

La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa?

Carlo Zocchetti

Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia
carlo_zocchetti@regione.lombardia.it

Al cittadino italiano che ha bisogno di prestazioni sanitarie (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaci, ...) si applica il principio della libertà di scelta, vale a dire: la prestazione sanitaria gli può essere erogata su tutto il territorio nazionale da qualunque struttura accreditata (in realtà, sotto alcune condizioni, ci si può recare pure all'estero, ma il numero è ancora limitato: ragion per cui non ne parleremo in questo breve rapporto). La possibilità di muoversi per ricevere una prestazione dà luogo ad un fenomeno molto interessante, ben studiato e conosciuto, produttore di preoccupazioni (per taluni) e di soddisfazioni (per altri), che prende il nome di "mobilità sanitaria". In questo contributo, utilizzando strumenti statistici elementari, proveremo ad esaminare gli aspetti principali del fenomeno cercando di rispondere a tre semplici domande: quanto è "grande" il movimento dei cittadini nel servizio sanitario, da dove a dove ci si muove, quali sono le prestazioni per le quali ci si muove di più.

Prima di guardare un po' di numeri occorre però una piccola premessa. Come si è dimostrato nel precedente contributo per questa stessa rubrica, le strutture sanitarie sono numerose e distribuite su tutto il territorio nazionale, ma a voler ben guardare, la mobilità sanitaria interessa tutti i cittadini, perché tutti (chi un po' di più e chi un po' di meno) dobbiamo fare un po' di strada per raggiungere il luogo dove una determinata prestazione viene erogata. Ma se tutti ci muoviamo, cosa si deve intendere per mobilità? In questo contributo, salvo per qualche informazione aggiuntiva, abbiamo adottato la definizione più classica, quella più applicata e regolata, quella per la quale vi sono maggiori informazioni: vi è mobilità quando un cittadino residente in una regione usufruisce di una prestazione sanitaria in una struttura ubicata in un'altra regione. Si tratta pertanto di mobilità tra regioni.

Innanzitutto bisogna dire che questo fenomeno ci è noto anche in termini quantitativi (e con molto dettaglio) grazie ai flussi informativi che esistono a livello nazionale, flussi che sono necessari per ragioni di compensazione economica: la regione che eroga la prestazione deve essere rimborsata dalla regione dove il cittadino risiede. Questo scambio di informazioni prevede la conoscenza sia della singola prestazione erogata che del cittadino usufruente che della struttura di erogazione (e di alcune loro caratteristiche): è questo dettaglio informativo che rende ricca la conoscenza della mobilità sanitaria. In secondo luogo, si usa distinguere terminologicamente tra mobilità attiva (o attrazione: caratterizza la regione che eroga la prestazione per un cittadino non residente) e mobilità passiva (o fuga: la regione in cui risiede il cittadino che ha usufruito di prestazioni in altra regione): la differenza tra le due (attiva – passiva) rappresenta la capacità di attrazione di una regione ed è considerata indicatore di qualità del servizio erogato.

a) Vi è una mobilità interregionale di lunga distanza. Ci si muove per cure importanti o perché ci si attendono esiti significativamente diversi (migliori) rispetto a quelli attesi nel proprio territorio; ma ci si muove tra regioni anche per una mobilità stagionale legata alle ferie ed alle vacanze, dove le necessità di salute sono occasionali (o determinate dalla propria condizione di cronicità) e non costituiscono il motivo dello spostamento.

b) Vi è poi una mobilità interregionale da vicino (di confine): Lombardia-Piemonte, Lombardia-Emilia, Toscana-Umbria, e così via. La tabella 1 riporta (per i dati economici totali riferiti all'anno 2009) per ogni regione le quote di mobilità attiva e passiva distinte in base alla vicinanza (o meno) come regione di confine. Come si può osservare, la mobilità sanitaria muove complessivamente

oltre 3.500 milioni di euro (più del 3% del fondo sanitario nazionale); per alcune regioni questa attività rappresenta una quota importante (parecchie centinaia di milioni di euro) del proprio volume di attività; per alcuni territori il saldo di mobilità è molto attivo (Lombardia, Emilia, Toscana, Lazio, Veneto) e per altri è del tutto passivo (Campania, Calabria, Sicilia, Puglia); le quote di mobilità di confine sono molto rilevanti e molto differenziate tra attiva e passiva, e danno conto della diversa capacità di attrazione-fuga che le singole regioni

manifestano nei confronti dei territori confinanti. Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di prestazioni, ma si caratterizza anche perchè interessa pure attività sanitarie minori: non solo ricoveri di minore complessità e di minore peso assistenziale, ma anche altre attività sanitarie quali le prestazioni specialistiche e le prescrizioni farmaceutiche, che di per sé non troverebbero sufficiente giustificazione in una mobilità di lunga distanza.

Tabella 1. Mobilità attiva e passiva tra le regioni italiane, secondo i dati economici (in milioni di euro) relativi all'anno 2009

Regione	Di confine		Non di confine		Totale		
	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva	Saldo
PIEMONTE	145	193	85	34	230	227	3
VALLE D'AOSTA	5	18	4	7	9	25	-16
LOMBARDIA	296	239	470	86	766	325	441
P.A. BOLZANO	21	18	7	5	28	23	5
P.A. TRENTO	34	54	11	8	45	62	-17
VENETO	181	191	123	14	304	205	99
FRIULI V. GIULIA	40	61	47	3	87	64	23
LIGURIA	63	110	74	67	137	177	-40
EMILIA ROMAGNA	288	184	275	26	563	210	353
<i>ITALIA SETTENTRIONALE</i>	1073	1068	1096	250	2169	1318	851
TOSCANA	137	106	146	61	283	167	116
UMBRIA	73	61	21	25	94	86	8
MARCHE	68	94	35	41	103	135	-32
LAZIO	206	175	184	99	390	274	116
<i>ITALIA CENTRALE</i>	484	436	386	226	870	662	208
ABRUZZO	72	102	28	58	100	160	-60
MOLISE	80	37	5	16	85	53	32
CAMPANIA	47	192	36	207	83	399	-316
PUGLIA	58	51	42	234	100	285	-185
BASILICATA	49	45	4	46	53	91	-38
CALABRIA	10	34	20	223	30	257	-227
<i>ITALIA MERIDIONALE</i>	316	461	135	784	451	1245	-794
SICILIA	27	7	28	255	55	262	-207
SARDEGNA	0	0	17	75	17	75	-58
<i>ITALIA INSULARE</i>	27	7	45	330	72	337	-265
TOTALE	1900	1972	1662	1590	3562	3562	0

La tabella evidenzia anche che il saldo di mobilità risulta largamente negativo per le regioni del sud Italia e delle isole, e largamente positivo (seppure con qualche eccezione: Valle d'Aosta, Trento,

Liguria e Marche) per le regioni del nord e del centro Italia. Inoltre, nelle regioni del nord e del centro la mobilità di confine viene sostanzialmente scambiata alla pari, mentre è la mobilità di lunga

distanza (non di confine) che risulta a saldo positivo: per il sud entrambi i tipi di mobilità sono a saldo negativo.

Dalla analisi di molte prestazioni ed attività sanitarie erogate a cittadini che risiedono lontano dal luogo di cura (e che corrispondono a profili di cura che meno ci si aspetta di riscontrare nelle attività in mobilità) emerge che in realtà in molti casi non vi è alcuno spostamento reale perché si tratta di prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono il servizio ma che risultano residenti altrove. È una mobilità solo apparente,

originata dalla differenza tra il luogo dove il cittadino è domiciliato (ad esempio, in Lombardia) e dove risulta residente (ad esempio, in Sicilia) e dalle regole di compensazione economica delle prestazioni tra le regioni. Guardando alle tipologie di attività per le quali ci si muove da una regione ad un'altra (tabella 2) si osserva che il ricovero ospedaliero è la ragione largamente maggioritaria (e consuma circa il 80% delle risorse di mobilità, con un leggero calo nel periodo esaminato), seguita dalla attività ambulatoriale (circa 10%, in crescita) e dalla farmaceutica (3-4%, anch'essa in aumento nel tempo).

Tabella 2. Andamento nel tempo della composizione percentuale delle attività sanitarie in mobilità

Anno	Ospedaliera	Specialistica	Farmaceutica	Altro
2004	83,81	8,28	2,25	5,66
2005	82,97	8,66	2,77	5,60
2006	81,37	9,38	3,23	6,02
2007	80,93	10,34	3,65	5,08
2008	79,26	11,20	4,01	5,53
2009	79,22	11,57	4,37	4,85

L'esame del settore dei ricoveri permette di aggiungere la seguente informazione. Se per un momento abbandoniamo il concetto di mobilità tra regioni ed esaminiamo il tempo reale impiegato da ogni cittadino per raggiungere l'ospedale dove è avvenuto l'episodio di cura, i dati indicano che: nelle regioni del nord (tranne Valle d'Aosta e Liguria) meno del 8% dei ricoveri riguarda cittadini che hanno impiegato più di 120 minuti per raggiungere l'ospedale; nel centro (con l'aggiunta di Valle d'Aosta, Liguria, Campania, Abruzzo e Puglia) la percentuale di ricoveri con mobilità superiore a 120 min. è compresa tra 8% e 12%; al sud (escluse Campania, Abruzzo e Puglia) e nelle isole questa percentuale supera il 12%, ad ulteriore dimostrazione che sono le regioni meridionali ed insulari ad essere maggiormente interessate da una mobilità sanitaria rilevante e non di confine.

Se ora guardiamo agli esiti degli episodi di cura, i primi risultati riferiti al nostro paese indicano che i pazienti che si muovono lontano dalla propria regione di residenza traggono dallo spostamento un beneficio concreto per diversi problemi di salute (interventi di by-pass aorto-coronarico e di valvuloplastica, cure oncologiche, ...), ed in particolare per quei problemi per i quali sono disponibili cure efficaci.

Per approfondire: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS). I Quaderni di Monitor: La mobilità sanitaria. 9° supplemento al numero 29 di Monitor, 2012