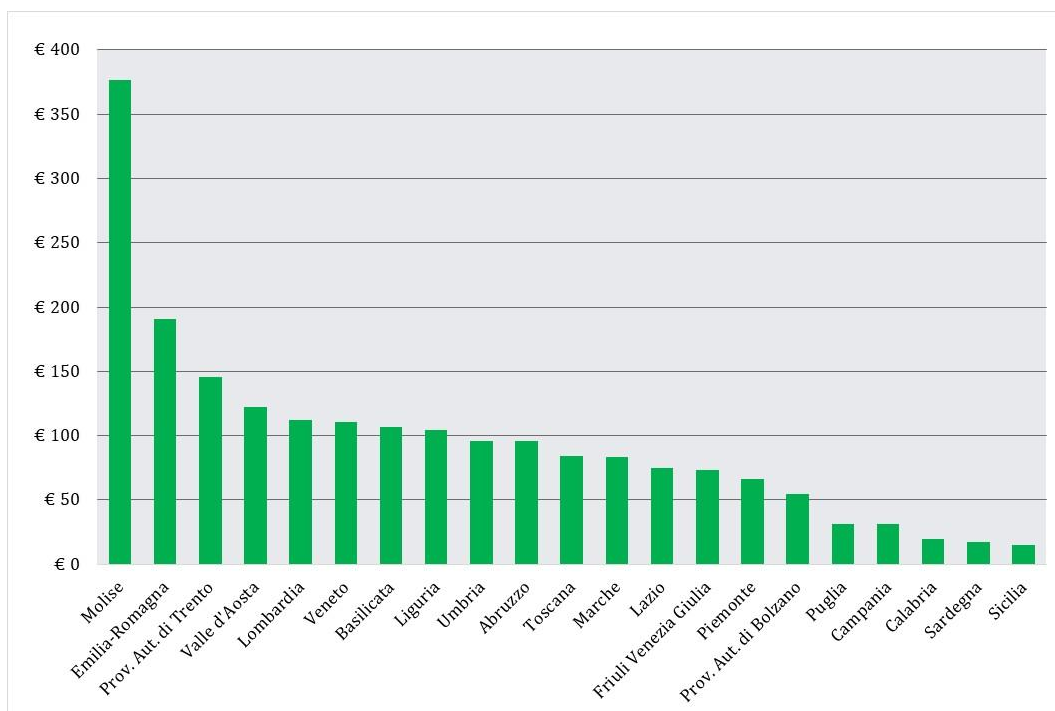


Figura 4.8. Mobilità regionale attiva 2023: valore pro-capite dei crediti per cittadino residente

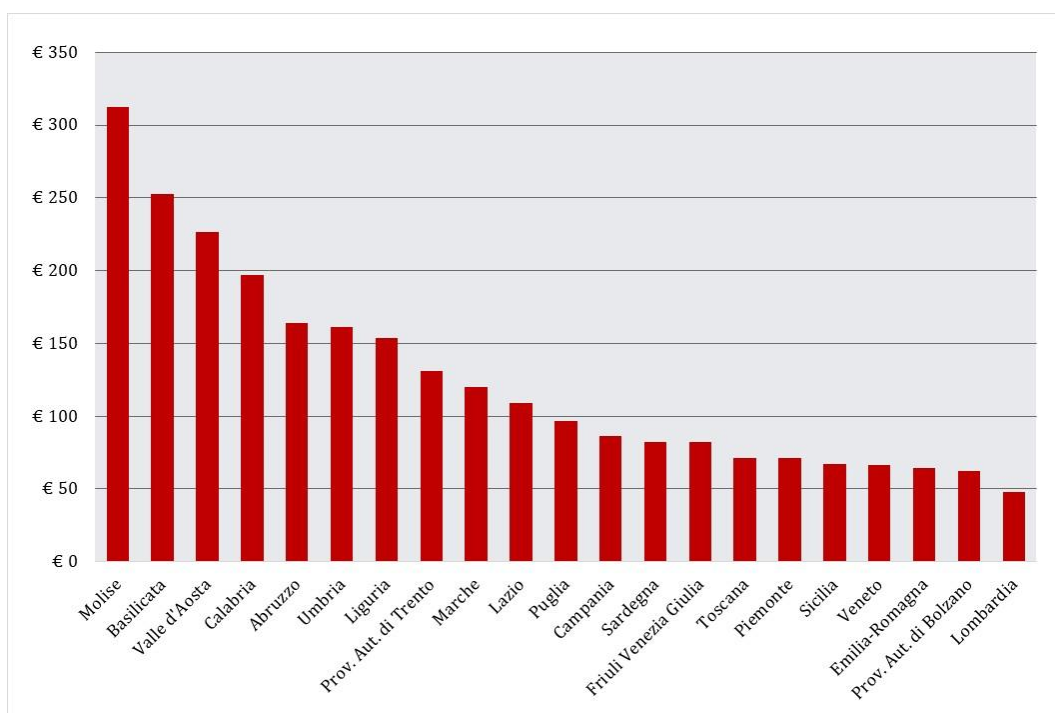


Figura 4.9. Mobilità regionale passiva 2023: spesa pro-capite per cittadino residente

Per saldo pro-capite, l'Emilia-Romagna si colloca al primo posto con € 127 per residente, un valore quasi doppio rispetto a quello della Lombardia (€ 65), che invece guida la graduatoria per saldo totale (cfr. tabella 4.2). A seguire Molise (€ 64) e Veneto (€ 44) (figura 4.10).

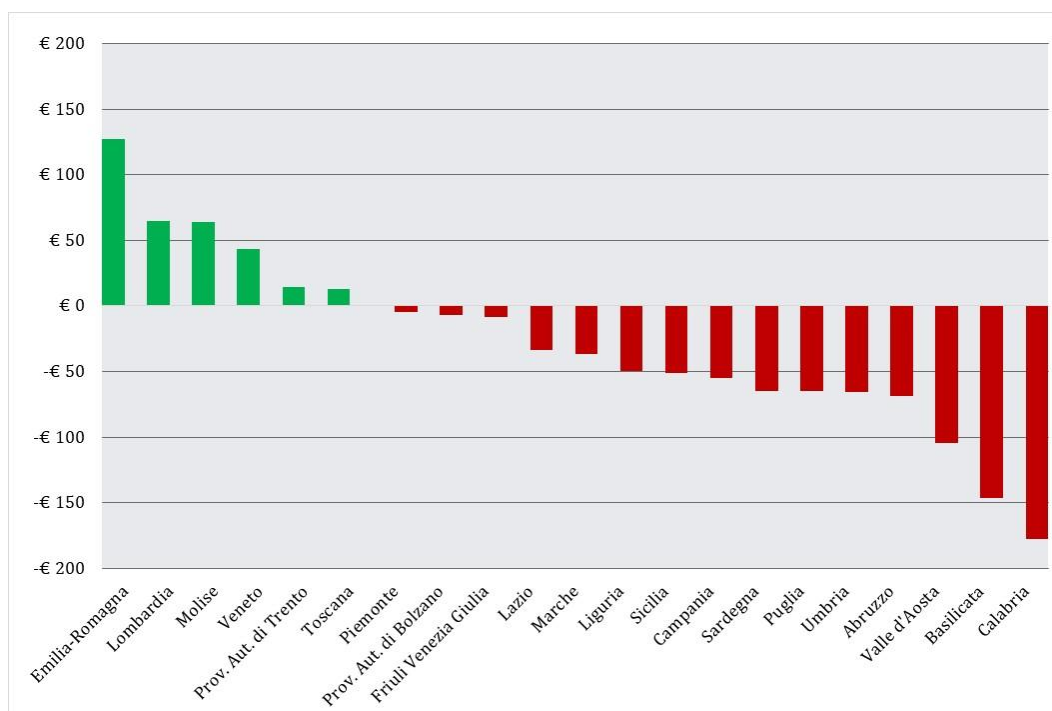


Figura 4.10. Mobilità regionale 2023: saldi pro-capite per cittadino residente

4.2. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità

L'analisi dei Modelli M evidenzia che oltre due terzi (69,5%) del valore totale della mobilità sanitaria è relativa ai ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital) e il 15,5% alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Risulta rilevante anche il valore della somministrazione diretta di farmaci (9,9%), mentre le altre quattro categorie di prestazioni incidono per il 5,1% del valore totale della mobilità sanitaria (figura 4.11):

- Ricoveri ordinari e Day hospital: € 2.949,5 milioni (69,5%)
- Specialistica Ambulatoriale: € 659,7 milioni (15,5%)
- Somministrazione diretta di farmaci: € 420,7 milioni (9,9%)
- Farmaceutica: € 88,7 milioni (2,1%)
- Trasporti con elisoccorso ed ambulanza: € 62,1 milioni (1,5%)
- Medicina generale: € 33,7 milioni (0,8%)
- Cure termali: € 31,1 milioni (0,7%)

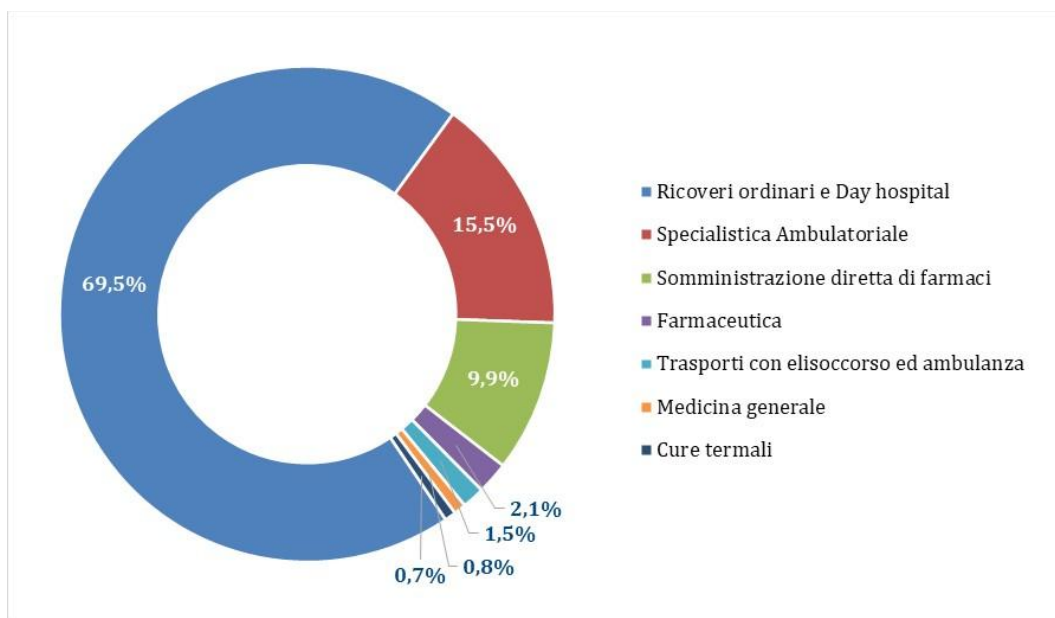


Figura 4.11. Mobilità sanitaria 2023: ripartizione per tipologia di prestazione

4.2.1. Mobilità per ricoveri

Il report Agenas utilizza le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per classificare i ricoveri ospedalieri in mobilità. L'analisi include tutte le SDO relative ai ricoveri di pazienti residenti in Italia dimessi da una struttura ospedaliera situata in una Regione diversa da quella di residenza. Sono inclusi i ricoveri effettuati presso strutture pubbliche e private convenzionate, sia in regime ordinario sia in day hospital/day surgery, con onere della degenza a carico del SSN (totale o prevalente).

Agenas classifica i ricoveri ospedalieri in tre macro categorie, in base alle motivazioni e alle circostanze che hanno determinato la mobilità:

- **Mobilità casuale.** Include le SDO di ricoveri ordinari che soddisfano le seguenti condizioni:
 - nella variabile "tipo di ricovero" sono codificati come: ricovero urgente, ricovero per trattamento sanitario obbligatorio, parto non urgente;

- nella variabile “provenienza” non rientrano nelle seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all’ospedale con proposta di un medico, ricovero già programmato dallo stesso ospedale, paziente che accede all’ospedale senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da pronto soccorso;
- presentano un collegamento con il flusso EMergenza-URgenza - Pronto Soccorso (EMUR-PS).
- **Mobilità apparente.** Include i ricoveri effettuati nella Regione di domicilio del paziente, quando non coincide con quella di residenza. La mobilità apparente viene identificata dal Ministero della Salute confrontando la Regione di residenza, riportata nel flusso SDO, e la Regione di domicilio desunta dal flusso della farmaceutica del sistema Tessera Sanitaria.
- **Mobilità effettiva.** È calcolata sottraendo dal valore della mobilità totale per ricoveri i valori della mobilità casuale e apparente.

Nel 2023, l’80,4% della mobilità per ricoveri viene classificata come effettiva, il 16,7% come casuale e il 3% apparente (figura 4.12). Complessivamente, il 19,7% della mobilità per ricoveri, pari ad un valore di € 565 milioni, non è riconducibile a una scelta del paziente di ricoverarsi in una Regione diversa da quella di residenza.

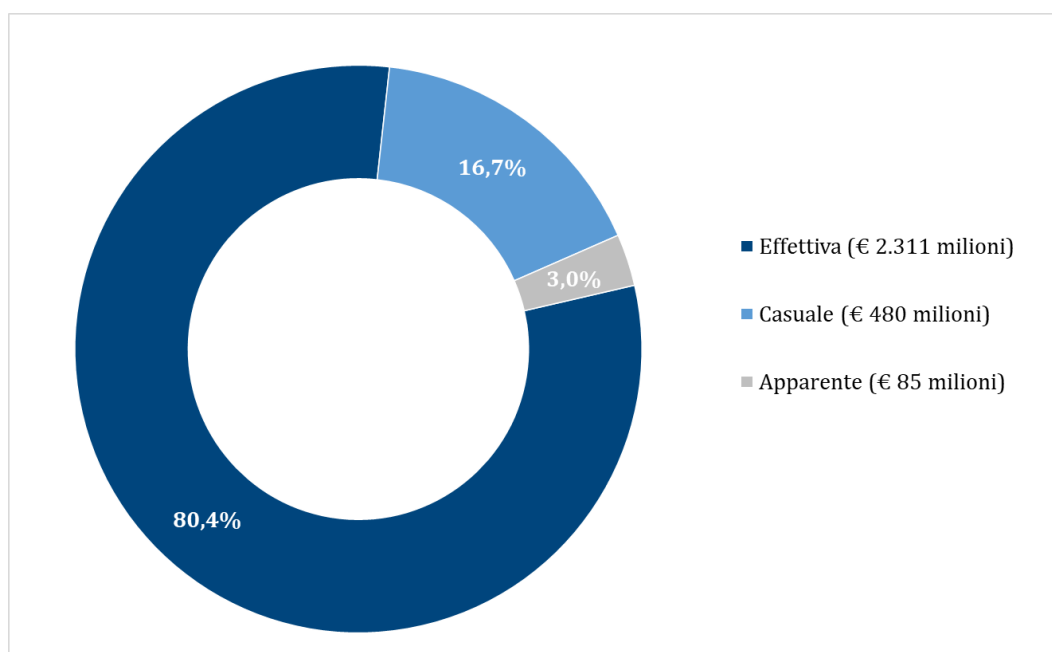


Figura 4.12. Mobilità sanitaria per ricoveri: effettiva, casuale, apparente (dati Agenas, 2023)

La mobilità effettiva è suddivisa da Agenas in tre sottocategorie, in relazione alla tipologia di DRG:

- **DRG ad alta complessità.** Includono 84 DRG ad alta complessità e 119 DRG pediatrici.
- **DRG a rischio inappropriatezza.** Includono 108 DRG definiti dal Patto per la Salute 2010-2012 ad elevato rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.
- **DRG a media o bassa complessità.** Includono tutti i ricoveri che non rientrano nelle due categorie precedenti.

Nel 2023 oltre la metà dei ricoveri in mobilità effettiva è classificata ad alta complessità (52,4%), il 41,1% a media/bassa complessità e il 6,5% a rischio inappropriatezza (figura 4.13).

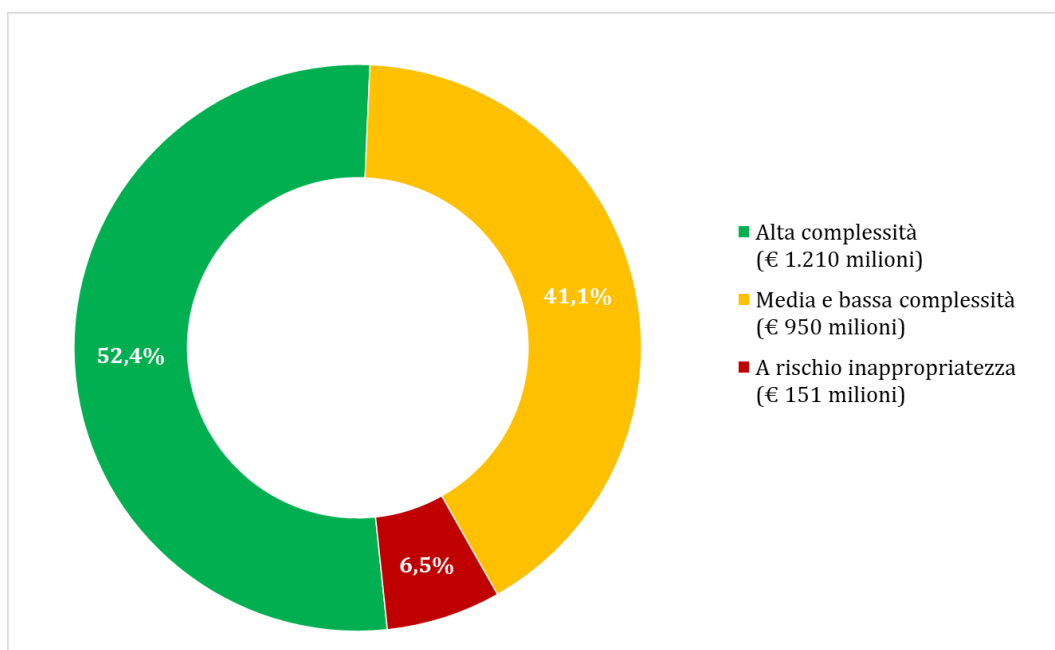


Figura 4.13. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla complessità del DRG (dati Agenas, 2023)

Infine, secondo Agenas, la mobilità effettiva può essere analizzata anche in base alla “prossimità” della struttura di ricovero. Nel 2023 il 45,1% dei ricoveri è avvenuto in strutture raggiungibili entro 30 minuti dal comune di residenza e il 17,7% tra 31 e 60 minuti. Il restante 37,1% dei ricoveri in mobilità effettiva è avvenuto in strutture con tempo di percorrenza superiore a 60 minuti (figura 4.14).

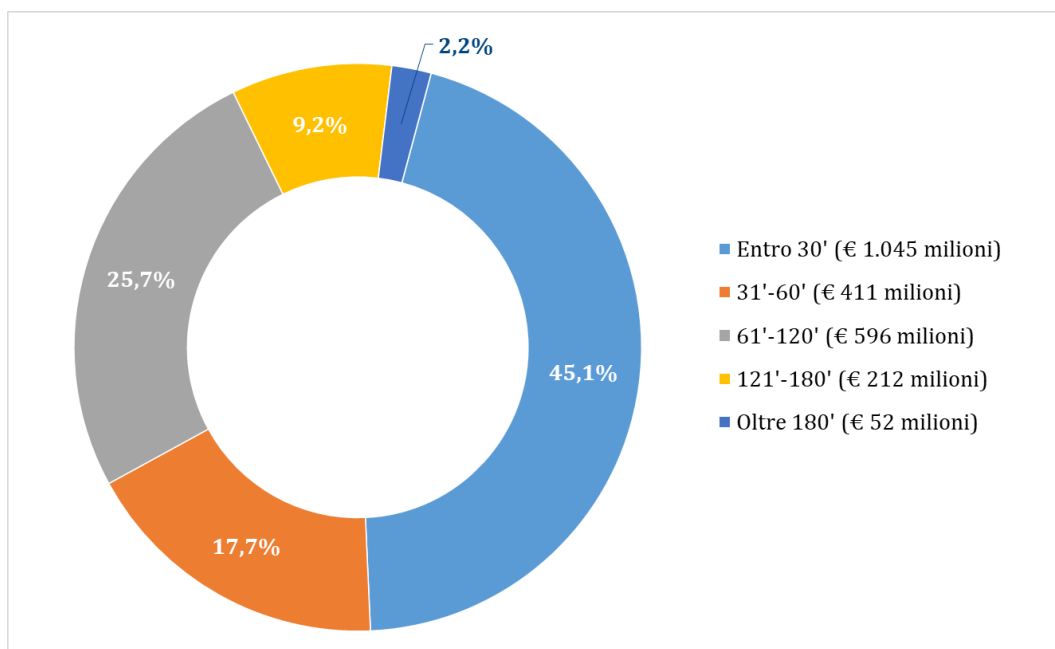


Figura 4.14. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla prossimità (in minuti) delle strutture rispetto al Comune di residenza (dati Agenas, 2023)

4.2.2. Mobilità per specialistica ambulatoriale

La fonte utilizzata da Agenas è il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ex art. 50, L. 326/2003), analizzato tramite il metodo FA-RE¹⁴, un sistema di classificazione “ad albero”, elaborato dalla Regione Emilia-Romagna. Questo sistema, articolato su tre livelli di aggregazione, consente di classificare in modo sistematico e univoco tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Alle cinque tipologie di prestazioni di primo livello FA-RE (visite, diagnostica, laboratorio, terapeutiche, riabilitazione) sono state aggiunte due categorie: la categoria “PAC” che include i “pacchetti” di prestazioni codificati da ciascuna Regione e Provincia autonoma, e la categoria “altro” che raccoglie tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale che non rientrano nelle altre categorie.

I dati analizzati includono tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a pazienti residenti in una Regione diversa da quella di residenza, sia presso strutture pubbliche che private convenzionate. A differenza dei ricoveri, per la specialistica ambulatoriale non è disponibile la distinzione tra mobilità effettiva, casuale e apparente, in quanto il flusso ex art. 50 include un set di informazioni più limitate rispetto al flusso SDO.

Nel 2023, quasi il 93% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è riconducibile a tre categorie: prestazioni terapeutiche (33,1%), diagnostica strumentale (31,5%) e prestazioni di laboratorio (28%). L'incidenza delle visite specialistiche in mobilità risulta invece marginale (5%) (figura 4.15).

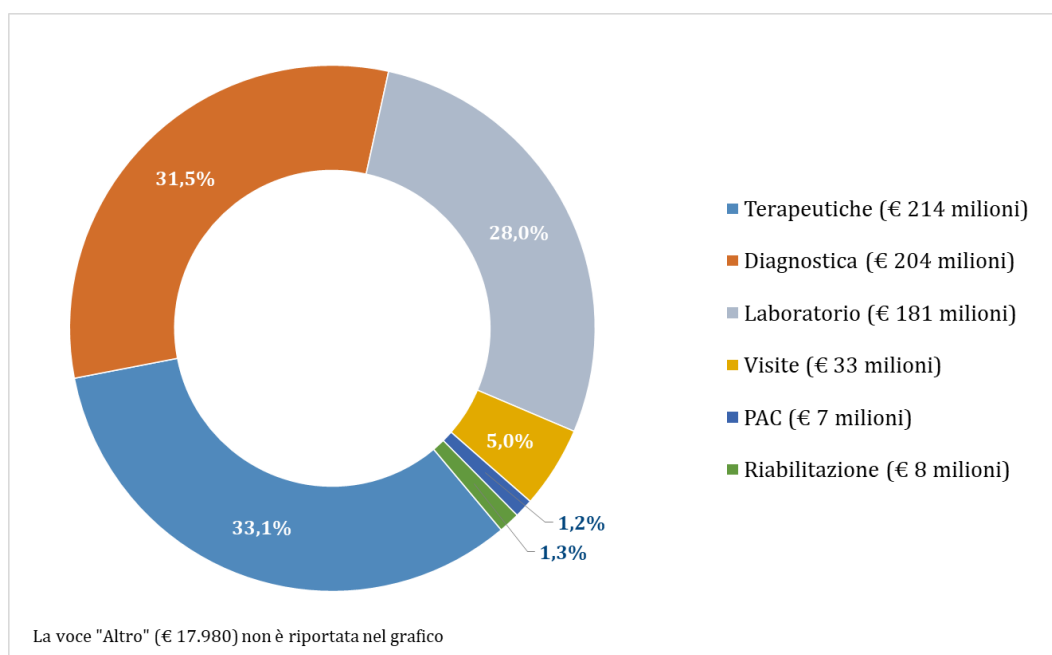


Figura 4.15. Mobilità sanitaria per specialista ambulatoriale per livello FA-RE (dati Agenas, 2023)

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i dati Agenas relativi al 2023, a differenza del 2022, non riportano analisi secondo la prossimità tra la struttura di erogazione e il comune di residenza del paziente.

¹⁴ Fadda A, Repetto F. et al. Attività specialistica ambulatoriale, primo rapporto. Anno 2000. Regione Emilia-Romagna, 2001.

4.3. Mobilità verso le strutture private convenzionate

L'analisi dei Modelli M evidenzia che, considerando le prestazioni di ricovero e day hospital e quelle di specialistica ambulatoriale, le strutture private convenzionate erogano complessivamente oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.966 milioni (54,5%) rispetto a € 1.643 milioni (45,5%) delle strutture pubbliche (figura 4.16).

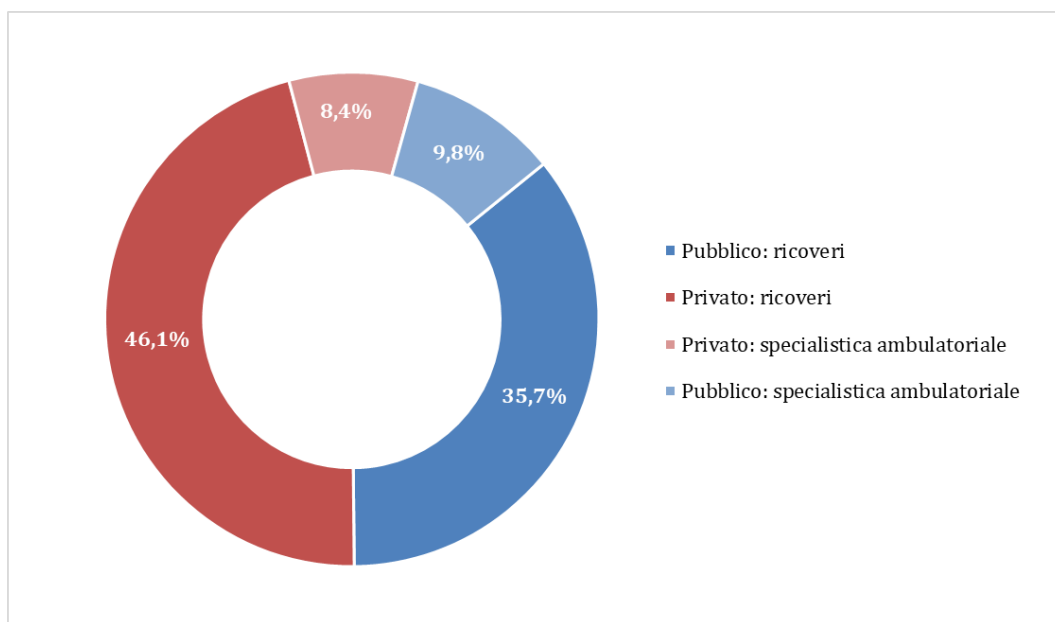


Figura 4.16. Percentuale della mobilità sanitaria 2023 per ricoveri e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e private convenzionate

Nel dettaglio, per i ricoveri (ordinari e day hospital) il valore della mobilità sanitaria è nettamente superiore nelle strutture private convenzionate (€ 1.662,2 milioni) rispetto a quelle pubbliche (€ 1.287,3 milioni). Al contrario, per la specialistica ambulatoriale il privato convenzionato eroga prestazioni in mobilità per € 304,3 milioni, un valore inferiore a quello delle strutture pubbliche (€ 355,4 milioni).

A fronte di una media nazionale del 54,5%, la quota di ricoveri e prestazioni specialistiche erogata in mobilità dalle strutture private convenzionate varia in maniera significativa tra le Regioni, configurandosi come un indicatore proxy dell'offerta e della capacità attrattiva del privato. Oltre al Molise (90,2%), superano il 60% del valore della mobilità erogata da strutture private la Lombardia (71,1%), la Puglia (68,9%) e il Lazio (63,8%). Al contrario, il privato eroga meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali in Valle D'Aosta (15,7%), Umbria (15,1%), Liguria (11,4%), Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e Basilicata (7,2%) (figura 4.17).

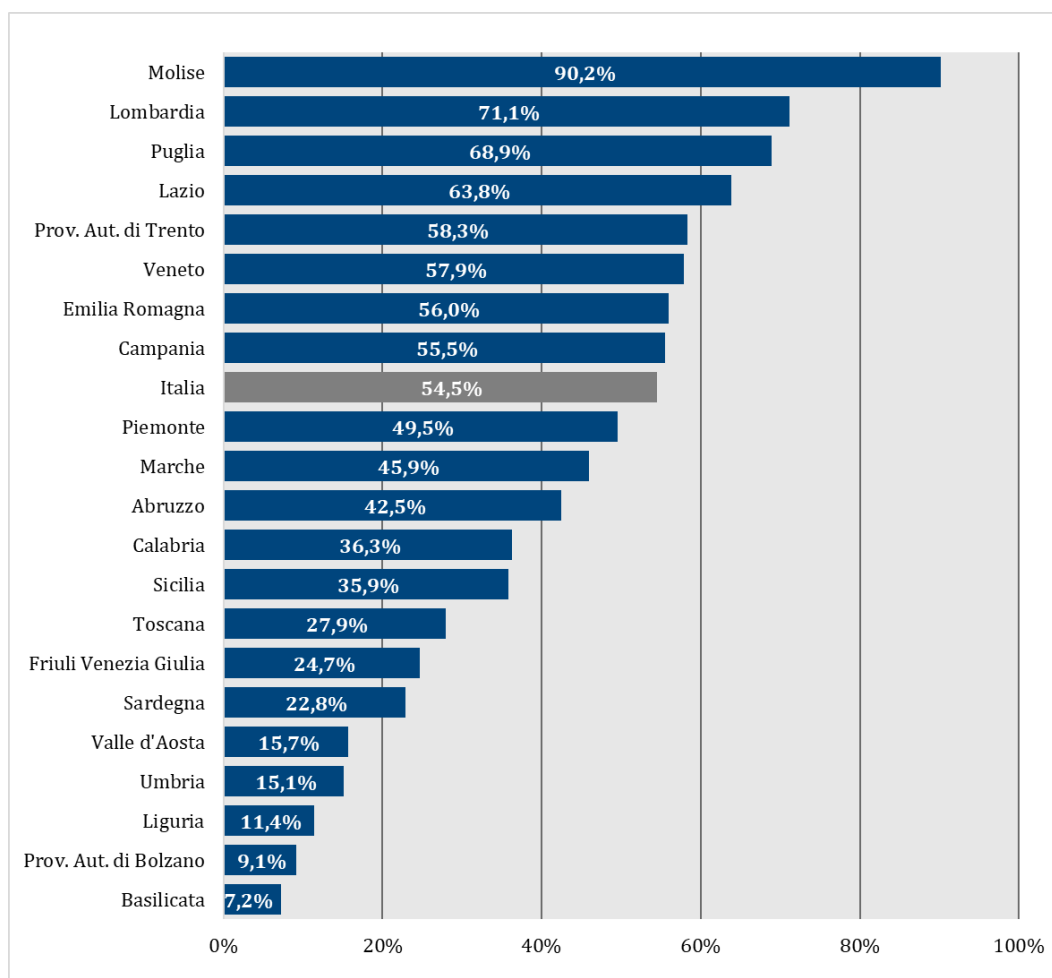


Figura 4.17. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2023 erogata da strutture private convenzionate: ricoveri e specialistica ambulatoriale

In ciascuna Regione, la capacità attrattiva del privato convenzionato varia sensibilmente tra ricoveri e specialistica ambulatoriale. Analizzando la quota di prestazioni erogate in mobilità attiva dalle strutture private, si delineano due scenari estremi (tabella 4.5):

- Oltre il 50% delle prestazioni sono erogate dalle strutture private convenzionate sia per ricoveri sia per specialistica ambulatoriale: Campania, Lombardia, Molise, Puglia e Veneto. Si tratta di Regioni caratterizzate da una forte presenza e capacità attrattiva del privato convenzionato.
- Meno del 20% delle prestazioni sono erogate dalle strutture private convenzionate sia per ricoveri sia per specialistica ambulatoriale: Liguria, Provincia autonoma di Bolzano e Umbria. In queste Regioni la presenza e la capacità attrattiva del privato convenzionato risultano contenute.

Destinazione	Ricoveri ordinari e day hospital	Specialistica ambulatoriale
Abruzzo	44,5%	30,6%
Basilicata	0,4%	23,8%
Calabria	37,6%	26,3%
Campania	52,4%	64,9%
Emilia-Romagna	59,1%	25,5%
Friuli Venezia Giulia	26,2%	21,8%
Lazio	68,1%	46,7%
Liguria	12,1%	7,7%
Lombardia	73,2%	61,9%
Marche	48,2%	32,2%
Molise	89,0%	92,2%
Piemonte	52,9%	30,0%
Prov. Aut. di Bolzano	8,8%	10,1%
Prov. Aut. di Trento	61,4%	40,7%
Puglia	70,0%	63,2%
Sardegna	22,8%	23,0%
Sicilia	33,5%	45,8%
Toscana	34,0%	5,5%
Umbria	16,7%	7,7%
Valle d'Aosta	20,2%	0,2%
Veneto	55,8%	64,7%
ITALIA	56,4%	46,1%

Tabella 4.5. Percentuale della mobilità sanitaria 2023 erogata da strutture private convenzionate

Per i ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital), la media nazionale delle prestazioni erogate dal privato convenzionato è del 56,4%, con significative differenze tra Regioni: dall'89% del Molise allo 0,4% della Basilicata (figura 4.18).

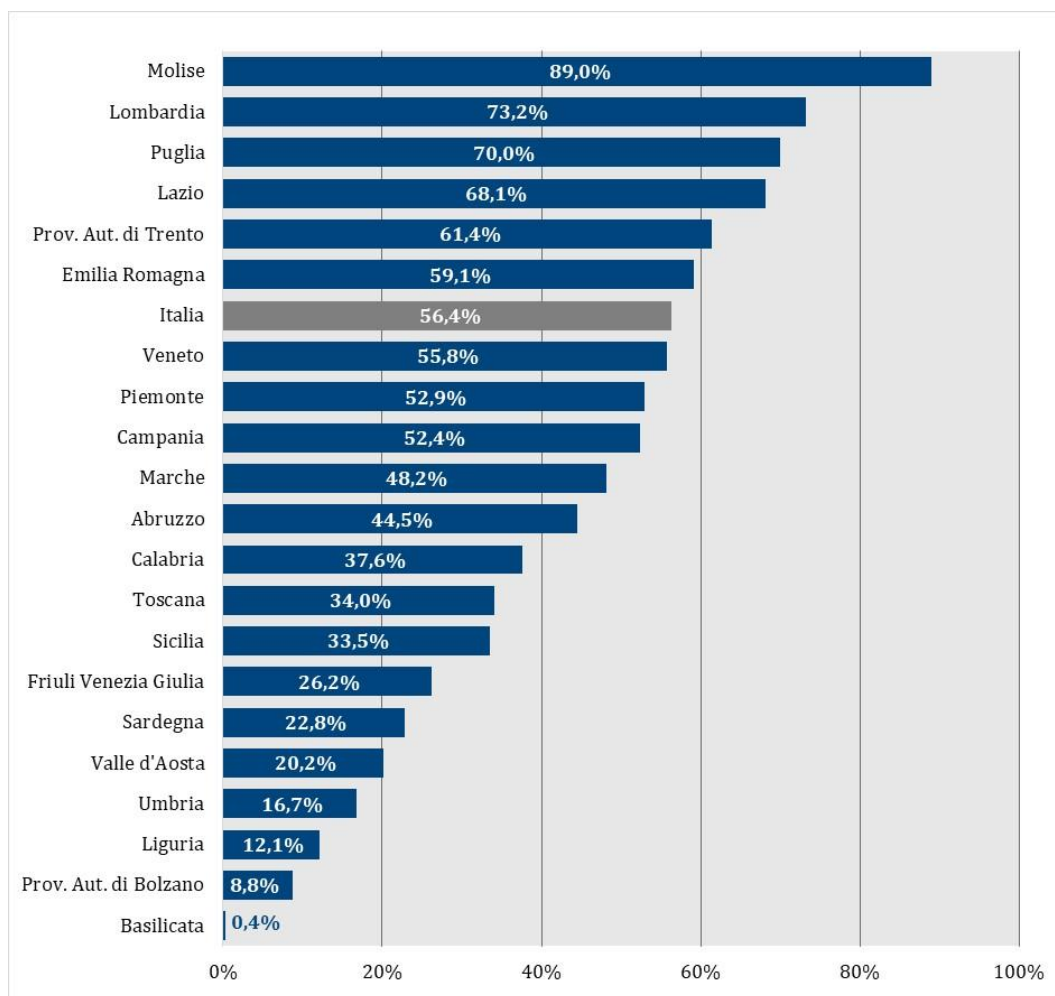


Figura 4.18. Ricoveri: percentuale della mobilità sanitaria 2023 erogata da strutture private convenzionate

Per la specialistica ambulatoriale, la media nazionale delle prestazioni erogate dal privato convenzionato è del 46,1%, con significative differenze tra Regioni: dal 92,2% del Molise allo 0,2% della Valle d'Aosta (figura 4.19).

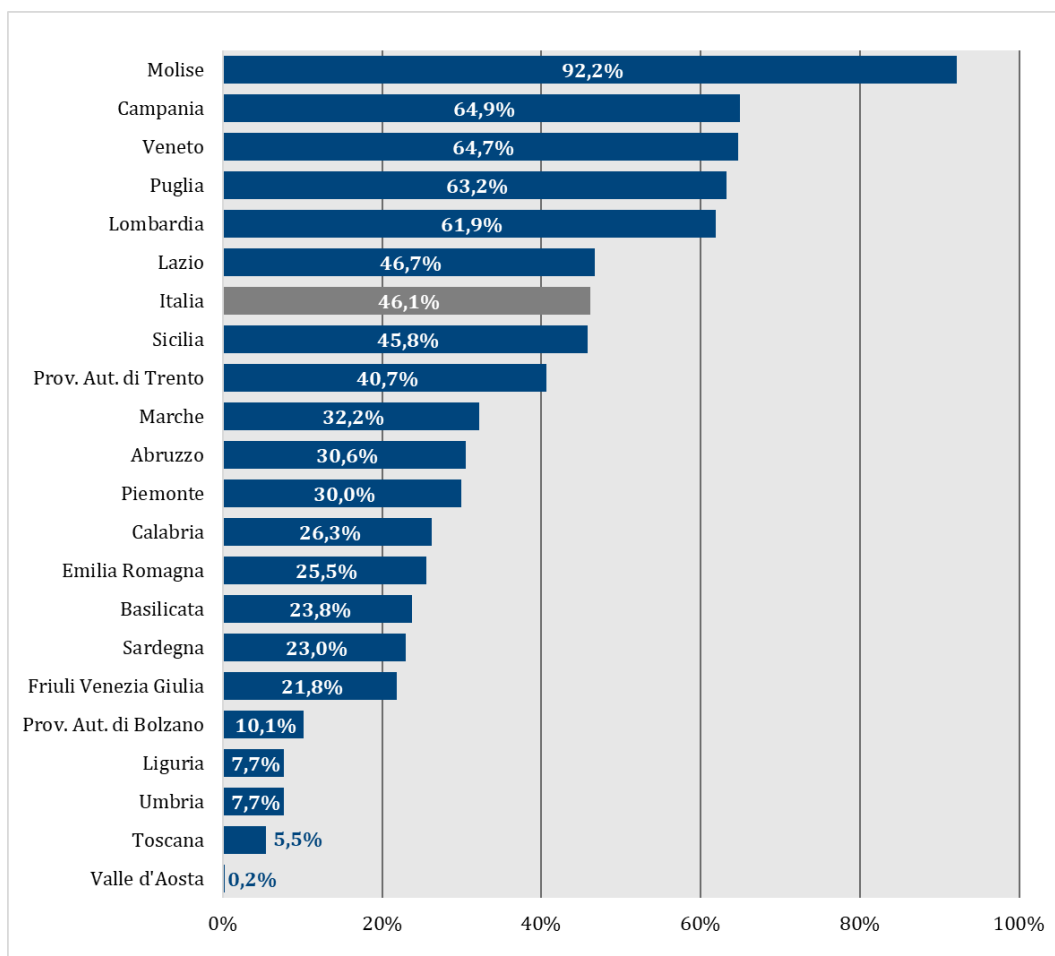


Figura 4.19. Specialistica ambulatoriale: percentuale della mobilità sanitaria 2023 erogata da strutture private convenzionate

4.4. Relazione tra mobilità sanitaria e adempimenti LEA

Al fine di analizzare la relazione tra mobilità sanitaria e adempimento ai LEA nel 2023, sono stati messi in correlazione i punteggi totali ottenuti da ciascuna Regione e Provincia autonoma tramite gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia¹⁵ e il saldo pro-capite di mobilità sanitaria, considerato l'indicatore più robusto per misurarne l'impatto economico sulla popolazione residente. Il grafico è stato suddiviso in quadranti, assumendo come riferimenti il saldo pro-capite pari a € 0 e la media nazionale dei punteggi LEA pari a 226 punti (figura 4.20).

Dalla posizione di ciascuna Regione e Provincia autonoma emergono alcune considerazioni. Innanzitutto, si osserva una forte correlazione tra adempimenti LEA e saldi pro-capite di mobilità: cinque delle prime sei Regioni per punteggio totale LEA (Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Provincia autonoma di Trento, Lombardia) figurano anche tra le prime sei per saldo pro-capite attivo di mobilità. In secondo luogo, quasi tutte le Regioni con punteggio totale LEA inferiore alla media nazionale presentano saldi pro-capite di mobilità negativi. Fanno eccezione alcuni casi peculiari: il Molise, inadempiente sui LEA, commissariata e in Piano di rientro, si colloca al terzo posto per saldo pro-capite attivo di mobilità sanitaria. Lazio, Campania e Sardegna invece, pur risultando adempienti sui LEA, registrano un saldo pro-capite negativo.

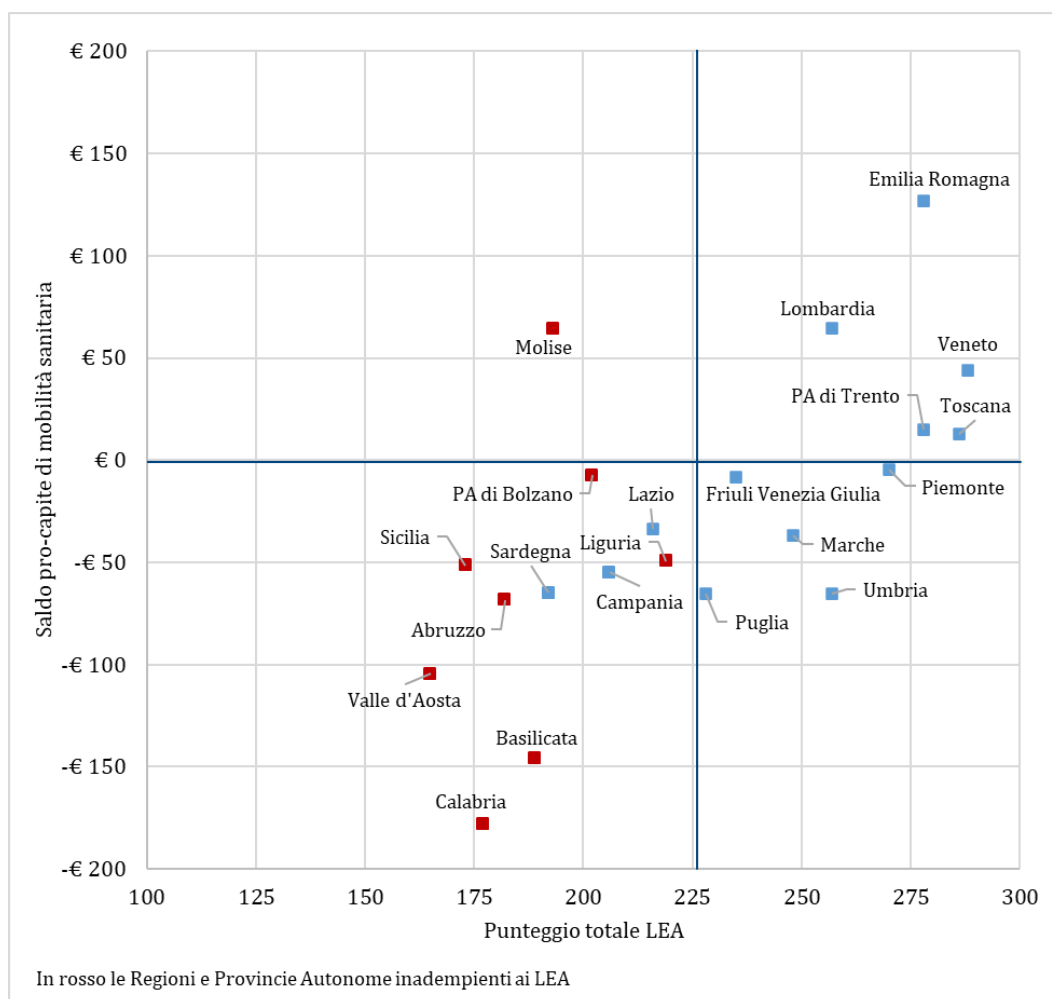


Figura 4.20. Relazione tra punteggio LEA totale 2023 e saldo pro-capite della mobilità sanitaria 2023

¹⁵ Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Gennaio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=vuoto. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

5. Limiti

Per le analisi sono stati utilizzati esclusivamente dati istituzionali provenienti da tre fonti differenti. Di conseguenza, i principali limiti derivano dalle modalità di raccolta, elaborazione e pubblicazione dei dati sulla mobilità sanitaria proprie di ciascuna fonte. In particolare, i valori riportati dalle differenti fonti utilizzate non coincidono per le seguenti ragioni:

- I dati dei Modelli M relativi al “primo addebito” non consentono di stimare l’entità delle rettifiche successive derivanti da contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale.
- I dati dell’Intesa Stato-Regioni, che recepiscono gli accordi di compensazione, non permettono di analizzare le tipologie di prestazioni erogate, né di distinguere tra pubblico e privato convenzionato per ricoveri e specialistica ambulatoriale.
- I dati Agenas si riferiscono esclusivamente ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale erogati in mobilità e derivano, rispettivamente, dal flusso SDO e da quello della specialistica ambulatoriale.

Infine, le prestazioni incluse nei LEA che non rientrano tra quelle oggetto di compensazione vengono addebitate tramite fatturazione diretta¹⁶; di conseguenza, il valore complessivo della mobilità sanitaria risulta sottostimato di un importo non quantificabile.

¹⁶ 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 2023 - Regole tecniche”. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/d3petza1/p-1-csr-atto-rep-n-124-r.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

6. Conclusioni

Nel 2023 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 5.153 milioni, il livello più elevato dal 2010, in aumento del 2,3% rispetto al 2022. Questa cifra rappresenta il 3,94% della spesa sanitaria totale, che nel 2023 è stata pari a € 130.921 milioni¹⁷. Sebbene la percentuale possa sembrare contenuta, il fenomeno assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto, per il suo impatto sull'equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Lombardia: +€ 645,8 milioni; Emilia-Romagna: +€ 564,9 milioni; Veneto: +€ 212,2 milioni), sia in saldo negativo (es. Calabria: -€ 326,9 milioni; Campania: -€ 306,3 milioni). In secondo luogo, perché il 56,4% delle prestazioni di ricovero in mobilità e il 46,1% di quelle ambulatoriali viene erogato da strutture private convenzionate, un dato che evidenzia il crescente ruolo del settore privato nel soddisfare la domanda di cure. Infine, per l'impatto sanitario, sociale ed economico sui residenti nelle Regioni in cui un'offerta carente di servizi sanitari li costringe a cercare risposte altrove.

I flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, con una concentrazione significativa verso Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che insieme generano quasi la metà dei crediti della mobilità e il 95,1% del saldo complessivo.

Nel 2023 l'85% della mobilità sanitaria ha riguardato prestazioni di ricovero ordinario e day hospital (69,5%) e specialistica ambulatoriale (15,5%). Complessivamente, oltre la metà del valore di tali prestazioni viene erogata da strutture private convenzionate che attraggono più del pubblico per i ricoveri (+29,1%) e meno per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (-16,8%). La capacità attrattiva del privato convenzionato per le prestazioni in mobilità risulta molto eterogenea tra le Regioni.

Secondo i dati Agenas, l'80,4% della mobilità per ricoveri è classificata come effettiva, ovvero è riconducibile ad una scelta del paziente. Il 3% riguarda invece casi in cui il domicilio del paziente non coincide con la Regione di residenza (mobilità apparente), mentre il 16,7% è legato a prestazioni in urgenza (mobilità casuale). Della mobilità effettiva, solo il 6,5% riguarda ricoveri ordinari a rischio inappropriata. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale erogata in mobilità, quasi il 93% è riconducibile a tre categorie: prestazioni terapeutiche (33,1%), diagnostica strumentale (31,5%) e prestazioni di laboratorio (28%).

La correlazione tra adempimenti LEA e saldi di mobilità sanitaria è molto stretta. Da un lato, cinque delle prime sei Regioni per punteggio totale LEA figurano tra le prime sei per saldo pro-capite di mobilità; dall'altro, quasi tutte le Regioni con punteggio totale LEA inferiore alla media nazionale registrano saldi pro-capite di mobilità negativi. Peraltro la mobilità sanitaria rappresenta solo la punta dell'iceberg delle disuguaglianze regionali: infatti, considerato che riguarda per oltre due terzi i ricoveri ospedalieri, non rende conto della qualità dell'assistenza territoriale e socio-sanitaria, ambiti in cui il divario Nord-Sud è ancora più marcato.

Infine, la valutazione dell'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria non consente di quantificare tre elementi fondamentali:

¹⁷ ISTAT. IstatData: Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento. Giugno 2025. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH/IT1.91_963_DF_DC_CN_SHA_3.1.0. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

- **Numero di pazienti e familiari/caregiver coinvolti.** Uno studio realizzato dal Censis per Casamica sui dati del 2015 stima che il fenomeno interessi circa 1.400.000 persone, di cui 750.000 pazienti e 650.000 accompagnatori¹⁸. Un *working paper* su dati 2002–2019, correlando le compensazioni economiche tra Regioni al numero di pazienti, stima che oltre mezzo milione di persone si spostano per curarsi¹⁹. Tuttavia, questo indicatore non è direttamente comparabile con i ricoveri e le altre prestazioni in mobilità passiva, perché il singolo paziente può generare più episodi di cura. I flussi della mobilità, infatti, sono riferiti a singoli episodi (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, etc.) e non a “pazienti unici”. Di conseguenza, oggi non sono disponibili dati pubblici sul numero effettivo di persone coinvolte dal fenomeno della mobilità sanitaria, né sui familiari e caregiver che le accompagnano.
- **Costi diretti sostenuti per gli spostamenti.** Le evidenze disponibili sono parziali, frammentate e non comparabili: non consentono pertanto una stima accurata dei costi diretti sostenuti dai pazienti per viaggio e alloggio e di quelli indiretti legati al tempo dei caregiver. Una survey condotta su circa 4.000 cittadini italiani evidenzia che nel 43% dei casi chi si sposta fuori Regione sostiene spese comprese tra € 200 e € 1.000 e nel 21% dei casi il costo varia fra € 1.000 e € 5.000²⁰. Un'altra indagine, condotta su 1.289 pazienti oncologici diagnosticati tra dicembre 2017 e giugno 2018 documenta che il 45,1% sostiene spese per i trasporti (in media € 359/anno) e il 26,7% per l'alloggio lontano dal luogo di residenza (in media € 227/anno)²¹. Tuttavia, i dati sui trasporti non isolano la quota attribuibile alla mobilità interregionale, includendo anche gli spostamenti intra-regionali o urbani. In sintesi, le survey documentano nel campione esaminato i costi diretti sostenuti per gli spostamenti, ma non consentono di stimare l'impatto economico complessivo a livello nazionale.
- **Costi indiretti.** Non sono disponibili dati su perdita di produttività, assenze lavorative dei familiari/caregiver, utilizzo di permessi retribuiti.

Le analisi effettuate nel presente report dimostrano che la mobilità sanitaria è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che evidenzia profonde disparità nel diritto alla tutela della salute. Rappresenta dunque un segnale di allarme, che impone interventi urgenti per riequilibrare i diritti delle persone.

Garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale significa evitare che intere aree del Paese continuino a esportare pazienti e miliardi di euro, mentre altre consolidano la capacità attrattiva dei propri poli d'eccellenza, spesso rappresentati da strutture private convenzionate. In assenza di investimenti mirati, coraggiose riforme, in particolare su Piani di rientro e commissariamenti, e politiche di riequilibrio, la mobilità sanitaria finirà per penalizzare sempre più i cittadini fragili, minando alle fondamenta l'universalità del SSN. Infine, senza adeguate misure correttive, l'autonomia differenziata affosserà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, con un effetto boomerang anche per le

¹⁸ CENSIS. Migrare per Curarsi. Roma, gennaio 2017. Disponibile a: www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

¹⁹ Carnazza G, Lagravinese R, Liberati P, Torrini. Monetary flows for health mobility: The Italian NHS from a network perspective. I. Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”: SERIES Working Papers n. 01/2024. Marzo 2024. Disponibile a: www.series-workingpapers.it/RePEc/bai/series/SERIES_WP_01-2024.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

²⁰ Deloitte. Outlook Salute Italia 2021. Il Sistema Sanitario Italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive. Gennaio 2020. Disponibile a: www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/public-sector/Deloitte%20Outlook%20Salute%20Italia%202021_Presentazione%20risultati%20ricerca.pdf. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

²¹ Lillini R, De Lorenzo F, Baili P, et al. Out-of-pocket costs sustained in the last 12 months by cancer patients: an Italian survey-based study on individual expenses between 2017 and 2018. *Eur J Health Econ* 2023;24:1309-1319.

Regioni settentrionali più attrattive, già in difficoltà nel garantire pienamente i LEA ai propri residenti. In tal senso, il recente via libera alle pre-intese per Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto²² stride non poco con le preoccupazioni già espresse dai Presidenti di Emilia-Romagna e Lombardia rispetto alla sostenibilità dei flussi di pazienti in ingresso dal Mezzogiorno²³. Un vero e proprio cortocircuito che mette in competizione il diritto dei cittadini a curarsi fuori Regione e quello dei residenti ad esigere i Livelli Essenziali di Assistenza.

²² Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie – Presidenza del Consiglio dei Ministri. Schemi di intesa preliminare. Roma, 18 febbraio 2026. Disponibile a: www.affariregionali.it/it/aree-tematiche/autonomia-differenziata/schemi-di-intesa-preliminare-2026/schemi-di-intesa-preliminare-sintesi/. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.

²³ Sanità33. Mobilità sanitaria, Nord in allarme: Il sistema rischia di non reggere. 10 novembre 2025. Disponibile a: www.sanita33.it/regioni-e-asl/6466/mobilita-sanitaria-nord-in-allarme-il-sistema-rischia-di-non-reggere.html. Ultimo accesso: 3 marzo 2026.



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE

Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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