

Report Osservatorio GIMBE 2/2020

La mobilità sanitaria interregionale nel 2018



Settembre 2020

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Renata Gili, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

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: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2018” 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.

© Fondazione GIMBE, settembre 2020.

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. 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.....	15
APPENDICE 1. 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 noto come mobilità sanitaria interregionale (di seguito "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 tendenzialmente 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 9 luglio 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, differenziati per pubblico e privato
- D. Farmaceutica
- E. Cure termali

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-c34803e3e23/CERGAS_Mappatura+Mobilit%C3%A0.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IPG38C3&CVID=IPG38C3&CVID=IPG38C3. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

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 2019 - Regole tecniche", Disponibile a: www.statoregioni.it/media/2763/p2-csr-atto-rep-n-101-9lug2020.pdf. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

- 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 alla Regione di residenza tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla USL di appartenenza del paziente.

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 31 marzo sulla proposta di riparto delle risorse per il 2020³. Viceversa, non sono pubblici i riepiloghi dei valori finanziari delle prestazioni erogate da ciascuna Regione e trasmessi al Ministero della Salute tramite allegato standardizzato (figura 1).

MINISTERO DELLA SALUTE
 Dipartimento della Programmazione

Modello M

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	Prestazione			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 GESU'										
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 contiene solo una valutazione quantitativa di crediti, debiti e saldi della mobilità sanitaria relativi all'anno 2018 visto che, secondo quanto riportato dalla suddetta Intesa Stato-Regioni, *“i valori di mobilità interregionale per l'anno 2020 sono calcolati sulla base delle matrici di mobilità 2018 approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 27 marzo 2020”*³. Inoltre, i dati relativi alla mobilità sanitaria vengono analizzati e interpretati tramite l'indicatore del “saldo pro-capite della mobilità

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 le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2020. Rep Atti n. 55 del 31 marzo 2020. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/2558/p-17-csr-atto-rep-n-55-31mar2020.pdf. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

sanitaria” già elaborato dalla Fondazione GIMBE in occasione della pubblicazione dei precedenti report^{4,5}.

Secondo quanto previsto dalla scheda 4 del Patto per la Salute 2019-2021⁶, Governo-Regioni hanno condiviso l’obiettivo di elaborare un programma nazionale sulla mobilità sanitaria ed avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate (Appendice 1).

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: 4 settembre 2020.

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: 4 settembre 2020.

⁶ Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 113, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021. Allegato C. Rep Atti n. 209 del 18 dicembre 2019. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/603845. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

2. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2018 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.618,98 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	€ 250.645.754	€ 263.789.293	-€ 13.143.539
Valle d'Aosta	€ 14.530.403	€ 19.677.287	-€ 5.146.884
Lombardia	€ 1.129.519.666	€ 379.862.556	+€ 749.657.110
PA di Bolzano	€ 29.211.105	€ 27.459.639	+€ 1.751.466
PA di Trento	€ 62.767.049	€ 62.216.258	+€ 550.791
Veneto	€ 413.796.405	€ 274.715.720	+€ 139.080.685
Friuli-Venezia Giulia	€ 91.068.380	€ 97.880.076	-€ 6.811.696
Liguria	€ 155.635.436	€ 206.411.887	-€ 50.776.451
Emilia-Romagna	€ 602.983.507	€ 275.861.602	+€ 327.121.905
Toscana	€ 351.495.525	€ 207.577.504	+€ 143.918.021
Umbria	€ 87.671.300	€ 99.953.879	-€ 12.282.579
Marche	€ 139.092.620	€ 171.969.364	-€ 32.876.744
Lazio	€ 366.375.189	€ 599.369.082	-€ 232.993.893
Abruzzo	€ 101.173.473	€ 206.182.162	-€ 105.008.689
Molise	€ 105.736.477	€ 70.882.997	+€ 34.853.480
Campania	€ 131.092.983	€ 484.860.064	-€ 353.767.081
Puglia	€ 125.710.660	€ 336.751.891	-€ 211.041.231
Basilicata	€ 60.388.556	€ 108.541.929	-€ 48.153.373
Calabria	€ 20.372.845	€ 308.333.254	-€ 287.960.409
Sicilia	€ 72.799.350	€ 302.129.120	-€ 229.329.770
Sardegna	€ 19.178.304	€ 111.230.403	-€ 92.052.099
Bambin Gesù	€ 244.738.595	€ 3.324.615	+€ 241.413.980
ACISMOM	€ 42.996.999	€ 0	+€ 42.996.999
Totale	€ 4.618.980.581	€ 4.618.980.582	

Tabella 1. Valori della mobilità sanitaria anno 2018

I saldi approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 31 marzo 2020⁷ differiscono in quanto contabilizzano gli accordi su conguagli e partite regolatorie rimaste in sospeso da anni precedenti (tabella 2).

Regione	Conguagli	Saldo
Piemonte	-€ 343.411	-€ 50.988.678
Valle d'Aosta	+€ 454.083	-€ 1.798.537
Lombardia	-€ 10.082.142	+€ 784.061.143
PA di Bolzano	+€ 299.175	+€ 1.126.349
PA di Trento	-€ 64.928	-€ 85.839
Veneto	+€ 1.830.582	+€ 143.143.038
Friuli-Venezia Giulia	-€ 14.322	+€ 6.055.286
Liguria	-€ 333.994	-€ 71.241.277
Emilia-Romagna	-€ 3.102.890	+€ 307.521.868
Toscana	-€ 4.637.233	+€ 139.341.687
Umbria	+€ 1.906.323	-€ 4.172.999
Marche	-€ 1.491.384	-€ 42.978.776
Lazio	+€ 2.284.256	-€ 239.407.873
Abruzzo	+€ 4.170.140	-€ 79.964.015
Molise	-€ 1.157.156	+€ 20.172.612
Campania	+€ 3.013.554	-€ 318.029.082
Puglia	+€ 4.603.014	-€ 201.334.718
Basilicata	-€ 209.355	-€ 53.312.824
Calabria	+€ 612.836	-€ 281.046.307
Sicilia	+€ 636.427	-€ 236.881.650
Sardegna	+€ 1.626.426	-€ 77.178.287
Bambin Gesù	€ 0	+€ 217.283.787
ACISMOM	€ 0	+€ 39.715.093

Tabella 2. Mobilità sanitaria 2018: saldi approvati nel riparto 2020

⁷ 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 le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2020. Rep Atti n. 55 del 31 marzo 2020. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/2558/p-17-csr-atto-rep-n-55-31mar2020.pdf. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

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 all'assistenza dei disabili cronici per gli anni 2015-2017; quelli per l'abbattimento del saldo dei ricoveri privati (del 50% per il 2014 rispetto al 2013 e per il 2018 rispetto al 2017).

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 siano o meno 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 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 che insieme rappresentano il 6,2% 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).

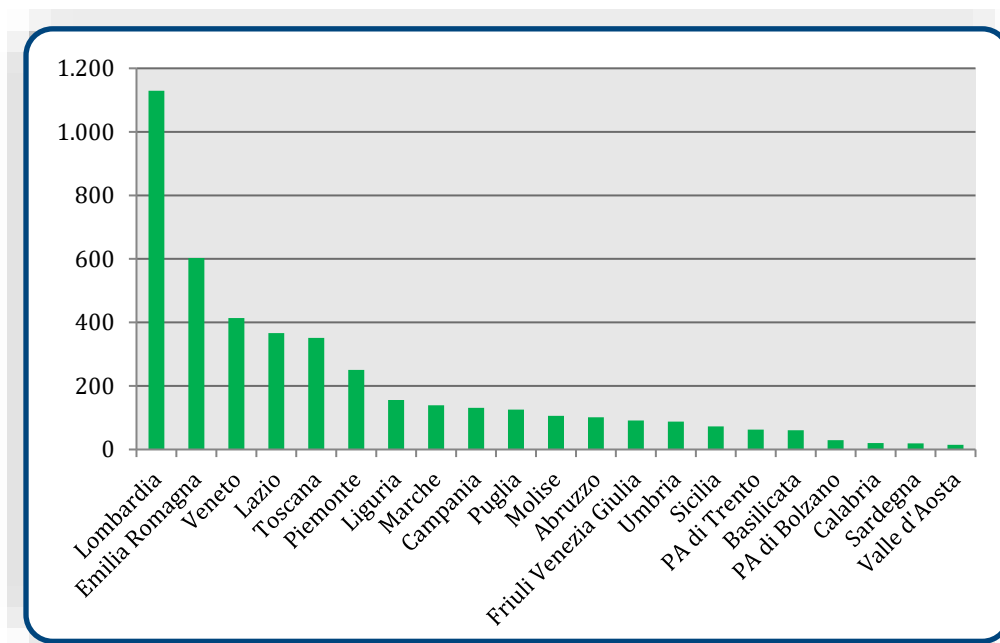


Figura 2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2018 (dati in milioni di €)

Le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: in testa Lombardia (26,1%) ed Emilia-Romagna (13,9%) che insieme costituiscono il 40% della mobilità attiva. Un ulteriore 31,9% viene attratto da Veneto (9,6%), Lazio (8,5%), Toscana (8,1%) e Piemonte (5,8%). Il rimanente 28,1% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 15 Regioni e Province autonome, oltre che all'OPBG (€ 244,7 milioni) e all'ACISMOM (€ 43 milioni) 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).

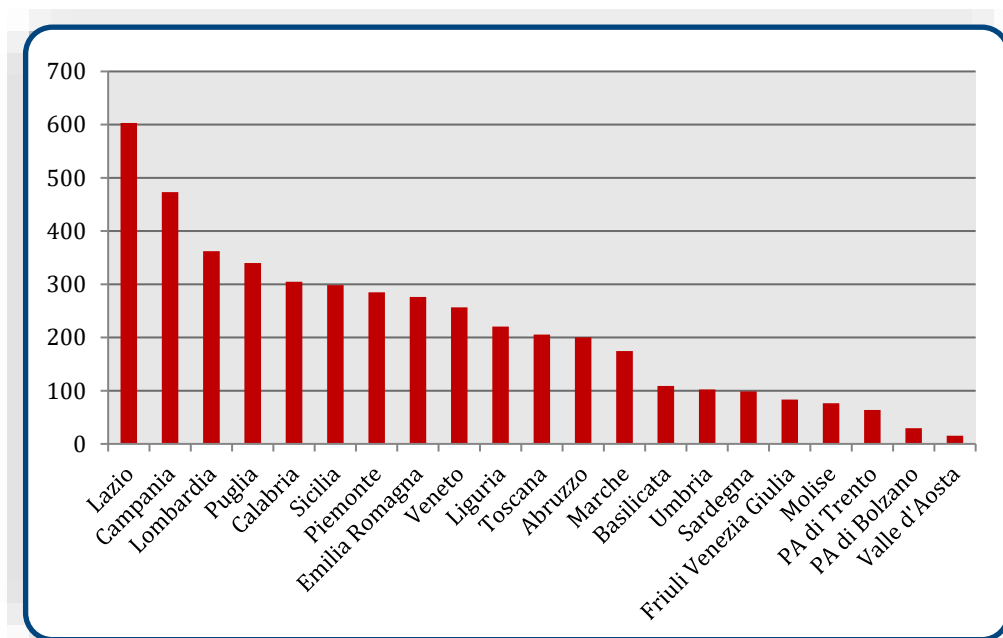


Figura 3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2018 (dati in milioni di €)

Le 6 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13%) e Campania (10,5%) che insieme contribuiscono a circa un quarto della mobilità passiva; un ulteriore 28,7% riguarda Lombardia (8,2%), Puglia (7,3%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%). Il restante 47,8% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni e Province autonome.

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 (-€ 379,9 milioni), Emilia-Romagna (-€ 275,9 milioni), Veneto (-€ 274,7 milioni), Piemonte (-€ 263,8 milioni), Toscana (-€ 207,6 milioni) e Liguria (-€ 206,4 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 già descritto, in occasione dell'accordo per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale la mera differenza tra crediti e debiti viene compensata tramite conguagli (tabella 2).

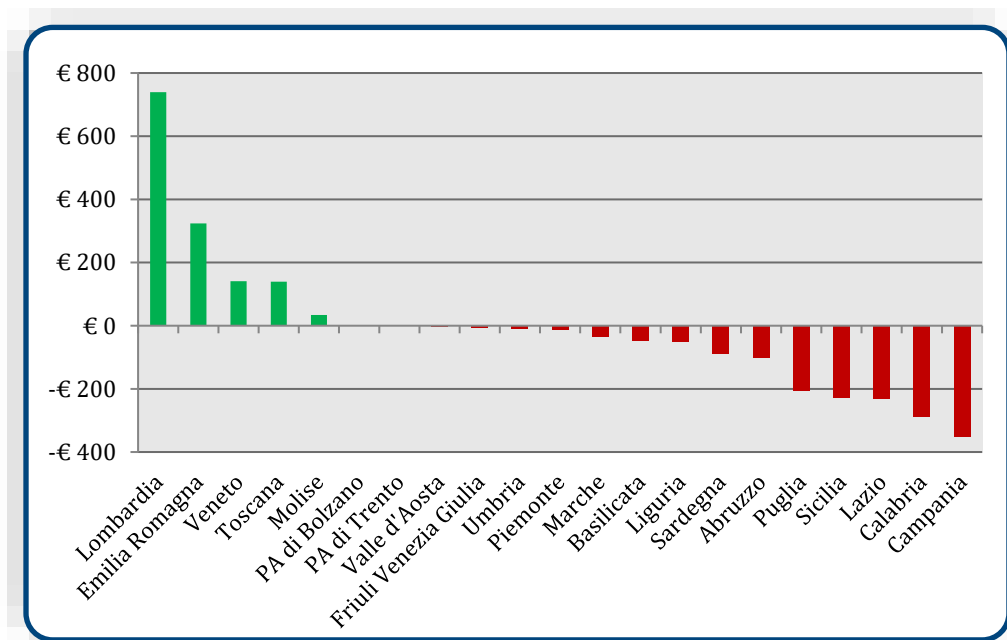


Figura 4. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2018 (dati in milioni di €)

Rispetto all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2018, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: dalla classificazione risulta che quelle con saldo positivo rilevante sono tutte del Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante si collocano tutte al Centro-Sud (tabella 3, figura 5).

Categoria saldo	Range saldo	Regione	Saldo
Positivo rilevante	Oltre € 100	Lombardia	€ 739,6
		Emilia-Romagna	€ 324,0
		Veneto	€ 140,9
		Toscana	€ 139,3
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	Molise	€ 33,7
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Prov. Aut. di Bolzano	€ 2,1
		Prov. Aut. di Trento	€ 0,5
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Valle d'Aosta	-€ 4,7
		Friuli-Venezia Giulia	-€ 6,8
		Umbria	-€ 10,4
		Piemonte	-€ 13,5
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Marche	-€ 34,4
		Basilicata	-€ 48,4
		Liguria	-€ 51,1
		Sardegna	-€ 90,4
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Abruzzo	-€ 100,8
		Puglia	-€ 206,4
		Sicilia	-€ 228,7
		Lazio	-€ 230,7
		Calabria	-€ 287,4
		Campania	-€ 350,7

Tabella 3. Categorie saldi mobilità sanitaria 2018 (dati in milioni di €)

La distribuzione del saldo attivo 2018 (figura 5) mostra che il 97,4% si concentra in sole 4 Regioni e l'87,3% in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, ovvero quelle che per prime hanno intrapreso iniziative per ottenere maggiori autonomie con il regionalismo differenziato e sottoscritto pre-intese con il Governo.

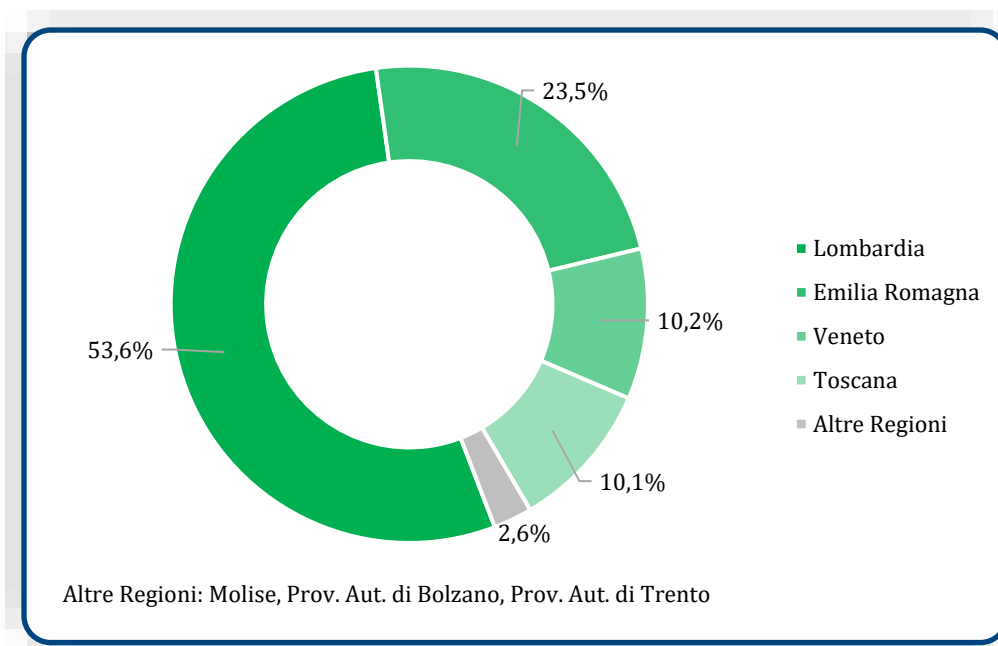


Figura 5. Regioni con saldo attivo per mobilità regionale 2018

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2018 presenta una maggiore frammentazione, l'84,4% si concentra in 6 Regioni del Centro-Sud (figura 6).

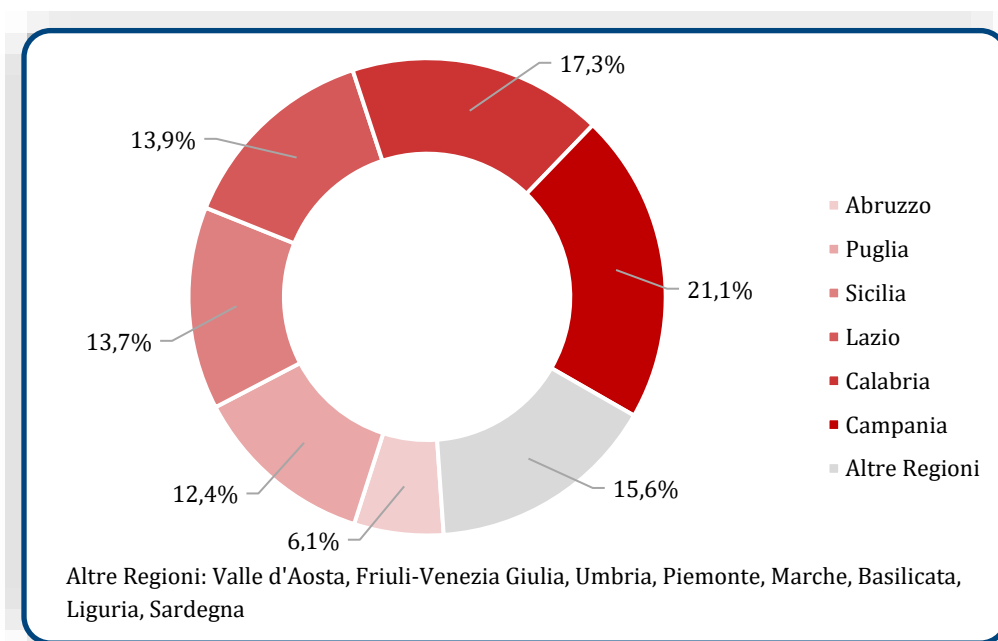


Figura 6. Regioni con saldo passivo per mobilità regionale 2018

6. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria

Tenendo conto della popolazione residente (60.359.549 abitanti al 1° gennaio 2019, dati ISTAT) è stato calcolato 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 Regioni meridionali e le isole che, oltre alla scarsa capacità attrattiva in termini sanitari, scontano le difficoltà di raggiungimento (figura 7).

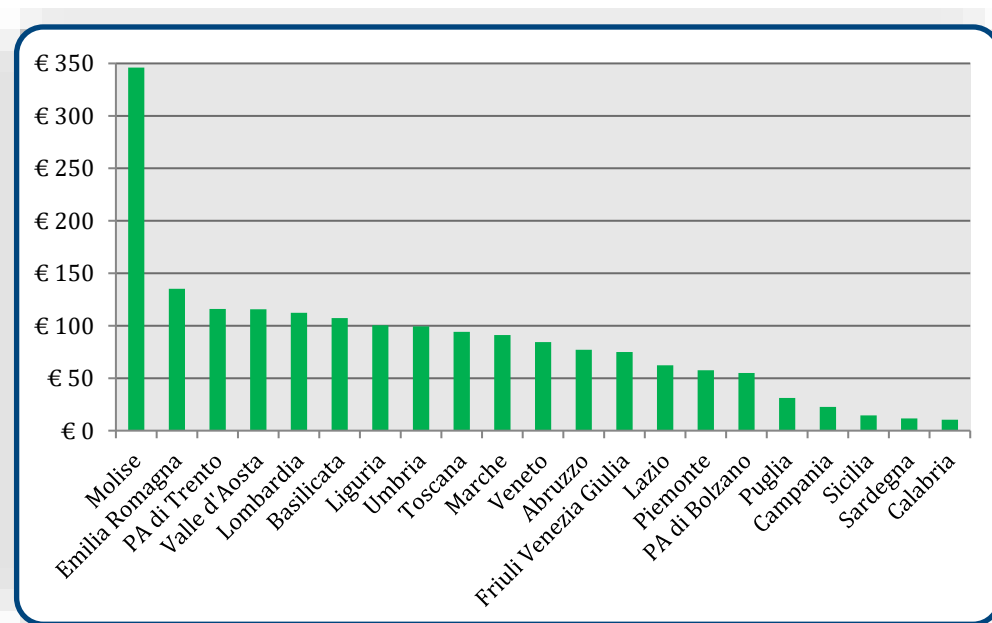


Figura 7. Mobilità regionale attiva 2018: entrate pro-capite per cittadino residente

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

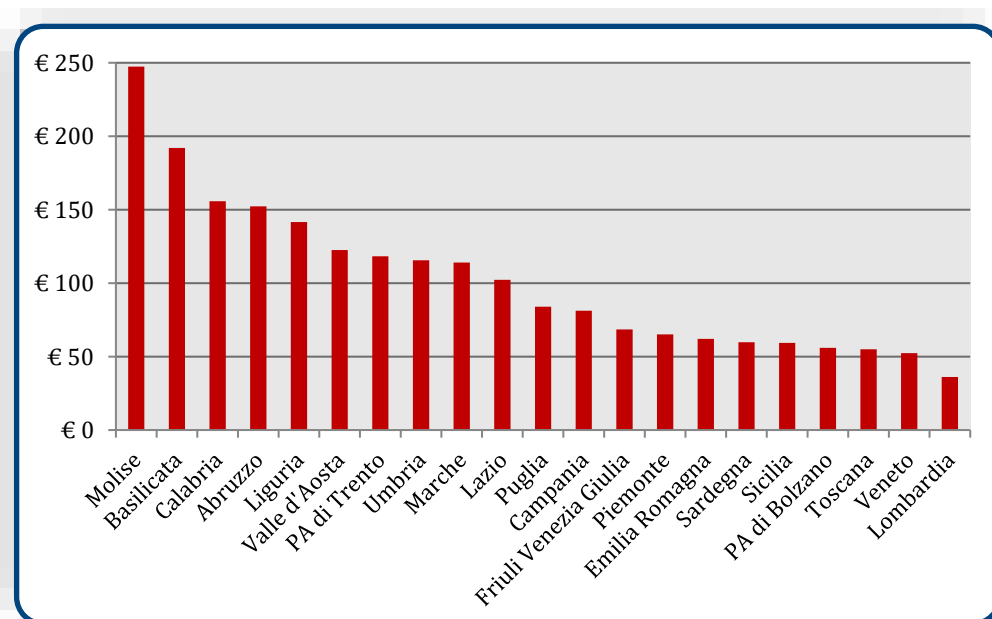


Figura 8. Mobilità regionale passiva 2018: spesa pro-capite per cittadino residente

Risultano 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, la classifica "aggiustata" per popolazione residente è differente, dimostrando che al di là del valore economico, i saldi della mobilità sanitaria devono essere sempre riparametrati in base alla popolazione residente.

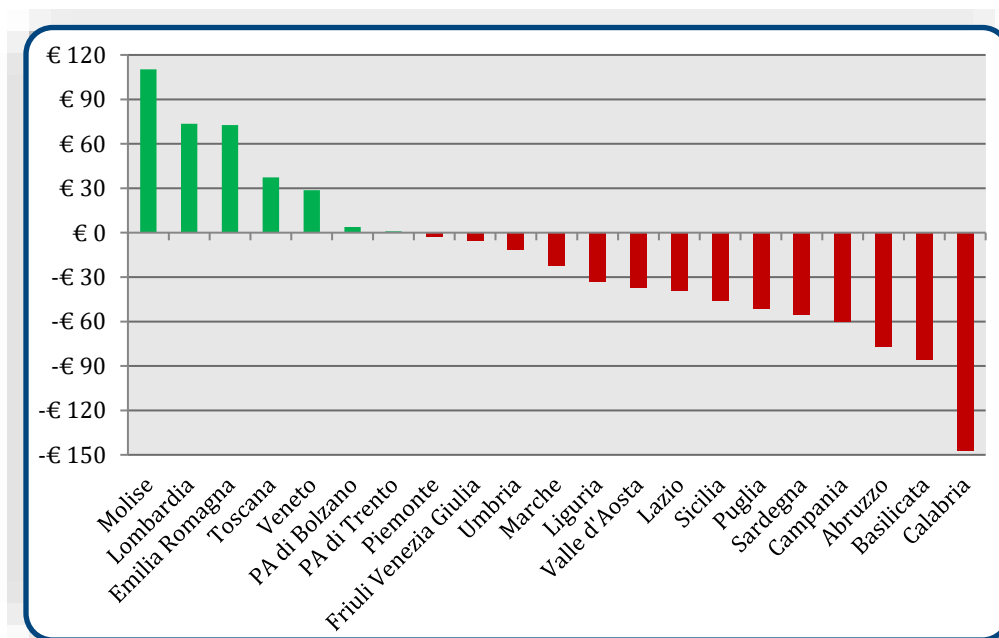


Figura 9. Mobilità regionale 2018: saldo pro-capite

Dalla ricomposizione della classifica per saldi pro-capite di mobilità sanitaria emergono tre dati rilevanti. Innanzitutto, il Molise (€ 110) conquista la prima posizione per saldo pro-capite attivo; in secondo luogo le differenze tra Lombardia (€ 74) ed Emilia Romagna (€ 73) sostanzialmente si annullano; infine, la Calabria, penultima per saldo prima della Campania, precipita in ultima posizione con un saldo pro-capite negativo di € 148, superiore alla somma del saldo pro-capite positivo di Lombardia ed Emilia Romagna (€ 147).

7. Conclusioni

Il valore della mobilità sanitaria regionale nel 2018 è pari a € 4.618,98 milioni, una percentuale apparentemente contenuta (4,1%) della spesa sanitaria totale (€ 113.112 milioni⁸), 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 +€ 739,6 milioni), sia in saldo negativo (es. Calabria -€ 287,4 milioni; Campania -€ 350,8 milioni); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni che si caratterizzano per un'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 su indicazione dello stesso Ministero ha inoltrato alla Conferenza delle Regioni e Province autonome una richiesta ufficiale - secondo le modalità previste dall'accesso civico - per accedere ai dati sulla mobilità sanitaria trasmessi dalle Regioni tramite il modello M. La disponibilità pubblica di questi dati permetterebbe infatti analisi più dettagliate per 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 mobilità¹⁰ e coinvolgono 909.862 pazienti¹¹, ma questi valori vengono stimati indirettamente 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, la valutazione dell'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria presenta varie criticità. Da un lato sono difficili da quantificare i costi sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti: secondo una survey condotta su circa 4.000 cittadini italiani, nel 43% dei casi chi si sposta dalla propria Regione sostiene spese comprese tra € 200 e € 1.000 e nel 21% dei casi fra € 1.000 e € 5.000, con impatto consistente sul bilancio familiare¹².

⁸ ISTAT. Sistema dei conti della sanità: Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento. Giugno 2020. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=29023>. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

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: 4 settembre 2020.

¹⁰ 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: 4 settembre 2020.

¹¹ Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2018. Giugno 2019: pag 280-293. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2898_allegato.pdf. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

¹² Deloitte. Outlook Salute Italia 2021. Il Sistema Sanitario Italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive. Gennaio

D'altro lato, è impossibile effettuare una stima dei costi indiretti (assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti), quelli conseguenti alla mancata esigibilità delle prestazioni territoriali e socio-sanitarie, diritti che appartengono alla vita quotidiana delle persone e non alla occasionalità di una prestazione.

APPENDICE 1. Patto per la Salute 2019-2021¹³

Scheda 4. Mobilità sanitaria

- La mobilità sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilità sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al nord del paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA). Di qui la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui:
 1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi;
 2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti;
 3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA);
 4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale;
 5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.
- Governo e Regioni condividono inoltre l'esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e

¹³ Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 113, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021. Allegato C. Rep Atti n. 209 del 18 dicembre 2019. Disponibile a: www.regioni.it/download/conferenze/603845. Ultimo accesso: 4 settembre 2020.

l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/Regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, anche al fine di superare l'elevata frammentazione che caratterizza l'attuale panorama delle diverse Regioni e Province Autonome. Si conviene altresì di applicare le medesime procedure di controllo sia per i pazienti residenti che per i pazienti non residenti.



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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