

9° Supplemento al numero 29 2012 di Monitor

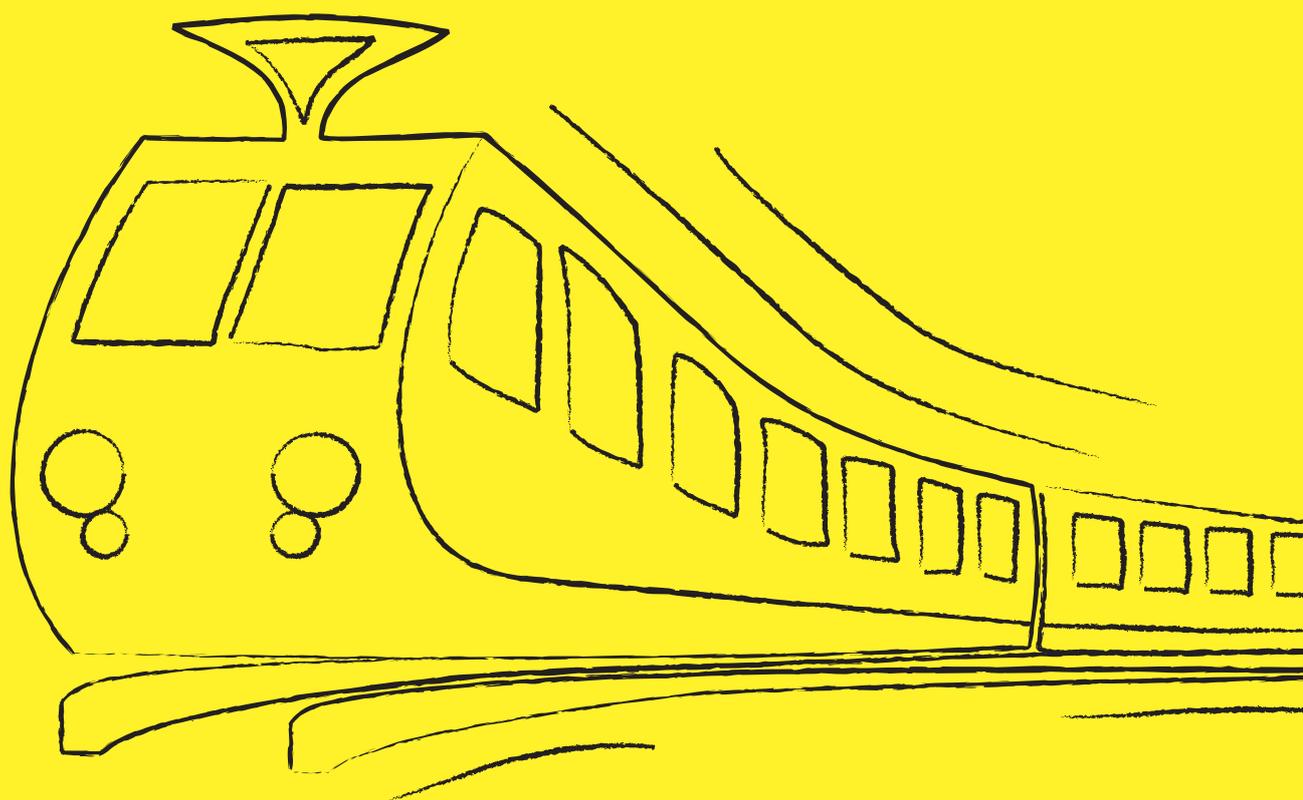
Trimestrale dell'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI

monitor

➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



LA MOBILITÀ SANITARIA

I QUADERNI DI

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

LA MOBILITÀ SANITARIA

Quaderno di Monitor n. 9

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno XI Numero 29 2012

Direttore

Fulvio Moirano

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini
Componenti: Aldo Ancona, Anna Banchemo,
Antonio Battista, Norberto Cau,
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di marzo 2012



agenas  **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agenzia oggi | Presidente f.f. Giuseppe Zuccatelli

Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi, Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente), Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Formazione - Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina ECM • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it

Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 

LA MOBILITÀ SANITARIA

LA MOBILITÀ SANITARIA: UN FENOMENO DA GOVERNARE <i>Giuseppe Zuccatelli</i>	4
LA MOBILITÀ SANITARIA NEL QUADRO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA <i>Fulvio Moirano</i>	7
VIAGGIARE PER LA SALUTE: UN FENOMENO POCO STUDIATO <i>Giuseppe Costa, Cesare Cislaghi</i>	9
DEFINIZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA <i>Carlo Zocchetti</i>	11
LA MOBILITÀ SANITARIA COME PROBLEMA SOCIALE <i>Carla Collicelli</i>	19
LA MOBILITÀ SANITARIA NEL BREVE E NEL LUNGO PERIODO <i>Giovanni Fattore</i>	24
GLI STRUMENTI PER MISURARE LA MOBILITÀ <i>Cesare Cislaghi, Francesca Giuliani</i>	28
IL QUADRO ITALIANO DELLA MOBILITÀ REGIONALE <i>Ombretta Checconi</i>	38
LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI NEI CONTI ECONOMICI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE <i>Eugenio Anessi Pessina, Francesca Ferrè, Mariafrancesca Sicilia</i>	45
IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ NELL'ULTIMO DECENNIO <i>Paolo Di Loreto</i>	56
MOBILITÀ OSPEDALIERA ED ESITI DEI RICOVERI <i>Danilo Fusco, Mirko Di Martino, Mariangela D'Ovidio, Chiara Sorge, Marina Davoli, Carlo Alberto Perucci</i>	61
VIAGGIARE PER LA SALUTE: NECESSITÀ O OPPORTUNITÀ? <i>Alessio Petrelli, Tania Landriscina, Giuseppe Costa, Emanuela Bologna, Manila Bonciani, Chiara Marinacci, Gabriella Sebastiani</i>	67
MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA: IMPLICAZIONI MANAGERIALI <i>Francesco Longo</i>	74
MOBILITÀ DEI RICOVERI: ELEMENTI DI COMPLESSITÀ E INCENTIVI DELLE POLITICHE SANITARIE <i>Paolo Sciattella, Federico Spandonaro</i>	84
IL FENOMENO DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA EXTRAREGIONALE IN SARDEGNA <i>Rosanna Porcu, Antonello Antonelli</i>	96
LA MOBILITÀ SANITARIA PER LA SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA AORTICA E LA NEURO STIMOLAZIONE <i>Giuseppina Petrarca, Maria Cristina Bussone, Giovanni Fattore</i>	102

LA MOBILITÀ SANITARIA: UN FENOMENO DA GOVERNARE

4

I QUADERNI DI **mobilior**

di **Giuseppe Zuccatelli**

Presidente f.f. Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Tutti noi, che operiamo in quest'ambito, sappiamo bene che la sanità, prima ancora di essere un settore nel quale le persone si trovano a lavorare, è una passione. E non soltanto per la sua natura intrinseca, che è quella di contribuire, in una qualche misura, a preservare un bene essenziale per ogni individuo, ma anche per il fatto che la sanità è, in un certo senso, il condensato di una società, delle sue tensioni, delle sue dinamiche, delle sue capacità e, soprattutto, dei valori che la caratterizzano. Quello della sanità è un mondo che coinvolge, rispetto al quale non è possibile restare indifferenti e non esserne catturati; non ci si può esimere dal dare il proprio contributo, grande o piccolo che sia, alla costruzione di qualcosa di fondamentale per il singolo individuo e di significativo per l'identità e il consenso sociale.

Dopo questa doverosa premessa, dobbiamo però riconoscere che qualunque tentativo di valutazione critica dell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale non può non tenere conto dell'indomabile – e crescente – disomogeneità tra le varie aree del Paese. La qualità del Ssn è intimamente legata agli equilibri esistenti tra le tre componenti fondamentali del sistema: i professionisti, la politica e la gestione. Seppure ognuna di queste tre componenti abbia sperimentato dinamiche evolutive interne, connesse a caratteristiche intrinseche, è innegabile che, con il passar del tempo, esse si siano progressivamente intrecciate tra

di loro, influenzandosi le une con le altre. Infatti, pur trattandosi evidentemente di tre sfere diverse, con responsabilità e ruoli differenziati, la storia delle aziende sanitarie pubbliche ha dimostrato come gli equilibri, basati sulla separazione prima, e sulla contrapposizione poi, tra i differenti ambiti, siano sempre meno adeguati ad affrontare e risolvere i problemi delle aziende sanitarie.

Oggi ci troviamo di fronte ad uno snodo decisivo per l'evoluzione del sistema; quando vi sono forti momenti di crisi, come nella realtà attuale, diventano possibili scelte da sempre rimandate. Con questo spirito dobbiamo affrontare l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale dentro la storia più generale – politica ed economica – del nostro Paese. Per questi motivi bisogna insistere sul tema dell'appropriatezza, dotando di strumenti incisivi le organizzazioni sanitarie regionali.

Nel considerare lo stato attuale del nostro Servizio sanitario, partiamo da un dato di fatto.

In Italia vi è una produzione (e quindi un consumo) in eccesso di tutto: dai ricoveri, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai farmaci. Semplici analisi comparative tra le Regioni e dentro le Regioni (ma anche tra i medici di medicina generale ed i reparti di uno stesso ospedale) evidenziano con chiarezza grandi disomogeneità tra virtuosi e inappropriati. In tale ambito ricadono molte delle risorse che mancano.

Ci troviamo ad operare in un sistema in cui prevale l'autoreferenzialità. Il modo classico di espri-

mersi dei professionisti si sintetizza in: “*ho sempre fatto così*” e “*nella mia esperienza ha funzionato*”; si tratta di frasi spesso portate a giustificazione di comportamenti inappropriati.

Andrebbero promosse, invece, la revisione tra pari e la verifica esterna, per togliere peso all’auto-referenzialità e stimolare l’analisi ed il confronto critici, quali momenti di crescita professionale.

Il criterio dell’appropriatezza deve orientare anche le scelte da effettuare nel rapporto pubblico/privato. Gli sprechi pubblici (ampiamente accertati) sono più che controbilanciati dai documentati comportamenti inappropriati, spesso opportunistici, di molte strutture private. Gli esempi di alcune case di cura milanesi ed abruzzesi vanno considerati non un’anomalia, ma la punta emergente di un fenomeno diffuso e non certamente isolato. La differenza è tra il “buon” erogatore virtuoso ed il “cattivo” erogatore non corretto, non tra il buon privato e il cattivo pubblico (o viceversa).

La struttura dell’offerta delle aziende, come l’abbiamo costruita almeno nell’ultimo decennio, non è più sostenibile; anche il concetto di autosufficienza territoriale deve essere rivisto. Le vere criticità che hanno bisogno di un’offerta capillare a livello territoriale sono l’emergenza e la cronicità. Per quanto riguarda le attività programmate, va da sé che il cittadino possa scegliere dove effettuarle. Ma l’emergenza e la cronicità debbono trovare risposte “locali”. Battersi per il mantenimento di una rete di piccoli ospedali in condizioni di vicinanza territoriale è irragionevole. Battersi per una rete dell’emergenza territoriale tempestiva ed efficace è essenziale. Come pure battersi per una rete diffusa di servizi per i soggetti più fragili (disabili ed anziani in primo luogo) è giusto, anzi doveroso.

LA MOBILITÀ SANITARIA

In questo contesto un fenomeno che fa spesso aumentare i costi senza modificare la qualità dell’assistenza è la mobilità sanitaria. La mobilità sanitaria è d’altra parte un diritto dei cittadini che possono rivolgersi a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta ai propri

bisogni. Questo supplemento monografico di Monitor dedicato alla mobilità sanitaria approfondisce da più punti di vista le dinamiche che la caratterizzano contribuendo a fornire elementi utili a costruire strumenti in grado di governarla. Tra questi strumenti figurano gli accordi di confine su cui vorrei spendere qualche considerazione personale, anche tenuto conto del fatto che non vi è uno specifico contributo al riguardo.

Come lo stesso Patto per la Salute 2010-2012 prevede, tra gli strumenti di governo della mobilità sanitaria vanno incentivati gli accordi di confine. Questi strumenti risultano assolutamente decisivi in quanto, in assenza di specifici accordi tra le Regioni, le strutture eroganti di una determinata regione (specie le strutture private) considerano gli utenti fuori regione extra-budget e quindi aumentano progressivamente la produzione nei loro confronti.

Gli effetti negativi di un’assenza di vincoli qualitativi agli scambi sono i seguenti:

1. in un Paese ad eccesso di offerta, l’aumento dell’offerta per i non residenti, per definizione incrementa l’inappropriatezza, specie quando le prestazioni sono non di alta complessità;
2. l’aggressività dei privati si traduce in una frequente sproporzione tra posti letto destinati ai residenti nella propria regione e posti letto riservati ai residenti fuori regione con, in molti casi, una produzione maggiore per questi ultimi, quando in realtà gli accordi si fanno solo con la Regione di competenza;
3. l’aggressività del privato si traduce spesso in una fuga di professionisti verso questo settore, specie in area chirurgica;
4. per le Regioni con forte mobilità passiva risulta difficile programmare a inizio anno l’impatto economico della mobilità che determina sistematicamente, quando vengono resi noti a metà anno i valori degli scambi dell’anno precedente, un aumento dei costi;
5. le regole non condivise tra Regioni confinanti possono portare a cercare fuori regione prestazioni che nella propria regione vengono of-

ferte a livello ambulatoriale con richiesta di compartecipazione.

Per avere un'idea delle cifre in gioco, quando parliamo di mobilità di confine dobbiamo considerare che per la mobilità per i ricoveri per acuti nel 2008, su un totale di circa 2,4 miliardi di euro scambiati, più della metà sono stati scambiati tra regioni confinanti. Su questi scambi il privato pesa per circa un terzo, quando nella mobilità intra regionale il peso del privato è, nella media nazionale, attorno al 20%. Per quanto riguarda la post-acuzie, dei 310 milioni di euro scambiati nel 2008, circa il 60% è avvenuto tra regioni confinanti, con oltre il 75% delle prestazioni scambiate erogato dalle strutture private.

Al momento, gli accordi di confine non sono uno strumento sottoposto a verifica in sede di adempimenti Lea ed alla loro stipula sono semmai tenute le sole Regioni con l'obbligo del Piano di rientro. Queste spesso confinano con Regioni che non hanno tale obbligo e che hanno una struttura dell'offerta robusta ed aggressiva. Sarebbe opportuno, invece, che gli accordi di confine siano imposti a tutte le Regioni, sia che abbiano il piano di rientro, sia che confinino con queste ultime. Questi accordi dovrebbero orientare i flussi e calmarli prevedendo per i ricoveri:

1. l'assenza di tetti sull'alta complessità e sull'area oncologica;
2. tetti in forte decremento per la bassa complessità e i Drg a rischio di inappropriatelyzza e per i ricoveri acuti medici non disposti da pronto soccorso;
3. tetti lentamente decrescenti per la media complessità chirurgica;
4. sistemi di regole comuni sui livelli di erogazione e sui controlli.

Analoga impostazione andrebbe data agli accordi nella parte riguardante le prestazioni ambulatoriali per le quali prevedere:

1. assenza di tetti per la radioterapia, la chemioterapia, la medicina nucleare e la dialisi;

2. tetti stabili su base storica per RMN e TAC;
3. tetti fortemente decrescenti per il laboratorio;
4. tetti, da definirsi caso per caso, per le prestazioni critiche con lunghi tempi di attesa.

Gli accordi andrebbero resi obbligatori con un vincolo alle associazioni dei privati di accettare le regole nella gestione degli scambi determinate dal sistema pubblico. Occorre tener presente che l'utilizzo di queste logiche ha consentito il governo dei rapporti tra molte Regioni, quali ad esempio l'Emilia Romagna/Marche, Marche/Umbria, Emilia Romagna/Veneto, solo per fare alcuni esempi. D'altra parte, l'assenza di tali accordi ha già evidenziato fenomeni fortemente distorsivi nei rapporti tra alcune Regioni.

A questo proposito, occorre tener sempre presente che il ruolo delle Regioni nel governo del sistema sanitario ha una fortissima dimensione tecnica, oltre che politica. La regionalizzazione si è confermata buona come principio, molto meno buona come pratica programmatica e gestionale, dal momento che permangono disuguaglianze molto forti nei livelli di salute. Da parte nostra, come Agenas, siamo disponibili, con le competenze che abbiamo acquisito negli anni, ad offrire, sia al Ministero sia alle Regioni, il supporto tecnico necessario nella stesura del nuovo Patto per la Salute. Non cogliere le opportunità di questa fase di crisi e non prendere decisioni o – peggio – prenderle sbagliate, vorrebbe dire ripensare e rimettere in discussione il cardine stesso del nostro sistema sanitario, l'universalità, per tornare ad una sanità differenziata per livello sociale e capacità di spesa. Questo rischio deve mobilitare il sistema nella direzione del rapido e razionale cambiamento.

Un particolare ringraziamento a Claudio Maffei con cui ho condiviso molte delle esperienze alla base di questa presentazione.

LA MOBILITÀ SANITARIA NEL QUADRO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

di **Fulvio Moirano**

Direttore Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Per affrontare il tema della mobilità sanitaria e le implicazioni che esso può avere nel determinare nuovi equilibri, soprattutto nel caso delle Regioni che sono oggetto di Piani di rientro dal deficit e di riqualificazione, occorre fare una breve premessa, partendo dai sistemi tariffari e dai finanziamenti alle aziende in base alle tariffe. Sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92, ed, in seguito, con il d.lgs. 229/99, la compensazione della mobilità sanitaria ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione delle regioni più performanti.

I decreti citati introducevano, tra l'altro, la remunerazione a tariffa per gli erogatori di prestazioni sanitarie, non solo con l'obiettivo di procedere al riordino dell'intero sistema, ma anche per misurare la capacità produttiva dei singoli erogatori, soprattutto i pubblici.

Queste disposizioni vennero sin dal principio applicate anche alle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre regioni, per la compensazione della mobilità sanitaria.

In seguito, per diversi anni, si è data una certa enfasi alla remunerazione per prestazione come elemento fondamentale per finanziare gli erogatori, sia pubblici che privati, valorizzando anche le tariffe per le prestazioni ambulatoriali, accanto ai Drg;

in altre parole, andando a finanziare i produttori in rapporto al volume delle prestazioni prodotte. Accanto alla remunerazione a tariffa permaneva, per gli erogatori pubblici, la remunerazione a budget o a funzione, riferita a tutto ciò che non è remunerabile in base alla tariffa (ad esempio, i corsi di laurea per le professioni sanitarie, assegnati dalle Regioni ad una Azienda ospedaliera o ad una Asl). Esisteva, poi, anche una remunerazione in parte a funzione ed in parte a prestazione, come, ad esempio, quella per le attività di attesa, i pronto soccorsi, i Dea di primo e secondo livello, che sono remunerati anche in base alle funzioni, indipendentemente dal numero di accessi che registrano. Permane, inoltre, una modalità che prevede che vengano remunerate a funzione anche le attività di più elevata complessità, come i centri trapianto e tutte quelle attività che spesso non sono fatturabili in modo completo con tariffe.

Nel corso degli anni, tuttavia, la forbice si è allargata a favore della remunerazione a funzione che, nel caso degli erogatori pubblici, di fatto viene utilizzata in molte regioni in misura maggiore di quella a tariffa. Nella pratica attuale, il pubblico viene remunerato in parte ex ante, in coerenza con le funzioni svolte e con la produzione erogata, ma, in un momento successivo, con il ripiano effettuato a livello regionale.

Si è andata perdendo, di conseguenza, la positività della remunerazione a tariffa, un sistema solido che consente di verificare il rapporto tra prestazioni, volumi di attività erogata e costi, permettendo anche di calcolare la capacità produttiva a livello regionale, in presenza di tariffe omogenee.

È evidente, quindi, che la remunerazione a tariffa è in qualche modo più trasparente, e offre la possibilità di misurare l'efficienza, di valutare la capacità organizzativa di un'azienda, di rendere più semplice la comprensione dei meccanismi di finanziamento e di produzione dei singoli erogatori.

Di fatto, oggi la remunerazione a tariffa è limitata agli erogatori privati, all'ospedalità privata, e viene utilizzata, soprattutto, nel caso della mobilità sanitaria tra regioni, in base alla Tariffa Unica Convenzionale (TUC) in presenza della quale dobbiamo constatare che la mobilità segue soprattutto un flusso da sud a nord.

Venendo così al tema oggetto di questa pubblicazione, la mobilità sanitaria, vorrei sottolineare la rilevanza che essa assume, non solo nel caso dei bilanci e della distribuzione delle risorse, ma anche per l'opportunità che l'analisi dei dati ricavati dalla mobilità offre di ripensare l'offerta, di riprogettare la rete dell'assistenza, di riqualificare il sistema, soprattutto nel caso delle regioni in Piano di rientro.

Tralasciando la mobilità interna al bacino di utenza, quella che potremmo chiamare di prossimità e la mobilità occasionale, causata da spostamenti non dovuti a motivi sanitari, nonché quella relativa ad un'offerta di servizi non presenti nel territorio di appartenenza, vorrei soffermarmi sulla mobilità di confine, un fenomeno molto diffuso soprattutto tra alcune regioni confinanti che può, talvolta, essere funzionale, in presenza di prestazioni di alta complessità, ma che rischia di far aumentare i costi senza modificare la qualità dell'assistenza per le prestazioni di medio-bassa complessità e di creare inutili competizioni tra regio-

ni. In sostanza, si tratta di un fenomeno che va controllato attraverso accordi di confine che rispettino la libertà del cittadino, ma scoraggino la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e, in particolare, per i ricoveri in regime ordinario ricompresi nell'elenco dei 108 Drg ad alto rischio di inappropriatazza, nonché per l'accesso ad altre tipologie di ricovero a rischio di inappropriatazza, come previsto, del resto, dal Patto per la Salute 2010-2012.

Venendo al nodo cruciale del problema, la mobilità per mancanza locale di offerta, o quella che si verifica per sfiducia nei servizi della propria Asl o della propria regione, un forte segnale di un non gradimento da parte dei cittadini, la proposta che è contenuta nei saggi raccolti in questo volume dei *Quaderni di Monitor*, è quella di programmare complessivamente la rete dell'offerta dei servizi andando a misurare i tempi di percorrenza per definire la rete delle emergenze, la rete delle discipline ospedaliere e il rafforzamento del territorio; inoltre, occorre disciplinare la materia tenendo anche conto dei volumi di attività attesi, dimensionando i servizi in modo tale che a volumi adeguati corrisponda una qualità migliorata.

A questo proposito, è da rilevare che, nel dibattito odierno che si sta sviluppando su questa materia, alcune regioni stanno avanzando l'ipotesi di considerare nella compensazione tra regioni solo l'alta complessità, escludendo i Drg inappropriati e quelli a bassa complessità.

In quest'ambito, ritengo particolarmente utile l'analisi dei risultati delle prestazioni che Agenas sta recentemente svolgendo sulla base dei dati raccolti in tutte le regioni, uno studio che può contribuire a dare la misura della qualità delle cure erogate.

Evidenziando e penalizzando i bassi volumi e la bassa qualità di prestazioni in tutte le regioni, anche quelle in Piano di rientro, sarà possibile avviare un percorso virtuoso che porti, a lungo andare, a far sì che anche la mobilità sanitaria, inevitabilmente, diminuisca.

VIAGGIARE PER LA SALUTE: UN FENOMENO POCO STUDIATO

di **Giuseppe Costa***, **Cesare Cislaghi****

*Presidente AIE - Associazione Italiana di Epidemiologia

**Coordinatore scientifico, attività e ricerche economico sanitarie - Agenas

La mobilità sanitaria attrae l'attenzione del pubblico quando è sintomo di un'inadeguatezza reale o percepita dell'offerta, ed è sotto il mirino della politica perché richiede meccanismi di compensazione equilibrati tra chi eroga e chi paga. Ma le implicazioni per la salute di questo fenomeno sono poco conosciute, e per questa ragione l'epidemiologia italiana ha dedicato attenzione ai determinanti e alle conseguenze dei percorsi di cura di chi viaggia per la salute.

In effetti, ogni percorso di cura nasce con un bisogno di salute da soddisfare, che si esprime in una domanda di cure, che a sua volta deve trovare un'offerta disponibile, accessibile e di qualità, per concludersi con un esito più o meno favorevole. I viaggi della salute nascono ogni volta che il paziente verifica o percepisce che l'offerta di cura presenta delle limitazioni che lo costringono a muoversi per cercare una soluzione altrove. Nel Servizio sanitario nazionale italiano l'impianto universalistico garantisce pari disponibilità delle cure a tutti; sono quindi l'accessibilità e la qualità che possono essere distribuite in modo disuguale nel Paese.

Viste sotto il profilo dell'economia sanitaria queste disuguaglianze potrebbero essere semplicemente una molla per spingere la domanda a cercare la soluzione migliore per costo e soddisfazione.

Il punto di vista epidemiologico si preoccupa delle premesse e delle conseguenze di salute dei viaggi per la salute. La recente monografia di Epidemiologia e Prevenzione dedicata alla salute italiana, a distanza di 150 anni dall'Unità d'Italia, ha dimostrato che accessibilità e qualità delle cure disegnano una geografia corrispondente a quella del bisogno e dei risultati di salute¹.

Il Mezzogiorno del Paese è l'area che mostra, da un lato, indicatori di salute meno favorevoli e, dall'altro, le maggiori limitazioni nell'accessibilità, nella qualità e negli esiti delle cure. La stessa monografia racconta come queste differenze geografiche nella salute siano in buona parte spiegate dalle differenze geografiche nella distribuzione delle risorse a livello individuale e di contesto: individui più poveri e, quindi, più malati nel Mezzogiorno, contesti istituzionali e sociali meno capaci di far fronte con un'adeguata offerta di servizi ai problemi individuali.

Se questa coincidenza tra geografia della salute e geografia sociale è la scena, allora viaggiare per la salute potrebbe significare non solo la ricerca della soluzione migliore nella libera offerta di cure di un servizio pubblico che offre livelli di assistenza disponibili per tutti, ma anche un meccanismo che aggrava le disuguaglianze di salute nel Paese.

Per questo gli autori dei saggi riportati in questo

Quaderno sono stati chiamati ad esplorare le questioni di mobilità sanitaria, anche in risposta a queste domande rilevanti per la salute. Chi si muove lontano da casa propria, alla ricerca di un'offerta di assistenza più adeguata, guarisce prima e meglio di chi si affida alla risposta del proprio Servizio sanitario regionale? Fruiscono tutti allo stesso modo di questa possibilità di muoversi alla ricerca di cure migliori?

Se così non fosse, si potrebbero verificare disomogeneità nell'uso di questa opportunità e, conseguentemente, disuguaglianze negli esiti delle cure. Queste domande diventano tanto più critiche

quando riguardano quella quota della mobilità sanitaria in Italia che è attribuibile all'inadeguatezza quantitativa o qualitativa dell'offerta, che nel nostro Paese concerne, appunto, alcune parti del servizio sanitario delle regioni del Mezzogiorno, dove maggiore è il bisogno di salute.

Il combinato disposto di una mobilità sanitaria che produce più guarigioni e di una disuguaglianza sociale nella possibilità di muoversi per ragioni di salute, potrebbe significare che la mobilità sanitaria aumenterà nel futuro le disuguaglianze sociali e geografiche negli esiti di salute di quanti non possono farvi ricorso.

DEFINIZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA

di Carlo Zocchetti

Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia

Questo contributo è stato pensato come un intervento di carattere introduttivo, e come tale ha il compito di delimitare il territorio, di iniziare a dissodare il terreno e di accennare agli argomenti di merito che gli articoli successivi svilupperanno in maniera compiuta. Per questo motivo l'intervento si propone due obiettivi:

- da una parte, cercare di comprendere quanto sia complesso e variegato il tema della mobilità sanitaria, tema che è molto più articolato di quanto non appaia a prima vista e che presenta molti più aspetti di quanti non siano catturati semplicemente dall'analisi della mobilità tra regioni;
- dall'altra, provare a definire qualche elemento di base attorno al quale costruire concetti e metodi che permettano di misurare in maniera adeguata (o più adeguata rispetto alle procedure correnti) il fenomeno.

Non costituisce invece obiettivo di questo contributo una discussione delle esigenze sanitarie degli stranieri presenti a vario titolo nel nostro Paese, perché più che di mobilità sanitaria si dovrebbe parlare di sanità internazionale o di sanità degli stranieri.

CHE COS'È LA MOBILITÀ SANITARIA?

Secondo il vocabolario Devoto-Oli (1) la "mobilità" rappresenta la "possibilità di muoversi nello spazio" e l'aggettivo "sanitaria" qualifica il con-

tenuto specifico di tale mobilità: perché ci si muove in sanità, con quale obiettivo sanitario, per compiere quale azione sanitaria o ricevere quale servizio sanitario?

Quando si affronta questo tema vi è la tendenza ad esaminare solo le attività sanitarie che caratterizzano i cittadini (pazienti) che si muovono da una regione all'altra del Paese per effettuare un ricovero: in realtà il fenomeno è molto più ampio e complesso della semplice mobilità interregionale dei pazienti.

Quanto spazio bisogna percorrere per dire che ci si sta muovendo? E quale atto sanitario bisogna fare, o ricevere, per parlare di mobilità sanitaria? Per rispondere al primo quesito, questo contributo ha disegnato un percorso che va dal macro al micro, dalle distanze maggiori alle distanze minori (dalla mobilità internazionale a quella entro città o quartiere) cercando di capire dove ci si muove (a partire da dove e verso dove).

Per rispondere al secondo quesito, invece, si è guardato alle attività sanitarie da due punti di vista: da una parte, quali sono i diversi attori implicati nel tema (fornitori di prestazioni, enti di tutela, cittadini, operatori, ...) per cercare di descrivere chi si muove; dall'altra, quali sono le diverse attività sanitarie oggetto di mobilità (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, altri servizi e/o attività, ...) per tentare di comprendere i motivi per i quali ci si muove ed eventualmente per fare cosa. Questi tre elementi (dove,

chi, per fare cosa) si trovano interlacciati tra di loro per costruire un tessuto in cui risulta spesso difficile riconoscere i diversi componenti.

Prima di entrare nel merito è opportuno ricordare, innanzitutto, che nel caso della mobilità sanitaria l'atto del viaggiare non ha una dimensione filosofica o ontologica, ma risponde ad una esigenza molto pratica che deriva dal fare (o ricevere) un atto sanitario (attività, prestazione, ...) in un luogo diverso da quello in cui usualmente ci si trova.

MOBILITÀ INTERNAZIONALE

Poiché la mobilità rappresenta un movimento nello spazio, sarebbe interessante poter cominciare dallo spazio in senso letterario, cioè da una dimensione cosmica (nello spazio, appunto) della mobilità sanitaria, ma lo stato dell'arte attuale sulle esplorazioni spaziali ci dice che si tratta, per il momento, di un fenomeno aneddótico, in cui la sanità sembra centrare ancora poco o molto marginalmente (più come eventuali conseguenze sul piano sanitario della mobilità che non come motivo per muoversi).

È invece una realtà concreta la mobilità internazionale, che, come tutti i tipi di mobilità, presenta due versanti di lettura: la mobilità passiva (italiani che vanno all'estero) e la mobilità attiva (stranieri che vengono nel nostro Paese). Numericamente parlando, e in relazione ad altri fenomeni sanitari, la mobilità internazionale passiva è poca cosa, ma permette di introdurre alcuni elementi di rilievo, almeno quattro in particolare.

a) Vi è una mobilità internazionale per motivi di cura (cittadini italiani che vanno all'estero esplicitamente per sottoporsi ad un intervento chirurgico, per seguire un percorso terapeutico, o per altre esigenze sanitarie che non trovano adeguata soddisfazione nel nostro Paese). La legge prevede almeno due ragioni sostanziali perché si possa adire a tali tipi di cure: o perché la cura non è erogata nel nostro Paese o perché è erogata con una tempistica che non è compatibile con la malattia di cui un cittadino soffre. Si tratta di un per-

corso esplicitamente previsto dalla legislazione, che passa generalmente attraverso un atto autorizzativo formale a priori (da parte della Asl di appartenenza del paziente), anche se poi sono ammesse diverse eccezioni (a posteriori). Il punto della situazione è piuttosto complesso, in termini di dettagli, e non si ritiene utile approfondirlo in questo contributo.

Numericamente i casi non sono molti, vedono interessati alcuni luoghi privilegiati (in genere considerati centri di riferimento) ed alcune selezionate patologie (trapianti, tumori, interventi ortopedici, gravi lesioni neurologiche, ...), in taluni casi rappresentano un vero e proprio viaggio della speranza, il cui esito è talvolta discutibile già a priori. In questo settore funziona molto il passaparola e sono particolarmente attive diverse associazioni di pazienti.

b) Vi è poi la classica mobilità internazionale occasionale, determinata dalla presenza di esigenze sanitarie insorte mentre si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza, ...): è una mobilità occasionale, che riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti (anche se talvolta nasconde impropriamente una mobilità per motivi di cura), ed ha regole diverse a seconda che avvenga entro lo spazio europeo più o meno allargato (dove esiste una compensazione economica delle prestazioni tra Stati) o al di fuori di esso (nel qual caso in generale, salvo eccezioni, non esiste compensazione e il cittadino deve provvedere con altri strumenti: assicurazioni, pagamenti in proprio, ...).

c) A seguire, si può considerare una mobilità internazionale legata a tre specifiche e particolari situazioni che riguardano il nostro Paese: è il caso di Città del Vaticano (e in particolare dell'attività dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma), dello Stato di San Marino e del Comune di Campione d'Italia (che si trova in territorio svizzero): si tratta di aspetti di mobilità specificamente regolati e per i quali il termine mobilità internazionale, seppure formalmente adeguato, si può considerare fuori luogo.

d) Da ultimo vi è la mobilità sanitaria internazionale non dei pazienti ma degli operatori: persone che svolgono temporaneamente un'attività sanitaria all'estero. Se si esclude qualche regione di confine, il fenomeno si può considerare ad oggi praticamente assente per quanto riguarda il nostro Paese.

Se questi sono gli elementi che caratterizzano la mobilità sanitaria internazionale che abbiamo qualificato come "passiva", un discorso analogo si può fare per la mobilità internazionale "attiva" (cioè gli stranieri che vengono nel nostro Paese), con l'unica differenza che le regole di accesso al Servizio sanitario nazionale, in particolare gli accessi esplicitamente per motivi di cura, dipendono dalle norme e dalle modalità in vigore nei rispettivi Paesi di provenienza.

Questo quadro di mobilità sanitaria internazionale è destinato ad essere radicalmente modificato da due recenti direttive europee.

■ La direttiva europea che riguarda i pensionati che risiedono all'estero (2).

Prima della direttiva i pensionati residenti all'estero erano totalmente a carico delle nazioni dove avevano stabilito la nuova residenza (ad esempio, un pensionato italiano residente in Spagna era totalmente a carico del Servizio sanitario spagnolo). Con la direttiva questa impostazione è cambiata: il pensionato residente all'estero è a carico della nazione dove ha stabilito la nuova residenza solo per le prestazioni usufruite in quella nazione, mentre per le prestazioni sanitarie usufruite al di fuori della nazione di nuova residenza, il carico economico deve essere attribuito alla nazione dove il cittadino ha pagato i suoi contributi e maturato il diritto all'assistenza (ad esempio, un pensionato italiano residente in Spagna è totalmente a carico del Servizio sanitario spagnolo per le prestazioni erogate in Spagna, ma risulta a carico del Servizio sanitario italiano per le prestazioni usufruite in Paesi comunitari diversi dalla Spagna).

■ La nuova direttiva europea appena approvata sulla mobilità transfrontaliera (3). Largamente innovativa è improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti sia degli operatori e prevede nuove regole, in particolare sulle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, oltre che sui ricoveri. La direttiva propone diverse problematiche, nuove in tema di diritti all'assistenza, di scambio di prestazioni e di pagamenti; interviene in maniera importante nel favorire anche il movimento degli operatori e non solo dei pazienti. Come conseguenza della sua introduzione (il che avverrà nei prossimi anni da parte degli Stati membri), si ipotizzano ricadute particolarmente rilevanti in alcuni settori (le cure odontoiatriche, ad esempio) o per alcune aree geografiche (est europeo).

MOBILITÀ INTERREGIONALE

La mobilità internazionale rappresenta concettualmente la mobilità associata alle grandi distanze: se ora riduciamo (sempre concettualmente) queste distanze, ci imbattiamo nella mobilità interregionale. È la mobilità più conosciuta – si vedano, ad esempio, i contributi apparsi recentemente su *IlSole24Ore* – Sanità (4), quella di cui normalmente si parla, quella che fa parte degli accordi di compensazione economica e di regolazione tra le Regioni, e così via. Anche per la mobilità interregionale si possono evidenziare almeno quattro elementi.

a) Vi è innanzitutto 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. La dimostrazione dell'esistenza di entrambi questi fenomeni comincia ora ad essere abbondante e ripetuta: diversi interventi al Convegno del 3-4 maggio 2011¹ hanno documentato il fenomeno, ma anche altri lavori (5) sono ormai ricchi di queste evidenze.

Ma ci si muove su lunghe distanze (tra regioni)

¹ "Viaggiare per la salute". La mobilità sanitaria. Convegno di primavera Agenas-AIE-AIES, Roma, 3-4 maggio 2011. Gli atti del Convegno sono pubblicati sul sito Agenas in "Archivio documenti"-"atti".

anche per una mobilità stagionale legata alle ferie ed alle vacanze (a titolo di esempio si può indicare come la quasi totalità della mobilità passiva di lunga percorrenza della Regione Lombardia si concentri nei mesi estivi e nelle regioni maggiormente frequentate per ragioni turistiche e vacanziere), 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 di prossimità, una mobilità di confine tra le regioni italiane: Lombardia-Piemonte, Lombardia-Emilia, Toscana-Umbria, e così via per tutte le regioni. A titolo di esempio, la tabella 1 riporta (per i dati economici totali di mobilità riferiti all'anno 2009) per ogni regione italiana le quote di mobilità attiva e passiva distinte in base alla vicinanza o meno come regione di confine. Come si può osservare, le quote di mobilità attiva e passiva di confine sono molto rilevanti, soprattutto in alcune regioni, e danno conto della diversa capacità di attrazione-fuga che le singole regioni manifestano nei confronti dei territori confinanti. Certo sono valutazioni da effettuare con prudenza, perché è facile prendere dei granchi, come si è già ampiamente dimostrato in altra sede (5).

Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di attività, ma si caratterizza anche perché 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.

La mobilità di confine è tanto peculiare da luogo a luogo, da territorio a territorio, che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra le Regioni per un uso efficiente (e possibilmente appropriato) delle risorse. Gli esempi in merito sono molti: gli accordi tra Lombardia e Liguria per la gestione delle prestazioni dialitiche dei pensionati lombardi che trascorrono lunghi periodi in Li-

guria; gli accordi tra Toscana e Umbria per l'utilizzo concordato di alcune strutture (soprattutto ospedaliere) di confine; e così via.

Se quelli appena indicati sono due aspetti di rilievo tipici della mobilità tra regioni, vi sono almeno altri due fattori da considerare, solitamente più trascurati, che agiscono uno sul versante dei diritti del cittadino e uno sul versante delle informazioni.

c) Come noto, sul versante dei diritti vige il principio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), principio integrato poi localmente dal concetto di Livelli aggiuntivi di assistenza. Non è questo il luogo per una discussione di merito di entrambi i principi, ma se ne possono apprezzare facilmente le conseguenze sul versante della mobilità.

In teoria, proprio per loro natura definitoria, i Lea in quanto livelli considerati "essenziali" dovrebbero essere garantiti in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, ma di fatto si osservano delle differenze regionali piuttosto rilevanti. E non si vuole qui fare riferimento alla qualità delle cure o agli esiti (si veda, in proposito, quanto già riportato), bensì ci si riferisce alla erogazione stessa dei servizi, erogazione che (come noto) è materia che ricade sotto la responsabilità delle Regioni. Il problema non riguarda (o riguarda di meno) in genere le prestazioni di tipo ospedaliero, ma si concentra soprattutto sulle altre prestazioni erogate (farmaceutica territoriale esclusa). In questo contesto risultano particolarmente critiche le attività che hanno a che fare con la medicina territoriale, perché risultano largamente deficitarie (o insufficienti) in diverse regioni. Nomenclatori ambulatoriali molto diversi da regione a regione, regole di compartecipazione (ticket) e/o di esenzione diversificate, attività domiciliari peculiari da regione a regione, e così via, sono solo alcuni degli esempi che fanno comprendere come sia elevato il rischio (ma forse bisognerebbe dire che si tratta di una certezza) che non vengano erogati al cittadino in modo uniforme su tutto il territorio nazionale i Lea, oppure tutte le attività sanitarie cui la sua amministrazione regionale gli dà diritto. Co-

me noto, non solo si deve registrare una grande eterogeneità nello sviluppo del concetto dei Livelli aggiuntivi di assistenza (concetto la cui applicazione è così diversificata tra le Regioni che oggi risulta quasi impossibile fare un serio punto della situazione), ma anche sui Lea si osservano distinzioni tanto rilevanti che hanno consigliato alle Regioni di adottare un approccio prudentiale e semplificativo (anche se viola palesemente alcuni diritti): tutto ciò che le Regioni hanno deliberato in difformità a regole nazionali esplicite si applica solo ai propri cittadini quando richiedono prestazioni sanitarie sul proprio territorio di competenza.

d) Il quarto elemento da considerare per la mobilità interregionale è invece di tipo informativo, perché dall'analisi di molte prestazioni e 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 la domanda su cosa giustifichi tale spostamento. In realtà in molti casi non vi è alcuno spostamento reale, perché si tratta di prestazioni erogate a cittadini che di-

morano 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). Poiché la compensazione economica delle prestazioni tra le Regioni avviene sulla base della Regione di residenza, ecco che risultano oggetto di mobilità tutte le attività sanitarie consumate da cittadini domiciliati in una Regione ma residenti in un'altra. È un problema di regole e procedure in quanto sia i meccanismi amministrativi, che oggi rilevano le attività sanitarie, sia quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali (finanziamento pro-capite) sono fondati sul concetto di residenza (e non di assistenza) ed è un problema di informazioni, anche perché oggi i sistemi informativi di diverse regioni non sono in grado di catturare la differenza tra cittadini residenti e domiciliati: la conseguenza è che le attività sanitarie che li riguardano vengono inevitabilmente assegnate all'area della mobilità interregionale, anche se in realtà i cittadini non si spostano e non si muovono.

TABELLA 1 - Mobilità attiva e passiva di confine tra le Regioni italiane, secondo i dati economici (in milioni di euro) relativi all'anno 2009

Regione	Di confine			Non di confine			Di confine	
	Attiva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo	%Attiva	%Passiva
PIEMONTE	145	193	-48	85	34	51	63,0	85,0
VALLE D'AOSTA	5	18	-13	4	7	-3	55,6	72,0
LOMBARDIA	296	239	57	470	86	384	38,6	73,5
P.A. BOLZANO	21	18	3	7	5	2	75,0	78,3
P.A. TRENTO	34	54	-20	11	8	3	75,6	87,1
VENETO	181	191	-10	123	14	109	59,5	93,2
FRIULI V. GIULIA	40	61	-21	47	3	44	46,0	95,3
LIGURIA	63	110	-47	74	67	7	46,0	62,1
EMILIA ROMAGNA	288	184	104	275	26	249	51,2	87,6
TOSCANA	137	106	31	146	61	85	48,4	63,5
UMBRIA	73	61	12	21	25	-4	77,7	70,9
MARCHE	68	94	-26	35	41	-6	66,0	69,6
LAZIO	206	175	31	184	99	85	52,8	63,9
ABRUZZO	72	102	-30	28	58	-30	72,0	63,8
MOLISE	80	37	43	5	16	-11	94,1	69,8
CAMPANIA	47	192	-145	36	207	-171	56,6	48,1
PUGLIA	58	51	7	42	234	-192	58,0	17,9
BASILICATA	49	45	4	4	46	-42	92,5	49,5
CALABRIA	10	34	-24	20	223	-203	33,3	13,2
SICILIA	27	7	20	28	255	-227	49,1	2,7
SARDEGNA	0	0	0	17	75	-58	0,0	0,0
TOTALE	1900	1972	-72	1662	1590	72	53,3	55,4

Pur con le incertezze e le limitazioni informative che abbiamo segnalato, è però indubitabile che la mobilità interregionale sia la parte più conosciuta e osservata della mobilità, anche in virtù degli scambi economici reali tra Regioni cui dà luogo. Non a caso vi è un gruppo permanente di lavoro della Commissione Salute (l'organo che governa e regola le attività sanitarie tra le Regioni) che si ritrova periodicamente per monitorare, regolare, valutare, dirimere i contenziosi e intervenire sulle attività riferite alla mobilità tra regioni: attività da erogare, tariffe di scambio, flussi informativi ed economici, ecc., sono gli argomenti che interessano costantemente questo gruppo di lavoro.

MOBILITÀ INTRAREGIONALE

Vi è un terzo livello spaziale della mobilità, che si muove questa volta entro le dimensioni regionali, un livello che normalmente viene messo in secondo piano (o trascurato) dagli analisti, e che è molto diversificato da regione a regione in virtù delle dimensioni territoriali delle stesse (si pensi a Valle d'Aosta e Molise da una parte, a Lombardia e Sicilia dall'altra). Se prendiamo, a titolo di esempio per ragionare, la Lombardia, si possono evidenziare i fenomeni che esponiamo di seguito.

a) Vi è una mobilità che riguarda Asl lontane tra di loro: è l'equivalente della mobilità interregionale di lunga distanza. Non si va da Mantova a Varese, ad esempio, o da Sondrio a Pavia, per una prescrizione di farmaci o per qualche esame diagnostico di tipo corrente: occorrono motivazioni più forti e ragioni più consistenti per farlo.

b) Vi è poi una mobilità intraregionale che riguarda Asl che confinano tra di loro: se in alcuni casi qualche barriera geografica (montagne, laghi, fiumi) rende più difficoltoso il cammino (si pensi al percorso che deve fare un cittadino di Livigno, o anche solo di Sondrio per uscire dalla propria Asl), in generale si tratta di una mobilità che è legata ai confini amministrativi con cui viene diviso artificialmente il territorio di una regione (la Provincia di Milano, ad esempio, era suddivi-

sa in 4 Asl, di cui una era costituita dalla sola città di Milano), suddivisione che a volte è inevitabilmente solo debolmente correlata con gli usuali percorsi di fruizione dei cittadini a causa di motivi geografici o storici.

c) Vi è infine una mobilità tra Comuni della stessa Asl e, in alcune regioni che ospitano grandi città, vi è anche una mobilità entro le città.

Nel caso della mobilità entro regione, non sono di minore rilievo gli elementi della compensazione economica tra aree, ma emergono come esplicite altre tematiche importanti quali la programmazione della rete di offerta e l'accessibilità dei servizi: il bacino di utenza delle strutture, i tempi di attesa, la comodità dei servizi dal punto di vista del paziente e della sua rete di sostegno (parenti, amici, ...) e così via. Meno rilevanti sono invece gli aspetti legati alla qualità generale della cura o all'esito della stessa, fattori che sono visti più in termini di accessibilità e disponibilità di servizi che non di mobilità in senso stretto (visto che le distanze da percorrere risultano comunque ridotte), a meno che si vada alla ricerca di prestazioni che non sono diffuse su tutto il territorio o ci si trovi in un contesto di iperspecializzazione o di cura di malattie piuttosto rare.

Da ultimo, anche se vi si fa accenno solo per motivi di completezza della trattazione, non sembra di rilievo la mobilità riferita alla medicina di base, sia nella versione Mmg sia Pls, anche se qualche territorio del Paese è ancora carente di questi servizi.

NON SOLO MOBILITÀ DI PAZIENTI

Fin qui la mobilità sanitaria di cui abbiamo discusso è stata letta prevalentemente dal punto di vista del paziente che si muove, anche se bisogna ricordare (per caratterizzare più compiutamente il quadro) che le attività sanitarie sono in buona parte attività che non coinvolgono il paziente come entità isolata, ma mettono in gioco tutte le sue relazioni (parenti, amici, conoscenti, reti di supporto, e così via): quanto queste relazioni modifichino le caratteristiche della mobilità merite-

rebbe di essere meglio approfondito, come è rintracciabile nel successivo articolo di Carla Collicelli. L'ottica del paziente che si muove merita di essere integrata almeno da altri tre fattori: il punto di vista del fornitore di prestazioni, dell'Ente di tutela e dell'operatore sanitario.

a) Il fornitore di prestazioni (ospedale, ambulatorio, farmacista) vede la mobilità soprattutto dal punto di vista della creazione di un bacino aggiuntivo entro il quale poter esercitare la propria influenza, quindi pensa ai suoi potenziali clienti. Come esercitare la propria mission, a chi indirizzare i propri servizi, come evidenziare le proprie peculiarità e valorizzare le proprie caratteristiche: sono questi alcuni esempi delle problematiche di mobilità che interessano l'erogatore di prestazioni.

In questo settore si vedono dinamiche e comportamenti spesso diversificati da regione a regione, perché le regole di accreditamento, le regole di costruzione dei budget delle aziende, le politiche tariffarie delle Regioni, le regole su volumi e tetti di attività per cittadini della propria regione (e la mancanza invece, spesso, di tetti riferiti ad attività per cittadini di altre regioni), la presenza (o assenza) di incentivi, e così via, danno luogo ad atteggiamenti ed evidenziano caratteristiche e attitudini degli operatori molto diverse, con livelli di aggressività differenziati e peculiari tra territorio e territorio (e anche tra pubblico e privato accreditato).

Sempre sul versante degli erogatori sta iniziando ad emergere anche nel nostro Paese tutto il tema della valutazione delle attività, sia in termini di processo sia di esito (oltre che di soddisfazione dell'utenza), con le evidenti conseguenze che ciò può avere dal punto di vista dell'indirizzo dei flussi di mobilità (in termini di aumento ovvero di diminuzione delle attività a seguito di valutazioni positive, ovvero negative, delle performance relative alle attività erogate). È un tema che certamente consegniamo alla sanità dei prossimi anni (soprattutto per quanto riguarda il movimento dei pazienti) perché per il momento si osserva an-

cora un certo timore generale (da parte dei fornitori di prestazioni) a lasciarsi sottoporre a questi percorsi di valutazione.

b) Se ora assumiamo la visione dell'ente di tutela, sia nella versione dell'amministrazione regionale sia in quella dell'ente territoriale (Asl), l'ottica di lettura della mobilità sanitaria si riduce spesso ad un unico quesito (o ad una sola preoccupazione): come arginare (o diminuire) la mobilità passiva del proprio territorio. È una preoccupazione legittima e ragionevole, che si trova ripetuta in tutti i programmi (o negli obiettivi) dei direttori generali di questi enti, che ha una sua giustificazione nel caso della mobilità interregionale, perché dà luogo allo spostamento di soldi reali da un'amministrazione (Regione) a un'altra, ma che ha poco rilievo dal punto di vista della mobilità intraregionale (a meno che si pongano cogenti problemi di accesso alle diverse strutture di una regione o di un territorio, o di pericolo di indebolimento della rete di offerta locale). In realtà, i dati, sia interregionali sia intraregionali (quelli delle regioni più grandi, dove il fenomeno è osservato e monitorato: ad esempio, la Lombardia) mostrano che la mobilità è un fenomeno più strutturale che contingente, e che il suo controllo e la sua eventuale diminuzione non sono azioni dal facile successo, come del resto dimostrano anche i dati sugli andamenti temporali della mobilità interregionale (che è in costante aumento).

Un po' diversa si presenta la situazione quando gli enti di tutela territoriali (Asl) sono anche produttori di prestazioni. In questo caso il ruolo della mobilità è di maggiore rilievo perché agisce sia sul versante della produzione (mobilità attiva) sia su quello del consumo (mobilità passiva) e, pertanto, il suo governo è più importante e necessario perché determina direttamente le modalità di uso delle risorse.

c) Da ultimo occorre considerare l'ottica dell'operatore sanitario. Si tratta di una prospettiva del tutto nuova e originale che vede il Ssn (o Ssr) non come luogo di servizi (di cui usufruire, o da erogare) ma come un mercato del lavoro (di forza la-

voro), seppure caratterizzato da elementi specifici e peculiari. È un'ottica fino ad oggi poco esplorata dagli analisti, salvo per alcuni noti elementi: ad esempio, è conosciuta la carenza di offerta di personale infermieristico, con le ovvie conseguenze in termini di mobilità sia interregionale sia, soprattutto, internazionale (importante immigrazione di infermieri dall'est europeo, fuga di infermieri verso la Svizzera, in particolare quella italiana, robusti movimenti di personale nelle regioni di confine, Friuli ad esempio).

Se si esclude il caso del personale infermieristico, però, la situazione complessiva sembra caratterizzata dai seguenti elementi:

- a livello internazionale i movimenti di personale per il momento sembrano poco significativi, soprattutto in virtù delle barriere amministrative attualmente esistenti, come ad esempio il riconoscimento internazionale dei titoli di studio e di servizio, che limitano la libertà di movimento. Come abbiamo già anticipato nell'apposito paragrafo, la situazione è destinata a cambiare radicalmente negli anni a venire, se troverà impulso e applicazione estesa la nuova direttiva europea sulle cure transfrontaliere (3), direttiva che, giova ricordare, è stata predisposta proprio dalle autorità che si occupano di concorrenza e libera circolazione delle persone e delle merci e non da chi si occupa di cure sanitarie;
- a livello nazionale da qualche tempo si osserva una significativa mobilità delle alte sfere dirigenziali: direttori generali, sanitari e amministrativi, sia sullo spunto di motivazioni politiche sia a fronte di argomenti più tecnici, cambiano frequentemente ente di governo (Aziende, Ospedali, Asl) sia all'interno della propria regione che trasferendosi in altre regioni;
- molto meno noto e conosciuto, e quindi tutto da esplorare, è invece il problema della mobilità degli altri operatori, sia quelli in posizione dirigenziale (ma al di fuori delle alte dirigenze) sia quelli in altre posizioni. Anche in questo caso l'esperienza lombarda, per quello che può vale-

re, segnala la presenza di significativi movimenti, in particolare però tra i livelli dirigenziali (soprattutto apicali).

Pur senza entrare nel merito dei motivi che portano i cittadini a spostarsi per ricevere le cure, che non è oggetto di questo contributo, il tema della mobilità sanitaria offre ancora molti altri spunti di riflessione. Ad esempio, si potrebbero esaminare le caratteristiche di mobilità di quello speciale gruppo di cittadini che, essendo dotati di risorse proprie adeguate, decide di non fare ricorso alle opportunità offerte dal Servizio sanitario nazionale e si rivolge al mondo cosiddetto "privato" in senso più proprio ovvero con una spesa *out of pocket*: di essi si conosce molto poco, anche se alcuni elementi di analisi sono stati proposti recentemente proprio su questa stessa rivista (6). E l'elenco degli ulteriori esempi potrebbe continuare a lungo.

Ma se la mobilità sanitaria è caratterizzata almeno da tutti gli elementi che abbiamo indicato, come può essere proficuamente misurata? Con quali strumenti e metodi? Come calcolare attrazione, fuga, bacini di utenza, e così via, per i vari contesti esaminati? È anche per rispondere a queste domande che vi è necessità dei contributi che seguono.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Devoto G, Oli GC: Il dizionario della lingua italiana. Firenze: Le Monnier, 1995.
- 2 Nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale: Reg (CE) 883/04 (Regolamento di base), Reg (CE) 987/09 (Regolamento di attuazione).
- 3 Direttiva 2011/24/UE concernente la applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Parlamento europeo, Marzo 2011.
- 4 AA.VV: IlSole24Ore – Sanità: 24-30 maggio 2011; 21-27 giugno 2011.
- 5 Cislighi C, Zocchetti C, Di Virgilio E: Per valutare l'intensità della mobilità ospedaliera non basta contare quanti escono da una regione per farsi ricoverare. *Epid Prev* 2010; 34: 97-101.
- 6 Zocchetti C, Di Virgilio E: Ricoveri in intramoenia e a pagamento. *Monitor* 2010; 24 (suppl. 5): 131-145.

LA MOBILITÀ SANITARIA COME PROBLEMA SOCIALE

di **Carla Collicelli**

Vice Direttore Generale - Fondazione Censis

Le trasformazioni demografiche, economiche, culturali e sociali, a cavallo tra secondo e terzo millennio, hanno evidenti ripercussioni nel campo della salute e della sanità. Solo per citare le più importanti: l'allungamento della vita incide pesantemente sull'andamento delle patologie croniche ed in particolare sulla loro crescita e diffusione; la cultura dilagante dell'individualismo, la personalizzazione e le forme di egocentrismo hanno un risvolto evidente nell'evoluzione delle aspettative nei confronti del benessere e delle cure da parte delle persone; la crescita della ricchezza materiale ed il consumismo proliferante incidono sui comportamenti di domanda sanitaria e sulla spesa di tasca propria per prestazioni e farmaci; lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'informazione non può non avere ripercussioni importanti su autoinformazione e auto-cura, oltre che sulle caratteristiche dell'offerta sanitaria; l'esplosione dei trasporti e l'internazionalizzazione crescente dei vissuti, infine, hanno un evidente collegamento con gli atteggiamenti di disponibilità a spostarsi sul territorio, nazionale ed internazionale, alla ricerca di risposte migliori ai propri problemi di salute.

Non deve quindi meravigliare che anche la mobilità sanitaria, ed in particolare quella dei ricoveri ospedalieri, si incroci con importanti questioni di rilievo sociale, e da esse ne viene fortemente condizionata. Uno dei fattori di condi-

zionamento più importanti è certamente quello relativo alla fiducia riposta nelle strutture di ricovero, quell'affidamento, cioè, che deriva sia da forme di generico apprezzamento indotte dal "passa-parola" sia da valutazioni più circostanziate e documentate. La fiducia nelle strutture di ricovero presenta interessanti differenze sociali e territoriali. Non è ad esempio da attribuire solo a problemi di tipo organizzativo e strutturale il divario dei tassi di ospedalizzazione tra diverse aree geografiche del Paese, visto che i pochi studi condotti sulle motivazioni al ricovero evidenziano, soprattutto nel sud ma non solo, il peso di variabili di tipo socio-psicologico. In particolare nel sud si registra una consistente presenza di motivazioni legate alla ricerca da parte dei pazienti di un certo tipo di sicurezza, percepita come maggiore nella struttura ospedaliera rispetto ad altri servizi sanitari. Una tendenza con forti connotati di natura culturale, dettati cioè anche, se non esclusivamente, da condizionamenti atavici, oltre che da elementi di efficienza sistemica del Servizio sanitario (orario h24, attrezzature, professionalità), che incide in seconda battuta anche sulle motivazioni alla mobilità verso territori distanti della propria regione, dell'Italia, ed anche all'estero.

Un secondo fattore decisivo di condizionamento è quello dato dai diffusi atteggiamenti di *non compliance*, di sfida dell'autorità medica e di informazione diretta sulle cure ed i possibili luoghi

della cura, strettamente connessi anch'essi ad importanti modificazioni socio-culturali nel corpo sociale, e che sono alla base di molti spostamenti e ricoveri fuori zona.

Un terzo fattore da considerare, sempre a livello di condizionamenti, è quello, anch'esso tipico della modernità, che si esprime nella diffusa ricerca di un sano equilibrio psico-somato-ambientale, attribuita comunemente ad una rinnovata cultura olistica, che si affianca, ed in qualche caso si contrappone alle altrettanto forti aspettative nei confronti delle moderne tecnologie sanitarie, dei farmaci di ultima generazione, degli interventi chirurgici all'avanguardia, tutti elementi che complicano ulteriormente il quadro delle propensioni e dei criteri di scelta dei luoghi di cura, dei sanitari e delle cure stesse.

Anche questioni più squisitamente socio-politiche, e soprattutto quelle legate al processo di devoluzione delle responsabilità sanitarie dal governo centrale alle Regioni ed alle Aziende territoriali, non mancano di avere importanti ripercus-

sioni sulle scelte per la salute e sulla mobilità, in quanto agiscono pesantemente su decisivi fattori di contesto. Ad esempio, si va accentuando la spinta al confronto tra *performance* delle diverse sanità regionali, si producono sempre più frequentemente elementi conoscitivi di valutazione comparativa prima inesistenti, si dà vita ai noti fenomeni di "neocentralismo regionale", che tanto impattano sulla percezione della libertà delle cure, producendo forme varie di conflittualità interistituzionale, territoriale e trasversale.

Uno dei temi maggiormente sentiti nell'opinione pubblica, a proposito di qualità delle cure e come portato dell'area di intersezione tra modificazioni della cultura sociale diffusa, trasformazioni istituzionali e comportamenti relativi alla scelta dei servizi, è ad esempio quello dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Questo tema rappresenta, secondo la rilevazione 2009 del Forum per la ricerca biomedica, il principale aspetto negativo della sanità per il 72,8% degli italiani, e per il 76,9% dei cittadini del sud e delle isole (tabella 1).

TABELLA 1 - Principali aspetti negativi delle strutture sanitarie per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
La lunghezza delle liste di attesa	68,5	81,4	63,4	76,9	72,8
La lunghezza delle code nelle varie strutture	35,3	33,3	39,4	31,8	34,5
La mancanza di coordinamento tra strutture, servizi e personale che costringe i cittadini a girare da un ufficio all'altro	24,8	16,6	21,1	23,9	22,2
L'assenza nella propria area territoriale dei servizi/strutture/prestazioni più necessari	7,9	3,0	7,4	18,2	10,4
L'assenza di informazioni sui soggetti/strutture cui rivolgersi	9,8	11,1	4,6	7,8	8,3
Un approccio poco umano degli operatori	10,2	5,7	12,0	5,6	8,1
L'inadeguata professionalità degli operatori	4,1	6,7	4,6	9,2	6,5
Una eccessiva rapidità nella dimissione ospedaliera	7,7	4,4	2,9	5,5	5,4
La variabilità eccessiva delle decisioni dei medici rispetto alle stesse patologie	6,2	4,8	6,3	2,3	4,6
Altro	0,4	0,6	0,6	0,3	0,4

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

TABELLA 2 - Disponibilità a rivolgersi al Servizio sanitario di un'altra Regione in caso di grave problema di salute, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Italia
Sì	34,6	35,7	35,4	48,2	39,6
Sì, mi è già capitato di farlo	5,0	1,2	9,6	8,5	6,3
No, mi rivolgerei a soggetti del mio Servizio sanitario nazionale	60,4	63,1	55,0	43,3	54,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

Nella medesima rilevazione emergeva che il 39,6% degli italiani sarebbe disposto a rivolgersi ai servizi di un'altra regione in caso di grave problema di salute, e la cifra sale al 48,2% per il sud e le isole. L'8,5% dei meridionali intervistati e, addirittura, il 9,6% dei cittadini del centro dichiarano di avere già compiuto una simile scelta nel passato (tabella 2). La ricerca condotta dal Censis nel 2005 su un campione di 2.524 utenti ospedalieri "migrati" da 7 regioni italiane (Umbria, Calabria, Molise, Veneto, Marche, Piemonte e Toscana) rappresenta un contributo ancora oggi molto significativo per l'analisi delle motivazioni dei cittadini che, nell'arco degli ultimi cinque anni, avevano optato per il ricovero in un ospedale al di fuori della propria regione di residenza. Dall'indagine risulta che la scelta rappresenta, nella grande maggioranza dei casi, una libera scelta del cittadino. Solo l'8,8% degli intervistati è stato costretto ad un ricovero al di fuori della propria regione, perché ha subito un incidente o perché ha contratto una malattia nel periodo di vacanza o comunque quando si trovava lontano da casa. Si tratta in questo caso di quella che può essere definita una "mobilità fisiologica". Nel resto dei casi (il 91,2%) la mobilità può considerarsi "elettiva" e quindi evitabile, in quanto relativa nella stragrande maggioranza dei casi a ricoveri effettuati fuori regione per ot-

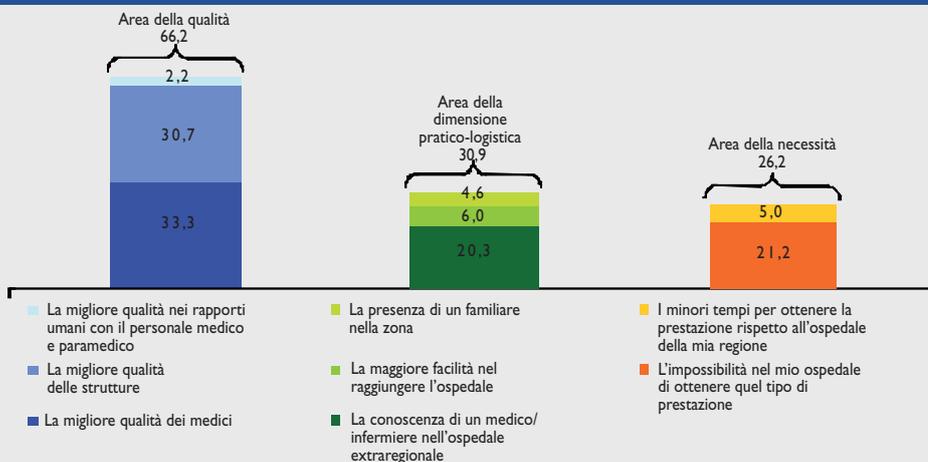
tenere prestazioni ordinarie e disponibili anche sul territorio di residenza, ma considerate non sufficientemente affidabili. In tutti i casi i costi e i disagi per i pazienti non sono indifferenti, come non lo sono i conseguenti problemi di gestione e di *governance* della sanità.

In merito ai fattori causali che sostanziano la scelta, l'indagine ha permesso di individuare tre principali aree di motivazioni: l'area della qualità, nei casi in cui la scelta è legata alla ricerca di prestazioni considerate di miglior livello (valida per il 66,2% dei pazienti), l'area pratico-logistica, legata al tentativo di ridurre al minimo i disagi correlati alle cure (30,9%) e l'area della necessità, per l'assenza delle prestazioni necessarie nella propria zona o per la lunghezza delle liste di attesa (26,2%). Alcuni dettagli relativi ai fattori costitutivi delle tre aree di scelta sono segnalati nella figura 1.

Qualsiasi sia il senso della scelta di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera da regione a regione, o verso l'estero, rappresenta per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili, che possono essere riassunti come:

- i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione di-

FIGURA 1 - Il senso di una scelta



NB: Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte. Fonte: indagine Censis 2005

- versa da quella in cui si risiede abitualmente;
- i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale;
- i costi pubblici, quelli attinenti alle pratiche amministrative necessarie per i trasferimenti di risorse finanziarie ed eventualmente relative al contenzioso tra le Regioni e quelli più strutturali, riferibili alla insufficiente utilizzazione delle capacità produttive in quelle Regioni con flussi in uscita particolarmente significativi;
- i problemi organizzativi e di politica sanitaria, legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa, al possibile sotto o sovradimensionamento dei servizi che pesano soprattutto sulle Regioni che esercitano una maggiore attrattiva e quindi possono subire anche una maggiore volatilità della domanda.

In ogni caso, i disagi rilevati dall'indagine sulla base delle dichiarazioni dei diretti interessati sono consistenti, come appare dalla tabella 3. E questo attiene al secondo terreno di incrocio tra mobilità ospedaliera e questioni di rilievo sociale, quello dei suoi effetti sociali. Si tratta in particolare della solitudine per la distanza da casa, degli alti costi monetari sostenuti, e del disagio dovuto allo spostamento in quanto tale, che incidono in

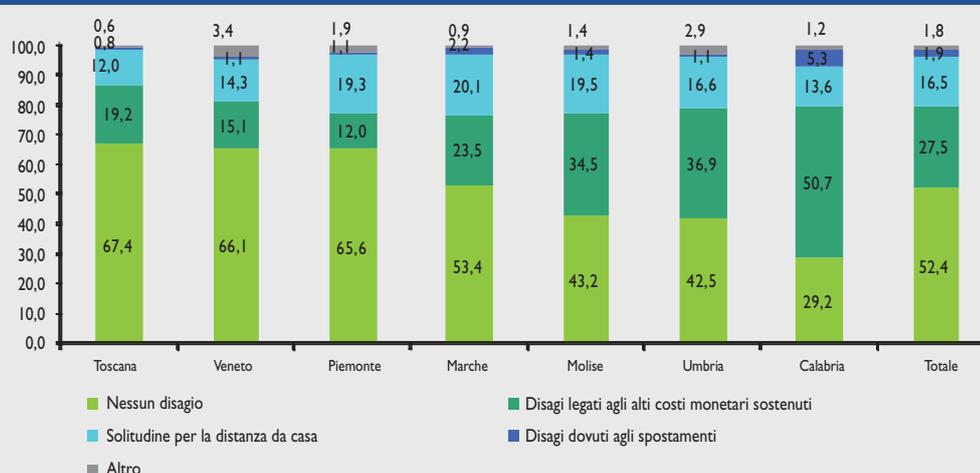
maniera significativamente differente nelle varie Regioni sottoposte allo studio.

Altrettanto significativi sono i disagi degli accompagnatori (vedi tab. 4), anch'essi differenti da regione a regione. Si tratta per lo più dei costi sostenuti, giudicati pesanti soprattutto al centro ed al sud, e delle assenze dal lavoro.

Complessivamente il bilancio dell'esperienza (tabella 5) è, a detta dei diretti interessati, abbastanza positivo se, come appare dai dati, più della metà di essi sarebbe pronto a ripetere l'esperienza (52,8%), l'8,5% cambiando però ospedale. Il 38,7% invece opterebbe per una soluzione all'interno della propria regione. Ma, depurando il dato dall'8,8% della cosiddetta mobilità fisiologica, si può ipotizzare che circa un 30% di coloro che hanno vissuto l'esperienza di un ricovero fuori regione abbia cambiato idea. L'esperienza migratoria non rappresenta, dunque, il segno di una totale perdita di fiducia per le strutture ospedaliere della propria regione da parte del cittadino, il quale, in caso di bisogno, è generalmente disposto a valutare di nuovo la situazione, per capire se sussistono le condizioni tecniche, professionali e umane tali da evitare l'onere del trasferimento.

Risulta evidente, alla luce dell'indagine svolta, che l'ospedalizzazione fuori regione si configura co-

TABELLA 3 - I disagi della migrazione per i pazienti



Fonte: indagine Censis 2005

me un'opzione del paziente a fronte di diverse opportunità di cura, e che quando si profila la necessità di un ricovero ospedaliero il cittadino non fa riferimento esclusivamente all'offerta sanitaria della regione di residenza, ma valuta le opportunità di cura esistenti su un territorio più ampio, che può comprendere anche i servizi ospedalieri presenti in aree territoriali molto lontane. Fondamentale nella decisione di "migrare" è l'acces-

so alle informazioni. A questo proposito, un ruolo cruciale va attribuito quindi al medico, sia quello di famiglia sia lo specialista, cui il cittadino in larga misura si affida per prendere una decisione così delicata quale quella di individuare la struttura ospedaliera migliore per la cura della propria malattia, ma anche alle altre possibili ed auspicabili funzioni di informazione ed orientamento delle scelte.

TABELLA 4 - I disagi della migrazione per gli accompagnatori

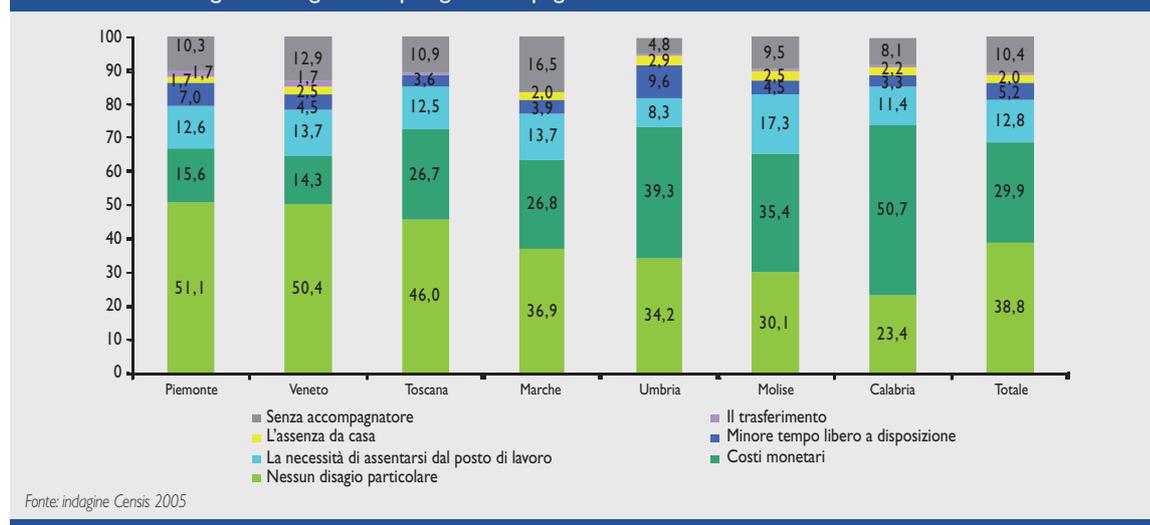
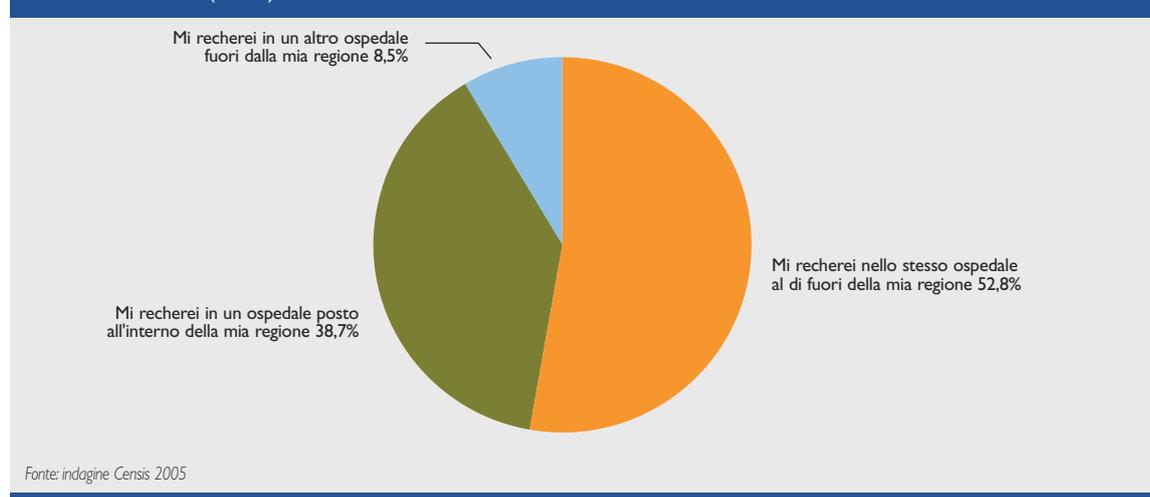


TABELLA 5 - Il bilancio dell'esperienza migratoria. Opinioni degli intervistati circa la scelta dell'ospedale in caso di futuro ricovero (val. %)



LA MOBILITÀ SANITARIA NEL BREVE E NEL LUNGO PERIODO

24

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Giovanni Fattore**
CERGAS Università Bocconi e AIES

La mobilità sanitaria interregionale è un fenomeno rilevante che merita attenzione sul piano delle analisi e delle proposte di politica sanitaria. In questo contributo ci si propone di riflettere sul tema, distinguendo tra effetti di breve e lungo periodo e mettendo in luce le implicazioni della mobilità dei pazienti sull'efficacia (capacità di dare un contributo positivo alla tutela della salute), efficienza (rapporto tra risorse e attività erogate) ed equità. In Italia la mobilità dei pazienti è stata garantita sin dall'istituzione del Ssn nel 1978 e per molte categorie di cittadini anche prima. Ma è solo con la riforma del 92/93 che il tema dello spostamento dei pazienti dai bacini naturali delle aziende di riferimento ha assunto dimensioni rilevanti divenendo un tema critico di politica sanitaria. Con l'introduzione di un sistema di quasi-mercato, caratterizzato dalla libertà di scelta del paziente e dall'utilizzo sistematico del finanziamento a tariffa, la riforma degli anni Novanta ha creato nuovi incentivi sul lato dell'offerta, producendo nuove dinamiche sulla domanda e un fabbisogno di regolazione. Per molti aspetti, pertanto, la questione della mobilità si pone in Italia come legata a logiche competitive, mettendo in secondo piano il ruolo di strategie centrate sulla gestione programmata della mobilità dei pazienti. In un contesto a limitate esperienze di mobilità programmata esistono diverse ragioni per cui i pazienti scelgono di uscire dalla propria regione per

farsi curare. Di seguito prendiamo in considerazione quella che appare più critica: la mobilità di lunga distanza tendenzialmente giustificata per richiedere assistenza ritenuta migliore di quella che si otterrebbe nella regione di residenza. Si tratta di una mobilità impegnativa, che richiede spostamenti rilevanti, in parte facilitata in tempi recenti dall'evoluzione del sistema dei trasporti e dall'affermazione di internet e di nuove tecnologie informatiche; questa mobilità tende a configurarsi in spostamenti dal sud e dalle isole verso strutture sanitarie del centro e del nord del Paese.

GLI EFFETTI DI BREVE PERIODO

Efficacia

Restringendo l'analisi al breve periodo, l'effetto della mobilità in situazioni di eterogeneità della qualità assistenziale dovrebbe essere positivo. Dovrebbe infatti permettere ai cittadini di evitare realtà locali a qualità modesta per accedere a strutture migliori, sebbene distanti. La mobilità, in altre parole, permette di espandere l'accesso a maggiore efficacia assistenziale oltre i naturali bacini di utenza; sempre, però, che siano verificate due condizioni. La prima è che la maggiore offerta verso i pazienti "migranti" non comporti una riduzione dell'offerta per i residenti. Se così fosse, infatti, l'effetto netto sarebbe incerto; sarebbe nullo o negativo (a livello dell'intero sistema) se la riduzione di offerta per la popolazione residente si dovesse tradurre in una riduzione di livelli assistenziali ap-

propriati. Sarebbe invece comunque positivo, se il razionamento colpisse prestazioni tendenzialmente inappropriate o comunque a minore beneficio atteso. Assicurarsi che questa condizione sia verificata non è facile e dipende proprio dal rischio di inappropriatezza e dagli incentivi. L'impressione di chi scrive è che non siano presenti nel sistema politiche di gestione clinica dei pazienti in funzione dell'origine geografica e che quindi i rischi di inappropriatezza siano indipendenti dalla mobilità. Se questa impressione fosse supportata da evidenze, come attualmente non è, si potrebbe affermare che gli effetti netti positivi di breve periodo della mobilità dovrebbero essere positivi.

La seconda condizione riguarda la razionalità alla base delle scelte dei pazienti. I pazienti liberi di scegliere si indirizzano verso le strutture con maggiore qualità, se si può ipotizzare che essi scelgano in modo razionale, ovvero sappiano apprezzare le caratteristiche fondamentali dell'assistenza offerta e possano, quindi, realmente basare la decisione su una valutazione di costi e benefici delle opzioni disponibili. Valutare questa ipotesi non è facile e richiederebbe un sistematico lavoro di produzione di evidenze. Nelle more di queste evidenze, almeno nel contesto italiano, si deve fare riferimento alla logica. È la reputazione l'elemento decisivo della scelta in ambito sanitario, e si può ragionevolmente sostenere che essa tende a riflettere aspetti oggettivi della qualità assistenziale, se non altro perché parte della reputazione dipende dal "passaparola" dei professionisti, i soggetti maggiormente informati sulla qualità assistenziale. Inoltre, spesso le strutture che attraggono i pazienti sono accreditate o certificate dalle Regioni e da altre istituzioni, creando così una segnalazione "certificata" di qualità. In sintesi, anche se è importante non dare per scontato che la mobilità si diriga verso le strutture migliori, appare plausibile sostenere che ciò effettivamente avvenga, almeno nel contesto italiano dove le differenze territoriali sono così pronunciate.

Efficienza

Nel breve periodo e nel contesto della sanità pub-

blica italiana vi è rigidità nell'impiego delle risorse. Gli immobili, le grandi attrezzature e il personale sono fattori fissi di produzione; cioè non variano significativamente al variare dei volumi di attività. Ciò implica che le strutture che accolgono pazienti da altre regioni riducono generalmente i costi per unità prodotta, mentre quelle che perdono pazienti hanno costi unitari maggiori perché hanno minori volumi per assorbire i costi fissi. È difficile valutare se nel breve periodo il beneficio netto complessivo in termini di efficienza è positivo; quello che appare sicuro è che esso si distribuisce con segno opposto tra le strutture che attraggono pazienti rispetto a quelle che ne perdono. In particolare, per le strutture con capacità produttiva non adeguatamente utilizzata, la perdita di efficienza dovuta alla mobilità può essere molto rilevante e può essere associata anche ad un aumento di inappropriatezza, perché la necessità di coprire la capacità produttiva può portare ad effettuare interventi non necessari o comunque in contesti organizzativi non adeguati (ad esempio con ricoveri ordinari invece che in day hospital).

Equità

Nel contesto di questo contributo si definisce equo un sistema che eroga prestazioni solo in funzione del bisogno del paziente. Non è pertanto equa una qualsiasi situazione che fa dipendere l'accesso all'assistenza da condizioni socio-economiche o dal luogo di residenza del paziente. Sempre restando nel breve periodo, il tema dell'equità si presenta su due fronti: territoriale e socio-economico. La possibilità di "uscire" dalla propria regione per farsi assistere da una regione con offerta di migliore qualità è sicuramente un dispositivo che migliora l'equità geografica, che può anche essere definita equità orizzontale; senza questo dispositivo una parte dei pazienti delle regioni deboli non avrebbe accesso alle strutture di migliore qualità e, in alcuni casi, ad interventi innovativi (si veda ad esempio il caso della neuro stimolazione in questo *Quaderno di Monitor*). Ma la mobilità pone anche un tema di equità verticale: i costi economici e psicologici del-

la mobilità rendono più difficile l'accesso a strutture sanitarie lontane da parte di persone in condizioni socio-economiche più basse. Oltre alle spese di vitto, alloggio e trasporto, le persone che viaggiano per ricevere assistenza devono gestire a distanza l'acquisizione di informazioni e le prenotazioni, a volte tramite sistemi informativi automatizzati, e spesso necessitano di risorse relazionali per essere accompagnati, consigliati e aiutati nel trasporto. La mobilità sanitaria pone pertanto un serio problema di equità verticale nelle regioni ad elevati livelli di fuga, come la Calabria, la Sicilia e la Campania. Non esistono solide evidenze empiriche che confermino e misurino la perdita di equità verticale generata dalla mobilità; le analisi disponibili evidenziano come la mobilità diminuisca al crescere dell'età dei pazienti e ciò potrebbe essere dovuto a difficoltà di accesso a risorse materiali e relazionali della fascia più anziana della popolazione. Inoltre, i dati dell'ultima multiscopo, sebbene con un campione di pazienti in mobilità troppo modesto per analisi statistiche adeguate, suggeriscono un'associazione tra mobilità di lunga distanza e indicatori di status socio-economico (livello di istruzione e reddito dichiarato). Ma anche a prescindere da queste deboli evidenze, sempre la logica suggerisce che il problema possa essere rilevante, soprattutto considerate le condizioni socio-economiche di ampie fasce della popolazione del sud.

I mancati effetti della mobilità nel lungo periodo

In teoria il forte squilibrio tra regioni che perdono e regioni che attraggono pazienti dovrebbe mettere in moto forze riequilibranti. In particolare, le Regioni con saldi di mobilità negativi dovrebbero reagire investendo in progetti in grado di potenziare la qualità assistenziale per ridurre i costi sociali della mobilità e i costi finanziari legati alla compensazione. In astratto, non si vede perché queste Regioni non dovrebbero impegnarsi a fondo per ridurre il divario con le realtà maggiormente "avanzate", visto tra l'altro che le risorse finanziarie pubbliche per la sanità sono

distribuite in base ad indicatori di bisogno (a parte proprio la compensazione della mobilità) e che quindi le risorse per gli investimenti non dovrebbero mancare. Il recupero della mobilità avrebbe benefici sul piano del miglioramento della salute, dell'efficienza complessiva del sistema socio-economico e dell'equità. Dovrebbe quindi anche essere terreno di ampio consenso politico.

La bontà di questo ragionamento teorico si scontra però con la realtà dei fatti degli ultimi decenni. Malgrado gli incentivi, in questi anni le Regioni deboli del nostro sistema sanitario non hanno recuperato terreno, anzi probabilmente ne hanno perso. I costi della mobilità non hanno innescato un percorso di riequilibrio; un qualche meccanismo ha bloccato quello che ci si attenderebbe sul piano teorico.

Non è questa la sede per una riflessione compiuta sulla situazione del Mezzogiorno e della sanità meridionale. Due grandi temi possono però aiutare a spiegare come mai non sia stata registrata una reazione più decisa sulla fuga di pazienti da parte delle regioni del sud. Primo, in diverse aree del Mezzogiorno l'attesa sociale nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche è volta all'occupazione e all'indotto. Gli elevati tassi di disoccupazione producono una forte pressione sulle Aziende pubbliche affinché operino da ammortizzatori sociali o comunque da fonti di produzione e distribuzione di reddito oltre che da erogatori di assistenza. Per l'agire di questa grande pressione, il sistema non riesce a dispiegarsi secondo criteri di qualità ed efficienza: il modus operandi è sistematicamente condizionato da un utilizzo improprio della sanità pubblica, come i tanti episodi regolarmente portati alla cronaca testimoniano.

Legato a questo meccanismo è anche il secondo fattore che contribuisce a rendere il sistema bloccato. La sanità è un settore ad alta intensità di personale e di conoscenze; richiede pertanto importanti investimenti in formazione, universitaria e continua, e l'agire di adeguate forme di socializzazione delle conoscenze tacite (ad esempio tramite collaborazioni scientifiche e ambienti in gra-

do di promuovere l'assorbimento di conoscenze). I dati sulla ricerca scientifica delle università del sud, ma anche della produzione scientifica delle strutture del Ssn di queste regioni, mostrano una sistematica arretratezza che è accresciuta anziché diminuita negli ultimi decenni, caratterizzati da una crescente apertura internazionale. Ovviamente non mancano le eccellenze anche al sud, ma esse si presentano quasi sempre in forma isolata e senza spazio, organizzativo e culturale, per disseminare i germi dell'eccellenza. A questo proposito è utile richiamare il ruolo che sta giocando un altro tipo di mobilità: quella dei giovani professionisti o in formazione universitaria. La crisi di università e sanità delle regioni del sud deriva anche dall'emorragia di risorse umane qualificate, che sottrae a queste regioni buona parte dei giovani più capaci, ambiziosi e dinamici.

Le condizioni strutturali testè descritte impediscono l'agire di un meccanismo di reazione alla mobilità in uscita, mentre creano le condizioni affinché la mobilità in entrata diventi un dato "scontato" per le strutture del nord e persino per gli enti di programmazione. Così, nel lungo periodo gli effetti di breve si cristallizzano producendo interessi diffusi, affinché anche timidi tentativi di cambiamento non trovino spazio. L'unica dinamica di contrasto che sembra essersi messa in moto riguarda il settore privato, probabilmente perché maggiormente dinamico nel creare soluzioni "cross-border" per difendere il proprio business o addirittura ampliare gli spazi di mercato (si veda ad esempio la situazione della cardiologia interventistica).

Nel lungo periodo il mondo della pratica è pertanto molto lontano da quello della teoria e questa constatazione deve essere al centro di politiche attive per ridurre la mobilità o almeno renderla meno asimmetrica.

CONCLUSIONI

L'analisi presentata precedentemente e i contributi di questo numero dei *Quaderni di Monitor* mettono bene in evidenza come la mobilità sia diventata un elemento semi-strutturale del nostro

sistema sanitario, che necessita di essere capito e affrontato meglio, senza tentazioni paternalistico-autoritarie, ma anche senza ingiustificata fiducia in magici meccanismi di mercato. Il *laissez faire*, magari aiutato da un generoso sistema di compensazione della mobilità, non è riuscito, e molto probabilmente non riuscirà nel prossimo futuro, a ridurre la mobilità o quantomeno a renderla meno caratterizzata da flussi da sud verso nord. Intervenire con misure che riducano la mobilità sanitaria, soprattutto per prestazioni di bassa-media intensità, migliorando la qualità assistenziale (vera e percepita), dovrebbe essere una priorità per il Ssn. Queste misure dovrebbero dispiegarsi su tre grandi aree. La prima riguarda gli incentivi: remunerazioni eccessivamente premianti le strutture che attirano i pazienti rischiano di peggiorare una situazione già critica; non dovrebbe essere politica del livello nazionale assecondare se non addirittura favorire la mobilità; essa dovrebbe essere vista in ogni caso come un costo per la persona e la società. La seconda area riguarda analisi e interventi sull'equità dell'accesso tramite mobilità dei pazienti provenienti dalle regioni meridionali ad elevati livelli di fuga. Il rischio che la mobilità crei una significativa discriminazione tra chi può e chi non può trasferirsi per ricevere assistenza, giustifica uno sforzo per raccogliere maggiori evidenze, per monitorare la situazione e, eventualmente, per effettuare interventi mirati di supporto alle persone più bisognose (da finanziarsi proprio per mezzo di una riduzione delle tariffe). La terza area d'intervento riguarda la modifica delle condizioni strutturali che portano alla mobilità; anche in questo caso, ad una fase conoscitiva, volta a mappare le realtà geografiche, le patologie e gli interventi dove la fuga dei pazienti è più significativa, dovrebbe seguire una fase programmatoria tesa a costruire le condizioni strutturali, professionali e di fiducia necessarie a sviluppare livelli assistenziali adeguati in tutte le Regioni (a parte ovviamente l'esistenza di poli sovra regionali e nazionali che comunque si dovrebbe cercare di sviluppare in modo equilibrato).

GLI STRUMENTI PER MISURARE LA MOBILITÀ

28

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Cesare Cislaghi***, **Francesca Giuliani****

*Coordinatore scientifico, attività e ricerche economico sanitarie - Agenas

** Agenas

S spesso ci troviamo di fronte a fenomeni che crediamo sia semplice misurare, perché li abbiamo misurati o li abbiamo visti misurare sempre nella stessa maniera.

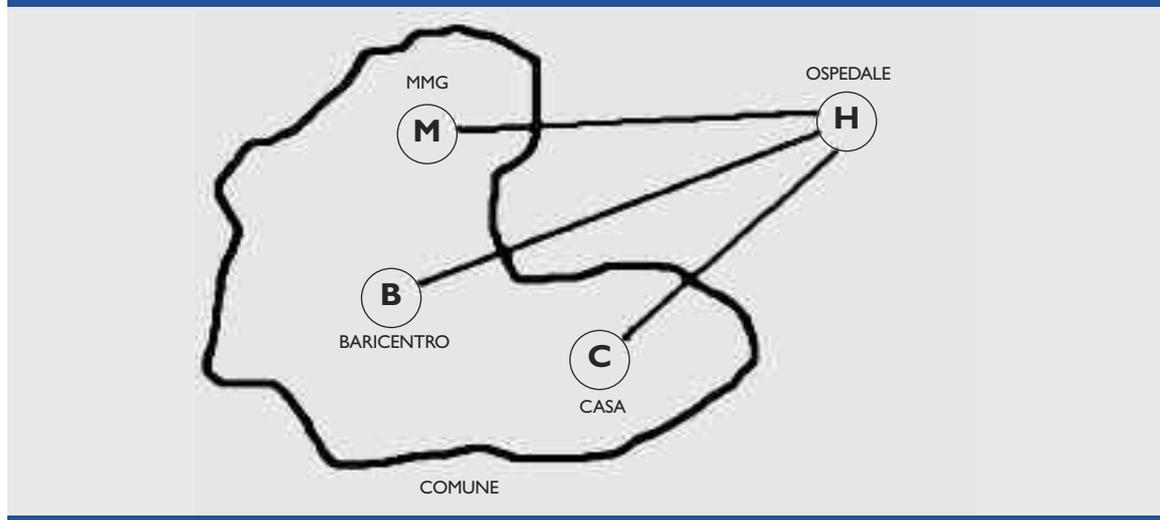
Di conseguenza, far osservare che possono esserci problemi di metodo nella misura, viene considerata pignoleria, come se si fosse più interessati alla perfezione che alla sostanza.

La mobilità sanitaria ne è un esempio e, quindi, nello scrivere questa nota non ci riteniamo dei pignoli, ma crediamo che per analizzare la mobilità sanitaria si debba innanzitutto riflettere su cosa misurare, come e con quali strumenti.

COSA MISURARE

Apparentemente il concetto di mobilità sanitaria può sembrare evidente: è lo spostamento sul territorio di un utente rispetto alla sua dimora. In realtà, così definita, la mobilità riguarderebbe ogni paziente che non viene curato al proprio domicilio! Tra l'altro, non è sempre detto che il domicilio del paziente coincida con l'indirizzo della residenza anagrafica, infatti appare molto curioso che un numero considerevole di pazienti (circa centomila) che hanno il medico di medicina generale lombardo sia in realtà residente anche molto lontano dalla Regione Lombardia.

FIGURA I - Modalità per definire una distanza



Quindi, innanzitutto, è necessario definire qual è l'origine della mobilità: se il domicilio, la residenza, oppure l'indirizzo del proprio medico di medicina generale, che forse può rappresentare meglio del luogo di residenza il centro di interesse dei pazienti. Per le analisi a largo raggio, invece, può essere più che sufficiente utilizzare il solo Comune di residenza, magari georeferenziato nel baricentro del territorio o sul punto dove si trova la casa comunale.

Ma, a questo punto, quando possiamo dire che un paziente sta accedendo ad un servizio in condizioni di mobilità?

Una soluzione, peraltro la più utilizzata, è quella che definisce il paziente in mobilità se ha superato un confine amministrativo predefinito, sia esso un confine di Comune, di Asl, di Provincia, di Regione, di Stato. La logica dello "sconfinamento" riduce praticamente la mobilità ad una variabile binaria: sconfinato-non

sconfinato, e prescinde dall'ampiezza dello sconfinamento.

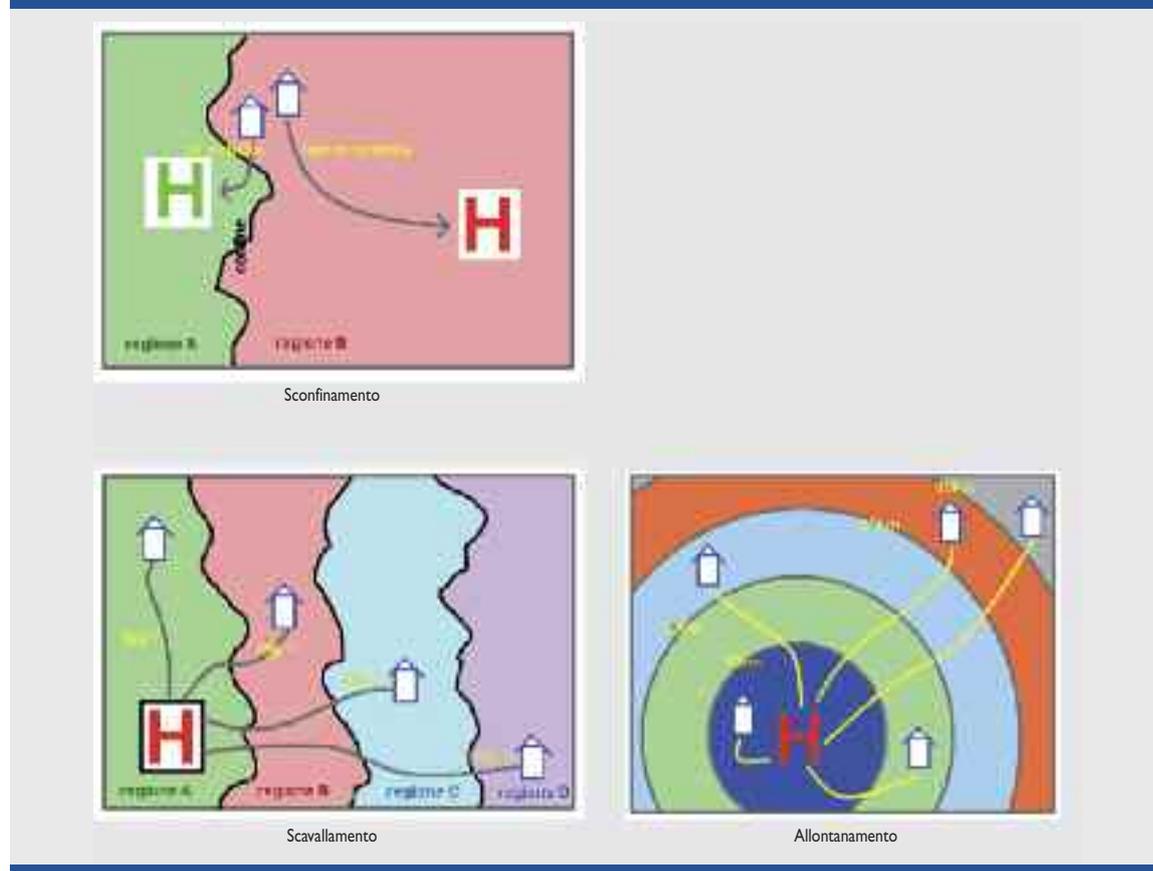
Un primo modo per graduare l'intensità della mobilità è quello di contare gli "scavallamenti", cioè di vedere quante unità areali sono state attraversate dal paziente prima di raggiungere l'area al cui interno ha potuto accedere al servizio di cui necessitava.

Oppure può risultare molto più utile misurare la distanza di "allontanamento" dalla propria dimora che il paziente ha percorso per ottenere la prestazione desiderata.

LE DISTANZE

Definire il tipo di distanza è necessario per poter procedere con la sua misurazione. Se la distanza è lineare, si otterrà con un compasso su una carta geografica, se angolare, in base alle diverse latitudini e longitudini, se stradale, come percorrenza, ed in questo caso si misurerà la percorrenza,

FIGURA 2 - Sconfinamento, scavallamento, allontanamento



za più corta o la più rapida, oppure si può adottare una distanza isocronica in base ai tempi stimati di percorrenza con un mezzo automobilistico. Queste diverse distanze sono tra di loro talvolta simili, ma anche molto diverse, quindi non

si deve sottostimare l'importanza di scegliere il tipo di distanza più opportuno.

POSSIBILI BIAS

A seconda del tipo di distanza scelta possono evi-

FIGURA 3 - Possibili metriche

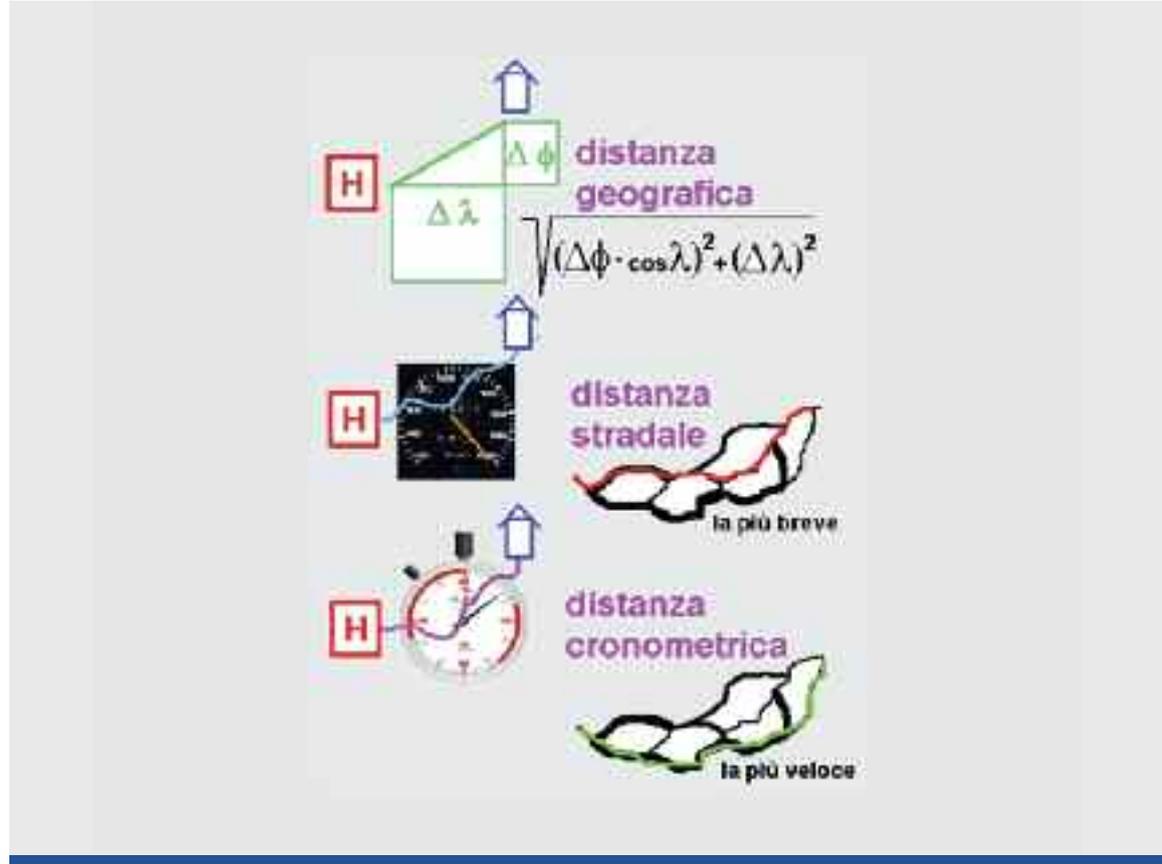
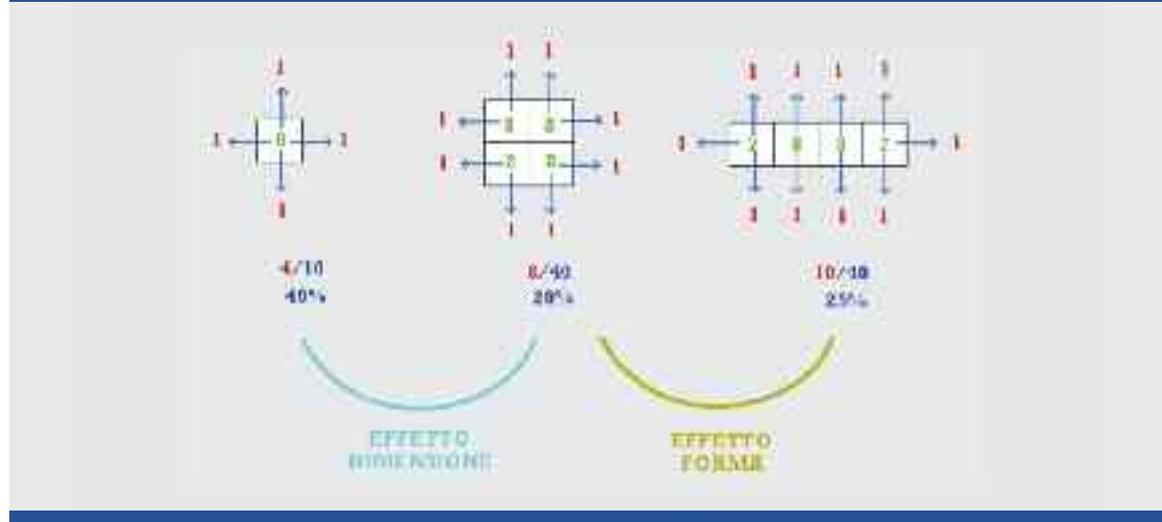


FIGURA 4 - Effetto dimensione ed effetto forma



denziarsi diversi bias che portano a stimare erroneamente l'intensità della mobilità. Il bias più frequente è quello legato alla mobilità misurata come sconfinamento.

Nella figura 4 si immagina che le aree elementari siano dei quadrati (unità) con dieci abitanti ciascuna e che abbiano la stessa mobilità. Supponiamo quindi che di 10 abitanti quattro si spostano verso nord, est, sud e ovest.

Se si esamina una regione fatta di una sola unità, la mobilità risulta del 40%, ma se la regione è fatta da quattro unità essa può risultare del 20%, se i quadrati sono concentrati, o del 25% se sono solo affiancati. Se invece di 4 quadrati ce ne fossero 9, nel primo caso su 90 soggetti ne uscirebbero solo 12, cioè il 13,3% e 20 nel secondo, cioè il 22,2%. Mentre se ci fossero 16 unità, su 160 soggetti ne uscirebbero nel primo caso 16, cioè il 16%, e il 21,2% nel secondo caso.

Questo esempio evidenzia chiaramente come, nonostante il fenomeno mobilità si mantenga del tutto uguale a livello di area elementare, la sua misura cambi a seconda dell'ampiezza e della forma della regione, e così, mentre la "verità" è che la mobilità è del 40% e si manifesta solo a breve raggio, potrebbe invece essere sottostimata sino alla sua metà.

Il bias che invece può derivare dall'adottare la

metrica dello scavallamento è descritto nella figura 5.

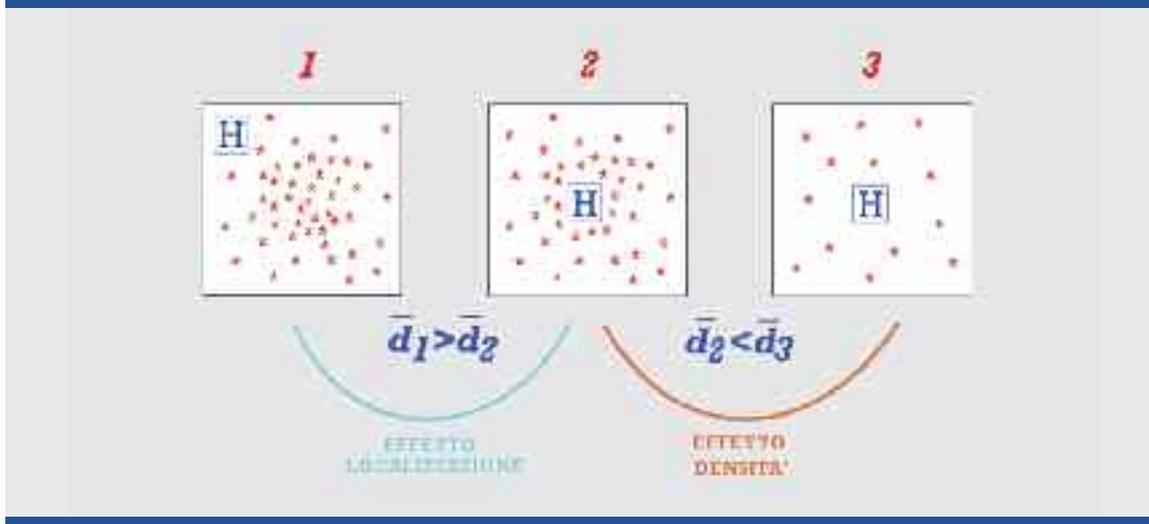
Lo stesso percorso è misurato in modo del tutto differente a seconda della struttura dei confini: se la configurazione delle aree è abbastanza regolare il risultato può risultare soddisfacente, ma così non è se il reticolo è molto irregolare. In ogni modo, se le aree corrispondono a delle "unità di offerta dei servizi", come le Asl o le Regioni, può aver senso comunque misurare quante unità si sono percorse senza fermarsi alla ricerca di quella che si riteneva fosse la più idonea.

Anche la misura della mobilità come distanza tra domicilio e presidio può avere dei bias importanti, soprattutto a livello interpretativo. Nella figura 6 si evidenzia come la distanza media tra i domicili e un ospedale può dipendere sia dalla diversa localizzazione dello stesso, che in "1" è al margine e in "2" è al centro dell'abitato, sia dalla rarefazione territoriale dei domicili, infatti anche se l'ospedale si colloca centralmente, la distanza media sarà maggiore laddove, come in "3", vi è minor densità. Di conseguenza, se calcolassimo qual è la distanza percorsa per accedere all'ospedale in "2" ed in "3", saremmo portati a dire che in quest'ultima realtà vi è maggiore mobilità e questa conclusione non sarebbe corretta.

FIGURA 5 - Possibile bias con la metrica dello scavallamento



FIGURA 6 - Effetto localizzazione ed effetto densità



LE DISTANZE IN FUNZIONE DEI DRG

Un elemento che si evidenzia immediatamente è costituito dalle diverse distanze medie percorse dai ricoverati in funzione della tipologia di ricovero. Molti sono i fattori che influenzano queste distanze e non tutti sono riconducibili ad un’immagine della mobilità come flusso di pazienti costretti ad allontanarsi per la mancanza di offerta o per la scarsità di qualità ospedaliera del proprio territorio. Si può infatti ipotizzare l’esistenza di vari “tipi di mobilità” di seguito elencati.

- Mobilità interna al bacino di utenza (tra casa e il presidio più vicino)
- Mobilità di confine tra aree sanitarie (Asl, Regioni)
- Mobilità occasionale (causata da spostamenti non dovuti a motivi sanitari)
- Mobilità programmata all’interno di una rete (per servizi necessariamente non diffusi)
- Mobilità per mancanza locale di offerta
- Mobilità per sfiducia nei servizi locali

TABELLA 1 - Drg con maggiore percentuale di ricoveri con distanza inferiore ai 60'

drg	Totale dimessi	Percorrenza 0-60'	%	Media	Mediana
091 Polmonite semplice e pleurite, età < 18	26.933	23.698	88,0%	38	20
373 Parto vaginale senza CC	316.981	278.952	88,0%	34	22
251 Traumi avambraccio, mano e piede, età >17 senza CC	26.742	23.538	88,0%	46	18
164 Appendicectomia con dia. princ. compl. con CC	1.920	1.691	88,1%	45	20
174 Emorragia gastrointestinale con CC	30.632	26.980	88,1%	35	17
445 Traumatismi, età > 17 senza CC	11.447	10.083	88,1%	39	14
127 Insufficienza cardiaca e shock	222.124	196.142	88,3%	34	17
067 Epiglottidite	283	250	88,3%	53	21
129 Arresto cardiaco senza causa apparente	6.728	5.947	88,4%	33	14
374 Parto vaginale con sterilizz. e/o D&C	7.644	6.777	88,7%	36	22
165 Appendicectomia con dia. princ. compl. senza CC	10.647	9.441	88,7%	42	18
141 Sincope e collasso con CC	15.287	13.581	88,8%	34	14
252 Traumi avambraccio, mano e piede, età <18	14.842	13.191	88,9%	37	20
180 Occlusione gastrointestinale con CC	13.609	12.096	88,9%	33	17
281 Traumi pelle, sottocut. e mammella, età >17 senza CC	31.965	28.417	88,9%	40	17
089 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con CC	63.005	56.062	89,0%	34	17
167 Appendicectomia con dia. princ. non compl. senza CC	37.855	33.735	89,1%	39	19
282 Traumi pelle, sottocut. e mammella, età <18	14.255	12.814	89,9%	40	15
071 Laringotracheite	2.153	1.944	90,3%	39	14
022 Encefalopatia ipertensiva	4.980	4.501	90,4%	33	17

I primi quattro tipi di mobilità sono del tutto compatibili con un sistema ben funzionante, mentre gli ultimi due devono essere presi in considerazione come possibili criticità da correggere. Esaminando

le distanze per Drg, si intuisce talvolta molto chiaramente il ruolo dei diversi fattori sopra elencati. I Drg associati a distanze medie limitate sono per lo più o relativi a situazioni di urgenza/emergenza

FIGURA 7 - Drg con maggiore percentuale di ricoveri con distanza inferiore ai 60'

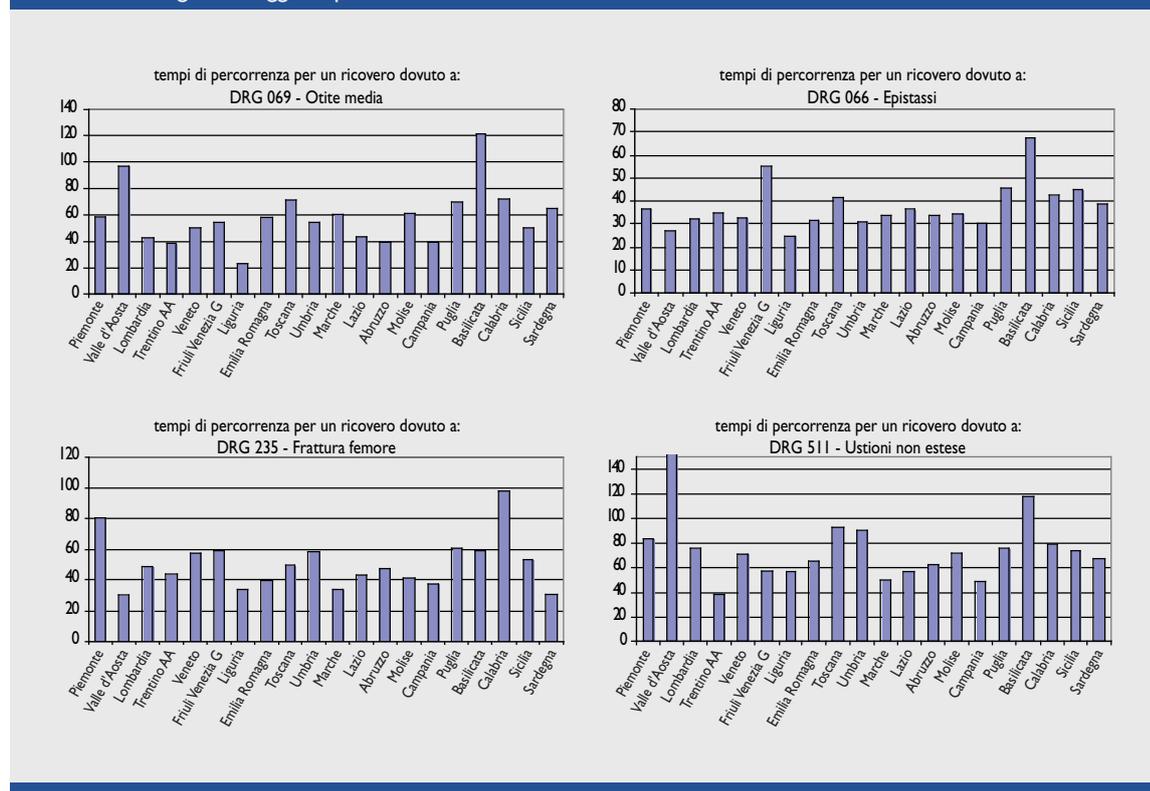
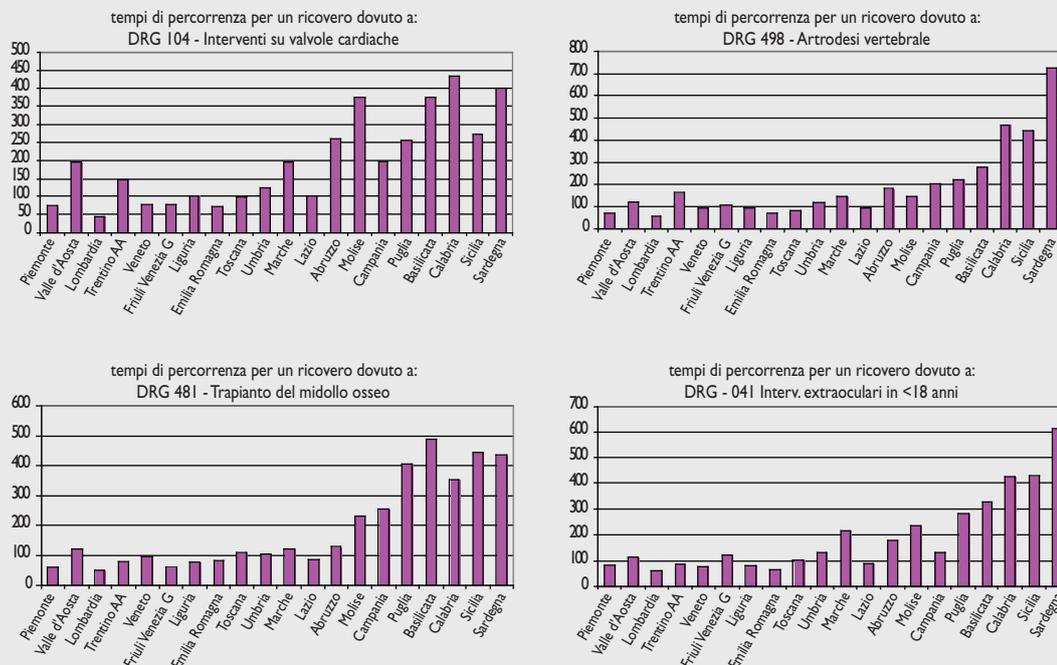


TABELLA 2 - Drg per i quali metà dei ricoveri hanno una distanza superiore ai 60'

drg	Totale dimessi	Percorrenza 0-60'	%	Media	Mediana
512 Trapianto contemporaneo di pancreas e rene	52	4	7,7%	316	211
513 Trapianto di pancreas	10	1	10,0%	319	245
495 Trapianto di polmone	82	11	13,4%	252	153
480 Trapianto di fegato	1.027	333	32,4%	265	109
103 Trapianto cardiaco	328	114	34,8%	212	93
302 Trapianto renale	1.645	593	36,0%	204	90
504 Ustioni estese 3° grado con trapianto pelle	231	86	37,2%	141	98
003 Craniotomia età < 18	2.402	914	38,1%	224	86
052 Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1.289	519	40,3%	211	78
330 Stenosi uretrale, età < 18	310	131	42,3%	125	76
108 Altri interventi cardiotoracici	4.313	1.862	43,2%	164	74
497 Artrodesi vertebr. escl. quella cervicale con CC	1.654	740	44,7%	197	71
496 Artrodesi vertebr. combinata anteriore/posteriore	157	72	45,9%	143	66
104 Int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco	10.012	4.683	46,8%	145	65
498 Artrodesi vertebr. escl. quella cervicale senza CC	7.204	3.392	47,1%	181	66
314 Interventi su uretra, età < 18	572	271	47,4%	153	63
505 Ustioni estese 3° grado senza trapianto pelle	135	65	48,1%	83	66
009 Malattie e traumatismi midollo spinale	21.554	10.391	48,2%	164	64
105 Int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	11.702	5.706	48,8%	110	63
520 Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	3.210	1.572	49,0%	192	63
519 Artrodesi vertebrale cervicale con CC	395	194	49,1%	158	61
481 Trapianto di midollo osseo	5.177	2.547	49,2%	166	62

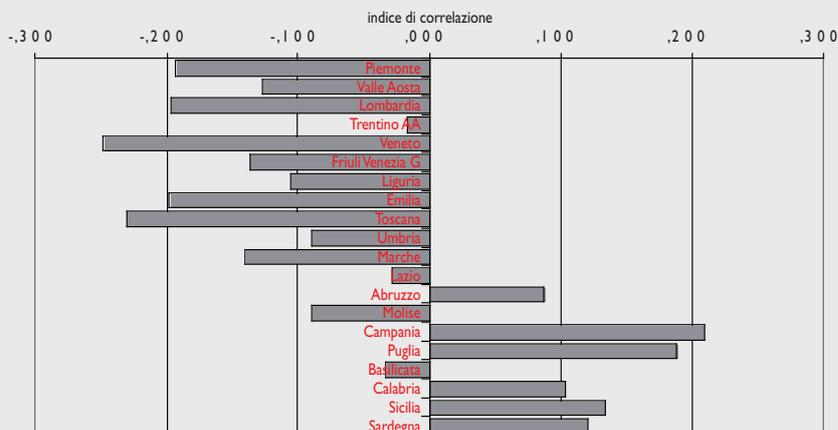
FIGURA 8 - Drg per i quali metà dei ricoveri hanno una distanza superiore ai 60'



come il Drg 129 (arresto cardiaco) o Drg 127 (insufficienza cardiaca e shock), oppure a problemi clinicamente meno complessi come il Drg 71 (laringotracheite), il Drg 91 (polmonite semplice e pleurite) e il Drg 373 (parto vaginale senza complicazioni). In questi casi i tassi di mobilità sono per lo più omogenei su tutto il territorio italiano, semmai individuano delle distanze maggiori

nelle realtà dove la densità abitativa è minore come la Basilicata; in ogni caso non si osserva uno sbilanciamento tra Regioni del nord e del sud. Diversa è la situazione per i Drg che evidenziano delle distanze mediane elevate: troviamo innanzitutto i trapianti, gli interventi cardiochirurgici e in genere toracici, e poi alcune pratiche ortopediche relativamente innovative come le artrodesi vertebrali.

FIGURA 9 - Correlazione tra la media regionale delle percorrenze e la media regionale dei pesi di tutti i Drg relativi ai ricoveri dei residenti



In questi casi, la differenza tra il nord e il sud è molto evidente e i tempi medi in alcune regioni sono addirittura di cinque volte superiori a quelli di altre.

È interessante notare come nelle regioni settentrionali la correlazione tra la complessità del ricovero (“peso Drg”) e la percorrenza d’accesso sia sempre negativa, il che significa che la mobilità riguarda situazioni meno complesse della media regionale e ciò è più accentuato in Veneto e in Toscana. Simmetricamente al sud, invece, la correlazione è positiva e cioè la mobilità riguarda le situazioni più complesse, ciò è accentuato maggiormente in Campania e Puglia.

Come conseguenza di queste caratteristiche della mobilità, si ritiene importante calcolare le percentuali relative di mobilità per Drg, cioè calco-

lare quanto, per ciascun Drg, la mobilità sia maggiore o minore della mobilità media regionale per qualsiasi Drg.

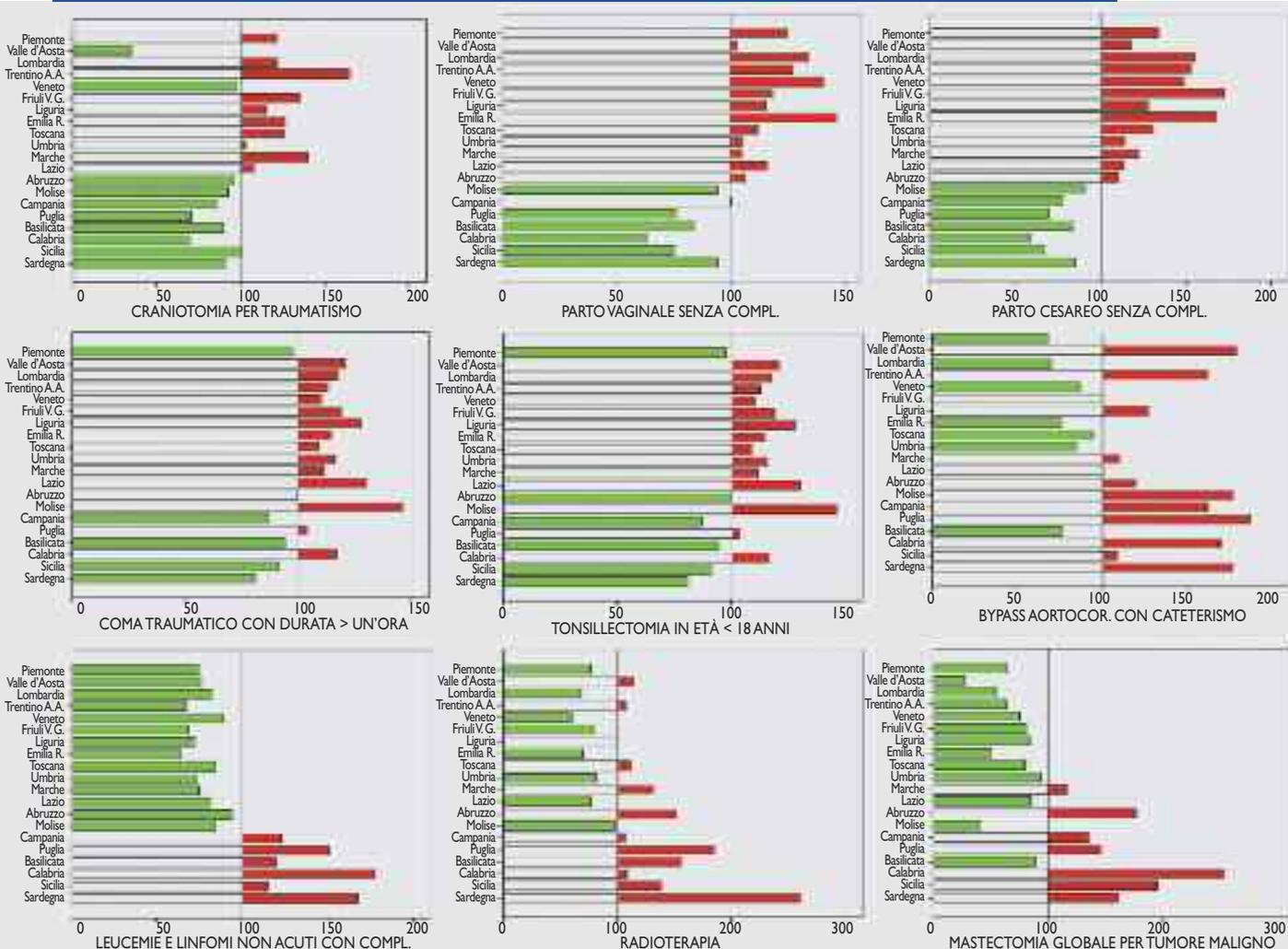
Questo calcolo può essere espresso dalla seguente formula che può sembrare complessa:

$$\left(\frac{\sum t_{reg} / \sum r_{reg}}{\sum t_{n} / \sum r_{n}} \right) \times 100$$

In realtà, è una semplice correzione dei tempi regionali per un Drg sui tempi medi regionali complessivi rapportata allo stesso rapporto a livello nazionale.

$$\left(\frac{\text{tempo medio regionale per Drg} / \text{tempo medio regionale per tutti i Drg}}{\text{tempo medio nazionale per Drg} / \text{tempo medio nazionale per tutti i Drg}} \right) \times 100$$

FIGURA 10 - Esempi di correzione dei tempi regionali per un Drg sui tempi medi regionali complessivi rapportata allo stesso rapporto a livello nazionale



Esemplificando: calcolo il rapporto in una regione tra il tempo medio di percorrenza dell'accesso per un ricovero (ad esempio di frattura del femore) e il tempo medio per qualsiasi ricovero e questo valore lo riporto a sua volta a quello cal-

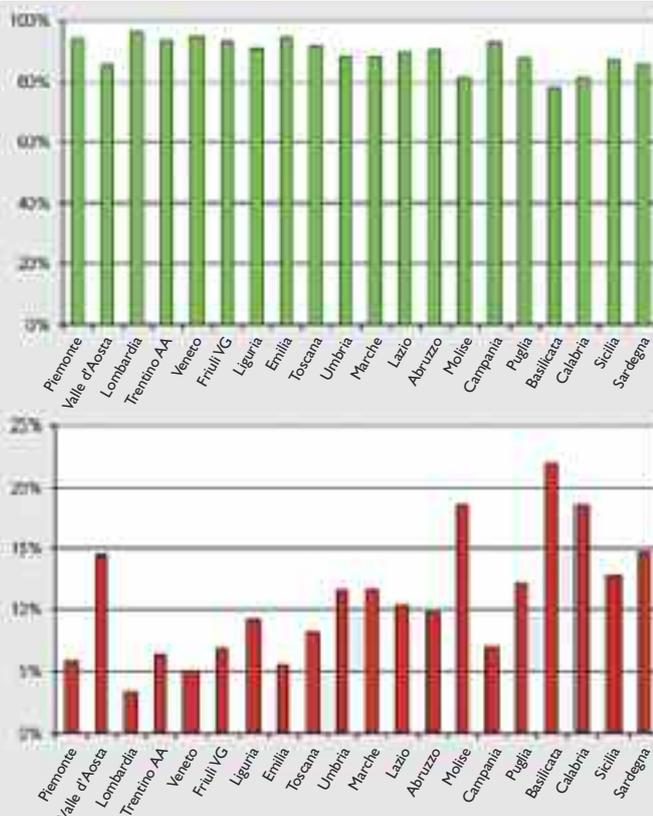
colato sull'intera nazione. In questo modo posso evidenziare se per un determinato Drg in una regione ci siano problemi o criticità specifiche. Così facendo, si evidenzia che al nord la mobilità relativa riguarda ad esempio maggiormente il

FIGURA 11 - Distribuzione delle distanze di accesso



FIGURA 12 - Mobilità con percorrenza superiore ai 120'

Regioni	tempi di percorrenza	
	<120'	>120'
Piemonte	94%	6%
V.Aosta	86%	14%
Lombardia	96%	4%
Trentino AA	94%	6%
Veneto	95%	5%
Friuli Venezia G	93%	7%
Liguria	91%	9%
Emilia Romagna	94%	6%
Toscana	92%	8%
Umbria	88%	12%
Marche	88%	12%
Lazio	90%	10%
Abruzzo	90%	10%
Molise	81%	19%
Campania	93%	7%
Puglia	88%	12%
Basilicata	78%	22%
Calabria	81%	19%
Sicilia	87%	13%
Sardegna	85%	15%
Italia	91	9



parto, sia vaginale che cesareo, ma anche la craniotomia ed in genere la traumatologia, mentre al sud sia maggiore quella per interventi e prestazioni oncologiche.

Lo studio della mobilità relativa permette di ricavare informazioni molto utili ai fini della programmazione regionale dell'offerta di prestazioni sanitarie.

La correzione è necessaria in quanto la distribuzione delle distanze di accesso è diversa da regione a regione; e nella figura seguente si evidenzia come la distribuzione, ad esempio, abbia valori minori in Lombardia e maggiori in Calabria rispetto alla distribuzione nazionale e ciò dipende per larga parte dalla densità abitativa e dalla mobilità generale.

MOBILITÀ "IMPORTANTE"

È allora rilevante cercare di evidenziare la quota di mobilità che può rappresentare la parte del fenomeno più interessante per la programmazione regionale. Una possibile proposta è quella di selezionare la mobilità che superi una percorrenza di accesso superiore ai 120 minuti.

Il risultato è quello riportato nella figura 12.

La mobilità "minore" con tempi di percorrenza inferiori ai 120' ha una variabilità abbastanza limitata rispetto al valore medio italiano del 91%,

mentre la mobilità "maggiore" ha valori medi del 9%, ma valori regionali che vanno dal 4% della Lombardia al 22% della Basilicata.

Si può quindi affermare che, mentre la mobilità minore non si concentra in aree geografiche, quella maggiore si riscontra maggiormente al sud, ed è quindi la carta geografica della mobilità maggiore che meglio rappresenta la quota interessante del fenomeno.

CONCLUSIONI

Non abbiamo certo voluto esaurire, con questa nota, i problemi metodologici dell'analisi della mobilità, ma abbiamo cercato solo di evidenziare come, molto spesso, analisi non approfondite possono portare a conclusioni distorte.

L'uso della distanza o dei tempi di percorrenza può essere una buona soluzione, così come il passaggio dai valori assoluti ai valori relativi che non risultano distorti da differenze strutturali geografiche.

È normale che, ai fini amministrativi della compensazione dei flussi contabili, ciò che risulta importante è lo sconfinamento, in quanto permette alla Regione produttrice di rivalersi sulla Regione pagante. Ma, come abbiamo evidenziato, questo modo di considerare la mobilità non può essere utilizzato per studiarne l'intensità ed i flussi, che invece sono essenziali per poter elaborare ipotesi di intervento correttive.

Esistono poi metodologie di analisi molto interessanti, ma meno accessibili agli operatori che non hanno dimestichezza con i metodi statistici avanzati; lasceremmo questi metodi agli studiosi, senza consigliarne quindi l'uso allargato, anche perché può essere molto rischioso produrre analisi apparentemente "eleganti", ma che ad un occhio esperto possono apparire del tutto distorte.

FIGURA 13 - Percentuale di ricoveri di residenti con mobilità oltre i 120 minuti



IL QUADRO ITALIANO DELLA MOBILITÀ REGIONALE

38

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Ombretta Checconi**

Commissione Salute, Coordinamento Gruppo Mobilità Sanitaria
Assessorato Sanità - Regione Umbria

Il fenomeno della mobilità è di notevole rilevanza dal punto di vista finanziario, in quanto mette in gioco, complessivamente, oltre 3,7 miliardi di euro.

Le prestazioni in compensazione sono i ricoveri ospedalieri e in day hospital, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale, la farmaceutica, le cure termali, la somministrazione diretta di farmaci, i trasporti con ambulanza ed elisoccorso. La figura 1 evidenzia che i flussi più significativi sono l'attività ospedaliera (pari, nel 2009, a circa l'80% dell'attività totale), la specialistica ambulatoriale (quasi il 12%) e la somministrazione diretta di farmaci (oltre il 4%).

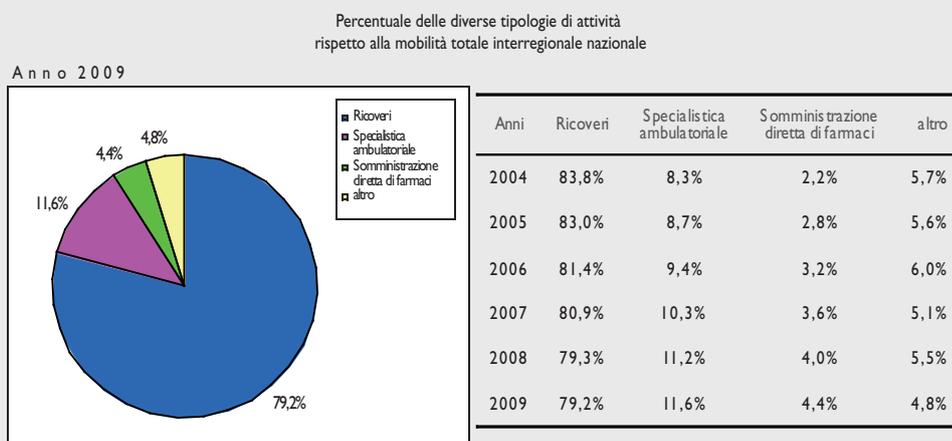
Nella figura 1 la tabella accanto al grafico mostra

che, nel corso del tempo, pur rimanendo i ricoveri l'attività più rilevante, la specialistica e la somministrazione diretta di farmaci hanno riportato incrementi importanti.

La figura 2 riporta invece l'andamento complessivo e quello relativo alle principali attività per il periodo 2004-2009: tutte presentano un trend in crescita; tuttavia, per quanto riguarda i ricoveri, si può osservare che l'incremento del fatturato nel periodo considerato, pari a circa il 4,6%, è di poco superiore a quello della Tariffa Unica Convenzionale nel medesimo arco temporale.

Ciò significa che la casistica è rimasta quasi costante.

FIGURA 1 - Mobilità sanitaria interregionale nazionale. Anni 2004-2009



Tenuto conto delle osservazioni sopra descritte, che hanno evidenziato il valore preponderante dei ricoveri, si ritiene utile approfondire l'analisi di tale attività.

Dalla tabella 1 si può desumere che oltre la metà dei crediti totali della mobilità dei ricoveri (circa il 63%) sono attribuibili solamente a cinque Regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Ve-

FIGURA 2 - Mobilità sanitaria interregionale nazionale. Trend / Anni 2004-2009

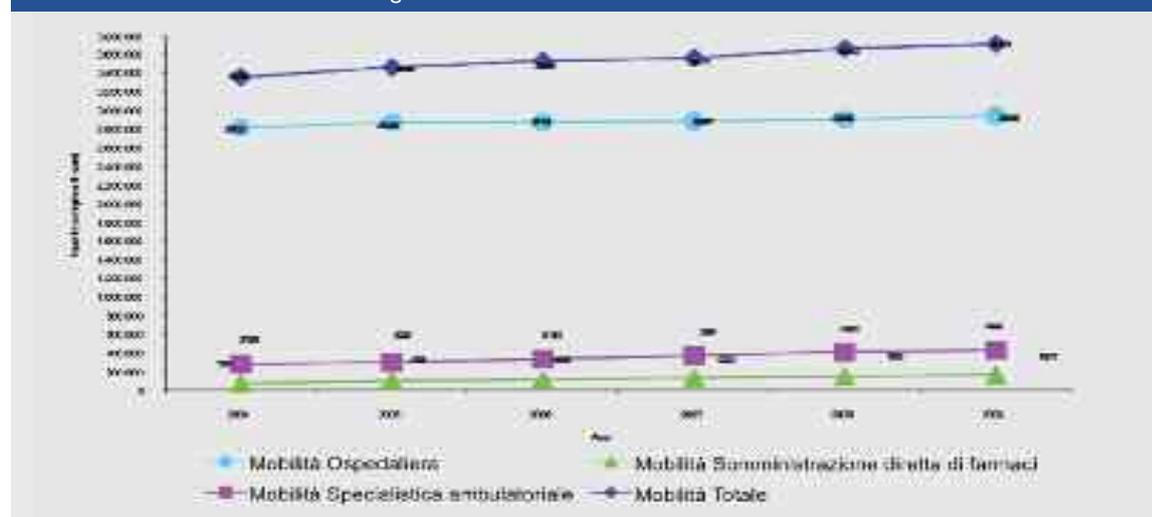


TABELLA 1 - Mobilità Ospedaliera – Crediti (migliaia di euro)

REGIONI	CREDITI			POSTI LETTO 2007	CREDITI SU POSTI LETTO
	2004	2009	_%		
Piemonte	180.381	183.179	1,55	18.862	9,71
Valle d'Aosta	4.737	6.094	28,64	472	12,91
Liguria	117.620	111.838	-4,92	7.258	15,41
Lombardia	620.276	607.973	-1,98	43.053	14,12
Emilia R.	383.312	467.812	22,04	20.313	23,03
Veneto	229.472	229.245	-0,10	20.096	11,41
Friuli V.G.	57.902	60.875	5,14	5.275	11,54
P.A. Trento	33.796	36.014	6,56	2.498	14,42
P.A. Bolzano	21.166	20.965	-0,95	2.183	9,60
It. Settentrionale	1.648.661	1.723.995	4,57	120.010	14,37
Marche	66.368	85.077	28,19	6.453	13,18
Toscana	193.126	212.804	10,19	15.152	14,04
Umbria	85.149	79.710	-6,39	3.284	24,27
Lazio	251.872	257.339	2,17	28.826	8,93
It. Centrale	596.515	634.930	6,44	53.715	11,82
Campania	57.712	58.861	1,99	21.246	2,77
Abruzzo	120.860	88.709	-26,60	6.509	13,63
Molise	47.420	64.665	36,37	1.999	32,35
Puglia	83.664	82.998	-0,80	16.501	5,03
Basilicata	30.497	40.908	34,14	2.278	17,96
Calabria	25.388	24.755	-2,50	8.915	2,78
It. Meridionale	365.542	360.895	-1,27	57.448	6,28
Sicilia	45.648	46.973	2,90	20.886	2,25
Sardegna	9.749	11.358	16,50	7.417	1,53
Isole	55.397	58.331	5,30	28.303	2,06
ITALIA	2.809.102	2.937.900	4,58	259.476	11,32

RANGE CREDITI SU POSTILETTO

- 0 - 10
- 11 - 15
- 16 - 33

neto e Toscana. La stessa considerazione emerge anche per i debiti: oltre la metà dei debiti totali dei ricoveri (59%) è a carico delle Regioni Lazio, Campania, Lombardia, Puglia, Sicilia, Calabria e Piemonte.

Come già visto, l'incremento percentuale dei ricoveri a livello nazionale nel periodo 2004-2009 è pari al 4,6%, tuttavia si hanno delle notevoli differenze nelle macroaree territoriali: per nord, centro e isole, tale valore è circa il +5%, il sud si attesta invece su un valore negativo pari al -1%. Anche le variazioni percentuali a livello regionale sono molto differenti e si discostano a volte in maniera notevole dalla media nazionale: si hanno Regioni con picchi superiori al 30% di incremento (Molise e Basilicata) e Regioni con segno negativo (Abruzzo, Umbria e Liguria).

La tabella 1 riporta un valore standardizzato, "cre-

diti su posti letto" (in migliaia di euro), che ci permette di confrontare anche Regioni di dimensioni diverse. Tale indicatore misura la capacità di attrazione, tenuto conto che la mobilità attiva è proporzionale all'offerta: esso assume il valore massimo al nord (14), seguito immediatamente da quello del centro (12); circa la metà è il valore del sud (6), mentre quello delle isole è molto basso (2).

Al nord i valori più bassi sono quelli di Piemonte e P.A. di Bolzano (inferiori a 10), mentre il valore più alto è quello dell'Emilia Romagna (23). Al centro il valore più basso è quello del Lazio (9), il più alto quello dell'Umbria (24). Al sud invece la Calabria ha il valore più basso (3), mentre il Molise quello più alto (32); quest'ultimo è anche il valore più alto a livello nazionale. Infine, sia Sicilia che Sardegna presentano valori molto

TABELLA 2 - Mobilità Ospedaliera - Debiti (migliaia di euro)

REGIONI	DEBITI			RESIDENTI 31/12/2009	DEBITI SU RESIDENTI (euro)
	2004	2009	%		
Piemonte	185.698	171.400	-7,70	4.446.230	38,55
Va lle d'Aos ta	20.106	20.721	3,06	127.866	162,05
Liguria	132.325	139.886	5,71	1.615.986	86,56
Lom bardia	233.302	247.201	5,96	9.826.141	25,16
Em ilia Rom agna	144.615	152.402	5,38	4.377.435	34,82
Veneto	135.006	156.157	15,67	4.912.438	31,79
Friuli V.G.	46.206	48.188	4,29	1.234.079	39,05
P.A. Trento	49.331	49.999	1,35	503.434	99,32
P.A. Bolzano	15.896	18.143	14,13	524.826	34,57
It. S etten trio nale	962.485	1.004.097	4,32	27.568.435	36,42
Marche	110.872	112.801	1,74	1.577.676	71,50
Tos ca na	118.914	134.900	13,44	3.730.130	36,16
Um bria	58.063	65.709	13,17	900.790	72,95
Lazio	321.061	328.440	2,30	5.681.868	57,80
It. Centra le	608.909	641.851	5,41	11.890.464	53,98
Ca mpa nia	299.079	326.013	9,01	5.824.662	55,97
Abruzzo	99.179	132.699	33,80	1.338.898	99,11
Molis e	53.599	45.053	-15,95	320.229	140,69
Puglia	219.400	230.499	5,06	4.084.035	56,44
Bas ilica ta	81.190	73.815	-9,08	588.879	125,35
Ca labria	213.615	212.483	-0,53	2.009.330	105,75
It. Merid iona le	966.062	1.020.562	5,64	14.166.033	72,04
Sicilia	218.972	214.087	-2,23	5.042.992	42,45
Sa rdeg na	52.673	57.303	8,79	1.672.404	34,26
Isole	271.646	271.390	-0,09	6.715.396	40,41
ITALIA	2.809.102	2.937.900	4,59	60.340.328	48,69

RANGE DEBITI
SU RESIDENTI

25 - 50
51 - 100
> 100

bassi (circa pari a 2); probabilmente entrambe risentono del proprio isolamento territoriale.

L'analisi dei debiti della mobilità ospedaliera riportata nella tabella 2 evidenzia che i valori assoluti per macroaree sono simili tra nord e sud (circa un miliardo di euro); inoltre, a differenza dei crediti, la variazione percentuale si attesta intorno al 5% per tutte le macroaree, nord, centro e sud, ad eccezione delle isole.

L'analisi della variazione percentuale dei debiti mostra, analogamente a quanto visto per i crediti, tranne poche eccezioni, un incremento per tutte le Regioni e Province Autonome. Tale andamento risulta tuttavia più appiattito rispetto a quello dei crediti. Infatti il valore massimo, escluso l'Abruzzo (34%) che nel 2009 risente degli effetti causati dall'evento sismico, è il 16% del Veneto, mentre per i crediti erano presenti anche picchi del 30%.

Le Regioni i cui debiti hanno subito gli incrementi maggiori, compresi tra il 13% ed il 16%, sono Toscana, Umbria, P.A. Bolzano, Veneto e Abruzzo. L'aumento del debito delle restanti Regioni e Province Autonome si colloca tra il 5 e il 10%. Da evidenziare che poche Regioni hanno invece diminuito la mobilità passiva: di queste solo una la troviamo al nord, il Piemonte, le restanti sono collocate al sud: in maniera evidente il Molise (-15%) e la Basilicata (-9%), ma anche Calabria (-0,5%) e Sicilia (-2,2%). Ricordiamo che il Molise e la Basilicata avevano anche un incremento percentuale dei crediti superiore alle altre Regioni.

Anche nel caso dei debiti, al fine di effettuare un confronto tra regioni differenti, è possibile costruire un indicatore che permette di misurare la fuga in maniera standardizzata: il "debito per residente". Esso fornisce un'indicazione dell'onere finanziario pro-capite che ciascuna regione sostiene per i ricoveri erogati fuori regione ai suoi residenti. È da evidenziare tuttavia che l'indicatore è influenzato dalle dimensioni territoriali, pertanto il confronto è significativo solo tra regioni della stessa dimensione. È importante tene-

re presente infatti che per le regioni più piccole il ricorso a strutture che distano 100-150 chilometri dalla residenza, si traducono in mobilità interregionale, mentre nelle regioni più grandi, lo stesso spostamento porta a una mobilità interprovinciale, ma all'interno della stessa regione. Se si confronta la mobilità interprovinciale, le province delle regioni piccole hanno un comportamento analogo a quelle delle regioni più grandi. La media nazionale di tale indicatore è pari a circa 50 euro, il valore più alto è quello del sud (72 euro), il più basso quello del nord (36 euro).

Al nord, spicca la Valle d'Aosta con un debito pro-capite di oltre 160 euro, seguita dalla P.A. di Trento (99) e dalla Liguria (87). Le regioni più estese del nord si trovano nella fascia più bassa (25 - 50 euro): Lombardia (25), Emilia Romagna (35), Veneto (32). In questa fascia troviamo anche il F.V. Giulia e la P.A. di Bolzano, che però sicuramente risentono della loro posizione geografica, infatti, essendo confinanti con altri Paesi europei, hanno anche una mobilità interregionale limitata.

Anche nell'area centrale, la Toscana, che è la Regione più estesa, ha il debito pro-capite più basso (36). Il Lazio invece si colloca nella fascia intermedia (58), insieme a Marche (72) e Umbria (73).

Al sud la Campania (56) e la Puglia (56), nonostante le dimensioni, si collocano nella fascia intermedia (51-100). Tuttavia, proprio queste due Regioni sono le uniche che emergono positivamente nella propria macroarea. Infatti, tutte le altre Regioni le troviamo nella fascia più alta; anche la Basilicata e il Molise presentano un debito pro-capite ancora molto alto, nonostante il trend dei debiti sia in forte diminuzione.

La figura 3 mostra l'analisi dei saldi della mobilità dei ricoveri. Un primo dato che emerge è la natura strutturale della situazione, sia debitoria sia creditoria, assunta dalle varie Regioni nel periodo considerato. Infatti, nel 2009 quasi tutte le Regioni conservano il saldo positivo o negativo che avevano nel 2004. Cambia di segno il saldo

di tre sole Regioni: l'Abruzzo passa da un saldo positivo ad uno negativo, viceversa il Piemonte e il Molise passano da un saldo negativo ad uno positivo.

Le quattro Regioni che presentano i maggiori saldi negativi si collocano al sud (Puglia, Sicilia, Calabria, Campania), seguono Lazio, Basilicata e Sardegna. È da evidenziare tuttavia che il dato del Lazio è influenzato dall'aver incluso nella mobilità passiva anche quella erogata da due strutture extraterritoriali che pesano sui debiti dei ricoveri per oltre 110 milioni di euro (circa 92 milioni l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e circa 20 milioni l'ACISMOM); senza considerare tale attività, il Lazio ha sui ricoveri un saldo positivo di circa 40 milioni. Emerge infine che tra le Regioni con saldo negativo elevato, la Campania tende ad aumentarlo, mentre la Basilicata e la Sicilia lo riducono.

Il saldo finanziario positivo più rilevante è realizzato invece da tre Regioni dell'Italia settentrionale (Lombardia, Emilia Romagna e Veneto) e una dell'Italia centrale (Toscana), subito dopo si colloca l'Umbria. Anche nel caso dei saldi positivi si rileva un andamento diverso: Lombardia e Veneto tendono a diminuire, Emilia e Toscana tendono ad incrementare.

Particolarmente interessante è la conoscenza del

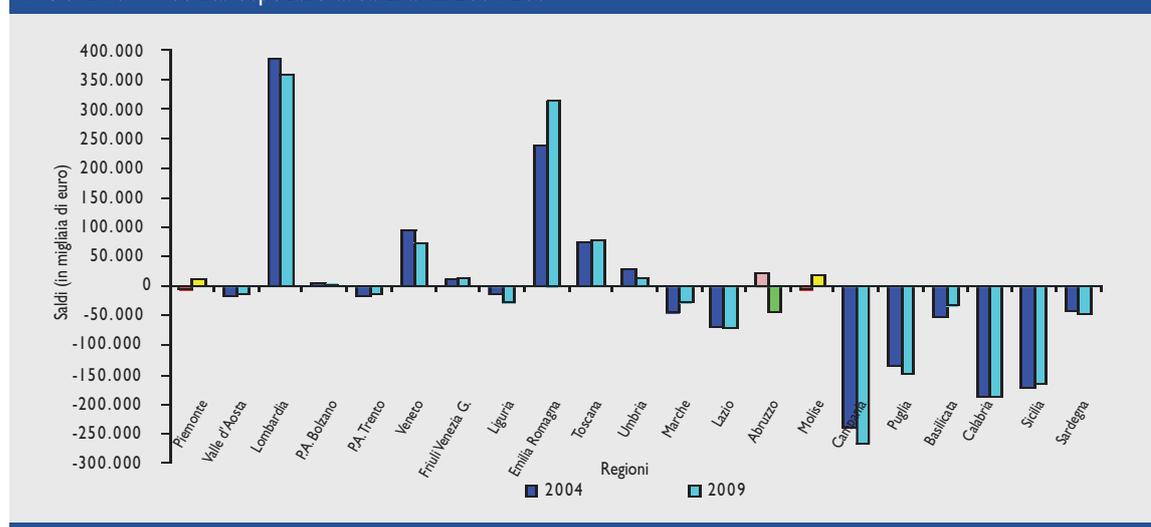
peso e della dinamica della mobilità ospedaliera tra regioni confinanti, in quanto l'interscambio di pazienti tra aree contigue può rappresentare un fenomeno del tutto fisiologico, giustificato dalla vicinanza tra residenza e luogo di cura del paziente.

Le figure 4 e 5 riportano la mobilità ospedaliera da regioni confinanti, rispettivamente, crediti e debiti. La prima osservazione che emerge è il peso notevolmente rilevante che riveste tale tipo di mobilità. Sulla media nazionale, oltre la metà della mobilità, sia attiva che passiva, avviene tra regioni confinanti, il peso medio nazionale della mobilità attiva è pari infatti al 56%.

La figura 4 mostra, inoltre, che è notevole lo scostamento dalla media delle singole Regioni. Due Regioni meridionali si segnalano per l'elevatissimo peso della mobilità attiva da regioni confinanti: di nuovo emergono il Molise e la Basilicata, nelle quali il 90% dei ricoveri è da ascrivere alla provenienza da regioni confinanti.

Le grandi Regioni con saldo finanziario positivo (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto) lavorano invece per un bacino più ampio. Esse, infatti, si collocano intorno al 50%. In tal caso, il peso limitato dei ricoveri da aree contigue può essere spiegato considerando che si tratta di Regioni fortemente attrattive, dotate quindi di ser-

FIGURA 3 - Mobilità ospedaliera. Saldi anni 2004-2009



vizi tali da attrarre pazienti da luoghi anche molto lontani. Valori simili si hanno per la Calabria e la Sicilia, di poco superiori al 60%, e della Sardegna pari quasi al 40%: questi valori sono più difficili da spiegare; potrebbero essere giustificati dal fatto che i valori assoluti sono molto bassi e che nella mobilità attiva è preponderante il peso del turismo. Più difficile appare invece spiegare il valore del Piemonte che supera di poco il 60%. I valori di tutte le altre Regioni si collocano tra il 60% e l'80%, ad eccezione di quelli di Basilicata e Molise già commentati, a conferma che la maggior parte della mobilità è di confine.

Si noti infatti che, eliminate le quattro Regioni fortemente attrattive sopra citate, la media nazionale sale al 70%.

È da evidenziare, infine, che delle Regioni con maggior saldo negativo (Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) le prime tre hanno anche una mobilità di confine superiore al 70%: ciò conferma che non hanno capacità attrattiva.

La figura 5 fa emergere innanzitutto che i pazienti di Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Piemonte e Lombardia gravitano sull'area che le comprende; la mobilità che si sposta lontano non è perciò per motivi assistenziali. Invece, la mobilità delle Re-

FIGURA 4 - Mobilità ospedaliera da Regioni confinanti (crediti): anno 2009

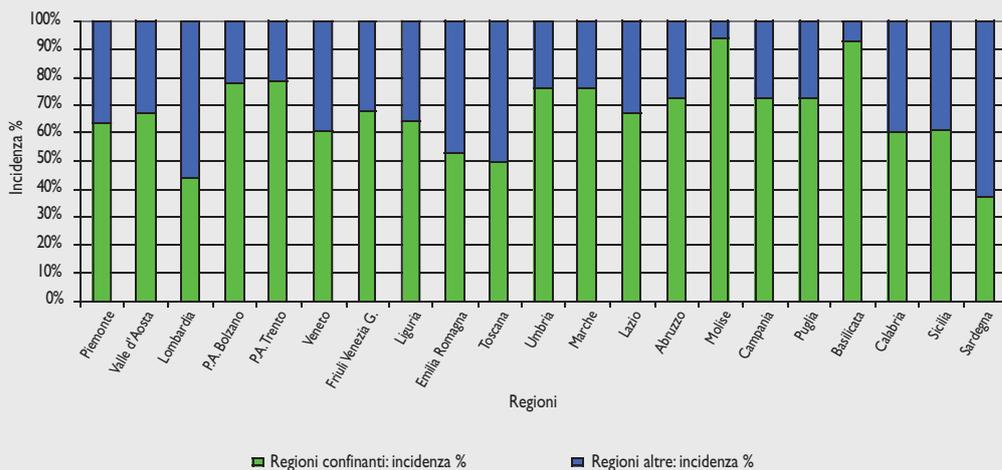
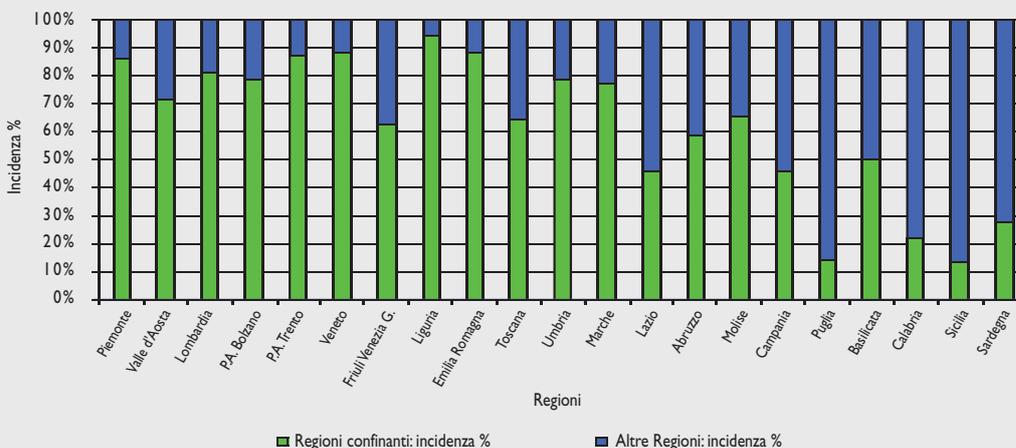


FIGURA 5 - Mobilità ospedaliera verso le Regioni confinanti (debiti): anno 2009



Nota: Sono state considerate Regioni confinanti: per la Sardegna: Liguria, Lazio, Toscana, Sicilia; per la Calabria: Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia; per la Sicilia: Calabria, Lazio, Campania, Sardegna.

gioni del sud, a partire dalla Calabria fino alla Campania, si muove tutta verso regioni non confinanti. Lo stesso vale per Sicilia e Sardegna.

Emerge tra tutti il valore della Liguria, oltre il 90%. Esso si spiega sia con le dimensioni che con la forma territoriale.

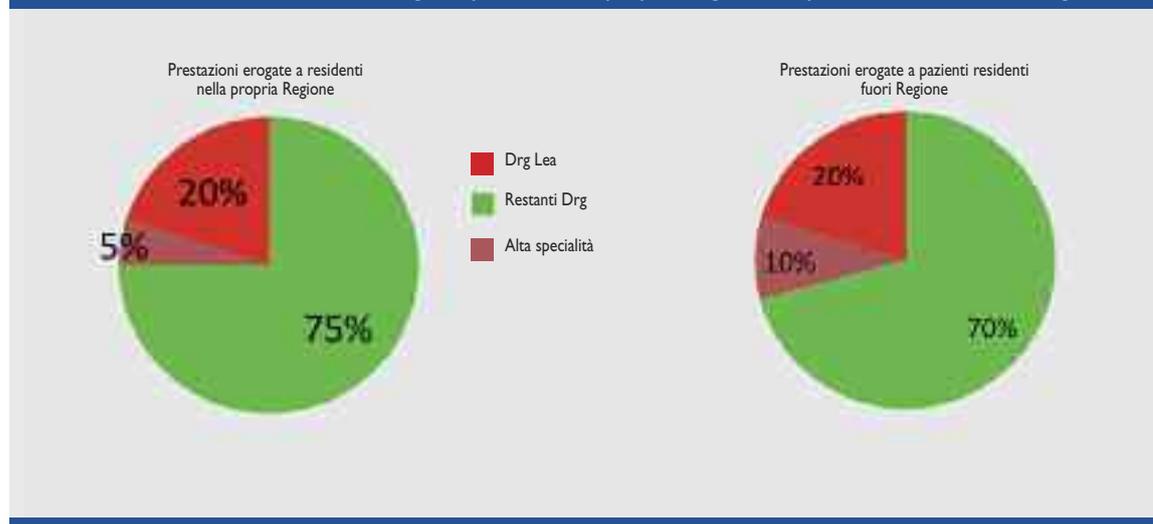
Il valore del Lazio, inferiore al 50%, si spiega nuovamente con l'attività delle strutture extraterritoriali: circa il 30% della mobilità passiva è erogata dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Considerata l'attività complessiva, nel confronto tra ricoveri erogati a pazienti residenti nella propria regione e quelli erogati a pazienti residenti fuori regione (figura 6), non si rilevano differenze tra i Drg potenzialmente inappropriati (Drg Lea). Si rileva, invece, una tendenza a spostarsi per l'alta specialità, confermando ancora una volta che l'introduzione della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) ha permesso di raggiungere gli obiettivi stabiliti.

CONCLUSIONI

- 1) Il volume della mobilità relativo all'attività di ricovero è preponderante e rimane costante nel trend considerato; in crescita specialistica ambulatoriale e somministrazione diretta di farmaci; complessivamente l'incremento medio annuo nel quinquennio è dell'1%;
- 2) l'incremento medio dei debiti, dei crediti e dei saldi è caratterizzato da variabilità significativa fra le Regioni;
- 3) la mobilità di confine è pari a circa il 60% della mobilità totale; alcune Regioni hanno una spiccata capacità di attrazione in un bacino più ampio, in particolare lo spostamento va da sud verso nord;
- 4) nel confronto tra ricoveri Lea e alta specialità erogati a pazienti residenti nella propria regione e quelli erogati a pazienti residenti fuori regione, non si rilevano comportamenti particolari; si nota una tendenza a spostarsi per la medio-alta specialità.

FIGURA 6 - Confronto tra ricoveri erogati a pazienti nella propria Regione e a pazienti residenti fuori Regione



LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI NEI CONTI ECONOMICI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

di **Eugenio Anessi Pessina***, **Francesca Ferrè****, **Mariafrancesca Sicilia*****

*Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, **Università degli Studi di Parma, *** Università degli studi di Bergamo

La mobilità dei pazienti ha una forte incidenza sui risultati economici, sia delle singole aziende sanitarie pubbliche, sia dei Servizi sanitari regionali (Ssr) complessivamente intesi. Al riguardo, si considerino la tabella 1 e la figura 1. Nella tabella 1, per ogni Regione, i costi sostenuti dalle Asl per mobilità infraregionale (verso aziende pubbliche e priva-

te accreditate, per assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale) vengono rapportati al totale dei contributi da Fsr. Il rapporto è superiore al 40% in due Regioni (Lombardia e Lazio), al 30% in altre due (Sicilia e Piemonte), al 20% in altre sei (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Veneto, Umbria, Emilia Romagna e Puglia)¹. La figura 1, per ogni Regione, riporta invece il risultato eco-

* Sebbene l'articolo sia frutto di un lavoro comune, l'introduzione e il paragrafo 4 sono attribuiti a Eugenio Anessi Pessina, il § 3 a Francesca Ferrè e i §§ 1 e 2 a Mariafrancesca Sicilia.
¹ I risultati naturalmente riflettono anche la diversa configurazione istituzionale dei Ssr, con particolare riferimento alle scelte di scorporo delle Ao dalle Asl e di accreditamento delle strutture private.

TABELLA 1 - Costi sostenuti dalle Asl per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della Regione, per tipologia di assistenza, in rapporto ai contributi da FSR (2008)

	Pubblico - Ospedaliera (%)	Privato - Ospedaliera (%)	Pubblico - Spec.Amb. (%)	Privato - Spec.Amb. (%)	Totale
Piemonte	17.3	6.1	5.1	2.4	30.9
Valle d'Aosta	0.0	0.5	0.0	0.3	0.8
Lombardia	20.2	11.8	7.2	4.1	43.3
Bolzano	0.0	2.0	0.0	0.4	2.4
Trento	0.0	5.3	0.0	0.9	6.3
Veneto	10.8	7.2	3.5	3.4	24.9
Friuli Venezia Giulia	19.0	2.3	5.7	1.5	28.4
Liguria	22.1	0.9	2.3	1.0	26.3
Emilia Romagna	14.3	4.5	3.5	1.0	23.3
Toscana	11.4	2.6	3.0	1.1	18.1
Umbria	18.9	1.2	3.0	0.5	23.6
Marche	9.7	3.6	2.2	0.9	16.4
Lazio	17.0	16.0	4.6	4.1	41.7
Abruzzo	4.4	4.3	0.6	1.6	10.9
Molise	0.0	6.4	0.0	2.2	8.6
Campania	3.6	8.1	1.3	5.1	18.1
Puglia	7.7	10.8	1.0	2.9	22.4
Basilicata	12.5	0.6	2.4	2.1	17.7
Calabria	0.0	7.5	0.0	2.2	9.7
Sicilia	20.8	7.7	2.1	5.2	35.8
Sardegna	0.2	3.6	0.0	2.3	6.0

Fonte: Rapporto Osservasalute 2010

nomico procapite consolidato (nella configurazione proposta dalla Relazione generale sulla situazione economica del Paese) al lordo e al netto della mobilità interregionale. Per molte Regioni lo scostamento è molto ampio e per otto il risultato cambia addirittura segno, sebbene il dato al lordo della mobilità sia ovviamente fuorviante, perché comprensivo dei costi sostenuti dalle Regioni di destinazione (quindi risparmiati dalle Regioni di provenienza), ma depurato dai correlati ricavi.

La rilevanza del tema è ulteriormente attestata dalla figura 2 che, considerando le due ampie

aree geografiche rappresentate dal centro-nord (N) e dal centro-sud (S), distingue tra diverse tipologie di prestazione e, per ciascuna tipologia, scompone i flussi di mobilità interregionale in quattro componenti: (i) tra regioni del centro-nord (N-N); (ii) da regioni del centro-nord a regioni del centro-sud (N-S); (iii) da regioni del centro-sud a regioni del centro-nord (S-N); (iv) tra regioni del centro-sud (S-S). Considerato il dato complessivo della mobilità interregionale per medicina generale, per esempio, particolarmente rilevante risulta il flusso dal centro-sud al centro-nord (52 %), seguito dal flusso interno al

FIGURA 1 - Risultati economici pro-capite dei Ssr, al lordo e al netto della mobilità interregionale (2009)

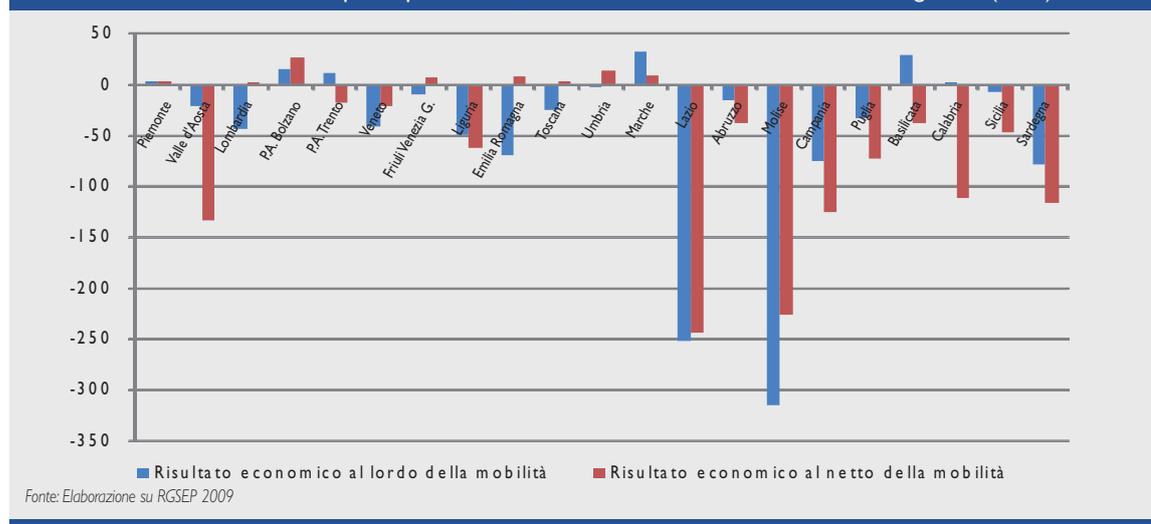
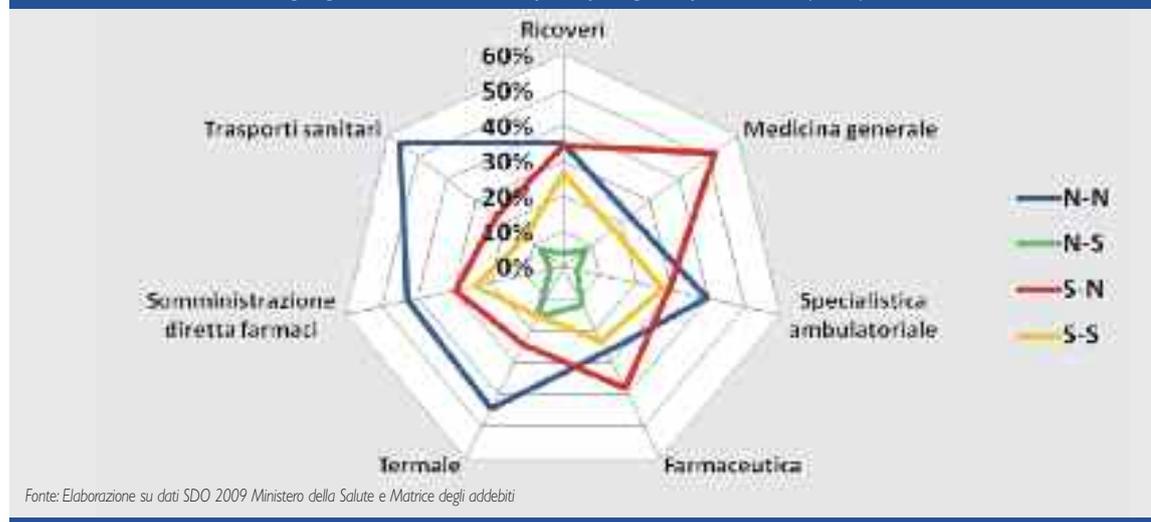


FIGURA 2 - Distribuzione geografica della mobilità, per tipologia di prestazioni (2009)



centro-nord (23%), da quello interno al centro-sud (17%) e infine da quello dal centro-nord al centro-sud (8%). Pur corretti per tener conto della diversa entità della popolazione nelle due macroaree, i dati evidenziano come il flusso da sud a nord sia indubbiamente molto rilevante, ma non predominante. In particolare, anche per ragioni geografiche, molto significativi sono spesso i flussi di mobilità interregionale interni al centro-nord.

La mobilità interregionale, in altri termini, è un tema molto più ampio della pur importante migrazione sanitaria dalle regioni meridionali a quelle settentrionali. La principale fonte di informazioni sui valori economici delle aziende sanitarie pubbliche è il modello ministeriale CE. I paragrafi 1 e 2 svolgono quindi qualche considerazione sulla rilevanza e l'attendibilità di tale modello. I dati economici, inoltre, vengono tipicamente analizzati in modo separato rispetto a quelli fisico-tecnici (per esempio, il numero di ricoveri). Il paragrafo 3, al contrario, propone una prima lettura incrociata delle due serie di dati.

I. L'ARTICOLAZIONE DELLE INFORMAZIONI DI MOBILITÀ NEI MODELLI CE

Lo schema attuale del modello CE, così come definito dal DM Salute 31 dicembre 2007, articola i valori di provento e di costo relativi alla mobilità secondo diverse dimensioni (tabella 2):

■ Mobilità attiva e passiva. Alla prima corrispon-

dono ovviamente dei proventi, alla seconda dei costi.

■ Natura ordinaria o straordinaria. Proventi e costi per mobilità trovano collocazione differente nel modello CE a seconda della loro natura ordinaria o straordinaria. I proventi ordinari sono collocati nella macroclasse A (valore della produzione); i costi ordinari nella macroclasse B (costi della produzione); proventi e oneri straordinari nella macroclasse E. Le linee guida al modello specificano che si considerano straordinarie le sopravvenienze e le insussistenze «legate sia a differenze relative a valori stimati, sia ad errori di rilevazione di fatti di gestione o di valutazione delle poste di bilancio relativi ad esercizi precedenti».

■ Tipologia di soggetti che erogano le prestazioni sanitarie. Al riguardo si distingue tra (i) mobilità intraregionale strettamente intesa, ossia mobilità «infragruppo» tra aziende sanitarie pubbliche (Asl, Ao, Irccs pubblici, Policlinici pubblici) della Regione; (ii) mobilità da e verso altri soggetti pubblici della Regione; (iii) mobilità verso soggetti privati accreditati della Regione; (iv) mobilità extraregionale; (v) mobilità internazionale. La mobilità passiva verso privato è poi ulteriormente classificata per tipologie di erogatori (Irccs privati e policlinici privati, ospedali classificati, case di cura, altri soggetti privati). All'interno della mobilità verso privato ricevono inoltre separata indicazione le prestazioni fornite dal privato a residenti extraregione: tali prestazioni generano in-

TABELLA 2 - Articolazione delle informazioni di mobilità nei modelli CE

	Attiva		Passiva	
	Gestione Ordinaria	Gestione Straordinaria	Gestione Ordinaria	Gestione Straordinaria
Infragruppo	✓ (articolata per tipologia)		✓ (articolata per tipologia)	✓ ^(*)
Altri soggetti pubblici della Regione	✓ ^(**)		✓ (articolata per tipologia)	
Soggetti privati della Regione		✓	✓ (articolata per tipologia e classi di erogatori)	✓
Extraregione	✓ (articolata per tipologia)	✓	✓ (articolata per tipologia)	✓
Internazionale	✓		✓	

(*) Solo sopravvenienze passive.

(**) Ricavi e rimborsi per servizi resi a Comuni, Province, Regioni, enti previdenziali, amministrazioni statali, altri enti del settore pubblico allargato della Regione; attività sanitarie rimborsate dalle Prefetture.

fatti, per il Ssr, proventi per mobilità attiva e correlati crediti verso la Regione di provenienza del paziente da un lato, costi per mobilità passiva e correlati debiti verso l'erogatore privato dall'altro.

■ **Tipologia di prestazioni erogate.** Le classificazioni sono parzialmente differenziate tra le varie tipologie di mobilità, ma generalmente riferite a voci quali: medicina di base, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, riabilitazione, integrativa e protesica, ospedaliera, psichiatria residenziale e semiresidenziale, distribuzione farmaci e file F², assistenza termale, trasporti sanitari, servizi socio-sanitari a rilevanza sanitaria.

Oltre a evidenziare le diverse dimensioni di classificazione, la tabella 2 mostra anche una relativa eterogeneità nei livelli di dettaglio, peraltro coerente con la dimensione e il contenuto delle diverse classi di valori. Per esempio, i proventi per la mobilità da altri soggetti pubblici della Regione non sono dettagliati per tipologia di prestazioni; di proventi e oneri straordinari, analogamente, si conosce solo la distinzione tra mobilità infragruppo, verso soggetti privati accreditati ed extraregionale.

2. L'ATTENDIBILITÀ DEI DATI DI MOBILITÀ NEI MODELLI CE

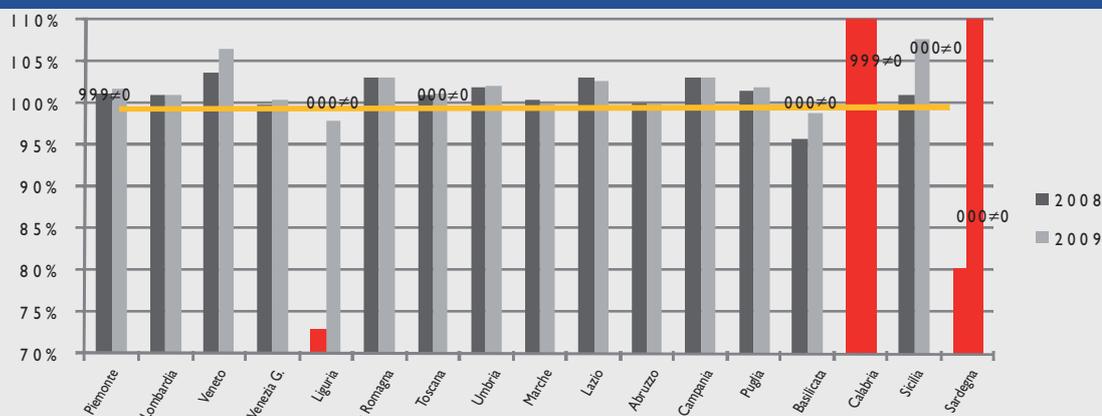
Il paragrafo precedente ha mostrato come, potenzialmente, i modelli CE offrano un'informatica molto dettagliata sui valori economici generati dalla mobilità. Un tema critico è però rappresentato dall'attendibilità di tali valori³.

Con riferimento ai bilanci aziendali e alla mobilità infragruppo, condizione necessaria (seppur non sufficiente) perché il dato sia attendibile è che la somma algebrica dei valori rilevati dalle aziende sanitarie pubbliche della Regione sia pari a zero. Ogni paziente che riceve assistenza da un'azienda sanitaria pubblica diversa dalla propria Asl di residenza, infatti, genera un provento per l'azienda di destinazione e un costo di pari ammontare per l'azienda di provenienza. Una formulazione alternativa di questa condizione è che il rapporto tra proventi e costi per mobilità infragruppo, rilevati dall'insieme delle aziende, sia pari a 1: in questo modo l'eventuale scostamento viene espresso in termini percentuali, consentendo un confronto più immediato tra le Regioni. Come evidenziato nella figura 3, la perfetta coincidenza tra proventi e costi per mobilità infragruppo (proventi/costi = 1) è rara (Friuli Venezia

2 Il File F rappresenta una peculiare modalità di compensazione finanziaria interregionale applicata ai farmaci somministrati in regime di assistenza diversa dal ricovero (somministrazione diretta).

3 Il problema dell'attendibilità, peraltro, non riguarda solo la mobilità, bensì complessivamente i bilanci delle aziende sanitarie pubbliche, soprattutto in alcune Regioni. Al riguardo si veda, per esempio, la relazione della Corte dei Conti approvata con delibera n. 22/2009/G.

FIGURA 3 - Rapporto tra proventi e costi per mobilità infragruppo rilevati dalle aziende sanitarie pubbliche della Regione (2008 e 2009)



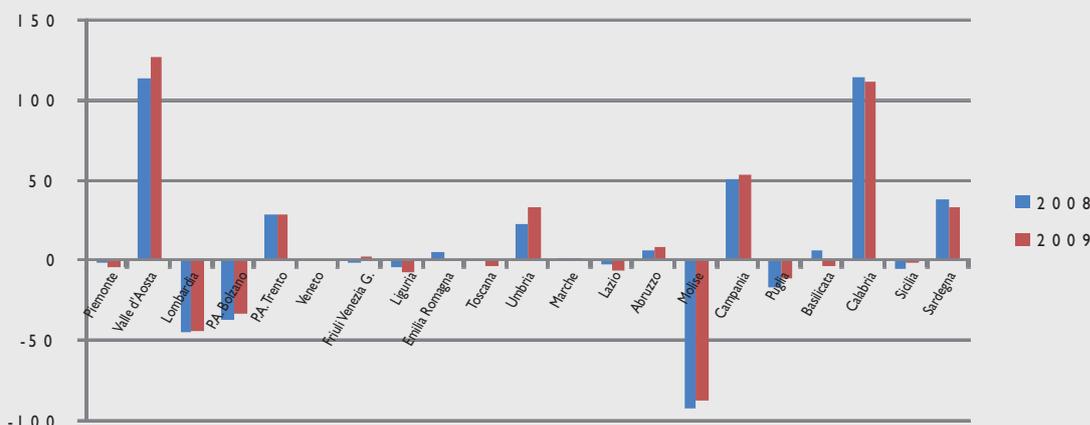
Per esigenze grafiche riportiamo i valori di Calabria e Sardegna, che risultano fuori scala: Calabria 760% per il 2008 e 3001% per il 2009; Sardegna 1138% per il 2009.
Fonte: Elaborazioni su dati CE

Giulia, Marche e Abruzzo), ma gli scostamenti sono generalmente molto contenuti, anche perché spesso è la Regione stessa a calcolare e comunicare i valori alle Aziende. Situazioni critiche si osservano solo in Calabria, Liguria e Sardegna. Va inoltre segnalato come in Liguria e Sardegna, ma anche in Toscana, Basilicata e Sicilia, proventi e/o costi per mobilità infragruppo siano stati imputati anche alla gestione sanitaria accentrata regionale (codice 000). Sempre con riferimento alla mobilità infragruppo, come rappresentata però nei bilanci consolidati regionali, il valore dovrebbe naturalmente essere pari a zero. I dati confermano questa aspettativa, con due sole eccezioni per Piemonte (il saldo procapite è pari ad euro 1,09 nel 2008 ed euro 1,04 nel 2009) e, limitatamente al 2008, Calabria (il saldo procapite è pari a euro 1,47). Ad ulteriore verifica dell'attendibilità dei valori, sono stati analizzati a partire dai CE aziendali i saldi della gestione straordinaria⁴ al fine di capire quanto pesano a livello procapite sul disavanzo regionale. Essi incidono meno di euro 1 sul disavanzo procapite, eccetto in Veneto (euro 2 nel 2008 ed euro 3 nel 2009) e Abruzzo (euro 4 nel 2009). Un impatto contenuto della gestione straordinaria si riscontra anche per la mobilità verso soggetti privati ac-

creditati della Regione. Al riguardo le aziende regionali hanno rilevato solo valori di provento ad indicare presumibilmente che in sede di elaborazione del consolidato regionale il valore annuale dei flussi di mobilità verso privati è tendenzialmente sovrastimato, comportando l'anno successivo delle rettifiche in riduzione che confluiscono tra i proventi straordinari. I valori rilevati sono superiori a euro 5 solo in Campania nel 2008 e in Molise nel 2009. Per quanto riguarda la mobilità interregionale, invece, è interessante confrontare i valori contenuti nei CE (aziendali e consolidati) con quanto accertato tramite l'approvazione della "matrice degli addebiti" da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome⁵. In particolare, si può prendere in considerazione il saldo di mobilità come determinato nella matrice degli addebiti e metterlo a confronto sia con la somma algebrica dei saldi di mobilità inseriti dalle Aziende della Regione (esclusa la gestione sanitaria accentrata regionale) nei propri modelli CE, sia con il saldo di mobilità riportato nel modello CE consolidato regionale. Nel confronto è inoltre opportuno utilizzare valori procapite per agevolare le comparazioni tra Regioni. Il primo confronto (figura 4) evidenzia una forte sovrastima del sal-

4 Come evidenziato nella tabella 2 con riferimento alla mobilità infragruppo il modello CE contiene solo la voce «Sopravvenienze passive v/Asl-Ao, Irccs, Pol. relative alla mobilità intraregionale».
5 In questa e nelle altre elaborazioni l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù è considerato come una Regione a sé e non come una struttura della Regione Lazio.

FIGURA 4 - Saldi di mobilità interregionale procapite. Differenza tra valori iscritti nei CE aziendali e matrice degli addebiti (2008 e 2009)



Fonte: Elaborazioni su dati CE e Matrice degli addebiti

do di mobilità (sovrastima dell'eventuale saldo positivo o sottostima dell'eventuale saldo negativo) in Valle d'Aosta e Calabria (> euro 100 procapite), Campania (circa euro 50 procapite) nonché, seppur in misura minore, in Trentino, Umbria e Sardegna; evidenzia invece una forte sottostima del saldo di mobilità in Molise (circa euro 90 procapite) nonché, seppur in misura minore, in Lombardia e Alto Adige. Significativa è anche la relativa stabilità degli scostamenti nei due anni considerati (2008 e 2009), che potrebbe riflettere specifiche modalità di rilevazione dei valori da parte delle Aziende e/o apposite politiche di bilancio da parte delle Regioni.

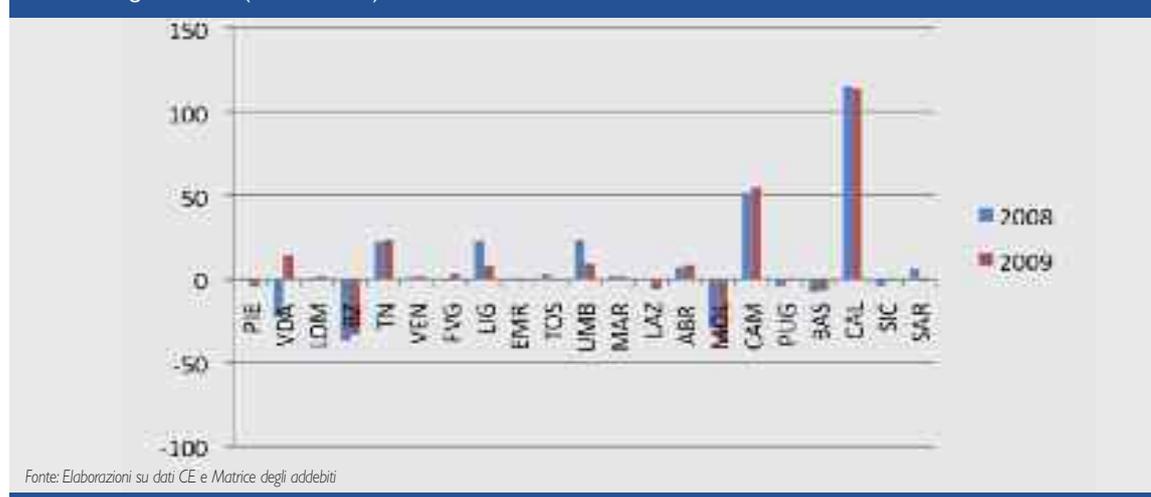
Ampie sovrastime e sottostime permangono anche se, anziché la somma dei CE aziendali, si prendono in considerazione i CE consolidati regionali (figura 5). Se per alcune Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Emilia Romagna 2008, Toscana 2009, Umbria 2009, Lazio, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia) gli scostamenti dalla matrice degli addebiti si riducono, attestando una maggiore attendibilità del CE consolidato rispetto alla somma dei CE aziendali, per molte altre Regioni (Veneto, Liguria, Emilia Romagna 2009, Toscana 2008, Basilicata, Calabria 2009) vale addirittura il contrario.

Dai CE consolidati regionali è stato calcolato l'im-

patto dei proventi e costi straordinari della mobilità extraregionale sul risultato annuale. Solo in Puglia e Abruzzo nel 2009 il saldo procapite è superiore ai 10 euro. Nelle altre Regioni il saldo è sempre minore ai 5 euro e in molti casi prossimo allo zero.

I dati di mobilità interregionale verso privato accreditato, infine, sono potenzialmente di particolare interesse. Come già segnalato, infatti, tale mobilità genera, per il Ssr, proventi per mobilità attiva e correlati crediti verso la Regione di provenienza del paziente da un lato, costi per mobilità passiva e correlati debiti verso l'erogatore privato dall'altro. A ciò si aggiunge che proventi e costi non sono necessariamente di pari importo, perché i costi sono solitamente determinati in base alle tariffe regionali, mentre i proventi fanno riferimento alla TUC. In linea di principio, pertanto, il rapporto tra proventi e costi, come presentati nel CE consolidato, permetterebbe di comprendere se la mobilità interregionale verso privato accreditato genera, per la Regione di destinazione, un margine positivo o negativo. Tuttavia, il dato presenta forti limiti di attendibilità. Alcune Regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Veneto, Marche, Calabria e Sardegna 2008) non utilizzano queste voci di provento e di costo; altre rilevano solo costi (Toscana, Umbria, Campania

FIGURA 5 - Saldi di mobilità interregionale procapite. Differenza tra valori iscritti nei CE consolidati regionali e matrice degli addebiti (2008 e 2009)



Fonte: Elaborazioni su dati CE e Matrice degli addebiti

ri Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione) con il valore medio unitario dei ricoveri in mobilità passiva (calcolato come rapporto tra costi per mobilità passiva e relativi volumi) (figura 8). Il valore medio unitario dei ricoveri in mobilità, tra l'altro, può essere considerato come proxy della complessità di tali ricoveri, anche perché la valorizzazione avviene in base alla TUC e quindi non risente delle differenze nelle politiche tariffarie regionali.

Per quanto riguarda la mobilità attiva (figura 7), il tasso di attrazione medio nazionale è stato pari a 7,3% nel 2009 e 7,4% nel 2008, con ben 14 Regioni che presentano tassi di attrazione supe-

riori alla media. Quanto al valore di un ricovero in mobilità interregionale, il dato medio nazionale 2009 è stato pari a euro 3.108 (euro 3.069 nel 2008), con un massimo di euro 4.051 per l'Emilia Romagna, medie regionali comunque elevate (> euro 3.900) in alcune Regioni del nord (Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia), medie invece molto contenute (< euro 2.300) in Calabria, Sicilia e Campania. Più dettagliatamente, le Regioni si posizionano in quattro quadranti. Nel I quadrante si trovano le sette Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Molise) che presentano alti tassi di attrazione per cure di complessità medio-alta

FIGURA 7 - Mobilità interregionale: tassi di attrazione e valore medio unitario dei ricoveri in mobilità attiva (2009)

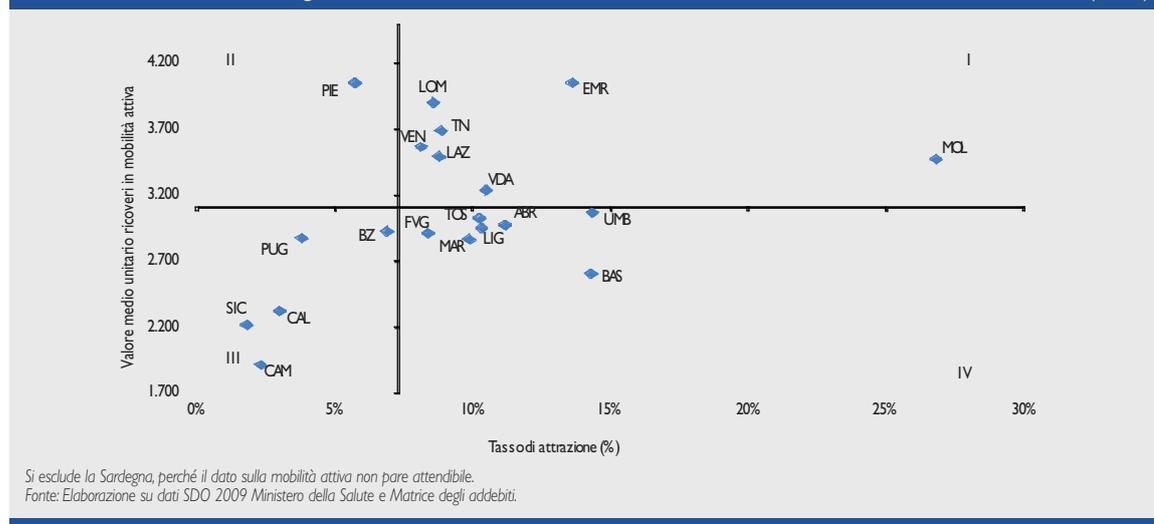
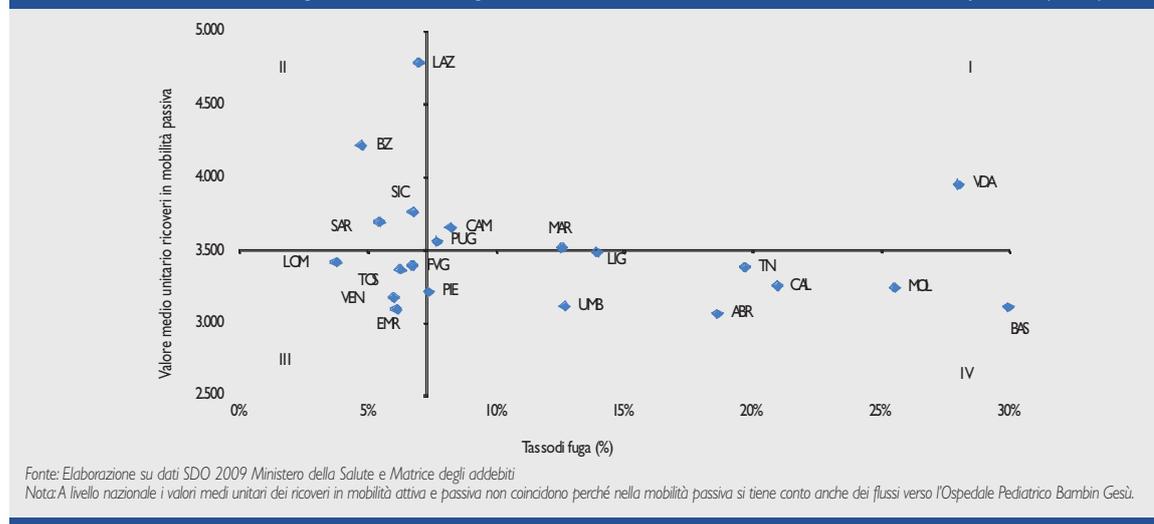


FIGURA 8 - Mobilità interregionale: tassi di fuga e valore medio unitario dei ricoveri in mobilità passiva (2009)



(ricoveri di valore medio pari a euro 3621). Nel II quadrante si colloca solo il Piemonte, che attrae un numero relativamente limitato di pazienti, ma per ricoveri di elevata complessità (euro 4.049). Scarsa capacità di attrazione caratterizza anche le cinque Regioni del III quadrante (Campania, Sicilia, Calabria, Puglia e Bolzano) che però, a differenza del sistema piemontese, erogano in mobilità attiva prestazioni di complessità mediamente bassa (ricoveri di valore medio pari a euro 2.456). Nel IV quadrante, infine, si collocano sette Regioni (Basilicata, Marche, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Toscana e Umbria) con tassi di attrazione relativamente elevati, ma per ricoveri di complessità contenuta (ricoveri di valore medio pari a euro 2.917). Un'analisi longitudinale rileva, per le Regioni del centro-nord, un incremento nel valore unitario dei ricoveri in mobilità attiva (mediamente + 4,1%) tra 2008 e 2009. Per Campania, Sicilia, Lazio, Calabria, Puglia e Abruzzo, invece, il valore è diminuito (in media -6,3%).

Per quanto riguarda la mobilità passiva (figura 8), 12 Regioni si collocano al di sopra della media nazionale (Piemonte, Puglia, Campania, Marche, Umbria, Liguria, Abruzzo, Trento, Calabria, Molise, Valle d'Aosta e Basilicata). In media, il valore di un ricovero in mobilità passiva è pari a euro 3.512 nel 2009 (euro 3.365 nel 2008), con un massimo di euro 4.788 nel Lazio e un minimo di euro 3.068 in Abruzzo. Sicilia e Sardegna, insieme a Valle d'Aosta, Bolzano e Lazio registrano medie regionali comunque elevate (> euro 3.690). Medie invece molto contenute (< euro 3.100) si riscontrano in Emilia Romagna e Abruzzo. Più dettagliatamente, le Regioni si posizionano in quattro quadranti. Nel I quadrante si trovano le quattro Regioni (Puglia, Campania, Marche e Valle d'Aosta) che presentano alti tassi di fuga per cure di complessità medio-alta (ricoveri di valore medio pari a euro 3.673). Nel II quadrante si collocano Sardegna, Sicilia, Bolzano e Lazio, con tassi di fuga sotto la media nazionale, ma per ricoveri di elevata complessità

(euro 4.117). La fuga extraregionale è inferiore alla media anche nel III quadrante, dove si dispongono cinque Regioni (Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Friuli VG e Lombardia) i cui pazienti si muovono per prestazioni di complessità mediamente bassa (ricoveri di valore medio pari a euro 3.293). Nel IV quadrante, infine, si collocano otto Regioni (Piemonte, Umbria, Liguria, Abruzzo, Trento, Calabria, Molise e Basilicata) con tassi di fuga relativamente elevati, ma per ricoveri di complessità contenuta (euro 3.237). Tra il 2008 e il 2009, per tutte le Regioni tranne la Sardegna, si registra un andamento crescente del valore unitario dei ricoveri per pazienti extraregionali (mediamente + 4%).

Per comprendere ulteriormente il posizionamento complessivo dei sistemi regionali rispetto ai livelli di complessità dei ricoveri in mobilità, infine, è possibile incrociare i valori medi unitari dei ricoveri in mobilità attiva e passiva (figura 9).

Nel I quadrante della figura 9, Lazio e Valle d'Aosta sono le uniche Regioni che presentano valori unitari superiori alla media nazionale per i ricoveri in mobilità sia attiva (rispettivamente euro 3.494 ed euro 3.239) sia passiva (euro 4.788 ed euro 3.953). Per entrambe, peraltro, il valore medio è superiore per la mobilità attiva rispetto alla passiva. Nel II quadrante sono posizionate le cinque Regioni (Marche, Puglia, Campania, Sicilia e Bolzano) che presentano livelli di complessità medio-alti nei ricoveri in mobilità passiva (il valore medio è di euro 3.731), ma bassi livelli di complessità nei ricoveri in mobilità attiva (il valore medio è di euro 2.565). Nel III quadrante si dispongono le sette Regioni (Calabria, Basilicata, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria e Umbria) i cui pazienti si muovono per ricoveri di bassa complessità (mediamente euro 2.839), e che a loro volta attraggono pazienti extra-regione per ricoveri di complessità medio-bassa (mediamente euro 3.259). Infine, nel IV quadrante troviamo Veneto, Molise, Trento, Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte, che effettuano ricoveri di alta complessità per pazienti extrare-

gione (mediamente euro 3.789), ma i cui residenti si recano in altre Regioni prevalentemente per ricoveri di complessità medio-bassa (il valore medio è euro 3.257).

4. CONCLUSIONI

Le analisi svolte in questo articolo suggeriscono tre ordini di conclusioni.

Primo, il modello ministeriale CE è stato progettato per fornire un’informativa molto completa e dettagliata sulle conseguenze economiche dei flussi di mobilità. L’esempio dei flussi di mobilità extraregionale verso erogatori privati, che generano per il gruppo sanitario pubblico regionale proventi, costi e potenzialmente margini positivi o negativi, chiarisce molto bene l’ampiezza e la rilevanza delle analisi che potenzialmente si possono effettuare.

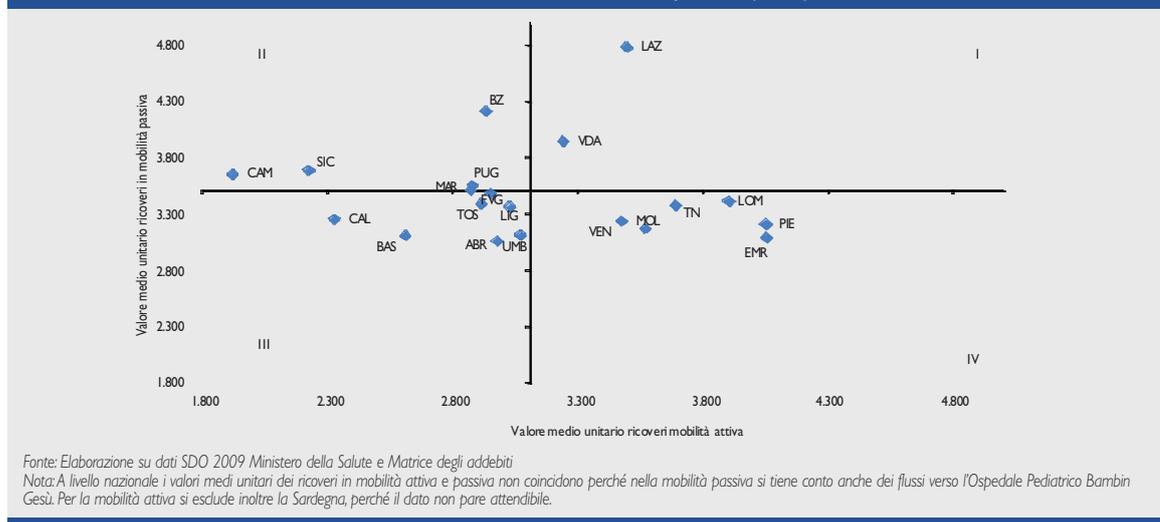
Secondo, l’effettiva utilità delle informazioni contenute nel modello CE è però subordinata alla loro attendibilità, che a sua volta dipende dalla qualità dei principi contabili di riferimento da un lato, delle procedure di rilevazione regionali e aziendali dall’altro. Al riguardo, emerge una forte differenziazione tra mobilità infragruppo, mobilità verso privato accreditato della Regione e mobilità interregionale. Per le prime due tipologie di mobilità, l’attendibilità

dei valori pare complessivamente adeguata.

Ben diversa è la situazione della mobilità interregionale, per la quale la stima più attendibile pare ancora essere quella cui ricorre la Relazione generale sulla situazione economica del Paese, ossia il dato dell’anno precedente, mentre quanto contenuto nei modelli CE (aziendali e consolidati regionali) risulta spesso fuorviante: le regole e le procedure di rilevazione variano tra Regioni e talvolta tra Aziende della medesima Regione; i tempi di compilazione dei modelli e di chiusura dei bilanci d’esercizio richiedono comunque l’inserimento di valori stimati, perché i dati certi e definitivi di mobilità interregionale diventano disponibili solo molto tempo dopo la chiusura dell’esercizio; dei dati definitivi si può dunque tener conto, contabilmente, solo attraverso la rilevazione di proventi e oneri straordinari a carico degli esercizi successivi. Al riguardo, il d.lgs. 118/2011 contiene disposizioni che da un lato riconoscono la rilevanza del problema, dall’altro non giungono a tracciare una soluzione tecnica ben definita, anche per i citati ritardi nella definizione e valorizzazione dei flussi di mobilità, che rendono appunto particolarmente complicato il rispetto del principio di competenza economica.

Terzo, l’utilità delle informazioni di carattere

FIGURA 9 - Valore medio unitario dei ricoveri in mobilità attiva e passiva (2009)



economico può essere ulteriormente rafforzata se tali informazioni vengono integrate con dati di natura fisico tecnica, quali i volumi delle prestazioni erogate. Al riguardo, l'articolo ha sviluppato solo alcune prime elaborazioni esemplificative, relative al valore medio dei ricoveri in mobilità attiva e passiva nelle diverse Regioni, che evidenziano risultati interessanti e utili al fine di meglio comprendere le caratteristiche della mobilità.

Quanto alle implicazioni più generali di ricerca e di policy, va innanzitutto evidenziato come resti irrisolto il dibattito sulla convenienza economica della mobilità interregionale sia per le Regioni di provenienza sia per quelle di destinazione. Nell'introduzione si è segnalato come il concetto di "costi al lordo della mobilità" sia fuorviante; a ben vedere, però, anche il riferimento ai "costi al netto della mobilità" non è privo di criticità, perché dai costi lordi vengono sottratti non i costi sostenuti per l'assistenza ai pazienti prove-

nienti da altre Regioni, bensì i proventi per mobilità extraregionale derivanti da tale assistenza. In altri termini, i "costi al netto della mobilità" sono effettivamente tali solo ipotizzando una sostanziale identità tra costi e TUC. Più sul versante di policy, è necessario innanzitutto assicurarsi che gli standard cui le Regioni devono attenersi (per esempio, dotazione di posti letto, tassi di ospedalizzazione) vengano rettificati per riflettere il volume e il mix dei flussi di mobilità interregionale nonché, in alcuni casi (per esempio, spesa farmaceutica ospedaliera), dei flussi verso privato accreditato della Regione. Come corollario, occorre poi valutare quale sia il percorso più efficace per operare tali rettifiche: indicativamente, si possono riflettere i flussi di mobilità effettivi inserendo specifici incentivi (per esempio, tramite la modulazione della TUC per la modifica di tali flussi), oppure affidandosi alla negoziazione bilaterale tra Regioni (per esempio, definendo accordi di confine).

IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ NELL'ULTIMO DECENNIO

56

i Quaderni di **MORJIOR**

di Paolo Di Loreto

Commissione Salute, Coordinamento Gruppo Mobilità Sanitaria
Consigliere per le politiche della salute - Regione Umbria

Le regole per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale hanno avuto un'evoluzione nel corso del tempo volta a conseguire tre principali obiettivi: garantire la gestione amministrativa degli addebiti, tenere sotto controllo i volumi della migrazione dei pazienti verso strutture sanitarie extraregionali, migliorare i livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di mobilità.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, è stato introdotto ed aggiornato periodicamente un sistema di procedure per la produzione degli addebiti e per il controllo contabile degli stessi, attraverso il quale si definiscono per ogni esercizio finanziario i saldi positivi e negativi che vanno in compensazione fra le Regioni con l'atto di ripartizione annuale del fondo sanitario di parte corrente.

La regolazione dei volumi di attività e dei livelli di appropriatezza è stata in primo luogo affidata al sistema tariffario, attraverso l'introduzione di penalizzazioni e incentivazioni delle tariffe, volte a scoraggiare l'erogazione di prestazioni di medio-bassa specialità e a garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità. L'azione del tariffario è stata accompagnata da sistemi di monitoraggio dell'appropriatezza, basati su indicatori in grado di segnalare situazioni anomale.

Nell'analizzare criteri e modalità di compensazione, si individuano tre fasi distinte:

- il periodo antecedente al 1993;
- il decennio che va dal 1993 al 2002;
- il periodo più recente che va dal 2003 al 2010.

PRIMA DEL 1993

La compensazione era basata su dati riepilogativi ricavati dai flussi introdotti dal DPCM 17 maggio 1984. Vengono prese in considerazione soltanto le prestazioni di ricovero.

Le risorse in gioco sono modeste e hanno le caratteristiche di una misura premiale, più che di un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate.

DAL 1993 AL 2002

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 502/92, la compensazione della mobilità sanitaria diviene una componente significativa per l'equilibrio dei bilanci delle Regioni. Il provvedimento segna il tramonto del sistema di finanziamento del Ssn basato sulla copertura a piè di lista dei costi sostenuti ed introduce il principio del finanziamento prospettico, anche se ci vorranno alcuni anni per entrare a regime ed eliminare completamente il ricorso a provvedimenti di ripiano ex post dei conti sanitari.

Il decreto di riordino del Ssn introduce il sistema di remunerazione a tariffa degli erogatori di prestazioni sanitarie come strumento che, se ben utilizzato, risulta efficace per il controllo dell'offer-

ta e quindi utile per il contenimento della spesa. Il nuovo modello di pagamento trova subito applicazione proprio alle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre regioni, attuando così tempestivamente il dettato del d.lgs. 502/92, che prevede che la compensazione della mobilità sanitaria avvenga *“sulla base di contabilità analitiche per singolo caso”*, superando il sistema precedente che, come si è detto, utilizzava i saldi complessivi delle prestazioni erogate.

Alla fine del '93 la Conferenza Stato-Regioni fissa le regole in base alle quali si deve effettuare la compensazione della mobilità sanitaria; in primo luogo si stabilisce che le procedure di rimborso riguardino, oltre ai ricoveri, anche la farmaceutica, la medicina di base, la specialistica e la termale. L'argomento dominante resta comunque quello dei ricoveri, che risultano determinanti ai fini della definizione dei saldi finanziari. Il tema principale su cui si incentra il confronto fra le Regioni è se i ricoveri vadano addebitati sulla base delle tariffe regionali o se piuttosto vadano definite tariffe uniche valide per tutte le Regioni.

La decisione della Conferenza Stato-Regioni del 25 novembre 1993 opta per quest'ultima soluzione e introduce *“un corrispettivo unico nazionale, precisando che esso assume significato, nell'ambito di un accordo tra le Regioni, solo per la compensazione della mobilità e non costituisce alcun riferimento rispetto a tariffe ed a costi reali di prestazioni”*. In altra parte del documento si conferma la funzione di regolazione affidata al nuovo modello di compensazione della mobilità che, nel quadro del criterio di ripartizione dei fondi a quota capitaria, deve *“incentivare le Regioni ad attuare l'organizzazione dei servizi che possa soddisfare le esigenze della propria popolazione evitando i disagi della migrazione sanitaria”*.

La circolare del Ministero della Sanità 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, in attuazione di quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 novembre 1993, indica le procedure che ogni Regione deve seguire per la notifica degli addebiti per le prestazioni erogate

dalle strutture presenti sul proprio territorio a pazienti extraregionali (mobilità attiva) alle Regioni di residenza e stabilisce il principio che sia sempre la Regione ad effettuare i controlli tecnico-contabili sul complesso degli addebiti ricevuti (mobilità passiva).

Ai fini della valorizzazione dei ricoveri ordinari, la circolare stabilisce che i casi siano identificati sulla base della scheda di dimissione ospedaliera (DM 28/12/91) e classificati in raggruppamenti diagnostici a partire dalle informazioni ivi contenute: si tratta del sistema dei Drg versione 8.0, che per la prima volta compare in una disposizione di natura amministrativa. Per quanto riguarda le tariffe, tenuto conto che all'epoca non era stato ancora emanato un tariffario di riferimento, ne viene adottato uno specifico, costruito con criteri empirici molto semplificati. In pratica si utilizzano i pesi relativi fra Drg, che indicano le risorse mediamente assorbite dai ricoveri di un raggruppamento diagnostico, rispetto alle risorse mediamente assorbite dai ricoveri degli altri raggruppamenti. I Drg vengono ordinati per peso relativo e raggruppati in nove intervalli; a ogni intervallo si assegna poi una tariffa come indicato in tabella 1. In definitiva tutti i Drg che hanno un peso che ricade nello stesso intervallo vengono valorizzati con la medesima tariffa.

In realtà, le decisioni della Conferenza Stato-Regioni trovano difficoltà attuative e la compensazione basata su dati analitici di fatto parte dal 1995. Nel frattempo, il confronto sulla utilizzazione dei sistemi tariffari per la fatturazione delle prestazioni erogate in mobilità vede prevalere la tesi di chi sosteneva l'applicazione dei tariffari regionali, invocando il principio di coerenza con l'impianto del sistema di remunerazione introdotto dal d.lgs. 502/92, che vuole l'allineamento delle tariffe ai costi medi di produzione delle prestazioni. Per i sostenitori di questa linea, la compensazione della mobilità assume il significato di rimborso dei costi sostenuti da una Regione per i pazienti non residenti, per i quali non percepisce la quota capitaria; una diversa misura del cor-

rispettivo sarebbe iniqua, perché configurerebbe un incremento o una sottrazione di risorse destinate all'assistenza dei residenti.

Dal 1995 al 2002, con l'applicazione dei tariffari regionali, si verifica un incremento dei saldi di mobilità di oltre il 60%, superiore all'incremento che nello stesso periodo ha avuto il fondo sanitario.

L'evidente incapacità del sistema nel contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, unita alla constatazione della crescente disomogeneità che caratterizza i tariffari regionali, i quali spesso non

garantiscono la coerenza fra tariffe e costi di produzione e, talvolta, fanno insorgere il sospetto di essere modulati sotto la spinta di politiche opportunistiche volte a massimizzare i ricavi per mobilità, sono i motivi determinanti che inducono le Regioni al ritorno all'originaria tariffa unica.

DAL 2003 AL 2010

A partire dal 1° luglio 2003 si è tornati pertanto alla Tariffa Unica Convenzionale (TUC), recuperando il concetto che la compensazione della mobilità sanitaria avviene sulla base di un accor-

TABELLA 1 - Individuazione tariffe secondo i pesi Drg (Grouper v.8.0)

Tariffe Nov. 1992 (in lire)	Peso DRG	
	Da	a
2.500.000	0,1251	0,4953
3.500.000	0,4983	0,7730
4.500.000	0,7757	0,9942
7.000.000	1,0002	1,4685
9.000.000	1,5022	2,0321
13.000.000	2,1059	3,0063
19.000.000	3,0275	4,9616
33.000.000	5,2491	8,2575
80.000.000	13,9563	22,8213

TABELLA 2 - Saldi mobilità ospedaliera. Anni 1995-2002

Anni	Saldi Ricoveri (milioni di lire)	Incremento %
1995	3.182.247	
1996	3.576.006	12,4%
1997	3.918.437	9,6%
1998	4.181.485	6,7%
1999	4.348.441	4,0%
2000	4.562.601	4,9%
2001	4.839.614	6,1%
2002	5.113.649	5,7%

TABELLA 3 - Manutenzione della TUC

ANNO	Ver DRG	Numero DRG			Struttura Tariffa	Incremento
		Totali	Di Alta Spec.	rischio Inappr.		
2004	10 ^A	488	56	43	Revisione DRG Alta Spec	+7% Az miste +15% Gaslini
2005	10 ^A	488	56	43	Nessuna variazione	1,6% 30% Rizzoli
2006	19 ^A	506	72	43	Tariffe x nuovi 32 DRG	
2007	19 ^A	506	72	43	Struttura 2006	
2008	19 ^A	506	72	43	Struttura 2006	1,7%
2009	24 ^A	539	92	44	Tariffe x nuovi 33 DRG	0,8%

do tra Regioni volto a governare il fenomeno, nel rispetto di alcuni principi che vengono così riassunti:

- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e, in particolare, per i ricoveri in regime ordinario ricompresi nell'elenco dei 43 Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinario dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui Lea, e per l'accesso ad altre tipologie di ricovero a rischio di inappropriata;
- garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
- prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione, da individuare attraverso un'intesa Stato-Regioni.

Il sistema di remunerazione introdotto nel 2003 non nasce senza riferimenti ai costi di produzione delle prestazioni, ma si basa sulle tariffe fissate dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, che vengono incrementate del 10% per i Drg che corrispondono a prestazioni più complesse ed abbattute del 20% e del 40% rispettivamente per i Drg chirurgici e medici, appartenenti alla lista dei 43 Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinario dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui Lea.

Dal 2003 al 2010 la struttura della TUC è rimasta invariata, ma annualmente viene effettuata una manutenzione del sistema. La tabella 3 riepiloga gli interventi di adeguamento effettuati dal 2004 al 2009, che hanno riguardato la versione del sistema Drg, la lista dei Drg considerati di alta complessità e il livello delle tariffe.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, si è man-

tenuto il collegamento fra tariffe e costi di produzione, applicando un incremento annuale basato sul tasso di inflazione, con eccezione del 2006, anno del passaggio dalla 10a alla 19a versione dei Drg, che ha comportato un automatico incremento dei volumi finanziari di circa il 2%, e del 2007, che è rimasto invariato ai livelli dell'anno precedente per un accordo intervenuto in tal senso fra le Regioni. Nel corso degli anni, da un lato, sono stati inoltre introdotti incrementi di tariffe specifiche per tenere conto dei costi legati all'impiego di protesi o di altre tecnologie ad alto costo, e dall'altro, sono state abbattute le tariffe per prestazioni che devono essere trasferite in regime ambulatoriale. Tutti gli interventi effettuati sono stati coerenti con gli obiettivi fissati dall'accordo delle Regioni, che ha introdotto la TUC nel 2003: in particolare l'aggiornamento della lista dei Drg di alta specialità ha risposto all'esigenza di garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità, mentre l'obiettivo di remunerare con tariffe adeguate i centri di alta qualificazione è stato parzialmente conseguito con l'incremento delle tariffe per le Aziende ospedaliere integrate con l'Università e con il riconoscimento di tariffe specifiche per le prestazioni erogate dal Gaslini e dal Rizzoli.

La tabella 4 riporta gli ultimi aggiornamenti introdotti con la TUC 2010.

In particolare, è stata aggiornata la lista dei Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinario dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui Lea, allineandola a quella di 108 Drg introdotta dal Patto della Salute 2010-2012, ed è stata estesa la tariffa applicata al Gaslini a tutti gli istituti pediatrici monospecialistici.

TABELLA 4 - Manutenzione TUC 2010

REVISIONE LISTA DRG ALTA SPECIALITÀ

Declassamento 9 DRG: abbattimento del 10%

ADEGUAMENTO LISTA DRG LEA

Allineamento ai 108 DRG del Patto della Salute 2010-2012:

- 25 DRG chirurgici: abbattimento DRG-specifico (range 13% - 20%)
- 40 DRG medici: abbattimento unico del 30%

ISTITUTI PEDIATRICI

Tariffa Gaslini

CONCLUSIONI

La tabella 5 evidenzia che, a partire dall'introduzione della TUC nel 2003, i volumi finanziari degli addebiti per la compensazione della mobilità sanitaria risultano sostanzialmente stabili. In particolare i crediti per mobilità ospedaliera dal 2004 al 2009 presentano un incremento medio annuo pari a circa l'1%, che coincide con l'incremento medio annuo della TUC utilizzata per l'addebito di tali prestazioni. Ciò evidenzia che i volumi di attività sono rimasti pressoché costanti. Si può pertanto affermare che, con l'introduzione della TUC, si è raggiunto il principale obiettivo prefissato, che consiste nel contenimento del volume delle prestazioni ospedaliere erogate in mobilità.

Nella figura 1, invece, la composizione della ca-

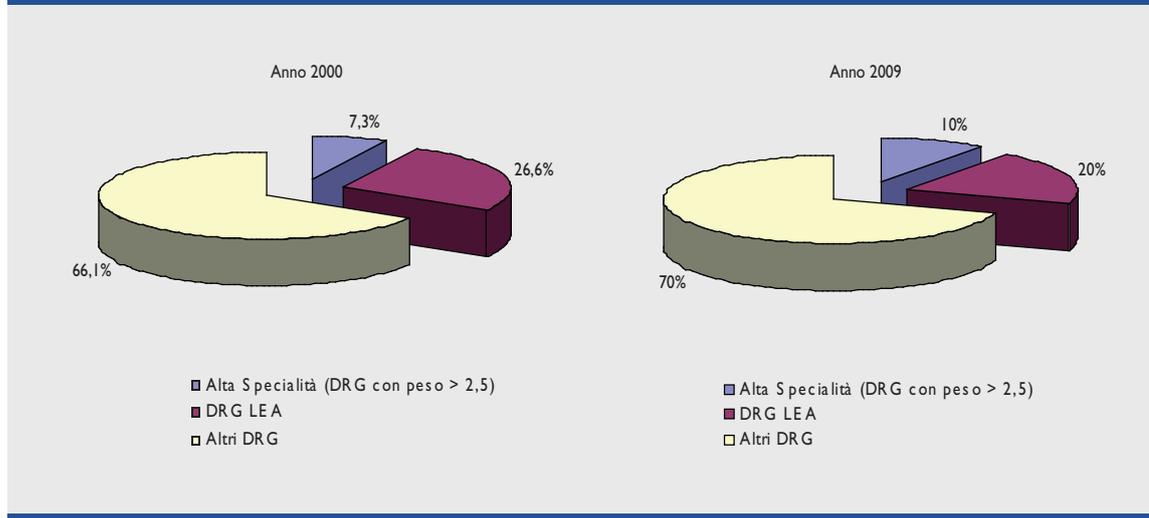
sistica trattata in regime di mobilità sanitaria interregionale nel 2000, anno utilizzato come base al momento dell'adozione della TUC, viene messa a confronto con l'analoga composizione registrata nel 2009.

Dal confronto emerge una netta riduzione dei Drg ad alto rischio di inappropriately in regime di degenza ordinario, che scendono dal 26,6% al 20%. Contemporaneamente, si assiste ad un incremento dei Drg di alta specialità, che passano dal 7,3% al 10%. Anche questi dati stanno ad indicare che la TUC ha permesso di raggiungere gli obiettivi stabiliti al momento dell'adozione, di miglioramento dell'appropriatezza e di spostamento della mobilità verso prestazioni di alta specialità.

TABELLA 5 - Attività di ricovero

anno	Crediti (migliaia di euro)	incremento %	incrementi TUC
1998	2.183.020		
1999	2.246.079	2,9%	
2000	2.356.384	4,9%	
2001	2.499.453	6,1%	
2002	2.640.979	5,7%	
2003	2.685.868	1,7%	
2004	2.809.103	4,6%	
2005	2.867.833	2,1%	1,6%
2006	2.871.438	0,1%	
2007	2.878.697	0,3%	
2008	2.901.249	0,8%	1,7%
2009	2.937.900	1,3%	0,8%

FIGURA 1 - Prestazioni erogate a pazienti residenti fuori Regione



MOBILITÀ OSPEDALIERA ED ESITI DEI RICOVERI

di Danilo Fusco*, Mirko Di Martino*, Mariangela D'Ovidio*, Chiara Sorge*, Marina Davoli*, Carlo Alberto Perucci**

* Dipartimento di Epidemiologia, Servizio Sanitario - Regione Lazio

** Direttore scientifico PNE - Agenas

Il fenomeno della mobilità sanitaria suscita notevole interesse nelle discussioni politiche e programmatiche, perché è sintomo di una inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria. Inoltre, è tra i temi più caldi della politica anche perché ai flussi di mobilità sono associate cifre molto elevate di trasferimenti monetari tra le Regioni. La mobilità ospedaliera rappresenta la quota principale della mobilità sanitaria. Infatti, la mobilità extra-regionale coinvolge il 7% di tutti i ricoveri, con circa 900 mila ricoveri su un totale di 12 milioni e mezzo. Considerando, invece, la mobilità extra-provinciale, i ricoveri fuori dalla Provincia di residenza ammontano a 2 milioni e 300 mila unità, corrispondenti al 18,5% di tutti i ricoveri (Cislaghi C, Morandi I, Di Virgilio E, et al.).

Nonostante esistano diversi lavori scientifici che hanno quantificato e descritto il fenomeno della mobilità sanitaria in Italia, non sono ancora state prodotte sufficienti evidenze sugli esiti associati alla mobilità. In altre parole, la domanda da porsi è se chi si muove alla ricerca di un'offerta di assistenza più adeguata guarisca prima e meglio di chi si affida alla risposta del proprio servizio sanitario. Il Programma nazionale esiti (Pne) può fornire alcune chiare risposte a questo interrogativo.

IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Il Pne ha lo scopo di produrre stime di esiti dell'assistenza sanitaria e ha iniziato a operare nel 2009. L'obiettivo generale del Programma è la valutazione degli esiti attraverso un'ampia analisi comparativa degli interventi tra strutture ed aree territoriali di residenza, al fine di conseguire un miglioramento dell'efficacia delle cure e una maggiore equità nella tutela della salute. Il disegno dello studio, i protocolli di ciascun indicatore e i metodi di analisi statistica sono dettagliatamente descritti sul sito web del Pne (<http://151.1.149.72/pne10/>) e recentemente discussi su *Epidemiologia & Prevenzione* (Agabiti N, Davoli M, Fusco D, et al.). Il sito del Pne è attualmente accessibile con credenziali per tutte le Regioni italiane e contiene l'analisi degli esiti basata sui dati delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) nazionali 2005-2010. I dati del Programma nazionale esiti, in questo contributo riferiti all'anno 2009, hanno permesso di analizzare la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento chirurgico per bypass aorto-coronarico, valvuloplastica e tumore maligno del polmone, come funzione della mobilità ospedaliera e della macro-area di residenza.

La mobilità è stata definita e misurata sia in termini di "sconfinamento" (mobilità extra-regio-

nale e mobilità extra-provinciale) sia in termini di “spostamento” (tempi di percorrenza, distanza isocronica). Per il calcolo della mobilità extra-provinciale sono state definite, per ciascuna provincia, le fasce di contiguità, identificando le provincie adiacenti e non adiacenti a quella di residenza. Le distanze isocroniche sono state calcolate utilizzando una matrice delle distanze chilometriche dei percorsi più brevi tra Comuni, con l’indicazione delle tipologie delle strade stesse. Le strade sono state categorizzate in 12 classi e ad ogni classe è stata attribuita una velocità media convenzionale di percorrenza; in tal modo è stato possibile stimare la distanza isocronica tra Comuni (cfr. *I quaderni di Monitor*, 5° Supplemento al numero 24, La mobilità ospedaliera).

I PRIMI RISULTATI

Sono stati analizzati 17.080 ricoveri per inter-

vento di bypass aorto-coronarico isolato (mortalità a 30 giorni dopo l’intervento: 2,5%), 14.106 ricoveri per intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (mortalità a 30 giorni: 3,3%) e 21.402 ricoveri per intervento sul tumore maligno del polmone (mortalità a 30 giorni: 2,0%). I ricoveri per bypass e valvuloplastica sono stati selezionati nell’anno 2009, mentre i ricoveri con intervento per tumore del polmone sono stati selezionati nel periodo 2006-2009.

Nelle tabelle che vanno dalla 1 alla 3, per ciascuna macro-area di residenza, vengono riportati la mortalità grezza, la mortalità aggiustata e l’effetto aggiustato della mobilità ospedaliera sull’esito del ricovero per bypass aorto-coronarico, calcolando, rispettivamente, la mobilità per Regione di intervento, per Provincia e per tempi di percorrenza. L’analisi per Regione di intervento (tabella 1) non

TABELLA 1 - Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 gg. per area di residenza e regione di intervento

Area di residenza	Regione di intervento	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	Stessa regione	7445	2,23	2,11	1,00	
	Regione diversa	482	1,87	2,05	0,97	0,935
Centro	Stessa regione	3247	2,49	2,60	1,00	
	Regione diversa	246	2,44	2,56	0,98	0,969
Sud	Stessa regione	4984	3,13	3,18	1,00	
	Regione diversa	676	2,22	2,42	0,76	0,324

* Età, genere e comorbidità.

TABELLA 2 - Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 gg. per area di residenza e provincia di adiacenza

Area di residenza	Adiacenze	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	Stessa prov	5128	2,30	2,13	1,00	
	Prov adiacente	2020	1,98	2,00	0,94	0,735
	Prov non adiacente	779	2,18	2,31	1,09	0,760
Centro	Stessa prov	1934	2,84	2,92	1,00	
	Prov adiacente	1112	2,52	2,69	0,92	0,732
	Prov non adiacente	447	0,89	0,95	0,33	0,032
Sud	Stessa prov	2909	3,33	3,36	1,00	
	Prov adiacente	2108	2,85	2,89	0,86	0,381
	Prov non adiacente	643	2,18	2,51	0,75	0,318

* Età, genere e comorbidità.

evidenzia relazioni particolari tra mobilità ed esiti. L'analisi per Provincia mostra invece, per i residenti nel centro e nel sud del Paese, un andamento decrescente della mortalità, a mano a mano che ci si sposta verso Province "lontane" da quella di residenza (tabella 2). L'andamento risulta statisticamente significativo per i residenti nel centro, non significativo per i residenti nel sud.

Le analisi per tempi di percorrenza (tabella 3) rafforzano questo risultato: per i residenti nel centro e nel sud del Paese, gli esiti del ricovero migliorano sensibilmente all'aumentare della distanza percorsa. Al contrario, per i residenti nel nord, non emerge alcuna relazione tra mobilità ed esiti.

La tabella 4 offre un interessante cambio di prospettiva: le differenze di esito tra nord, centro e

sud vengono riportate in funzione dei tempi di percorrenza. Si osserva che l'eterogeneità geografica si attenua all'aumentare dei tempi di percorrenza. Tra i ricoverati nello stesso Comune di residenza o che hanno percorso un tragitto inferiore a 1 ora, emergono sostanziali e significative differenze tra le ripartizioni geografiche, con un chiaro svantaggio del centro e del sud.

Eppure, tra i pazienti che hanno percorso una distanza compresa tra 1 e 3 ore, il gradiente nord-sud risulta non significativo e sembra sparire completamente tra i pazienti che hanno percorso un tragitto superiore alle 3 ore.

L'effetto "protettivo" della mobilità ospedaliera sugli esiti sembra confermato anche tra i pazienti ricoverati per intervento di valvuloplastica.

L'analisi per Regione di intervento (tabella 5)

TABELLA 3 - Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 gg. per area di residenza e tempi di percorrenza

Area di residenza	Tempo di percorrenza	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	<= 1h	5051	2,40	2,24	1,00	
	1-3h	2589	1,82	1,75	0,78	0,174
	>3h	287	2,44	2,86	1,28	0,534
Centro	<= 1h	1575	3,24	3,26	1,00	
	1-3h	1650	1,88	2,02	0,62	0,041
	>3h	268	1,87	1,98	0,61	0,293
Sud	<= 1h	2649	3,89	4,15	1,00	
	1-3h	2109	2,37	2,18	0,53	0,000
	>3h	902	2,00	2,25	0,54	0,019

TABELLA 4 - Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 gg. per tempi di percorrenza e area di residenza

Tempo di percorrenza	Area di residenza	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
<= 1h	Nord	5051	2,40	2,24	1,00	
	Centro	1575	3,24	3,26	1,45	0,035
	Sud	2649	3,89	4,15	1,85	0,000
1-3h	Nord	2589	1,82	1,75	1,00	
	Centro	1650	1,88	2,02	1,15	0,548
	Sud	2109	2,37	2,18	1,25	0,297
>3h	Nord	287	2,44	2,86	1,00	
	Centro	268	1,87	1,98	0,69	0,532
	Sud	902	2,00	2,25	0,79	0,591

mostra una significativa riduzione della mortalità a 30 giorni per i pazienti del sud che si operano fuori dalla Regione di residenza: il ricovero fuori Regione è associato ad un rischio relativo pari a 0,53 con una significatività statistica molto elevata ($p=0,005$). Risultati analoghi

si ottengono analizzando la mobilità per tempi di percorrenza (tabella 6). I pazienti che percorrono tragitti di durata superiore alle 3 ore presentano una significativa riduzione della mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico ($p=0,015$). Anche in questo caso, il beneficio ri-

TABELLA 5 - Intervento di valvuloplastica isolata: mortalità a 30 gg. per area di residenza e regione di intervento

Area di residenza	Regione di intervento	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	Stessa regione	6138	2,90	2,72	1,00	
	Regione diversa	674	3,56	3,61	1,33	0,209
Centro	Stessa regione	2511	3,07	3,04	1,00	
	Regione diversa	397	2,02	2,06	0,68	0,303
Sud	Stessa regione	3331	4,74	4,97	1,00	
	Regione diversa	1055	2,27	2,64	0,53	0,005

* Età, genere e comorbidità.

TABELLA 6 - Intervento di valvuloplastica isolata: mortalità a 30 gg. per area di residenza e tempi di percorrenza

Area di residenza	Tempo di percorrenza	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	<= 1 h	3976	2,92	2,72	1,00	
	1-3h	2504	3,08	2,89	1,06	0,697
	>3h	332	2,71	2,90	1,07	0,851
Centro	<= 1 h	1222	3,60	3,58	1,00	
	1-3h	1285	2,18	2,09	0,58	0,031
	>3h	401	3,24	3,54	0,99	0,974
Sud	<= 1 h	1596	4,89	5,31	1,00	
	1-3h	1545	4,40	4,50	0,85	0,333
	>3h	1245	2,89	3,21	0,60	0,015

* Età, genere e comorbidità.

TABELLA 7 - Intervento di valvuloplastica isolata: mortalità a 30 gg. per tempi di percorrenza e area di residenza

Tempo di percorrenza	Area di residenza	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
<= 1 h	Nord	3976	2,92	2,72	1,00	
	Centro	1222	3,60	3,58	1,32	0,141
	Sud	1596	4,89	5,31	1,96	0,000
1-3h	Nord	2504	3,08	2,89	1,00	
	Centro	1285	2,18	2,09	0,72	0,159
	Sud	1545	4,40	4,50	1,56	0,012
>3h	Nord	332	2,71	2,90	1,00	
	Centro	401	3,24	3,54	1,22	0,651
	Sud	1245	2,89	3,21	1,11	0,789

* Età, genere e comorbidità.

guarda esclusivamente i pazienti residenti nel sud del Paese.

Come già evidenziato nella coorte di pazienti con intervento di bypass, anche nel caso delle valvuloplastiche, all'aumentare dei tempi di percorrenza si attenuano le differenze di esito tra le tre ripartizioni geografiche (tabella 7), differenze che risultano invece molto accentuate se si considerano i pazienti operati in prossimità della propria residenza.

Profondamente diversi sono i risultati della coorte di pazienti con intervento per tumore del polmone, presentati in tabella 8. In questo caso non emerge alcuna relazione sistematica tra mobilità ospedaliera ed esito del ricovero. Tutti i rischi relativi risultano statisticamente non significativi, ad eccezione di un inatteso eccesso di rischio per i residenti nel nord, che si operano ad una distanza maggiore di 3 ore dal proprio Comune di residenza.

CONCLUSIONI

Numerosi studi hanno misurato e descritto il fenomeno della mobilità ospedaliera, ma non è ancora chiaro quali siano gli esiti effettivamente associati a questi “viaggi per la salute”.

Il Programma nazionale esiti può contribuire a colmare questa lacuna informativa anche se, per una valutazione critica dei risultati, è opportuno precisare che le analisi non sono state corrette né

stratificate per posizione socio-economica, caratteristica che potrebbe essere associata sia al fenomeno della mobilità sia agli esiti del ricovero.

I primi risultati mostrano come i pazienti che si muovono alla ricerca di assistenza sanitaria lontano dalla propria area di residenza traggono un concreto beneficio dallo spostamento, ma solo per i problemi di salute che è possibile trattare in modo efficace con le cure disponibili.

Infatti, i dati presentati in questo lavoro dimostrano che per alcuni trattamenti cardiocirurgici di provata efficacia, come l'intervento di bypass aorto-coronarico e la valvuloplastica, i malati che si spostano su lunghi percorsi, soprattutto dalle Regioni del Mezzogiorno, hanno risultati di sopravvivenza significativamente migliori dei pazienti che rimangono a farsi curare nelle strutture vicine alla propria residenza.

Quando, invece, si analizzano gli effetti della mobilità sanitaria sulle malattie per le quali il trattamento non riesce ad apportare un rilevante beneficio in termini di sopravvivenza, come il tumore del polmone, non emerge alcuna differenza tra i pazienti che si curano lontano e quelli che rimangono vicini al proprio domicilio. Queste “eccezioni”, se ben valutate, potrebbero rendere superflui i tradizionali spostamenti tra il sud e il nord del Paese.

Ad una prima lettura dei risultati, nei casi in cui le strutture regionali non offrano sufficienti ga-

TABELLA 8 - Intervento per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 gg. per area di residenza e tempi di percorrenza

Area di residenza	Tempo di percorrenza	N	Mortalità	Mortalità aggiustata*	RR	p
Nord	<= 1h	7626	1,94	1,91	1,00	
	1-3h	2408	1,58	1,55	0,82	0,294
	>3h	2565	2,53	2,83	1,48	0,014
Centro	<= 1h	3014	1,92	1,90	1,00	
	1-3h	1716	1,92	2,03	1,07	0,761
	>3h	1548	2,65	2,38	1,26	0,294
Sud	<= 1h	1385	1,56	1,63	1,00	
	1-3h	1659	1,99	1,85	1,13	0,780
	>3h	1481	1,46	1,57	0,96	0,945

* Età, genere e comorbidità.

ranzie di efficacia, ad esempio per l'esiguo volume di attività, bisognerebbe considerare come positiva la possibilità per i cittadini di recarsi verso centri di eccellenza di altre Regioni. Tuttavia, la programmazione sanitaria nazionale e regionale

dovrebbe stabilire se questo ricorso ad un'offerta sanitaria a distanza sia davvero la soluzione più efficiente o possa, invece, essere "corretto" attraverso una revisione della rete dell'offerta regionale.

BIBLIOGRAFIA

- Agabiti N, Davoli M, Fusco D, Stafoggia M, Perucci CA, *Comparative evaluation of health services outcomes*. Epidemiologia e Prevenzione. 2011; 35(2 Suppl. 1): 1-80.
- Cislighi C, Morandi I, Di Virgilio E, Tavini G, *La mobilità ospedaliera*. I Quaderni di Monitor, 5° Supplemento al numero 24, 2009.
- Fabbri D, Robone S, *The geography of hospital admission in a national health service with patient choice*. Health Economics. 2010; 19: 1029-1047.
- Glinosa IA, Baeten R, Maarse H, *Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries*. Health Policy. 2010; 95(2-3): 103-112.
- Pica F, D'Alessio L, Villani S *La questione dei costi standard ed i problemi del Mezzogiorno*, in «Rivista economica del Mezzogiorno». 2008; n. 3-4, pp. 631-666.
- Propper C, Damiani M, Leckie G, Dixon J, *Impact of patients' socioeconomic status on the distance travelled for hospital admission in the English National Health Service*. Journal of Health Services Research & Policy. 2007; Vol 12 No 3: 153-159.

VIAGGIARE PER LA SALUTE: NECESSITÀ O OPPORTUNITÀ?

di *Alessio Petrelli**, *Tania Landriscina**, *Giuseppe Costa[^]*, *Emanuela Bologna^o*, *Manila Bonciani^o*,
*Chiara Marinacci**, *Gabriella Sebastiani^o*

* SC a DU Epidemiologia, ASL3 TO - Regione Piemonte

^o ISTAT

[^] Direttore SC a DU Epidemiologia, ASL3 TO - Regione Piemonte

La mobilità sanitaria è un fenomeno esteso e rilevante (7% di ricoveri al di fuori della Regione di residenza per 3 miliardi di euro di valore economico) che attrae l'attenzione del pubblico quando è sintomo di un'inadeguatezza reale o percepita dell'offerta, e che è sotto il mirino della politica perché richiede meccanismi di compensazione equilibrati tra chi eroga e chi paga. Sinora la mobilità sanitaria è stata legata all'idea esclusivamente amministrativa di sconfinamento regionale, ma recentemente (1) si è cominciato a ragionare sui meccanismi che determinano il ricorso al ricovero ospedaliero in aree diverse da quelle di residenza, evidenziando quattro componenti di mobilità passiva:

- “di prossimità”, che riguarda la scelta del presidio più comodo anche se territorialmente non corrispondente a quello in teoria formalmente assegnato;
- “di programmazione”, per alcune prestazioni di elevata complessità che il sistema sceglie di localizzare in pochi definiti presidi, al fine di garantire un numero sufficiente di prestazioni necessario per mantenere performance a livelli elevati di eccellenza;
- “di casualità”, associata ai movimenti ed agli spostamenti temporanei della popolazione, sia di lungo periodo, ad esempio per lavoro o studio, sia di breve e brevissimo periodo come

nel caso delle ferie o dei viaggi occasionali;

- “di carenza di offerta” sul proprio territorio, quantitativa e/o qualitativa. Gli utenti scelgono un presidio anche distante nella necessità di farsi curare tempestivamente o nella percezione di poter accedere a livelli di qualità dell'assistenza più elevati.

Mentre le prime due componenti sono compatibili con situazioni positive sul piano organizzativo e su quello programmatico e la terza componente è inevitabile e non dipende da situazioni legate al sistema sanitario, il vero problema è costituito dalla quarta componente, che è associata a situazioni di mal funzionamento del sistema sanitario.

Risulta allora interessante descrivere la distribuzione dell'ospedalizzazione in mobilità nella popolazione, anche tenendo conto della prospettiva determinata da questa classificazione del fenomeno.

Inoltre le implicazioni che la mobilità sanitaria ha per l'equità sono poco conosciute e sono ancor meno considerate nelle azioni di governo del fenomeno. Eppure due domande dovrebbero sorgere spontanee. La prima è se chi si muove lontano alla ricerca di un'offerta di assistenza più adeguata guarisca prima e meglio di chi si affida alla risposta del proprio Servizio sanitario regionale; se così fosse, la mobilità sanitaria sarebbe un meccanismo positivo per il bene del paziente. La

seconda è se tutti fruiscano allo stesso modo di questa possibilità di muoversi alla ricerca di cure migliori; se così non fosse, si potrebbero verificare disuguaglianze nell'uso di questa opportunità e, di conseguenza, disuguaglianze negli esiti delle cure. Queste domande assumono ancora maggior rilievo nel nostro Paese poiché sono strettamente connesse con la quota della mobilità sanitaria attribuibile all'inadeguatezza quantitativa o qualitativa dell'offerta, che si concentra soprattutto in alcune parti del servizio sanitario delle regioni meridionali.

Mentre la prima domanda comincia a trovare risposte nel sistema nazionale di valutazione degli esiti, nella direzione che chi si muove garantirebbe di più per i problemi di salute che sono trattabili con le cure (2), il presente contributo ha avuto l'obiettivo di descrivere le iniquità nell'ospedalizzazione in mobilità passiva in relazione alla dimensione culturale (livello di istruzione) ed economica (risorse economiche, condizione abitativa) della posizione sociale utilizzando le seguenti definizioni di mobilità passiva:

- extra-provinciale;
- extra-regionale;
- un indicatore proxy della distanza percorsa per raggiungere la struttura di ricovero (lag).

MATERIALI E METODI

L'archivio longitudinale dell'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari dell'Istat (3) ha consentito di analizzare l'associazione tra caratteristiche socioeconomiche della popolazione italiana e mobilità passiva in un arco temporale molto esteso (2001-2008).

A partire dall'indagine sulle condizioni di salute della popolazione italiana (n=140.011) è stato effettuato un record linkage individuale con gli archivi Sdo nazionali (126.601 linkabili codice fiscale completo) dal 2001 al 2008. Sono stati individuati 172.869 ricoveri per 62.394 individui. È stato inoltre effettuato il record linkage con gli archivi di mortalità Istat dal 1999 al 2007 al fine di individuare i soggetti deceduti durante il pe-

riodo di osservazione (n=8.887), che sono stati esclusi dalle analisi.

Di questi, 2.696 ricoveri (1.330 individui) sono stati effettuati con trasferimento della Regione di residenza durante il periodo di osservazione.

16.486 (9,5%) sono stati i ricoveri fuori regione (rfr) per 8.468 individui, di cui 3.250 con più di un rfr, mentre 34.533 (20%) ricoveri sono stati effettuati fuori provincia (rfp) per 12.757 individui.

Sono stati stimati modelli logistici gerarchici a intercetta casuale (4) per la stima della probabilità di ricovero in mobilità passiva, in cui il livello 1 è stato rappresentato dai ricoveri e il livello 2 dagli individui, utilizzando come misure di esito:

- ricoveri fuori regione;
- ricoveri fuori provincia;
- lag regionale;
- lag provinciale.

Il lag è stato definito come il numero di province (lag provinciale) o regioni (lag regionale) attraversate per raggiungere l'ospedale dalla residenza (1).

La tabella 1 mostra la distribuzione dei ricoveri secondo gli esiti considerati.

Sono stati considerati come determinanti del ricovero in mobilità passiva il livello di istruzione, classificato in 3 categorie (basso, medio, alto), il giudizio sulle risorse economiche familiari, classificato in 2 categorie (scarse/insufficienti, ottime/adequate) e l'abitazione, classificata in 2 categorie (non adeguata, adeguata) sulla base dell'età, del titolo di godimento (proprietà, affitto, usufrutto, titolo gratuito), del numero di bagni presenti e della percezione dell'adeguatezza delle dimensioni (troppo piccola: sì/no).

Come confondenti sono stati considerati l'età, classificata in 2 categorie (<64; >= 65), il periodo (2001/2004; 2005/2008) e la morbosità cronica (nessuna/bassa; media/alta), aggregata sulla base dei terzili dell'indice composito, ricavato utilizzando le informazioni presenti sul questionario di rilevazione in merito alla presenza di 29 malattie croniche autoriferite e 5 forme di inva-

lità (5). Infine, per tenere conto delle differenze all'interno del territorio nazionale, la ripartizione geografica è stata valutata come modificatore di effetto inserendo nei modelli gli effetti interattivi con le covariate socioeconomiche.

RISULTATI

La probabilità di ricovero al di fuori della Regione di residenza è assai eterogenea. I modelli statistici, a parità di età, periodo e livello di morbosità cronica, evidenziano che i soggetti con titolo di studio elevato hanno una probabilità di ricovero fuori regione maggiore del 70% rispetto alla popolazione meno scolarizzata, chi è soddisfatto delle proprie risorse economiche maggiore del 20%, chi vive in abitazioni adeguate del 30% in più (tabella 2). I residenti nel sud si spostano per ricoverarsi il doppio rispetto a chi vive nel nord-est e il 70% in più rispetto ai residenti nel centro e nel nord-ovest.

Questo effetto di selezione si manifesta anche per

i ricoveri in day hospital, seppur con differenze socioeconomiche meno marcate (tabella 3).

La selezione nella mobilità passiva extraregionale incide con la stessa entità sui ricoveri a rischio di inappropriatazza (18% dei rfr) e sui ricoveri programmati (80,7% dei rfr). I ricoveri programmati, peraltro, tendono per loro natura a non essere legati a componenti di casualità, quanto piuttosto a coinvolgere problemi legati alla carenza di offerta. Differenze socioeconomiche marcate si osservano inoltre per tutte le principali cause di ricovero (tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie respiratorie, ricoveri ortopedici e per parto e complicazioni della gravidanza). Per i tumori, le malattie respiratorie e i ricoveri materno-infantili, i differenziali per livello di istruzione risultano essere ancora più marcati (dati non mostrati).

Inoltre, maggiore è la distanza percorsa e più elevate risultano le differenze socioeconomiche per titolo di studio, mentre rimangono costanti o ad-

TABELLA 1 - Distribuzione dei ricoveri per area di erogazione

	Fuori	Entro	Totale
Regione	16.486	156.383	172.869
	9,6	90,5	
Lag 1	9.359	0	9.359
	56,8		
Lag 2	2.354	0	2.354
	14,3		
Lag 3	4.773	0	4.773
	28,9		
Provincia	34.533	138.286	172.819
	19,98	80,02	
Lag 1	21.861	0	21.861
	63,3		
Lag 2	3.698	0	3.698
	10,7		
Lag 3	8.974	0	8.974
	26,0		

dirittura si riducono quelle per risorse economiche e materiali. Infatti la probabilità di ricovero in una regione, ma anche in una provincia non adiacente a quella di residenza, è doppia per i soggetti con titolo di studio più elevato (tabella 4).

Le differenze socioeconomiche sono quindi presenti sia nei ricoveri “di prossimità”, ma in maniera ancora più accentuata nei ricoveri che richiedono spostamenti più grandi a causa di “carenza di offerta”; per questi casi il possesso di mag-

TABELLA 2 - Odds ratios e intervalli di confidenza per la probabilità di RFR: ricoveri ordinari, tutte le cause

		OR	IC 95%	
ETA'	>64	1		
	18-44	1.37	1.26	1.50
	45-64	1.63	1.52	1.76
PERIODO	2001-2004	1		
	2005-2008	1.05	1.00	1.11
CRONICITA'	nessuna, bassa	1		
	media, alta	1.05	0.98	1.12
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Isole	1		
	Nord-Ovest	1.52	1.35	1.72
	Nord-Est	1.08	0.96	1.22
	Centro	1.53	1.36	1.73
	Sud	2.36	2.12	2.63
ISTRUZIONE	bassa	1		
	media	1.30	1.21	1.41
	alta	1.68	1.55	1.82
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1		
	ottime/adequate	1.21	1.13	1.29
ABITAZIONE	non adeguata	1		
	adeguata	1.28	1.18	1.39

TABELLA 3 - Odds ratios e intervalli di confidenza per la probabilità di RFR: ricoveri DH, tutte le cause

		OR	IC 95%	
ETA'	>64	1		
	18-44	1.40	1.23	1.60
	45-64	1.04	0.92	1.17
PERIODO	2001-2004	1		
	2005-2008	1.11	1.02	1.20
CRONICITÀ	nessuna, bassa	1		
	media, alta	0.97	0.88	1.08
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Isole	1		
	Nord-Ovest	3.15	2.54	3.90
	Nord-Est	2.98	2.39	3.72
	Centro	3.15	2.52	3.92
	Sud	4.53	3.69	5.57
ISTRUZIONE	bassa	1		
	media	1.03	0.91	1.17
	alta	1.37	1.21	1.55
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1		
	ottime/adequate	1.12	1.01	1.24
ABITAZIONE	non adeguata	1		
	adeguata	1.14	1.00	1.30

giori risorse culturali sembra incidere in modo preponderante nella capacità di selezionare la struttura in grado di offrire la qualità di assistenza, almeno percepita, più elevata.

Vale la pena sottolineare che le differenze socioeconomiche risultano significativamente eterogenee per titolo di studio: le maggiori probabilità di ricovero in mobilità passiva extraregionale si osservano nelle isole, mentre per le risorse economiche e le risorse materiali le probabilità più basse sono per i residenti nel nord-ovest.

CONCLUSIONI

Anche se bisognerebbe considerare come positiva, almeno temporaneamente, la possibilità per i cittadini di recarsi verso centri di eccellenza di al-

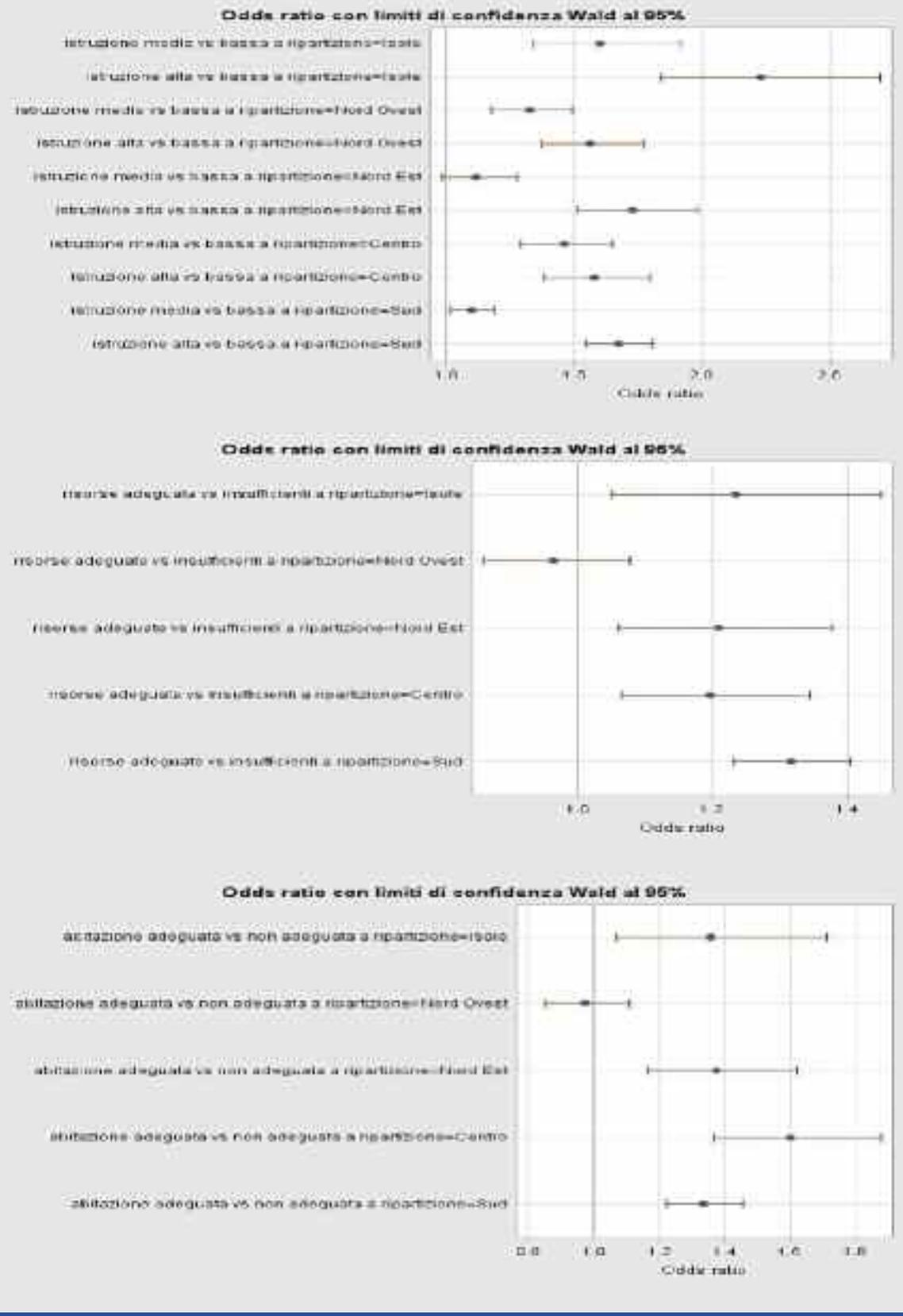
tre regioni, invece di farsi curare in strutture regionali che non offrono garanzie di efficacia, ad esempio per l'esiguo volume di attività, contemporaneamente la programmazione sanitaria nazionale e regionale dovrebbe stabilire se il ricorso a un'offerta sanitaria a distanza sia davvero la soluzione più efficiente, o se invece non possa essere corretto con una revisione della rete dell'offerta regionale propria o di confine. Il presente lavoro mostra inoltre indizi di iniquità, che segnalano come i vantaggi dell'accessibilità all'offerta di assistenza extra regionale, o comunque distante dall'area di residenza, siano fruibili solo da alcuni e che i costi sociali ad essa associati probabilmente non siano sempre sostenibili da tutti.

segue a pag. 73 ►

TABELLA 4 - Differenze socioeconomiche per lag regionale e provinciale: ricoveri ordinari e DH (OR e IC 95%)

Ricoveri fuori Regione Ordinari		lag 1			lag 2+		
		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
ISTRUZIONE	bassa	1			1		
	media	1.10	1.00	1.21	1.56	1.39	1.74
	alta	1.37	1.24	1.52	2.19	1.95	2.45
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1			1		
	ottime/adequate	1.31	1.21	1.42	1.10	1.00	1.20
ABITAZIONE	non adeguata	1			1		
	adeguata	1.28	1.15	1.42	1.20	1.07	1.35
DH							
ISTRUZIONE	bassa	1			1		
	media	1.74	1.50	2.02	1.04	0.85	1.27
	alta	1.00	0.86	1.15	1.58	1.30	1.93
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1			1		
	ottime/adequate	1.22	1.05	1.42	1.03	0.87	1.20
ABITAZIONE	non adeguata	1			1		
	adeguata	1.20	1.06	1.36	0.89	0.72	1.08
Ricoveri fuori Provincia Ordinari							
		lag 1			lag 2+		
ISTRUZIONE	bassa	1			1		
	media	1.04	0.96	1.11	1.45	1.33	1.58
	alta	1.12	1.04	1.21	2.06	1.89	2.25
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1			1		
	ottime/adequate	1.13	1.07	1.20	1.17	1.09	1.26
ABITAZIONE	non adeguata	1			1		
	adeguata	1.34	1.24	1.44	1.33	1.21	1.45
DH							
ISTRUZIONE	bassa	1			1		
	media	0.97	0.88	1.07	1.08	0.93	1.25
	alta	1.05	0.95	1.17	1.73	1.49	2.00
RISORSE ECONOMICHE	scarse/insuff	1			1		
	ottime/adequate	1.11	1.02	1.21	1.07	0.95	1.21
ABITAZIONE	non adeguata	1			1		
	adeguata	1.18	1.06	1.32	1.19	1.02	1.39

FIGURA 1 - Differenze socioeconomiche per ripartizione geografica



► segue da pag. 71

Infatti i risultati mostrano che la disponibilità di risorse materiali discrimina la possibilità di viaggiare per la propria salute. Ma ancora più selettivo risulta il titolo di studio: il possesso di credenziali educative si dimostra infatti fondamentale nell'orientare la scelta della struttura di ricovero. Il fenomeno riguarda principalmente i ricoveri generati da carenza di offerta, a prescindere dal livello di appropriatezza organizzativa.

Una prima conclusione è che l'effetto congiunto di una mobilità sanitaria finalizzata a produrre più guarigioni e di disuguaglianze sociali nella possibilità di muoversi per ragioni di salute, potrebbe implicare un'amplificazione delle disuguaglianze sociali negli esiti di salute, a svantaggio ovviamente di quanti non possono farvi ricorso. È stato infatti evidenziato (2) che per alcuni trattamenti cardiocirurgici di provata efficacia (intervento di bypass aorto-coronarico e valvuloplastica) i malati in mobilità lunga dalle Regioni del Mezzogiorno hanno risultati di sopravvivenza migliori dei malati che rimangono a farsi curare nelle strutture della propria regione. Viceversa, se si osservano le differenze per patologie dal cui trattamento non ci si aspetta un grande beneficio di sopravvivenza come il tumore del polmone, si os-

serva che i pazienti che si allontanano hanno la stessa sopravvivenza di quelli che cercano le cure vicino casa.

Vale la pena infine sottolineare che il nuovo sistema informativo sanitario nazionale si sta finalmente dotando di sistemi di indagine che permettono di valutare i risultati di salute del Servizio sanitario nazionale e la loro equità distributiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Cislighi C, Morandi I, Di Virgilio E, Tavini G. La mobilità ospedaliera, in *L'attività ospedaliera: dati e riflessioni. I quaderni di Monitor* 2009, 5° suppl., 24: 120-130.
2. Fusco D. Mobilità ed esiti dei ricoveri. Relazione orale – Convegno di primavera AGENAS-AIE -AIES, Roma, 3-4 maggio 2011.
3. Sebastiani G, Marinacci C, Bonciani M, Grippo F, Pappagallo M, Costa G. Predittività degli indicatori di predisabilità per mortalità e ricoveri. Poster - XXXV Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Torino, 7-9 novembre 2011.
4. Raudenbush SW, Bryk AS. Hierarchical linear models. Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, 2002.
5. Forni S, Cislighi C, Giorio MP. Tipologia di modelli di sanità. In "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute". Atti del convegno, Roma, 10-12 settembre 2002.

MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA: IMPLICAZIONI MANAGERIALI

74

i Quaderni di **MORJIOR***di Francesco Longo*

Direttore CERGAS - Università Bocconi, Milano

Il seguente articolo discute le opportunità e le minacce per un sistema sanitario caratterizzato da significativi livelli di mobilità inter e intra regionale dei pazienti, assumendo la prospettiva di analisi dei cambiamenti organizzativi e operativi interni alle aziende, necessari per affrontare rilevanti flussi di mobilità in entrata e in uscita. Ci poniamo la domanda se esistano differenze rilevanti tra un'azienda sanitaria pubblica che opera su un bacino di utenti chiuso ed una che, pur facendo gli stessi volumi di produzioni in termini di quantità e indice di specializzazione, opera in un bacino aperto, ovvero con il 30% di pazienti in mobilità passiva e il 30% in mobilità attiva.

Discutiamo questa differenza guardando alle principali funzioni aziendali e cercando di capire, in una prospettiva aziendale, i cambiamenti che sono necessari per governare il fenomeno della mobilità in entrata e in uscita, le convenienze e i costi aggiuntivi che questo scenario propone e impone alle aziende. Le funzioni aziendali che sottoponiamo ad analisi sono la strategia, l'organizzazione, il marketing, le leve di service e operation management e i sistemi informativi, ritenendole quelle più significativamente coinvolte nella gestione di rilevanti flussi di mobilità. Costruiamo il confronto assumendo che le due aziende in questione (quella a mercato aperto e quella a bacino di utenza chiuso e fidelizzato) siano due Ausl finanziate a quota capitaria, che

pagano a tariffe la mobilità in uscita dei residenti e incassano con le stesse tariffe la mobilità sanitaria in entrata per i pazienti non residenti. Esemplichiamo con delle Ausl, perché esse hanno una missione e un punto di vista non dissimile da quello del Ssn, essendo responsabili della tutela della salute complessiva dei loro residenti a fronte di un budget fisso, diversamente dalle Aziende ospedaliere, che hanno una vocazione più produttiva, e dai privati accreditati che hanno legittimamente una funzione obiettivo istituzionale diversa. La scelta di questa esemplificazione ci permette di trarre delle conclusioni che risultano vicine al punto di vista valutativo del Ssn. Sappiamo che in questa ipotesi di scuola, ipersemplicata, l'impatto sui flussi finanziari dell'Ausl a mercato aperto è neutro, in quanto lo stesso ammontare di risorse "perso" per la mobilità in uscita è controbilanciato dalle risorse aggiuntive derivanti dalla mobilità in entrata (Jommi, 2004).

Analizziamo ora, una ad una, le distinte funzioni aziendali coinvolte per il governo del fenomeno, discutendo le principali innovazioni che devono essere introdotte, le opportunità che inducono e i loro costi sorgenti.

FABBISOGNI E STRUMENTI STRATEGICI PER LA GESTIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA

La presenza di un mercato di consumi sanitari molto aperto impone all'azienda sanitaria pub-

blica almeno tre distinti fabbisogni strategici.

1. Sappiamo che, nell'attuale economia del Ssn, i consumi sanitari legati alla mobilità passiva sono quelli più a rischio di inappropriatazza, perché essa rappresenta un extrabudget per il produttore e l'attuale struttura di *governance* del Ssn non permette all'azienda Ausl, che paga la mobilità, di intervenire sui produttori, soprattutto se questi sono extraregionali. Questo impone all'Ausl di residenza del paziente, cioè finanziariamente al pagatore della prestazione, una strategia interna di lavoro sul governo della mobilità. La strategia interna dell'Ausl "esportatrice" di pazienti può basarsi sull'aumento o il miglioramento della produzione interna o sul gatekeeping dei pazienti.

2. Occorre considerare, inoltre, che l'Ausl necessita a sua volta di attrarre pazienti da altri territori, per controbilanciare, almeno parzialmente, le fughe.

3. Affinché il gioco competitivo inter-aziendale non diventi distruttivo per le singole aziende e per il sistema, è necessario che la competizione non determini un'ipertrofia delle capacità produttive disponibili, perché tutti cercano di competere su tutto il portafoglio delle prestazioni, generando ridondanze, meccanismi di proliferazione di inappropriatazza e situazioni di parziale saturazione delle capacità produttive, che in un settore a prevalenti costi fissi come la sanità, determinerebbe pesanti inefficienze. Questo impone una negoziazione inter-aziendale, formale o informale, esplicita o implicita, delle relative vocazioni produttive, affinché i consumi sanitari trovino un argine al loro incremento nel contingentamento ad area vasta dei fattori produttivi disponibili (Fattore, 2006).

Ognuno dei citati fabbisogni strategici (governo della mobilità in uscita, attrazione di pazienti, negoziazioni inter-aziendali delle vocazioni) richiede lo sviluppo di piani cognitivi sofisticati, di strumenti operativi articolati per i quali alla singola azienda è richiesto stabilire una postura strategica specifica. L'Ausl può infatti posizionarsi lavorando molto sul rafforzamento del-

la propria capacità produttiva, cercando con questa strategia di evitare le fughe, oppure può lavorare molto con i Mmg/Pls sul gatekeeping della mobilità. In alternativa, può accettare livelli rilevanti di mobilità in uscita, perché si concentra molto sullo sviluppo di una propria attrattività in specifiche specialità che controbilanciano finanziariamente le fughe. Oppure può concentrarsi su una strategia di negoziazione incrociata e complementare delle vocazioni con le aziende di arrivo e partenza dei pazienti, in modo da ricostruire un equilibrio complessivo a livello di sistema. L'azienda può essere protagonista attiva nella definizione del proprio posizionamento strategico oppure invocare o subire la programmazione regionale. Come si osserva, all'aumento della mobilità dei pazienti, aumentano i gradi di complessità del sistema e quindi il numero di posture strategiche che l'azienda può assumere. In questo caso il termine "strategie" assume il suo significato originario più pieno: posizionare l'azienda su specifici mercati (quali pazienti?) e con specifici servizi (quale specialità?), calibrando volumi e fattori produttivi, in funzione complementare ai concorrenti (Lega, Cristofoli, 2005).

Sul piano degli strumenti manageriali per agire le diverse strategie, è necessario sottolineare come posture diverse richiedano l'attivazione di strumenti manageriali ed operativi diversi o perlomeno una loro specifica sottolineatura. Un'azienda che voglia rafforzare la produzione interna per diminuire le fughe investirà sullo sviluppo dei servizi e della professionalità, proponendo target di incremento della produzione e di coerente riduzione delle fughe. Un'Ausl che si focalizza sul *gatekeeping* responsabilizzerà a fondo i Mmg/Pls sul luogo e l'ambito di cura dei propri assistiti. Viceversa un'azienda che punta sull'aumento dell'import di pazienti, per controbilanciare le fughe, attiverà tutte le necessarie leve di marketing e incentiverà a fondo i professionisti sulla loro produzione per pazienti non residenti. Ancora più sofisticati e sottili sono i

processi di negoziazione delle vocazioni e delle specializzazioni di una rete vasta di aziende sanitarie, che intendano costruire una strategia concertativa. Essa è conveniente per tutti, ma richiede la realizzazione di mappe cognitive condivise, per rendere visibile ed esplicita la convenienza alla concertazione, invece che alla competizione distruttiva. Quindi bisogna negoziare i rispettivi investimenti, margini di espansione e processi di riduzione di quote di produzione. Questo può essere frutto di una presa d'atto di traiettorie storiche, di rapporti di potere dati o di strutturati processi di programmazione inter-aziendali. Il tutto può essere codificato da contratti o rimanere nell'alveo di una socializzazione implicita e condivisa. Il contratto può essere sintomo di strutturazione e codificazione, ma anche di parziale diffidenza reciproca; l'accordo sociale può essere basato su livelli presunti di maggiore fiducia reciproca e senso di appartenenza comune al sistema, ma può anche risultare vago e generico (Poppo, Zenger, 2002). Senza voler approfondire in questa sede gli aspetti analitici e operativi dei diversi strumenti di pianificazione e management strategico citati, è facile intravedere la loro complessità, sia tecnica sia realizzativa, e soprattutto la difficoltà nel disegnare e assumere scelte di questa portata e rilevanza per il destino di una azienda sanitaria pubblica.

FABBISOGNI E STRUMENTI DI MARKETING

Il governo di flussi di mobilità in entrata e in uscita dei pazienti si espleta sviluppando logiche e strumenti di marketing che nelle aziende sanitarie sono particolarmente sofisticati, perché le determinanti che portano il paziente a privilegiare una struttura o un professionista sanitario sono articolate e differenziate per profilo sociale e personale e perché la funzione marketing in sanità è una funzione diffusa, dispersa socialmente e quindi difficilmente catturabile da un singolo ufficio o da uno strumento centrale di comunicazione (Lega, 2006). Esistono, infatti, determinanti diverse alla mobilità sanitaria: ricerca di strutture

dotate di alte specialità o di brand specialistici di richiamo, differenziali nella lunghezza delle liste di attesa, presenza di figli o parenti in una determinata regione o in una città capaci di garantire vicinanza affettiva e materiale durante le cure, mobilità professionale o di studio dei pazienti, ricerca di costi di fruizione più bassi (il costo può essere finanziario ma anche essere rappresentato dalla durata della procedura assistenziale: 1 giorno di ricovero invece che 3), mobilità residenziale in funzione di diverse stagioni esistenziali (es. il caso di pensionati che durante la stagione estiva o invernale risiedono in altre località più temperate e piacevoli per lunghi periodi). Ognuna di queste determinanti richiede una strategia di attrazione distintiva e specifica, che impone attivazione di logiche e strumenti ad hoc per le aziende. Se un'azienda intende attrarre gli anziani che hanno la seconda casa o sono turisti nel suo territorio deve facilitare loro la conoscenza e accessibilità dei servizi aziendali, semplificando loro la burocrazia di ingresso, pur non essendo residenti. Se il driver di attrazione sono le liste di attesa, quelle dell'azienda devono essere più corte della media del mercato. Se ciò che conta è il tasso di specializzazione reale o percepito è necessario reclutare professionisti di prestigio, essere visibile sui media, sviluppare la vocazione di ricerca ed universitaria. A differire non sono solo i driver di attrazione, ma anche i segmenti sociali a cui corrispondono distinti profili di consumo.

È possibile segmentare gli utenti sanitari delle società industriali avanzate nelle categorie che descriviamo di seguito.

Utente evoluto: utente adulto, culturalmente e socialmente avanzato, economicamente benestante, sostenitore del self-empowerment nella gestione del proprio processo individuale di cura, che si costruisce una propria rete stabile di professionisti (anche privati) di riferimento, che si preoccupa sistematicamente e proattivamente del proprio benessere psicofisico, adottando stili di vita sani, completando periodicamente e regolarmente ci-

di diagnostici preventivi (visite dal dentista, Mmg, ginecologo, partecipazione a screening, ecc.).

Utente competente: non si è creato una rete stabile di professionisti di fiducia cui rivolgersi, ma adotta forme di self-empowerment attraverso l'auto-informazione, non appena dovesse sorgere un problema sanitario. Ha i mezzi culturali, sociali ed economici per reperire rapidamente le informazioni necessarie per la fruizione dei servizi appropriati, per agire con compliance ai percorsi, per ricercare secondi pareri.

Utente tradizionale: predilige affidarsi ai servizi sanitari di vicinanza del Ssn, soprattutto quelli capaci di esprimere un buono status istituzionale, rispetto al quale scatta un meccanismo di fiducia e affidamento, in grado di pacificare i processi di fruizione, che non diventano più di tanto consapevoli nella conoscenza dei problemi e dei contenuti sanitari. L'utente tradizionale, soprattutto se di fascia media, si sente garantito dal rigore istituzionale dell'azienda, che potrebbe sempre più evidenziarsi garantendo nella politica comunicativa percorsi basati sull'Evidence Based Medicine, come moderno strumento di branding istituzionale.

Utente cronico: utente caratterizzato da un forte bisogno di assistenza in virtù del suo elevato livello di cronicità. Conosce a fondo i servizi e le regole del gioco per la loro assidua frequentazione, anche se lungo un set di percorsi chiuso e limitato, correlato alla sua patologia. È la categoria che nel Ssn esprime il più alto grado di soddisfazione per i servizi, perché, superate o abituati alla complessità e farraginosità dei meccanismi di accesso, ne colgono e condividono la qualità sostanziale.

Utente passivo-fragile: anziano parzialmente o completamente non autosufficiente, straniero con difficoltà di integrazione, minore abbandonato, disagiato psichico o sociale, alcool o tossico dipendente, non riesce a trasformare da solo il proprio bisogno sanitario in domanda esplicita. Necessita della presenza di un servizio pubblico che lo assista con una logica consulenziale e di *ca-*

se management, capace di intervenire proattivamente per trasformare il suo bisogno in domanda e in consumi effettivi, pena il rischio di intensificare nel tempo lo stato di necessità (Longo, Del Vecchio, Lega, 2010).

La medicina contemporanea, a fronte di patologie simili, per ottenere la stessa *compliance* dai pazienti e quindi la stessa efficacia clinica, deve modulare il modello di accesso e di servizio in funzione dei cluster di utenti. Lo scenario peggiore e più costoso per un'azienda sanitaria è quello in cui il portafoglio di utenti si suddivide in egual misura tra tutti i cluster proposti, perché questo impone l'attivazione di distinti e specifici canali di fruizione per ogni *cluster* e quindi una frammentazione dei servizi e delle condizioni organizzative. All'opposto, lo scenario migliore è quello in cui la grande maggioranza dei pazienti afferiscono ad uno solo dei cluster proposti o al massimo si polarizzano tra due di essi, potendosi così l'azienda limitare a sole due distinte configurazioni dei servizi. La mobilità sanitaria aumenta probabilmente la variabilità e la distanza tra i *cluster* di utenti, aumentando di molto le prime due categorie, essendo le ultime tre quelle fisiologicamente popolate localmente.

Per ognuno dei *cluster* presenti o target dell'azienda è necessario progettare, costruire e monitorare l'efficacia di distinti canali di accesso e modelli di fruizione dei servizi. Un paziente del *cluster* "evoluto" o "competente" con una patologia stabilizzata, una volta impostata la terapia, può essere lasciato a lunghe fasi di autonomia basate su un suo personale meccanismo di controllo a cui è stato istruito, mentre un paziente "cronico" deve essere probabilmente controllato frequentemente rispetto la sua compliance; al contrario, ad un paziente "fragile" è necessario somministrare direttamente la terapia per riuscire ad essere efficaci.

In caso di rilevanti fenomeni di mobilità in entrata e in uscita, quindi, è necessario sia lavorare sui distinti driver di attrazione e fuga per cerca-

re di governare il fenomeno, sia clusterizzare gli utenti, pur in presenza di patologie simili, in funzione del segmento socio-culturale a cui afferiscono.

FABBISOGNI E ASSETTI ORGANIZZATI

Per gestire il fenomeno o i fenomeni di mobilità occorre decidere chi responsabilizzare sul governo della mobilità in azienda. Se è facile sapere chi responsabilizzare e incentivare sull'aumento dell'attrattività (i dirigenti della produzione) non è altrettanto immediata la definizione del meccanismo per la loro responsabilizzazione (Salvatore, 2006). I loro obiettivi possono essere focalizzati sull'aumento della produzione, ma essa potrebbe indurre domanda inappropriata invece che corrispondere a un contenimento o a un recupero delle fughe. Si potrebbe responsabilizzare le unità produttive su un aumento della produzione all'interno di precisi parametri di appropriatezza, ma questi non sono così facili da operationalizzare ed inoltre le fughe potrebbero corrispondere proprio ai consumi più inappropriati e quindi per questa via verrebbero paradossalmente esclusi dal target. In alternativa, si può usare un sistema combinato che responsabilizzi i professionisti, contestualmente all'aumento o all'intensificazione della produzione e al corrispondente esplicito monitoraggio della riduzione della mobilità dei residenti sui loro specifici ambiti. Questo potrebbe però essere difficile da far accettare ai professionisti. Più complessa ancora è la costruzione della geografia delle competenze organizzative per il governo diretto della mobilità in uscita. L'assegnazione della responsabilità aziendale potrebbe essere la funzione che negozia e firma i contratti di fornitura degli erogatori sanitari (strutture sanitarie pubbliche, privato accreditato e strutture socio-sanitarie). Spesso, però, questi contratti non sono disponibili, perché l'assetto istituzionale vigente scoraggia quelli con aziende lontane ed esterne al perimetro geografico dell'Ausl e sostanzialmente impedisce quelli inter-regionali

(salvo lodevoli eccezioni). Anche le cure primarie potrebbero essere responsabilizzate per la loro tipica funzione di gatekeeping, responsabilizzando Mmg/Pls rispetto ai luoghi di cura dove avvengono i consumi dei loro iscritti. Significa creare un apposito meccanismo di reportistica, definizione di target e incentivazione di questa funzione per i Mmg e i Pls. Oppure si potrebbero responsabilizzare i direttori delle strutture organizzative intermedie (direttori di dipartimenti e di distretti) che hanno come contenuto distintivo della propria funzione proprio l'organizzazione dei percorsi e delle interdipendenze tra unità operative, in modo da determinare una rete di servizi coordinata e integrata, che dovrebbe facilitare la fruizione dei pazienti, rendendo l'azienda attraente rispetto ai concorrenti. Ognuna di queste prospettive è purtroppo parziale proprio perché il marketing è una funzione diffusa nell'azienda sanitaria. Ma anche la costruzione di una geografia delle responsabilizzazioni diffusa in tutta la filiera aziendale (nucleo aziendale per gli acquisti sanitari, professionisti della produzione, cure primarie, direttori delle strutture organizzative intermedie) non è immune da rilevanti criticità. Innanzitutto, richiede processi attuativi e di maturazione culturale diffusi, lunghi e articolati. Inoltre, si crea una criticità incompressibile nell'overlapping delle determinanti dei successi e degli insuccessi nel governo della mobilità sanitaria, poiché molteplici sono i "luoghi aziendali" in cui è possibile responsabilizzare sul tema del governo della mobilità sanitaria e, quindi, diventa assai complesso distinguere per ciascuno di essi chiari meriti e demeriti nel successo o insuccesso dell'azione.

La tabella 1 analizza, in un panel di 11 Ausl afferenti a regioni diverse, il focus dei meccanismi di responsabilizzazione delle unità operative aziendali, descrivendo se esse sono monitorate sui mix e volumi di produzione o anche sui mix di consumi dei residenti. Nel primo caso è impossibile una riflessione esplicita sulla mobilità aziendale,

nel secondo caso essa costituisce, invece, un oggetto preciso di responsabilizzazione aziendale. L'analisi è articolata in 4 distinti ambiti di cura: il ricovero, la specialistica, le strutture socio-sanitarie per anziani, il pronto soccorso.

La stessa tabella evidenzia come, ad oggi, le Ausl, pur in presenza di rilevanti fenomeni di mobilità, responsabilizzino ancora le proprie unità organizzative solo su dati di produzione e non di consumo dei residenti, escludendo quindi dal perimetro del controllo infra-aziendale la mobilità. Questo è un segnale delle evidenti difficoltà organizzative a disegnare ed attuare una strategia precisa di responsabilizzazione e, quindi, di governo della mobilità da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

Qualora queste strategie di responsabilizzazione fossero implementate, esse genererebbero automaticamente una rilevante criticità nelle politiche di gestione e incentivazione del personale. Infatti, deve essere stabilita la quota di incentivazione attesa correlata ai volumi produttivi diretti e la quota correlata per il recupero della mobilità in uscita, mentre quella in entrata può essere più facilmente identificata come un sotto-insieme logico della produzione. La produzione interna e il recupero della mobilità in uscita costituiscono due fenomeni solo parzialmente corre-

lati, perché parte del governo della mobilità è una funzione di indirizzo e gatekeeping dei pazienti, soprattutto quella afferente alla riduzione dell'inappropriatezza. Inoltre molti gatekeeper non hanno una funzione produttiva diretta sulla specialità contenuta. Questo impone di disegnare due parallele dimensioni di governo, che nel sistema di incentivazione devono poi essere ricondotte ad unitarietà.

FABBISOGNI E LEVE DI SERVICE E OPERATION MANAGEMENT

Una rilevante quota di mobilità attiva e passiva richiede soprattutto la rimodulazione di tutte le principali leve di service e operation management. Intendiamo per leve di service management le concrete caratteristiche dei servizi (luoghi, orari, meccanismi di fruizione, di prenotazione e referizzazione), mentre per operation management le configurazioni produttive necessarie per determinare le caratteristiche desiderate dei servizi (Alessani, Lega, Villa, 2007).

Analizziamo di seguito le principali leve di *service* e *operation management* che devono subire rilevanti aggiustamenti e modificazioni per contribuire a gestire il fenomeno della mobilità in entrata e in uscita. Se diventa strategico per un'azienda reclutare pazienti fuori territorio, questo

TABELLA 1 - La disponibilità immediata di dati sul consumo dei residenti in un campione di 11 Ausl

	Az.1	Az.2	Az.3	Az.4	Az.5	Az.6	Az.7	Az.8	Az.9	Az.10	Az.11	Tot dati Consumo per ambito
Ricoveri ospedalieri	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Cons	Cons	6/11
Specialistica	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Cons	Prod	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
Anziani	Prod	No dato	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
Pronto Soccorso	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	2/11
Totale dati Consumo per azienda	0/4	0/4	0/4	2/4	3/4	2/4	1/4	1/4	0/4	3/4	2/4	14/44



Ad ogni singola azienda del campione, è stato richiesto quale sia la disponibilità effettiva di dati, sulla base di tre possibili scenari:

- **Assenza di disponibilità** di dato ("No dato")
- Presenza del solo **dato di produzione**, ossia il dato del numero e del costo delle prestazioni direttamente erogate dalla ASL ("Prod")
- Presenza del **dato di consumo** dei residenti ("Cons")

Tratto da: Longo, Salvatore, Tasselli, 2011

è fattibile o mandando i propri specialisti a fare ambulatorio in mobilità esterna (probabilmente in libera professione) o attivando professionisti fuori sede come broker. Per pazienti in mobilità in entrata le prenotazioni devono essere prevalentemente telefoniche oppure on line. Quote rilevanti di diagnostica pre e post accesso per pazienti fuori sede devono avvenire presso un erogatore partner o un point of care aziendale distaccato o sfruttando, tramite un'antenna aziendale distaccata, la telemedicina (Meneguzzo e Cepiku, 2008). Le prestazioni devono essere riconfigurate con una logica di concentrazione della fruizione: tempi certi e sviluppo di logiche a "pacchetti" o di day service, perché al paziente in mobilità più difficilmente può essere chiesto di presentarsi più volte in giorni diversi, magari distanziati, per ottenere le singole prestazioni. La referenziazione deve essere domiciliare o elettronica o basata su professionisti collegati. È necessario, inoltre, supportare sia i pazienti ambulatoriali e in day hospital, sia i loro accompagnatori per gli aspetti logistico-alberghieri, trovando soluzioni di sostegno per il trasporto, il vitto e l'alloggio, il più funzionale possibile rispetto la struttura di cura ed economicamente sostenibili, per evitare che costi collaterali di fruizione scoraggino la mobilità in entrata dei pazienti. Similmente alle fasi diagnostiche precover o preprestazioni specialistiche, anche i processi di follow up e di riabilitazione potrebbero più utilmente essere svolti vicino il domicilio del paziente, dovendo però trovare forme di coordinamento e integrazione con la struttura che ha funzionato come hub del processo di cura.

Va sottolineato che molte, se non tutte, le funzioni ancillari svolte nel territorio di residenza del paziente in coordinamento con il centro hub che fa attrazione sanitaria (reclutamento, diagnostica iniziale, follow up e riabilitazione, ecc.) sono probabilmente le meno interessanti e gratificanti sul piano professionale. Questo pone il quesito circa il tipo di incentivi da riconoscere all'antenna aziendale o al partner locale per renderli leali ed

efficaci rispetto alle strategie del centro hub.

Il problema diventerà sempre più acuto man mano che la pletera medica va in esaurimento e inizierà a mordere lo *shortage* di medici e professionisti sanitari (De Pietro, 2009). Difficilmente si può trattare di incentivi professionali o di status immediato proprio per il ruolo ancillare e complementare delle funzioni richieste. Si può quindi pensare a rilevanti incentivi economici, oppure a garanzie future di crescita professionale venendo poi chiamati al centro hub, oppure è necessario trovare delle istituzioni partner che abbiano un posizionamento di mercato e un modello di business specificatamente orientate a questi servizi più periferici nei processi di cura.

Tutte le riflessioni qui proposte sul tema delle leve di service e operation management per attrarre pazienti vanno rilette in maniera simmetrica e complementare per l'Ausl che esporta pazienti. Essa infatti deve facilitare la fruizione dei servizi di cura dei propri residenti, garantendo almeno le prestazioni complementari a più modesta specializzazione, come la diagnostica pre e post fase acuta, il follow up e la riabilitazione. Questo non solo sostiene il malato e la sua famiglia, ma permette all'Ausl di residenza di non perdere contatto con il paziente e di poter, in futuro magari, riguadagnarlo integralmente nella propria rete di servizi. Inoltre garantisce continuità assistenziale ed informativa e potrebbe costituire, per questa via, anche un meccanismo di *knowledge transfer* dal centro hub ai propri professionisti, che rileggono la storia clinica garantita dal centro attrattore. Ovviamente questo richiede alla Ausl esportatrice di pazienti di programmare e predisporre slot assistenziali che abbiano la configurazione di complementarietà a prestazioni di altre aziende, spezzando quindi i percorsi diagnostico terapeutici interni.

L'EMERGERE DI FABBISOGNI INFORMATIVI INTER-AZIENDALI

Una quota rilevante di mobilità attiva e passiva

richiede lo sviluppo dei sistemi informativi aziendali per cogliere almeno i seguenti obiettivi:

- 1) disporre di dati per analisi di appropriatezza della mobilità in uscita e in entrata;
- 2) poter favorire processi di continuità diagnostico-terapeutica-riabilitativa-assistenziale per pazienti in mobilità attiva o passiva;
- 3) garantire funzioni amministrative e di accesso a distanza per pazienti in entrata e, simmetricamente, sostenere l'accesso per la mobilità in uscita, sfruttando anche questa finestra per cercare di governare le fughe.

Una parte di questi fabbisogni informativi richiede lo sviluppo di SI (sistemi informativi) aziendali specifici e ad hoc per il governo del fenomeno. In particolare, l'analisi dell'appropriatezza dei consumi sanitari esterni costituisce un processo di studio a sé stante. La costruzione della continuità informativa nei percorsi tra aziende richiede la nascita di connessioni informative inter-aziendali, che vanno a reciproco vantaggio delle due aziende partner, ma che impone l'adozione di SI simili o compatibili grazie all'utilizzo di interfaccia di commutazione. Conosciamo le difficoltà a integrare i sistemi informativi all'interno delle singole aziende e quindi possiamo facilmente dedurre la complessità nella costruzione di SI inter-aziendali. La possibilità di accedere ai servizi in remoto (telefonicamente o via web), ad esempio per la prenotazione, il pagamento di ticket o tariffe, o la refertazione, diventa una necessità strategica stringente per attrarre pazienti in mobilità in entrata, soprattutto sulle basse specialità, ma potrebbe avere ricadute positive sull'intera gestione, perché gli stessi servizi risulterebbero utili per i pazienti residenti. Come si evince da questa analisi, i tre principali fabbisogni informativi emergenti per il governo della mobilità propongono distinte criticità strategiche: il primo richiede lo sviluppo di un'isola informativa autonoma e specifica, il secondo impone l'integrazione tra aziende, il terzo richiede uno sviluppo procedurale che si deve estendere a tut-

te le prestazioni aziendali, comprese quelle in mobilità. Queste radicali differenze fanno capire come sia difficile investire contemporaneamente e con uguale intensità in tutte e tre queste direzioni, dovendo probabilmente definire delle priorità, in coerenza con la postura strategica che l'azienda intende assumere nei confronti del fenomeno della mobilità (DelVecchio, 2008).

LA MOBILITÀ È UN COSTO O UN BENEFICIO PER IL SSN?

In questa sede non intendiamo esprimere un giudizio sull'utilità o sul significato generale della mobilità sanitaria nel Ssn. Abbiamo analizzato i rilevanti investimenti organizzativi ed operativi che le aziende devono fare per collocarsi in uno scenario a rilevanti quote di mobilità in entrata e in uscita. Non necessariamente si tratta di investimenti finanziariamente costosi, ma sicuramente si tratta di sviluppi culturalmente e organizzativamente sofisticati, che richiedono una consapevolezza e una competenza manageriale rilevanti per essere governati, soprattutto perché devono penetrare e diffondersi capillarmente tra le unità operative e tra i professionisti e influenzare le loro interdipendenze. Quote rilevanti di mobilità, in assenza di logiche aziendali di sostegno e governo della medesima, non possono che peggiorare la qualità dei servizi per gli utenti, l'efficacia complessiva del sistema e, probabilmente, la sua tenuta economica. Pertanto, la prima conclusione che vorremmo trarre vede nell'adattamento degli schemi strategici, organizzativi e operativi delle aziende l'elemento critico di successo affinché i processi di mobilità sanitaria infra e inter regionale, eventualmente potenziati, garantiscano i benefici positivi sperati.

Le aziende del Ssn non sono, invece, ancora del tutto attrezzate culturalmente e operativamente per governare la mobilità, né in entrata, ma soprattutto non in uscita. Questo è un problema rilevante, perché significa avere un segmento del

Ssn e una sua leva significativa di funzionamento debolmente governata.

Guardando invece al fenomeno della mobilità sanitaria nel suo complesso, possiamo agilmente sostenere che esso è oggi sicuramente un fenomeno imprescindibile e difficilmente comprimibile per l'attuale architettura del Ssn, salvo qualche importante modifica istituzionale o di regolazione. Esiste una mobilità sana e fisiologica, che genera vocazioni aziendali specializzate e ne satura le capacità produttive, che garantisce un certo gradiente di competizione inter-aziendale e inter-regionale necessario per tenere in tensione il sistema, che offre gradi di libertà ai pazienti, che colma alcuni gap di offerta per alcune aree del Paese, anche se sappiamo che questa opportunità è sfruttata purtroppo solo dai segmenti sociali più forti. Ma quest'ultimo problema non lo si affronta limitando la mobilità, che è un esito e non una determinante. Esiste una mobilità cattiva e distorta, fatta di consumi inappropriati e incontrollati, perché extraterritoriali, caratterizzata dalla presenza, da un lato, di istituzioni paganti non autorizzate a monitorare i produttori, e i loro regolatori regionali, dall'altro, non interessati a controllare i produttori dell'attrazione, perché il fenomeno garantisce risorse aggiuntive alle proprie aziende e al proprio sistema. Ma questo dipende dall'incompleta regolazione del nostro federalismo che è stato troppo occupato a regolare le autonomie e i rapporti verticali Stato-Regioni, dimenticandosi delle interdipendenze inter-regionali. Esiste poi una mobilità "tragica", che affrisce alle debolezze dei servizi di alcune Regioni, che rischia di fossilizzarsi perché essa drena risorse dalle Regioni più povere a favore di quelle più ricche. Ma anche in questo caso la mobilità è un esito e non una determinante (Cantù, 2010).

Limitandoci al perimetro della mobilità sana e fisiologica possiamo sostenere che la mobilità intra e inter regionale favorisce almeno i seguenti aspetti positivi:

1 garantisce la concentrazione di alte specialità in poche aziende, potendone favorire la saturazione produttiva;

2 impone un tensore competitivo alle aziende;

3 garantisce la libertà dei pazienti.

Alla luce di quanto detto, vogliamo però aggiungere al dibattito una riflessione, partendo dalla prospettiva aziendale adottata. Attrezzare un'azienda alla mobilità ha sicuramente dei costi differenziali aggiuntivi, e quindi essa rappresenta un costo per il Ssn complessivo. La mobilità è quindi una leva, ma come tutte le leve ha un costo, istituzionale, organizzativo, di orientamento dei comportamenti dei professionisti e in parte anche finanziario. Questo costo non è fisso, dipende dalle competenze delle aziende nella scelta e nello sviluppo delle logiche e degli strumenti necessari per governare la mobilità e dipende dall'efficacia stessa degli strumenti, che determinano l'impatto della mobilità. A titolo d'esempio, un'Ausl può spendere molte risorse per incentivare la funzione di gatekeeping dei Mmg, definendola in maniera molto rozza e con un focus solo finanziario (5% del valore dei Drg ridotti rispetto al trend storico di fuga dati come incentivo ai Mmg, a prescindere dal tipo di specialità) con i Mmg che adottano comportamenti manipolativi per limitare le fughe dei pazienti (costo della mobilità due volte alto: strumento costoso e impatto dello strumento socialmente non desiderabile). All'opposto una Ausl può sviluppare una cultura della performance dei professionisti clinici che utilizzano il livello di fuga per le basse specialità come indicatore della propria capacità professionale e la fuga per le alte specialità come un indicatore di appropriatezza. In questo caso, trattandosi di un lavoro sulle mappe cognitive, lo strumento sarebbe a costo zero e l'impatto sarebbe socialmente virtuoso (costo due volte basso).

Pertanto la mobilità non è un bene o un male assoluto. Esistono tanti tipi di mobilità sanitaria, alcuni virtuosi, altri viziosi dal punto di vista del Ssn. Così come esistono molti e diversi strumen-

ti aziendali di governo della mobilità, alcuni costosi e viziosi e altri sani ed efficienti. I primi inducono cattiva mobilità, i secondi producono un sistema ben regolato, basato su spinte e controspinte nella dialettica tra aziende, con un livello di mobilità sano e positivo. Si tratta pertanto di

valutare se esista un bilanciamento tra i potenziali benefici che il Ssn trae dalla presenza della mobilità e il suo costo sistemico; questo costo sistemico non è ontologico, ma è costruito e determinato dalle scelte e dai comportamenti degli attori del sistema (Borgonovi et al., 2009).

BIBLIOGRAFIA

- Alesani D., Lega F., Villa S. (2007), *La reingegnerizzazione dei processi nelle aziende pubbliche nell'ottica del "valore". Il caso dei processi amministrativi di una ASL*, Azienda Pubblica Volume 3, 2007 pp. 431-464.
- Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (2009), *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- Cantù E. (2010), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2010, Egea, Milano.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- De Pietro C. (2009), *L'invecchiamento del personale SSN*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2009, Egea, Milano.
- Fattore G. (2006), *Scenari della sanità: il futuro dei servizi*, In Cislighi C. *Gli Scenari in Sanità*, Franco Angeli, Milano.
- Jommi C. (a cura di) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- Lega F. (2006), *Developing a marketing function in public health-care systems: A framework for action*, Health Policy, Volume 78, Issue 2-3, Pages 340-352.
- Lega F., Cristofoli D. (2005), *Strategic Management of Public Sector Organizations*, McGraw-Hill.
- Longo F., Del Vecchio M., Lega F. (2010), *La sanità futura*, Egea, Milano.
- Longo F., Salvatore D., Tasselli S. (2011), *Are public health authorities able to "steer" rather than "row"? An empirical analysis in the Italian National Health Service*, International Journal of Health Planning and Management ; 26: 319-333.
- Meneguzzo M., Cepiku D. (2008) *Network pubblici*, McGraw-Hill, Milano.
- Poppo, L., and Zenger (2002), T., *Do formal contracts and relational governance function as substitutes or complements?*, Strategic Management Journal, 23, 707-725.
- Salvatore D. (2006). *Physician social capital: Its sources, configuration, and usefulness*. Health Care Management Review, 31(3), 213-222.

MOBILITÀ DEI RICOVERI: ELEMENTI DI COMPLESSITÀ E INCENTIVI DELLE POLITICHE SANITARIE

84

I QUADERNI DI **MOBILIOR**

di **Paolo Sciattella*** e **Federico Spandonaro****

*CEIS Università di Roma Tor Vergata

**Università di Roma Tor Vergata

La mobilità sanitaria interregionale rappresenta un fenomeno complesso, che coinvolge considerazioni tanto di efficienza allocativa e tecnica, quanto di equità; la complessità del fenomeno è, altresì, aggravata da non banali problemi di misura.

Malgrado l'indiscutibile complessità del fenomeno, nel dibattito corrente di politica sanitaria la questione è per lo più trattata con un approccio sostanzialmente unilaterale che, in sostanza, si limita a leggere il fenomeno quale dimostrazione di una scarsa qualità dell'assistenza erogata in alcune Regioni. Secondo questo approccio, il saldo della mobilità in pratica assume il significato di un indicatore di inefficienza e inefficacia dei sistemi sanitari (e quindi ovviamente di iniquità); ne segue, logicamente, che la mobilità passiva va disincentivata dalle politiche sanitarie.

Questo approccio appare, però, troppo semplicistico e, quindi, limitativo per varie ragioni che proveremo ad argomentare.

Intanto, una parte della mobilità può essere considerata un fenomeno "positivo": ad esempio, che i pazienti si concentrino in centri di eccellenza per ricevere prestazioni di alta specialità, è fenomeno che andrebbe piuttosto incentivato, sulla base di considerazioni di efficacia ed efficienza (qualità delle prestazioni ed economie di specializzazione).

Analoghe considerazioni (che in parte si intre-

ciano con la precedente) possono farsi sottolineando l'opportunità di sfruttare forme di economia di scala: per alcuni ambiti assistenziali, si è sviluppata, ancorché non sempre possa considerarsi consolidata, una letteratura che correla quantità e qualità delle prestazioni erogate.

Aggiungiamo, ancora, che in un contesto federalista, quale quello che caratterizza oggi il Paese, sovrapposto ad una struttura istituzionale (le Regioni) caratterizzata da dimensioni molto diverse, le considerazioni sopra richiamate si applicano a maggior ragione: è, infatti, del tutto probabile che le reti assistenziali (tipicamente quelle di alta specialità) abbiano dimensioni efficienti sovraordinate rispetto a quelle regionali, generando così una mobilità "naturale", valutabile positivamente.

Infine, nel fenomeno mobilità si "nascondono" componenti di difficile interpretazione: è il caso delle prestazioni potenzialmente inappropriate. Il fatto che i pazienti si muovano per ricevere prestazioni potenzialmente inappropriate può, infatti, essere letto tanto come un fallimento delle politiche sanitarie dei sistemi regionali da cui i pazienti provengono, quanto come il frutto di comportamenti opportunistici (non facilmente contrastabili, come vedremo) da parte dei sistemi riceventi. Analoghe considerazioni, legate all'appropriatezza, rilevano la presenza di ricoveri di alta specialità con degenze medie

ridottissime (inferiori alle quattro giornate). Alle note sopra esposte che, senza pretese di esaustività¹, suggeriscono ottiche di lettura del fenomeno alternative a quella che abbiamo sopra definito “corrente”, si aggiungono ulteriori considerazioni legate alle misure utilizzate.

Intanto, è evidente che il saldo della mobilità nasconde il contributo separatamente generato dalle sue due componenti: è evidente che un saldo negativo può essere il frutto tanto di un eccesso di mobilità passiva, quanto di una scarsa o nulla mobilità attiva, con conseguenze ovviamente non sovrapponibili.

Altro elemento critico è quello della mobilità di confine, che rimane confusa nel dato di mobilità fornito. Questa componente non è facilmente calcolabile, ma è evidente che per un paziente può essere più conveniente (in termini di costi di spostamento ecc.) recarsi in una struttura situata fuori della propria Asl di afferenza ed, eventualmente, anche in un'altra regione. Il “valore” di tale mobilità non è quindi assimilabile a quello delle altre componenti. Il fenomeno è presumibilmente più forte nelle regioni piccole e dotate di minore sviluppo delle reti di trasporto.

In questo ambito rileva anche la fattispecie, la cui consistenza non è nota, di persone residenti in una regione ma domiciliate in un'altra, che quindi costituiscono una fonte fittizia di mobilità. Strettamente connesso è il caso (anch'esso di consistenza non nota) di persone che si spostano perché hanno familiari (tipicamente i figli) in un'altra regione, e che quindi trovano più conveniente trasferirsi per poter contare sull'assistenza dei familiari durante un ricovero.

Sempre senza pretesa di esaustività, fra i problemi di misura, si annovera anche la questione della corretta valorizzazione delle tariffe di scambio. Il problema è stato risolto in sede istituzionale con accordi fra le Regioni, che hanno progressiva-

mente modificato l'impianto iniziale della cosiddetta TUC (Tariffa Unica Convenzionale, Circolare Ministero della Sanità 100/SCPS/4.4583, Stato-Regioni 25 novembre 1993).

Non è però chiaro se il sistema tariffario che ne è scaturito adottò come principio della valorizzazione il costo marginale o il costo medio (o forme intermedie): la scelta dipende dal “valore” attribuito al fenomeno e quindi dagli incentivi che si vogliono dare al sistema.

Tra l'altro, come si vedrà, l'attuale tariffario appare in molti casi incoerente con quelli delle singole Regioni.

Nei paragrafi seguenti si propongono semplici analisi descrittive, finalizzate a valutare l'ordine di importanza delle singole componenti della mobilità interregionale sopra esposte per poterne poi desumere alcune considerazioni di politica sanitaria.

IL SALDO DELLA MOBILITÀ INTERREGIONALE

La geografia della mobilità ospedaliera (per comodità, nonché completezza e affidabilità dei dati ci limitiamo a considerare l'area delle acuzie) è ormai stabile da anni: le Regioni del sud in media presentano un saldo di ricoveri negativo e quindi, ovviamente, quelle del nord positivo. Le eccezioni sono limitate: nel sud il Molise, che ha un saldo positivo, mentre nel nord gli unici saldi negativi significativi sono quelli del Piemonte e della P.A. di Trento.

Evidentemente l'analisi può essere ripetuta considerando non il numero, quanto il valore della mobilità, ottenendo risultati significativamente diversi. Considerando i saldi in termini di valore della produzione² dei ricoveri possiamo, infatti, osservare come in Piemonte il gap tra mobilità passiva e attiva si dimezzi (dal 22,4% all'11,4%). Un altro caso significativo è quello della Liguria, per la quale i ricoveri in mobilità passiva sono supe-

¹ Ad esempio nel presente contributo non consideriamo la mobilità naturale di coloro che hanno visto insorgere una malattia o un infortunio mentre erano fuori della propria regione di residenza: componente peraltro non trascurabile, che secondo stime del CENSIS potrebbe sfiorare il 9% del totale dei casi.

² Il valore della produzione è calcolato sulla base della Tariffa Unica Convenzionale 2008 (www.regioni.it) a meno di approssimazioni dovute alla non considerazione della tipologia di struttura di ricovero e dei codici di intervento o dimissione. Come noto, infatti, le regole di applicazione della TUC prevedono per alcuni Drg associati a determinati codici di intervento un'aggiunta tariffaria o una tariffa Drg particolare per singolo episodio di ricovero.

riori solo dell'1,4% rispetto a quelli in mobilità attiva in termini di numero, ma del 19,8% in termini di valore.

Le differenze sono evidentemente determinate dal case-mix dei ricoveri, ma anche dalle tariffe con cui vengono valorizzati i ricoveri: l'analisi di questa tematica sarà affrontata nel seguito.

I saldi della mobilità sono rilevanti: complessivamente i cittadini si spostano da sud al centro-nord

per 365.135 ricoveri (pari all'8,3% dei ricoveri dei residenti nella ripartizione geografica), che attualmente vengono valorizzati in € 1,10 Mld. (pari al 3,2% del finanziamento complessivo spettante alle Regioni del sud).

LA MOBILITÀ REGIONALE PASSIVA

I saldi regionali nascondono le diverse dinamiche della mobilità attiva e passiva.

FIGURA I - Saldo mobilità regionale. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Numero di ricoveri

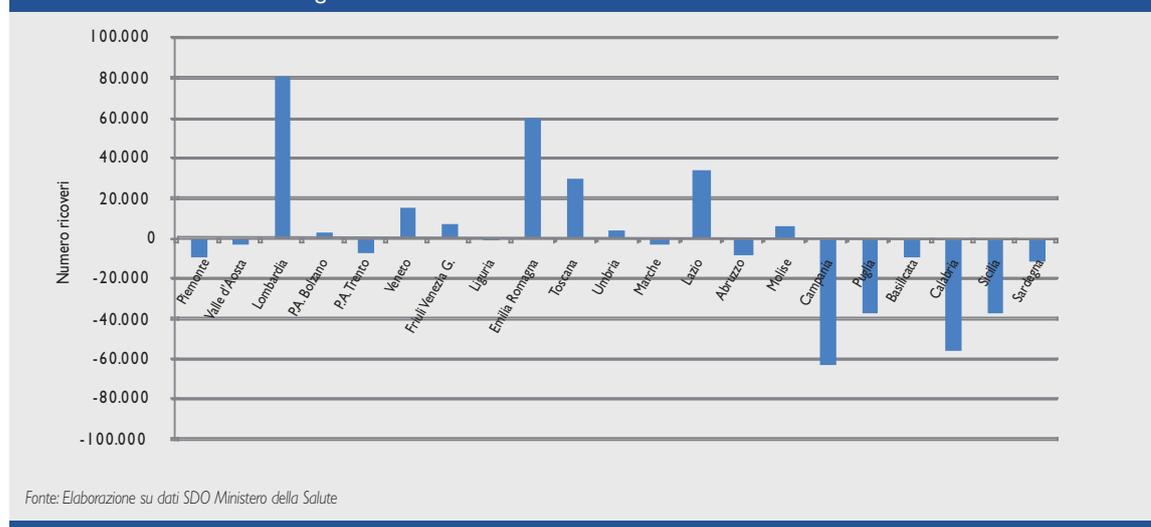


TABELLA I - Saldo della mobilità regionale. Numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie - 2008 - Valori percentuali

Regione	Ricoveri	Valore della produzione
Piemonte	22,4%	11,4%
Valle d'Aosta	145,7%	168,4%
Lombardia	-54,8%	-66,2%
P.A. di Bolzano	-42,4%	-25,0%
P.A. di Trento	100,6%	127,9%
Veneto	-26,0%	-32,2%
Friuli Venezia Giulia	-34,5%	-30,5%
Liguria	1,4%	19,8%
Emilia Romagna	-55,6%	-60,8%
Toscana	-44,4%	-39,5%
Umbria	-18,0%	-21,4%
Marche	11,8%	36,2%
Lazio	33,4%	-21,2%
Abruzzo	23,7%	17,8%
Molise	-30,9%	-27,6%
Campania	248,7%	399,5%
Puglia	135,1%	143,8%
Basilicata	63,4%	77,0%
Calabria	541,8%	742,7%
Sicilia	197,7%	338,5%
Sardegna	240,6%	436,1%

Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

Come si evince dalla figura 2, le quote di mobilità passiva più elevata sono associate alle Regioni di dimensione minore (Basilicata, Molise, ma anche Abruzzo e Calabria nel meridione; Valle d'Aosta e P.A. di Trento nel settentrione). L'eccezione più significativa è rappresentata dalla P.A. di Bolzano. La mobilità passiva minore si registra in Lombardia, ma la Sicilia e la Sardegna (caratterizzate dall'isolamento geografico tipico delle isole) non sono distanti, soprattutto se si considera il numero di ricoveri anziché il valore. Tale evidenza sembra, quindi, supportare l'importanza di scorporare la mobilità di confine, per poter effettuare confronti omogenei.

Rimandiamo ad un successivo paragrafo il tentativo di valutare nel dettaglio le varie componenti della mobilità passiva.

LA MOBILITÀ REGIONALE ATTIVA

La mobilità attiva può essere considerata come un indicatore della capacità di attrazione da parte dei sistemi sanitari regionali.

Le quote di mobilità più elevate, se si escludono le Regioni di dimensioni ridotte come Molise, Umbria e Basilicata, si registrano in Emilia Romagna, Toscana e Liguria, seguite da Lazio e Lombardia; di contro, le Regioni con minor mobilità attiva sono Calabria, Campania e le Isole.

FIGURA 2 - Mobilità passiva: numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti

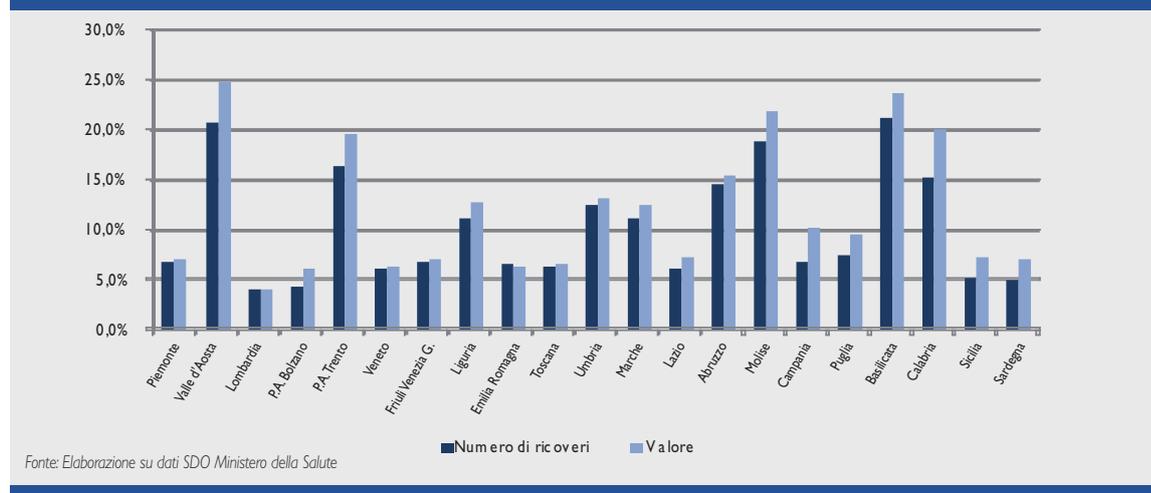
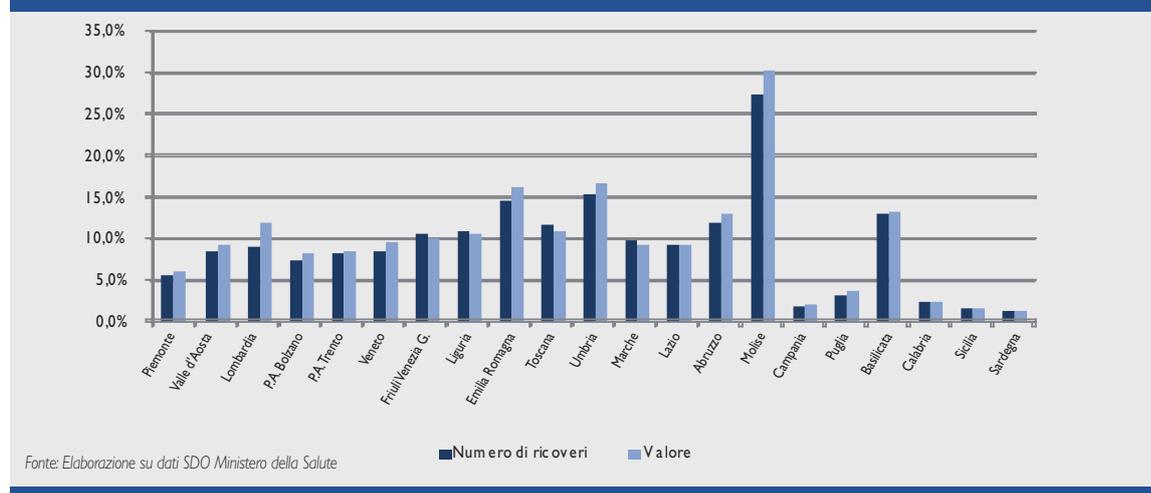


FIGURA 3 - Mobilità attiva: numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie. Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti



Anche nel caso della mobilità attiva, una corretta analisi richiede una maggiore scomposizione, che tenga conto della quota di ricoveri da incentivare (alta specialità) e di quelli di dubbio valore (inappropriati); anche la natura delle strutture riceventi può fornire elementi interessanti di valutazione. Come nel caso della mobilità passiva, rimandiamo ad un successivo paragrafo l'analisi delle singole componenti di mobilità attiva.

LE COMPONENTI DELLA MOBILITÀ PASSIVA

Come detto, esula dagli obiettivi del presente con-

tributo giungere ad una corretta stima della mobilità di confine. Non di meno, per apprezzare (con larga approssimazione) il fenomeno, si è provato a isolare la quota di mobilità passiva verso le regioni limitrofe.

La figura 4 mostra come la maggior parte della mobilità passiva regionale derivi proprio da ricoveri in regioni limitrofe, all'interno delle quali si "nasconde" (non conosciamo la quota) la mobilità di confine o, meglio, quella giustificata dalla convenienza economica delle persone (costi diretti e indiretti dello spostamento e simili) a re-

FIGURA 4 - Mobilità passiva. Scomposizione del numero di ricoveri in acuzie - Anno 2008
Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti

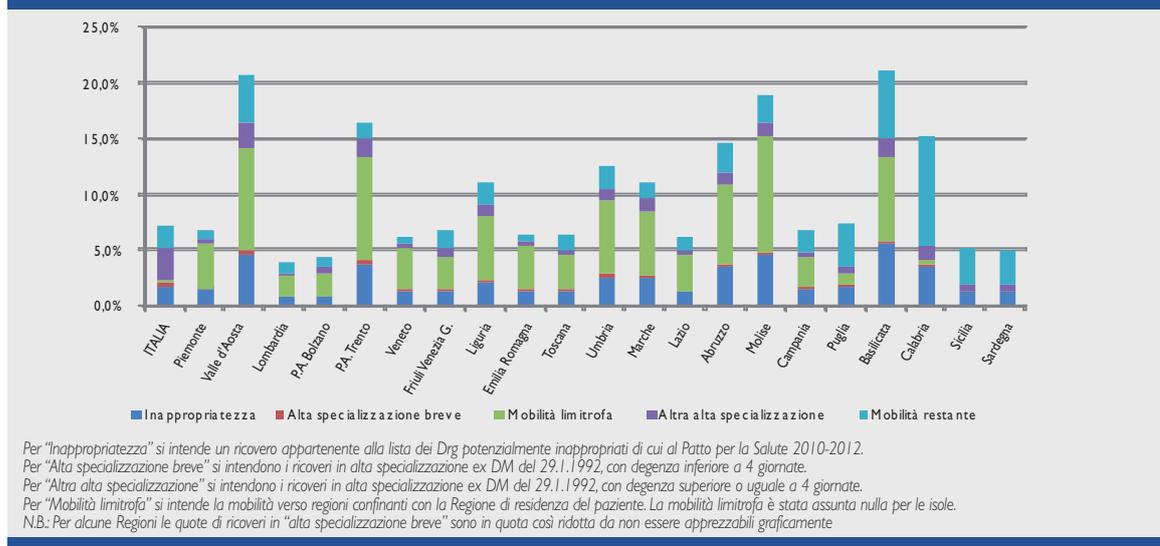
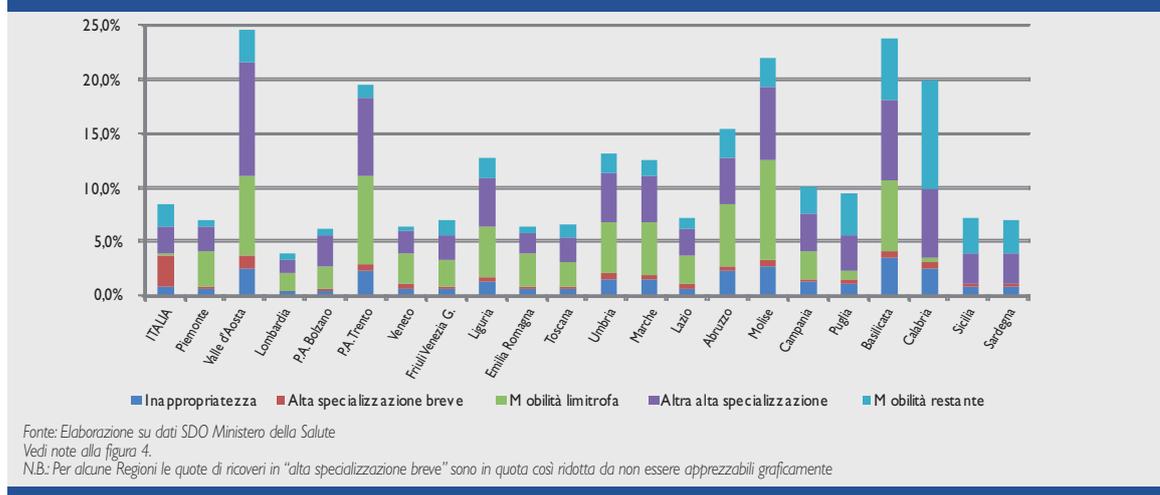


FIGURA 5 - Mobilità passiva. Scomposizione del valore della produzione dei ricoveri in acuzie. Anno 2008 - Valori percentuali sul totale del valore dei ricoveri dei residenti



carsi in strutture non afferenti alla propria Asl di appartenenza.

Il fenomeno è evidente nelle Regioni di piccole dimensioni come Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Molise, mentre è stato assunto assente per le isole.

Un'altra fetta importante della mobilità passiva riguarda ricoveri potenzialmente inappropriati (elenco dei 108 Drg nel *Patto per la Salute 2010-2012*): in media il 22,7% dei ricoveri in mobilità sono inappropriati, percentuale che assume valori maggiori man mano che si scende verso sud (il valore massimo si registra in Basilicata con il 26,7%).

Si osserva ancora che la componente relativa ai ricoveri ad alta specializzazione (nel DM del 29.1.1992) caratterizzati da degenza breve (inferiore a 4 giornate) rappresenta un ulteriore 1,5% della mobilità passiva in termini di ricoveri e 3,5% in termini di valore della produzione.

Pur con le approssimazioni sopra richiamate, l'analisi della mobilità residua ("mobilità restante" + "altra alta specializzazione") evidenzia come essa sia in media pari al 37,1% del totale della mobilità passiva, di cui il 21,4% attribuibile a ricoveri per "altra alta specialità" che hanno una valenza quanto meno "non negativa". Sul totale dei ricoveri dei residenti rappresenta il 7,9%.

Quindi la quota di mobilità certamente da contrastare, ovvero quella nettata da componenti di mobilità naturale come quella verso le regioni limitrofe, o la mobilità non giustificata per ragioni di inappropriatazza, o quella "positiva" che muove alla ricerca dell'alta specialità, si riduce di molto, e per alcuni versi potrebbe considerarsi "frizionale".

In termini finanziari ammonta a € 1,36 mld. (di cui € 798 mln. per l'alta specialità), ovvero poco più della metà (il 55,8%) del valore complessivo della mobilità passiva.

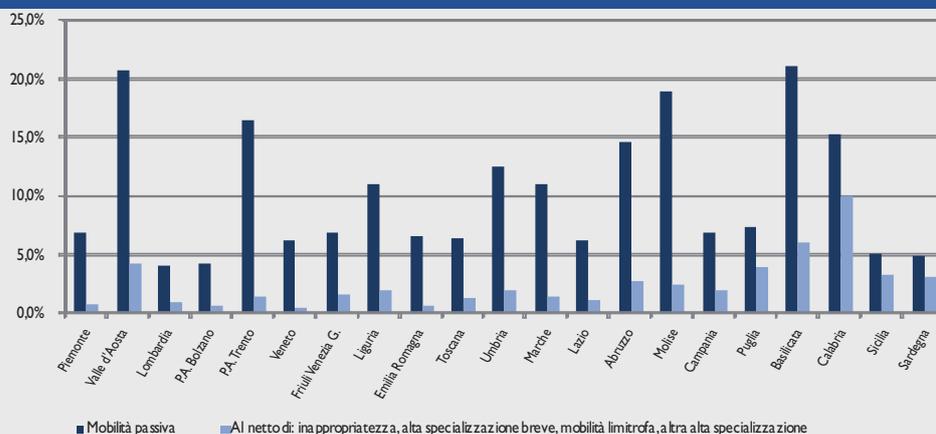
La mobilità passiva per alta specialità è fondamentalmente concentrata nelle Regioni del sud (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e si indirizza prevalentemente verso Veneto, Emilia Romagna e Lombardia.

MOBILITÀ PER STRUTTURA DI RICOVERO

Nell'analizzare la capacità attrattiva delle Regioni, assunta come determinante della mobilità attiva, non si può trascurare che insieme alla qualità effettiva delle prestazioni erogate e alla contiguità geografica, in un contesto di asimmetria informativa quale quello che caratterizza diffusamente la Sanità, possono convivere elementi di induzione di domanda da parte dell'offerta.

Qualche indicazione indiretta (sempre con larga

FIGURA 6 - Confronto tra mobilità passiva totale e mobilità passiva al netto di: inappropriatazza, alta specializzazione breve, mobilità limitrofa, altra alta specializzazione. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute
Vedi note alla figura 4.

approssimazione) del fenomeno può trarsi dall'analisi della natura delle strutture di ricovero a cui si rivolge la mobilità.

Risulta immediatamente evidente il ruolo che, in quasi tutte le Regioni, giocano le case di cura private: in media il 21,5% dei ricoveri in mobilità si rivolge a questa tipologia di struttura (contro una media del 14,4% per il totale dell'attività di ricovero); in alcune Regioni tale quota è significativamente superiore, rappresentando più di un terzo del totale: Emilia Romagna (33,7%), Marche (34,3%), Abruzzo (46,2%).

La quota di ricoveri in mobilità potenzialmente inappropriati (ivi compresi quelli in alta specialità con degenza "incongrua") in queste strutture è mediamente pari al 29,2%, verso il 22,9% della mobilità delle strutture pubbliche (ivi compresi Irccs e Policlinici).

I dati esposti, a meno di non voler sostenere che le strutture private hanno una qualità significativamente maggiore di quelle pubbliche, suggeriscono la necessità di un approfondimento della genesi dell'attrattività regionale. L'osservazione è anche coerente con l'idea che sia opportuno valutare se non sia il caso di rivedere i criteri di automatica estensione dell'accreditamento regiona-

le alle attività svolte per pazienti in mobilità: tale opportunità è, ovviamente, strettamente legata alle esigenze di governo regionale degli erogatori e in particolare al controllo dell'inappropriatezza, che è necessario in generale, e comunque condizione necessaria nei Piani di rientro.

CONFRONTI TARIFFARI

Un ultimo aspetto considerato in questo contributo riguarda le tariffe con le quali avviene la valorizzazione dei ricoveri. In particolare si è confrontata la TUC 2009 (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 27.01.2010) con i tariffari regionali vigenti, allo scopo di valutarne la coerenza.

Il confronto è stato effettuato con i tariffari³ delle Regioni che assorbono circa il 50% della mobilità: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana⁴.

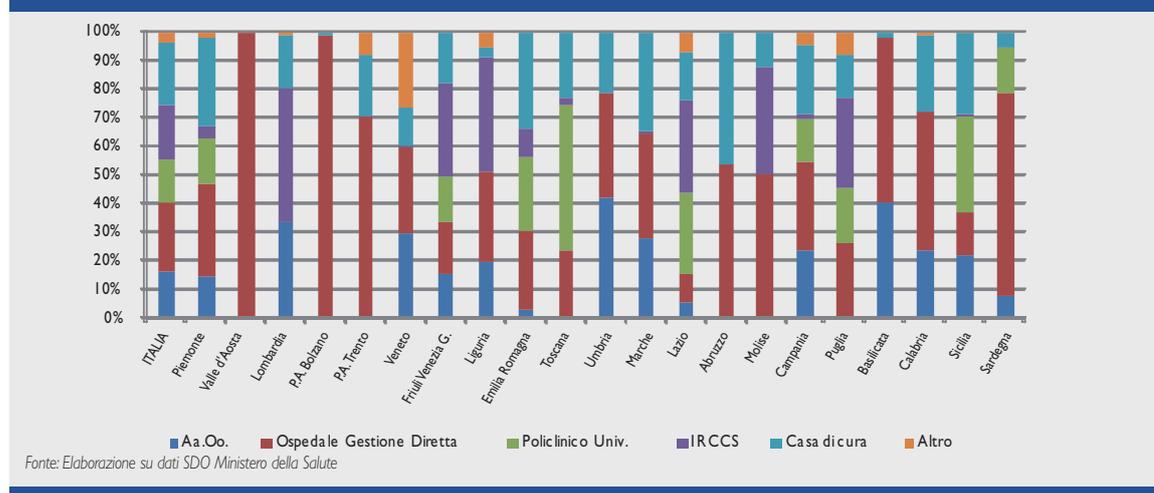
Il confronto tariffario è stato effettuato suddividendo i Drg in 3 classi:

- alta complessità (91 Drg);
- potenzialmente inappropriati (45 Drg);
- restanti Drg (402 Drg).

I confronti dimostrano come le tariffe della TUC siano nel complesso leggermente inferiori ri-

3 Lombardia: D.G.R. 8-10804 del 16.12.2009; Veneto: D.G.R. 204 del 03.02.2009; Emilia Romagna: D.G.R. 2079 del 14.12.2009 (fascia A); Toscana: D.G.R. 1184 del 29.12.2008 (fascia A)
4 Per le Regioni che prevedono tariffe differenziate in base alla tipologia di struttura, sono state selezionate quelle relative alle strutture più complesse.

FIGURA 7 - Mobilità attiva per tipologia di struttura di ricovero. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali



petto a quelle delle regioni analizzate, ad eccezione del Veneto che presenta valori inferiori in media del 9,6%.

In particolare le differenze più significative si riscontrano nei Drg a rischio di inappropriatelyzza: tutte le Regioni ad eccezione della Lombardia presentano tariffe decisamente più alte, fino al massimo dell'Emilia Romagna (+39,4%). Anche per i restanti Drg, le tariffe TUC risultano in media più basse (con l'eccezione del Veneto), mentre per i Drg ad alta complessità la Tariffa Unica Convenzionale risulta leggermente più alta rispetto ai singoli tariffari regionali, Emilia Romagna esclusa.

Complessivamente, sembra ragionevole ipotizzare che la valorizzazione dei ricoveri inappropriati sia nell'attuale TUC allineata con i costi medi, coerentemente con una logica di penalizzazione delle Regioni gravate da saldo passivo: come anticipato nell'introduzione, e giustificato dalle analisi precedenti, si potrebbero, però, avanzare legittime istanze per valutare tutta o larga parte della mobilità in base al costo marginale, presumibilmente minore di quello attualmente adottato.

Se poi si confronta la TUC con i singoli tariffari regionali, insieme alle significative e difficilmente giustificabili differenze, si evidenzia come una logica di benchmarking coerente con la logica di costi standard, dovrebbe portare ad abbattere la TUC in media di circa il 10% (ovvero al tariffario della Regione "più efficiente") e ancor di più per i ricoveri di alta specialità⁵.

DISCUSSIONE

Le analisi che precedono, pur gravate da limiti significativi e comunque meramente descrittive, sembrano confermare la complessità del fenomeno mobilità, suggerendo come varie distorsioni pesino sulle attuali politiche sanitarie.

In primo luogo, i saldi sembrano del tutto inadatti a rappresentare la reale natura della mobilità regionale. Posizionando le Regioni in un grafico centrato sui valori medi della mobilità passiva e attiva (figura 8), si evince come i saldi dipendano da caratteristiche regionali profondamente diverse. Le Regioni posizionate al di sopra della bisettrice hanno tutte un saldo positivo, ma quelle che si collocano nel secondo quadrante (in alto a sinistra), ovvero Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, seguite da Lazio, Lombardia e Veneto, sono caratterizzate da una mobilità attiva superiore rispetto alla media e da una mobilità passiva inferiore, ad indicare una reale attrattività regionale.

Molise e Umbria invece hanno un saldo positivo a fronte di una mobilità passiva rilevante, non permettendo di evincere dal dato grezzo se prevale (se non numericamente) l'attrattività o una condizione di mobilità legata alle piccole dimensioni regionali.

Le Regioni posizionate al di sotto della bisettrice presentano, di contro, un saldo negativo: nel quarto quadrante si trova fondamentalmente la Calabria, che registra una mobilità attiva inferiore alla media e contemporaneamente una forte mobilità passiva: evidentemente è il caso mag-

⁵ Tralasciamo qui di considerare l'ipotesi che le tariffe non siano in effetti rappresentative dei costi, ma che vengano stabilite in mera coerenza con finalità di incentivazione di specifiche politiche regionali.

TABELLA 2 - Confronti fra TUC 2009 e tariffari regionali. Valori % rispetto alla TUC 2009

Classe DRG	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Toscana
Alta complessità	-1,7%	-5,2%	+5,5%	-11,9%
Potenzialmente inappropriati	-4,9%	+7,6%	+7,0%	+39,4%
Restanti DRG	+6,2%	-12,6%	+3,4%	+10,6%
TOTALE	+3,9%	-9,6%	+4,0%	+9,2%

Fonte: Elaborazione su TUC 2009 e tariffari regionali.
Le variazioni riportate sono ottenute come media aritmetica delle variazioni Drg-specifiche per classe di appartenenza.

giormente preoccupante, in termini di disaffezione dal sistema sanitario regionale.

Per la P.A. di Trento, la Valle d'Aosta e la Basilicata, in cui la mobilità attiva è maggiore della media, il saldo negativo sembra l'effetto fondamentalmente della mobilità passiva legata alle ridotte dimensioni regionali.

Analogo discorso vale (a maggior ragione) per Abruzzo, Liguria e Marche, dove mobilità attiva e passiva sostanzialmente si equivalgono. Lo stesso vale per il Piemonte, con una mobilità attiva leggermente inferiore alla media.

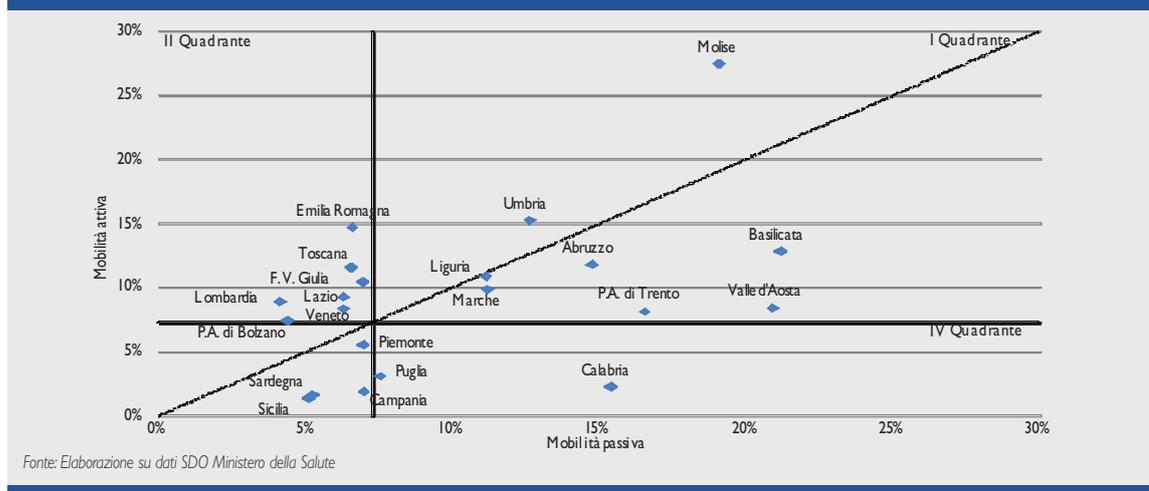
Per le restanti Regioni, il deficit è fondamentalmente di mobilità attiva, avendo quella passiva

praticamente in media; d'altra parte per Sardegna e Sicilia, che sono difficilmente raggiungibili, la cosa sembra scontata. Rimane il caso di Campania e Puglia, dove sembrerebbe che si debba lavorare fondamentalmente sulla capacità di attrazione.

Seppure con numeri diversi, le analisi sostanzialmente si confermano se condotte sul valore della mobilità e non sul numero di ricoveri.

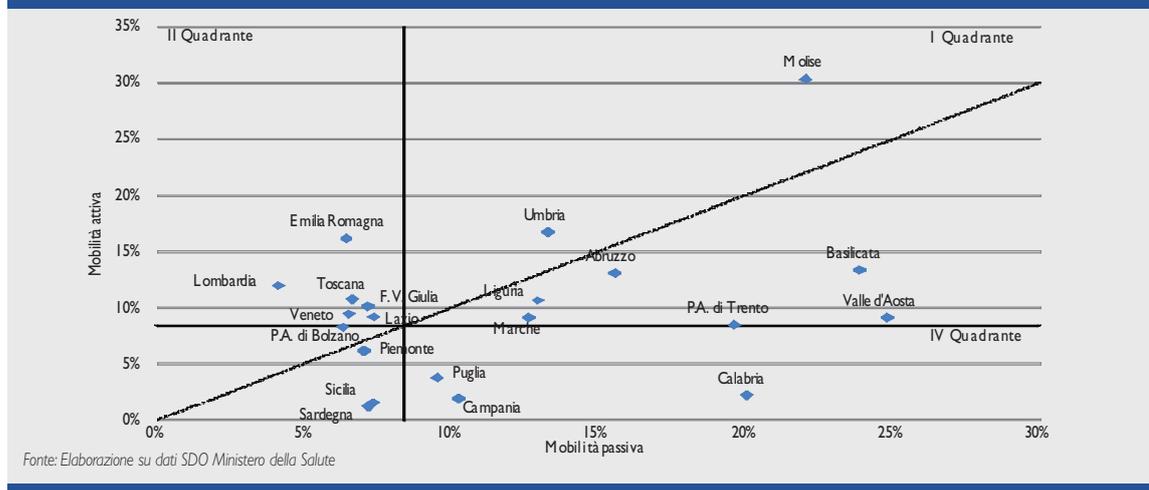
La valorizzazione si dimostra comunque un elemento chiave in termini distributivi, in quanto i saldi della mobilità sono fortemente influenzati dal valore del tariffario adottato: ricordiamo come le analisi del paragrafo sui Confronti Tariffa-

FIGURA 8 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

FIGURA 9 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

ri mostrino che la TUC, pur frutto di un accordo regionale, contenga incentivi non facilmente giustificabili alla luce delle differenze riscontrate con i singoli tariffari regionali.

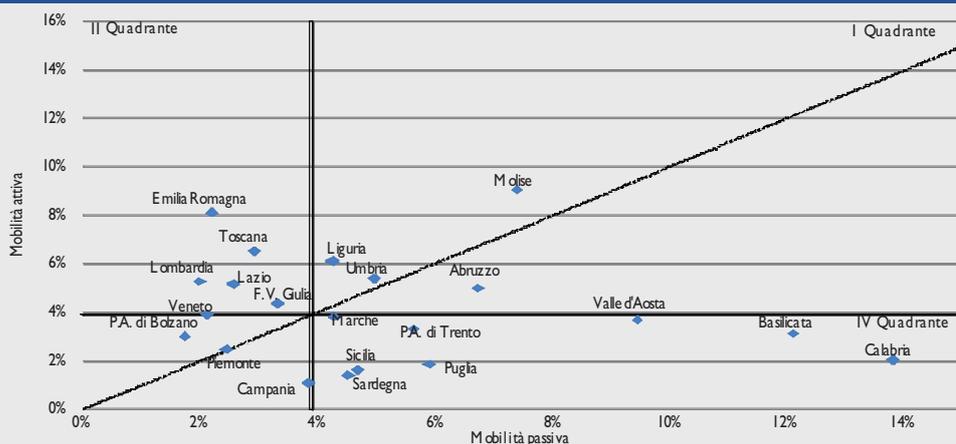
Isolando nella mobilità le sue diverse componenti, si giunge a risultati sostanzialmente diversi. La mobilità passiva stigmatizzabile “senza dubbio alcuno”, ovvero quella nettata tanto della componente di mobilità naturale verso le regioni limitrofe, quanto dalla mobilità inappropriata⁶, e ancora da quella “positiva” che muove alla ricerca

dell’alta specialità, si ferma a circa un quarto di quella comunemente calcolata (29,2% del totale della mobilità complessiva in termini di ricoveri). La figura 10 ripete le analisi sopra esposte, utilizzando la sola mobilità “negativa”, ovvero quella sopra definita residua, più la mobilità per prestazioni inappropriate.

Si nota come ci sia una “migrazione” delle regioni dal I al IV quadrante, ove si collocano la maggior parte delle Regioni del sud, quelle ove è evidente si concentra il “problema mobilità”.

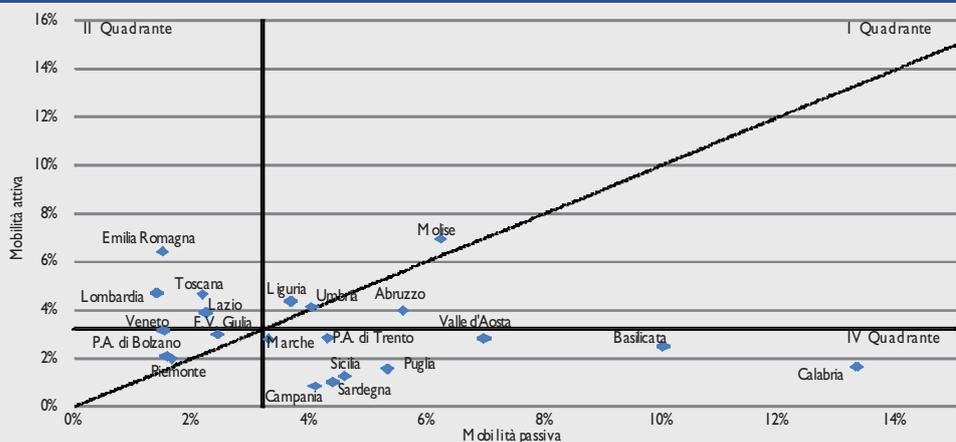
6 La mobilità inappropriata è in realtà di difficile “valutazione”, in quanto pur stigmatizzabile in una logica di tutela dei pazienti, assume connotati diversi ai fini della regolazione finanziaria fra Regioni, a seconda di chi sia (o meglio a chi “risponda”) l’induttore di inapproprietezza: alla Regione di provenienza o a quella di arrivo.

FIGURA 10 - Mobilità attiva e passiva residua regionale - Anno 2008 - comprensiva di mobilità inappropriata. Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

FIGURA 11 - Mobilità attiva e passiva residua regionale - Anno 2008 - comprensiva di mobilità inappropriata. Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

Le analisi si ripetono ancora nella figura 12, questa volta utilizzando la sola mobilità residua, immaginando quindi che adeguate politiche sanitarie possano eliminare le migrazioni per prestazioni inappropriate.

Si conferma che il problema è delle Regioni meridionali, non dimenticando però che le dimensioni del fenomeno si riducono fortemente.

Si nota altresì che tutte le Regioni, sempre ricordando le approssimazioni insite nelle elaborazioni, in questa ultima rappresentazione si posizionano in una “nuvola” intorno al centro degli assi, a confermare la natura sostanzialmente residuale del fenomeno. Fanno eccezione solo Basilicata e

Calabria; per quest’ultima la mobilità passiva residua supera il 10% dei ricoveri dei residenti.

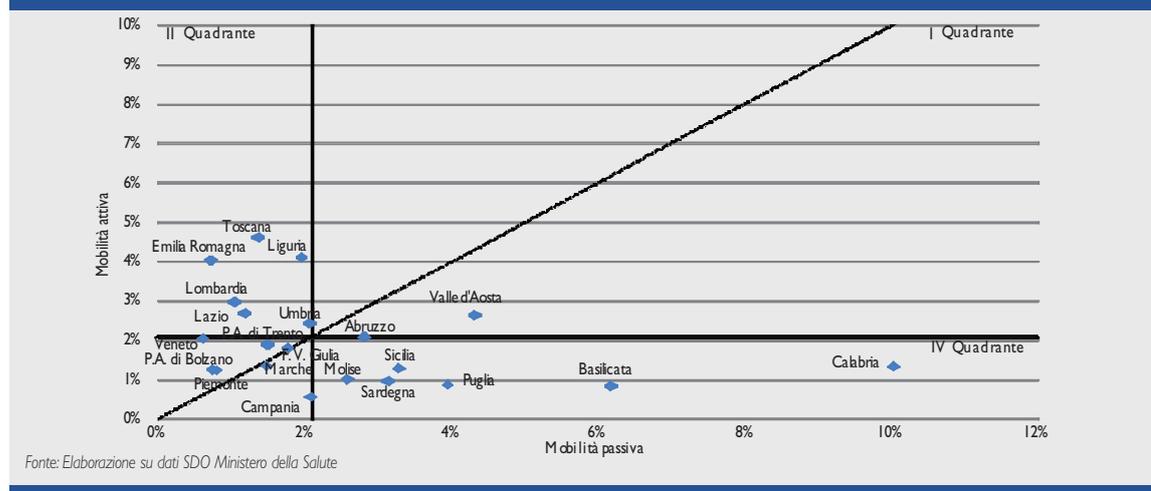
È interessante anche notare come per la mobilità residua sia ben definita la natura dei saldi: tutte le Regioni che presentano un saldo positivo, infatti, sono caratterizzate da una mobilità passiva inferiore rispetto alla media.

Anche in questo caso le analisi condotte sul valore della mobilità sostanzialmente confermano quanto visto per il numero di ricoveri.

RIFLESSIONI FINALI

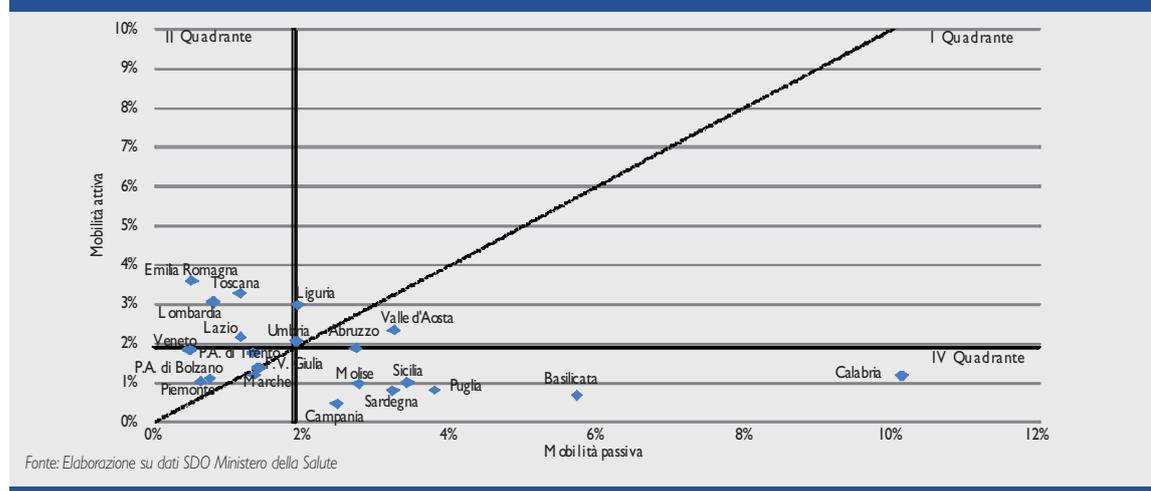
In conclusione, l’analisi svolta ha evidenziato come gran parte della mobilità sia costituita da mo-

FIGURA 12 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - al netto delle componenti analizzate. Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

FIGURA 13 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - al netto delle componenti analizzate. Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

bilità intorno ai confini (38,6%), quindi da ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (22,7%); i ricoveri di alta specialità si fermano al 9,4% del totale, di cui il 15,9% dei quali affetti da problemi di appropriatezza. Anche senza considerare la mobilità naturale derivante da patologie e infortuni in Regioni diverse da quella di residenza, la mobilità residua si ferma dunque a meno di un terzo (29,2%) di quella comunemente calcolata.

Le case di cura private accolgono il 21,5% dei ricoveri in mobilità, con una percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatazza pari al 29,2% del totale.

Infine, l'analisi dei livelli tariffari ha evidenziato significative problematiche nell'interpretazione

degli incentivi impliciti nella TUC, la quale regola finanziariamente il fenomeno.

Ci sembra, quindi, giustificato affermare che sarebbe necessario un investimento significativo per risolvere alcuni problemi di misura insiti nelle statistiche grezze di mobilità e anche per definire quali (dis)incentivi debbano contenere le regolamentazioni finanziarie della mobilità adottate; a tal fine è opportuna l'apertura di un confronto politico sulla valenza da attribuire alle varie componenti del fenomeno, finalizzato a chiarire quali obiettivi le politiche sanitarie debbano effettivamente perseguire, nell'interesse dei cittadini (e quindi tesi al miglioramento dell'assistenza e delle opportunità terapeutiche), nonché della coerente tenuta del sistema sanitario in un contesto federalista.

IL FENOMENO DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA EXTRAREGIONALE IN SARDEGNA

96

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Rosanna Porcu, Antonello Antonelli**

Osservatorio Epidemiologico Regionale – Regione Sardegna

La Sardegna è la Regione meno interessata dal fenomeno delle migrazioni sanitarie per prestazioni di ricovero (sia in entrata sia in uscita) e gli indici di attrazione e di fuga sono tra i più bassi in Italia.

È poco attrattiva nei confronti dei pazienti non sardi che generano flussi in entrata di circa 6.500 ricoveri l'anno, pari al 2% della produzione regionale (Indice di attrazione¹: 2,0%), presumibilmente associati al flusso turistico (mobilità fittizia) e riconducibili a prestazioni in emergenza-urgenza (incidenti, tossinfezioni, ischemie cardiache o cerebrali,...). È, tuttavia, attrattiva per specifiche casistiche trattate in particolari centri di eccellenza tra cui l'Ospedale Microcitemico (riconosciuto dall'Oms come centro specializzato nella prevenzione e cura delle malattie del sangue e del sistema linfo-ematopoietico, in particolare della talassemia, malattia genetica a forte incidenza nell'isola, la più alta a livello nazionale nonché centro di riferimento regionale per le malattie rare) e l'Azienda ospedaliera "Brotzu", ospedale di alta specialità a rilevanza nazionale e all'avanguardia nella cardiocirurgia e nei trapianti d'organo.

La Sardegna è caratterizzata da una sanità autocontenuta: il 95% circa dei ricoveri a carico di residenti avviene in strutture del Ssr (non ne-

cessariamente nella propria Asl di residenza, con una forte polarizzazione dell'offerta a Cagliari e, in misura minore, a Sassari) ed il restante 5% (15.600 ricoveri) in strutture extraregionali (Indice di fuga²: 5,0% su 310.000 casi di consumo ospedaliero).

Il *saldo negativo della mobilità ospedaliera* (differenza tra la mobilità attiva dei non residenti e la mobilità passiva dei residenti) è pari a circa -9.000 dimissioni ogni anno, che in termini economici equivale ad un passivo di 46 milioni di euro.

LA SARDEGNA HA UNA SANITÀ "CHIUSA"

Le motivazioni del coinvolgimento marginale della Sardegna nelle migrazioni extraregionali, sia in entrata sia in uscita, sono da ricercarsi prevalentemente nell'insularità della Regione, nella posizione geografica e nella distanza dal resto d'Italia. Per questi motivi è esclusa dalle migrazioni tra regioni confinanti (*mobilità di confine*) che rappresenta, solitamente, una larga fetta della mobilità sanitaria extraregionale a livello nazionale.

Spostarsi (in aereo o nave) dalla Sardegna per ricevere un trattamento ospedaliero al di fuori dell'isola comporta costi molto elevati, sia economici sia socio-assistenziali, che gravano sul paziente e sulla sua famiglia (solo in casi particolari, infat-

1 L'indice di attrazione è dato dal rapporto tra le dimissioni di pazienti non residenti nella Regione, effettuate dalla Regione, e il totale dei ricoveri effettuati nella Regione.

2 L'indice di fuga è dato dal rapporto tra le dimissioni di pazienti residenti nella Regione effettuati in strutture situate nelle altre Regioni e il totale delle dimissioni di residenti effettuate su tutto il territorio nazionale (ovunque erogati).

ti, la Regione autorizza il rimborso delle spese previa verifica da parte della Asl di residenza dell'impossibilità di garantire la prestazione nel territorio regionale).

I DETERMINANTI DELLA FUGA DALLA SARDEGNA

Si ritiene che esistano motivazioni molto forti a giustificazione dell'emigrazione dalla Regione, legate alla necessità di prestazioni in specialità di nicchia (es. alcune tipologie di trapianto al San Martino di Genova o al San Raffaele di Milano), all'accesso a centri nazionali di eccellenza (es. Istituto Nazionale dei Tumori e Istituto Europeo di Oncologia di Milano o l'istituto ortopedico Rizzoli di Bologna per l'interventistica ortopedica – tra cui revisione/sostituzione di protesi d'anca) o comunque per prestazioni non disponibili sul territorio di residenza (es. ospedale pediatrico Gaslini di Genova o l'ospedale infantile Sant'Anna per la cardiocirurgia pediatrica).

In questi casi la fuga costituisce mobilità inevitabile e rappresenta un'"opportunità" per i sardi, in quanto motivata dall'impossibilità del Ssr di rispondere a specifici bisogni di salute della popolazione, ma non per questo è imputabile ad una cattiva organizzazione del sistema. Ospedali altamente specializzati in casistiche particolari, infatti, non possono avere una diffusione generalizzata, ma piuttosto devono essere poli di attrazione per garantire la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza economica (es. l'organizzazione e l'attività di una cardiocirurgia pediatrica hanno senso quando operano con un bacino di utenza di almeno 6 milioni di abitanti). Al riguardo, al fine di minimizzare l'impatto economico, la Regione può stipulare accordi o convenzioni con le strutture ospitanti e pertanto ottemperare alla garanzia delle prestazioni.

Una parte della mobilità fuori Regione, tuttavia, può essere imputata a difetti organizzativo-gestionali del Ssr nel garantire risposte a determinati bisogni di salute in termini di garanzia spazio-temporale e di qualità assistenziale. Nella fat-

ti specie le prestazioni di "chemioterapia non associata a leucemia" (Drg 410) o "radioterapia" (Drg 409), che notoriamente risentono di liste di attesa lunghe in Regione, sono motivi di fuga rispettivamente verso i presidi della Lombardia o il Gemelli di Roma e verso il Galliera di Genova o la Aou Pisana. L'entità di questa tipologia di mobilità, nota come mobilità evitabile, potrebbe essere contenuta con l'adozione di opportuni atti di programmazione sanitaria locale (a livello aziendale o regionale).

MOTIVAZIONI NON SANITARIE DELLA FUGA

Esistono motivazioni che condizionano lo spostamento dei pazienti sardi, ostacolando o favorendo, non strettamente connesse all'organizzazione ed alla capacità di offerta del Ssr; queste, in un certo senso, ne influenzano le direttrici.

L'analisi della casistica (Mdc, Drg) delle principali direttrici (regioni, ospedali), dei territori Asl ad elevato indice di fuga e delle matrici di origine e destinazione evidenzia alcuni di questi aspetti.

Analisi per Mdc

Il sistema Drg versione 24.0 del 2007, attualmente in uso per quantificare economicamente le attività di ricovero, classifica tutte le prestazioni erogabili in regime ospedaliero in 538 Drg (Raggruppamenti omogenei di diagnosi) ed in 25 Mdc (Categorie diagnostiche maggiori). Il livello superiore di aggregazione, la Mdc, si basa su criteri anatomici (relativi all'apparato affetto dalla patologia) o eziologici (relativi alla causa della patologia). Vincolante all'attribuzione della Mdc di riferimento è la diagnosi indicata come principale.

L'analisi per Mdc della mobilità passiva evidenzia che le prime 5, per numero di ricoveri in regime ordinario (11.605, il 75% del totale in MP) sono:

- Mdc 8 "Apparato osteomuscolare e tessuto connettivo" con 2.315 ricoveri;
- Mdc 5 "Sistema cardiocircolatorio" con 1.434 ricoveri;

- Mdc 1 “Sistema nervoso” con 1020 ricoveri;
- Mdc 6 “Apparato digerente” con 863 ricoveri;
- Mdc 17 “Mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate” con 709 ricoveri.

Quest'ultima risulta la principale fra i ricoveri diurni (464) e la somma delle prime 5 Mdc indicate copre il 47% dei casi totali in regime ordinario.

Analisi per Drg

Il peso medio dei Drg chirurgici, in regime ordinario, in mobilità passiva, è mediamente 1,7, superiore al valore in autoconsumo³(1,3). Da ciò si evince come la “fuga” dalla Regione sia motivata da una casistica clinica “pesante”.

Tra i primi Drg medici in regime ordinario (tabella 1) rientrano il 410 “Chemioterapia non associata a leucemia” (primo motivo di dimissione in regime diurno sin dal 2002) e il 409 “Radioterapia” (anch'esso tra i primi in regime diurno); il peso medio dei Drg medici in mobilità passiva è mediamente 0,9, leggermente superiore al valore in autoconsumo (0,8).

È interessante notare come al 4° e 5° posto vi siano il Drg “Parto vaginale senza diagnosi complicanti” e “Neonato normale”. Constatando la loro corrispondenza numerica, si evince come riferiti a gravidanze e parti essenzialmente fisiologici. Questa evidenza conduce alla riflessione sul problema della domiciliazione fuori Regione di residenti sardi, per motivi di lavoro e studio, soprattutto in età giovane-adulta che genera flussi

di mobilità fittizia non assimilabili a quelli derivanti da attività turistiche. A rafforzare questa riflessione potrebbero esserci motivi di opportunità, magari associati alle agevolazioni della continuità territoriale per cui i sardi, di fatto, tendono a mantenere la residenza in Sardegna pur dimorando a tempo pieno fuori Regione. In sede di compensazione della mobilità interregionale tali ricoveri (come il resto delle prestazioni sanitarie) sono attribuiti correttamente alla Sardegna, ma non si tratta di fuga per ragioni strettamente sanitarie quanto piuttosto di opportunità di territorio.

Le direttrici di fuga

La dinamica dei flussi di mobilità passiva extraregionale evidenzia come i cittadini sardi si rivolgano soprattutto verso le regioni del nord e del centro Italia. Nel 2009 il flusso migratorio ospedaliero si è diretto principalmente verso Lombardia (4.381 ricoveri, pari al 28% del volume complessivo della mobilità passiva) e Lazio⁴ (20%), seguite da Emilia Romagna (13%), Liguria (10%), Toscana (9%), Piemonte e Veneto (6%). Complessivamente queste sette Regioni hanno erogato la quasi totalità (il 92%) dei ricoveri in mobilità passiva della Sardegna; le prime due circa la metà. Considerando il triennio 2007-2009 non vi sono differenze evidenti, ma si rileva un continuo incremento di ricoveri nel Veneto con una riduzione di quelli in Lombardia e in Toscana, le cui dinamiche ancora non sono chiare.

L'analisi nel dettaglio di quali ospedali extrare-

³ Prestazioni erogate a residenti da strutture nel proprio territorio.

⁴ Nel territorio della Regione Lazio è ricompresa l'attività dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù.

TABELLA 1 - Primi 6 Drg dei ricoveri diurni in mobilità passiva della Sardegna, anno 2009

rango	DRG	Descrizione DRG	peso DRG	MDC	n. casi
1	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0,7539	17	217
2	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,6224	8	185
3	409	Radioterapia	0,8811	17	174
4	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	0,5649	14	145
5	391	Neonato normale	0,1598	15	144

gionali trattino maggiormente i pazienti sardi mostra aspetti più rilevanti rispetto a quanto si può evincere dall'analisi delle vie di fuga regionali; infatti, la struttura più attrattiva non si trova nella regione più attrattiva. Le strutture più attrattive individuate sono centri di riferimento per casistica specifica e ospedali di rilievo nazionale di alta specialità.

I territori di partenza

All'interno del territorio regionale è interessante focalizzare l'attenzione sulla distribuzione del fenomeno della fuga. Ricordando come l'indica-

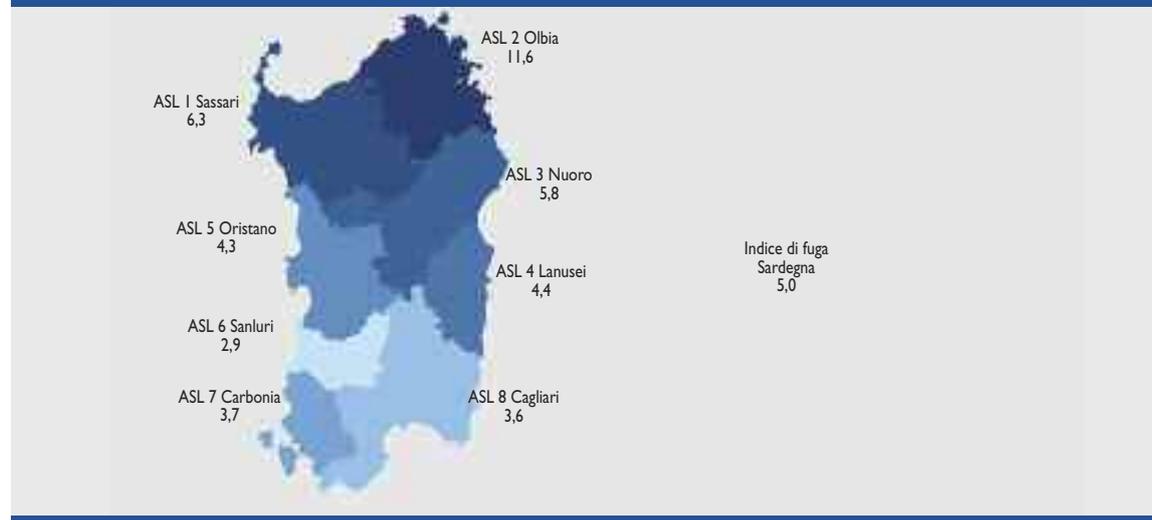
tore "indice di fuga" quantifichi la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire delle prestazioni richieste (a livello regionale pari al 5,0%), se si considera il livello territoriale delle otto Asl in cui è suddivisa la Sardegna, emergono evidenti differenze.

Si precisa che, nel calcolo dell'indicatore, i ricoveri attribuiti alle diverse Asl includono tutti quelli effettuati presso strutture (pubbliche, private, Ao e Aou) ubicate all'interno del loro ambito territoriale. Pertanto, il territorio della Asl 8 di Cagliari comprende l'attività di 20 strutture di ricovero tra cui l'Aou di Cagliari,

TABELLA 2 - Le prime 15 strutture extraregione dei ricoveri in mobilità passiva della Sardegna, anno 2009

rango	Ospedale	n. ricoveri
1	Istituto Gaslini - GENOVA	825
2	Ospedale Bambino Gesù - ROMA	818
3	Policlinico Gemelli - ROMA	559
4	S. Raffaele - MILANO	504
5	AOU Pisana - PISA	483
6	Istituto Europeo di Oncologia - MILANO	346
7	Istituto Nazionale Tumori - MILANO	295
8	Istituto Ortopedico Rizzoli - BOLOGNA	290
9	S.Orsola-Malpighi - BOLOGNA	267
10	Mangiagalli, Regina Elena - MILANO	249
11	AO di VERONA	229
12	Policlinico Di Monza - MONZA	228
13	Istituto Humanitas - ROZZANO	220
14	Ospedale S. Martino - GENOVA	217
15	AOU Careggi - FIRENZE	179

FIGURA 1 - Indice di fuga per Asl. Sardegna, anno 2009



l'Ao "Brotzu" e l'Inrca, mentre il territorio della Asl 1 di Sassari comprende 8 strutture tra cui l'Aou di Sassari. Si rileva una disomogeneità territoriale nell'offerta di prestazioni sanitarie se si considera come la presenza di strutture sanitarie nelle restanti sei Asl vada da un minimo di 1 ad un massimo di 5, tra pubbliche e private.

Le Asl più coinvolte nella mobilità passiva (che registrano un indice di fuga superiore alla media regionale) sono quelle del nord Sardegna: Olbia (11,6), Sassari (6,3), Nuoro (5,8) mentre quelle meno coinvolte sono al sud: Sanluri (2,9), Cagliari (3,6), Carbonia (3,7).

Si rileva come il secondo polo sanitario regionale (individuabile nell'Asl di Sassari), di fatto non sia un bacino di autocontenimento per i propri residenti e non sia attrattivo per i residenti nelle Asl limitrofe (Olbia e Nuoro) che migrano maggiormente verso altre regioni.

I maggiori flussi in uscita si registrano nei territori delle Asl più abitate: Cagliari (26%), Sassari (circa 24%) e nella "piccola" Asl di Olbia (18%) in misura superiore sia a Nuoro (11%) sia ad Oristano (9%) nonostante una popolazione inferiore.

Il caso di Olbia è esemplificativo: piccola per estensione geografica e con limitata offerta sanitaria (3 ospedali) ma in continua crescita demografica (154.000 residenti, +2% rispetto all'anno precedente mentre la popolazione complessiva regio-

nale cresce del +0,3%); con 2.800 ricoveri presso strutture extraregionali registra il tasso di fuga più elevato (11,6).

Il territorio di Cagliari che ha un bacino di utenza pari al 34% della popolazione regionale, pur avendo un flusso in uscita di 4.000 ricoveri l'anno (il 26% della mobilità passiva totale, quota più elevata), è caratterizzato da un basso indice di fuga (3,6); ciò può essere messo in relazione con la definizione dell'indicatore, che sfavorisce i territori con produzione ospedaliera consistente. Evidentemente, il principale polo sanitario regionale ha un'offerta sanitaria che copre i bisogni di salute della popolazione che vi risiede; rappresenta, infatti, un bacino di autocontenimento ed è polo attrattivo nei confronti dei residenti nelle Asl limitrofe.

Si potrebbe ragionevolmente presumere che le migrazioni da questi territori siano agevolate dall'esistenza di una fitta rete di collegamenti, aerei e marittimi, con il resto d'Italia. Specificatamente per i collegamenti aerei, favoriti dalle disposizioni di legge sulla continuità territoriale (Decreto Ministero dei trasporti e Legge regionale) e dalla presenza di numerose compagnie low cost. Se si osserva la distribuzione dei principali scali aereo-portuali, si nota come siano localizzati nei territori che mostrano la quota di mobilità più elevata. Inoltre, da alcuni territori in Regione, come da una parte dei territori dell'Asl di Nuoro, è più semplice spostarsi verso l'aero-

TABELLA 3 - Caratteristiche delle Asl della Sardegna, anno 2009

ASL di residenza	Popolazione residente al 1.1.2009	%	N. Ospedali (pubblici e privati)	Consumo totale	% su totale consumo	Mobilità Passiva	% su totale Mobilità Passiva	Indice di fuga
ASL 1 Sassari	336451	20.1	7	58,138	18.8	3,665	23.5	6.3
ASL 2 Olbia	154319	9.2	3	24,654	8.0	2,853	18.3	11.6
ASL 3 Nuoro	161444	9.7	3	29,646	9.6	1,705	10.9	5.8
ASL 4 Lanusei	58097	3.5	2	11,105	3.6	492	3.1	4.4
ASL 5 Oristano	167295	10.0	4	33,607	10.8	1,433	9.2	4.3
ASL 6 Sanluri	103020	6.2	1	18,580	6.0	546	3.5	2.9
ASL 7 Carbonia	130555	7.8	3	24,245	7.8	901	5.8	3.7
ASL8 Cagliari	559820	33.5	21	109,877	35.5	4,009	25.7	3.6
Sardegna	1671001	100.0	44	309,873	100.0	15,625	100.0	5.0

porto di Olbia e da lì verso il nord Italia piuttosto che raggiungere le strutture sanitarie del sud Sardegna.

Differenziazione delle direttrici per Asl di residenza

La differente disponibilità e contestuale accessibilità di collegamenti aerei e marittimi con il re-

sto di Italia, orientano direttrici e intensità della mobilità passiva. Ad esempio, nell'ambito dell'assistenza pediatrica, i due principali centri attrattivi sono collocati nella Liguria (Gaslini) e nel Lazio (Bambino Gesù). Dal nord Sardegna si predilige il Gaslini e dal sud il Bambino Gesù. Non a caso non esiste collegamento aereo diretto Cagliari-Genova.

LA MOBILITÀ SANITARIA PER LA SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA AORTICA E LA NEURO STIMOLAZIONE

102

I QUADERNI DI **MOBILITÀ**

di **Giuseppina Petrarca***, **Maria Cristina Bussone ***, **Giovanni Fattore ****

*Centro studi Assobiomedica

**CERGAS Università Bocconi

La legislazione sanitaria italiana sancisce chiaramente la libertà di scelta del luogo di cura da parte del paziente. In questi anni, la mobilità sanitaria si è affermata come un dato strutturale del sistema sanitario e ha assunto rilevanza anche per i suoi risvolti, sia in fase di ripartizione dei fondi sia di programmazione.

Le determinanti della mobilità sanitaria interregionale sono molteplici e portano a distinguere tra¹:

- 1) mobilità “di prossimità” (o “di confine”), riferita ai casi in cui il cittadino ottenga l’assistenza sanitaria in strutture al di fuori della propria Regione di residenza semplicemente per comodità, dovuta alla distanza chilometrica o alle vie di comunicazione tra la propria abitazione e la struttura sanitaria;
- 2) mobilità “di programmazione”, riferita ai casi in cui il cittadino si rivolga a determinate strutture sanitarie appositamente identificate nei Piani Sanitari come strutture caratterizzate da un’elevata specializzazione e che in quanto tali sono riconosciute essere di riferimento per le relative prestazioni;
- 3) mobilità “di causalità”, riferita ai casi in cui il cittadino orienti la propria scelta di assistenza

verso strutture al di fuori della propria Regione di residenza ovvero site nel luogo ove egli in quel momento già si trovi per motivi di lavoro, di vacanza, o altro;

- 4) mobilità “di carenza d’offerta adeguata”, riferita ai casi in cui il cittadino per ricevere assistenza si rivolga a strutture al di fuori della propria Regione di residenza, spinto dall’effettiva difficoltà di trovare tale assistenza nel proprio territorio o comunque dalla percezione che l’offerta limitrofa sia qualitativamente inadeguata.

Di tutte queste forme di mobilità, quella di prossimità si presta sicuramente meglio a essere misurata separatamente dalle altre; laddove considerata in qualche modo fisiologica, può essere scorpolata dai flussi per focalizzare l’analisi su quella meno fisiologica.

Seppure in misura differente, il fenomeno della mobilità sanitaria può essere analizzato a più livelli (internazionale, interregionale, interprovinciale) e riguarda tutte le tipologie di assistenza²; in termini finanziari, alle prestazioni ospedaliere è riconducibile circa l’80% della mobilità complessiva ed è per questo motivo che su di esse si concentra l’attenzione generale, nonché il presente lavoro.

I flussi della mobilità ospedaliera interregionale so-

no stati oggetto di numerose analisi sulla base della distinzione tra mobilità passiva (residenti nella regione che vengono ricoverati in strutture fuori regione) e mobilità attiva (pazienti ricoverati in strutture della regione, ma residenti in altre regioni).

In particolare, si tratta di lavori che descrivono il fenomeno della mobilità attraverso lo studio della distribuzione del flusso migratorio per Diagnosis Related Groups (Drg) e per Major Diagnostic Categories (Mdc)³. Alcuni di questi studi confrontano la mobilità tra le regioni, ricorrendo all'utilizzo di specifici indicatori quali: *l'indice di fuga, l'indice di attrazione, l'indice di emigrazione, l'indice di immigrazione, l'indice di stanzialità*; altri analizzano il fenomeno in termini finanziari e individuano il reale numero di persone coinvolte⁴. Nel complesso si tratta, però, di lavori che affrontano la questione in termini piuttosto generali, senza approfondirla e considerando specifiche aree terapeutiche, ad esempio mappando la distribuzione delle strutture sanitarie più attrattive con riferimento a determinate procedure chirurgiche e, in un secondo momento, interrogandosi sulle caratteristiche di tali strutture rispetto al contesto nazionale. L'obiettivo di questo lavoro è quello di testare un diverso approccio di analisi del fenomeno della mobilità ospedaliera, in modo da verificare se, andando maggiormente in profondità su specifici interventi, si possano trarre indicazioni utili a eventuali decisioni di politica sanitaria.

METODI

Tipologia dei dati utilizzati

Il presente lavoro si basa sulle informazioni rilevate dalle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) del-

l'anno 2009, rese disponibili dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute. I dati contenuti nelle Sdo, a loro volta, provengono dalle cartelle cliniche aperte al momento del ricovero e chiuse al momento della dimissione dei pazienti; le Sdo riportano informazioni sul paziente, la diagnosi e l'assistenza prestatagli durante il ricovero, raccolte mediante un sistema di classificazione e codifica (ICD 9 CM)⁵ che le rende facilmente utilizzabili per elaborazioni di tipo statistico, amministrativo ed economico, come quelle qui di seguito illustrate.

Impostazione dello studio

Si è proceduto a sviluppare il lavoro in due fasi: nella prima fase, approfittando di avere a disposizione i dati più aggiornati, si è considerato il fenomeno generale della mobilità ospedaliera. Nella seconda, si è testato un approccio di analisi mirato su determinate procedure chirurgiche e finalizzato a individuare con riferimento alle stesse, da un lato, le strutture ospedaliere più attrattive e, dall'altro, le aree di maggiore emigrazione. La tabella 1 mette in evidenza i primi dati generali del fenomeno, ovvero il numero e la distribuzione regionale dei ricoveri secondo tre macro categorie: residenti, fuori regione ed estero. Una prima analisi sui flussi migratori permette, per ciascuna regione, di distinguere la mobilità in "passiva" e "attiva". La prima riguarda i cittadini residenti in una determinata regione che vengono ricoverati in strutture site al di fuori di quella regione; la seconda al contrario riguarda i citta-

segue a pag. 105 ►

2 La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Roma 5 maggio 2011, definisce le prestazioni da porre in compensazione:

- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso C)
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta dei farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G).

3 Nonis M., Rosati E. Guida ai DRG edizione 2009, Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS - DRG e della corrispondente ICD 9 CM (USA, FY 2007). Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2009.

4 www.noi-istat2010.istat.it

5 Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche terapeutiche. Versione italiana della ICD 9 CM (International Classification of Disease - 9th revision - Clinical Modification) 2007. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2008.

TABELLA 1 - Classificazione dei ricoveri secondo tre macro categorie: residenti, fuori regione, estero

REGIONE	RICOVERI PER PAZIENTI:		
	RESIDENTI	FUORI REGIONE	ESTERO
PIEMONTE	734.762	45.628	6.052
VALLE D'AOSTA	19.414	1.880	276
LOMBARDIA	1.721.658	158.358	17.880
P.A. BOLZANO	98.025	7.219	3.194
P.A. TRENTO	83.921	9.845	1.314
VENETO	744.245	64.770	6.967
FRIULI VENEZIA GIULIA	190.324	21.106	1.906
LIGURIA	324.016	38.485	3.460
EMILIA ROMAGNA	752.344	118.154	9.294
TOSCANA	584.570	71.265	9.317
UMBRIA	145.800	25.779	1.260
MARCHE	263.249	29.936	1.323
LAZIO	1.099.908	108.819	9.710
ABRUZZO	223.580	29.298	916
MOLISE	56.250	20.040	267
CAMPANIA	1.197.718	26.742	6.163
PUGLIA	749.018	27.052	2.983
BASILICATA	91.295	15.326	258
CALABRIA	313.061	8.612	1.730
SICILIA	1.047.099	18.305	4.126
SARDEGNA	292.354	5.180	1.292
TOTALE	10.732.611	851.799	89.688

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

TABELLA 2 - Saldo di mobilità ospedaliera (2009)

REGIONE	ATTIVA	PASSIVA	SALDO MOBILITÀ	SALDO MOBILITÀ/ TOTALE RICOVERI PER REGIONE
LOMBARDIA	158.358	74.170	84.188	4,4%
EMILIA ROMAGNA	118.154	49.961	68.193	7,8%
LAZIO	108.819	70.080	38.739	3,2%
TOSCANA	71.265	41.062	30.203	4,5%
VENETO	64.770	49.928	14.842	1,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	21.106	14.377	6.729	3,2%
MOLISE	20.040	13.992	6.048	7,9%
UMBRIA	25.779	21.523	4.256	2,5%
P.A. BOLZANO	7.219	4.345	2.874	2,7%
LIGURIA	38.485	40.782	-2.297	-0,6%
MARCHE	29.936	32.548	-2.612	-0,9%
VALLE D'AOSTA	1.880	5.356	-3.476	-16,1%
P.A. TRENTO	9.845	14.905	-5.060	-5,3%
BASILICATA	15.326	23.933	-8.607	-8,1%
PIEMONTE	45.628	54.291	-8.663	-1,1%
SARDEGNA	5.180	15.716	-10.536	-3,5%
ABRUZZO	29.298	43.851	-14.553	-5,7%
PUGLIA	27.052	65.606	-38.554	-4,9%
SICILIA	18.305	57.707	-39.402	-3,7%
CALABRIA	8.612	65.926	-57.314	-17,7%
CAMPANIA	26.742	91.740	-64.998	-5,3%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

► segue da pag. 103

dini ricoverati in strutture di quella regione, pur essendo residenti in una regione differente. Dalla differenza di questi due flussi emerge il saldo di mobilità ospedaliera della regione in questione (tabella 2).

Incrociando i dati del paziente per “Asl di residenza” e “Regione di ricovero”, si individua quella parte di mobilità “di prossimità” che può essere definita anche fisiologica, proprio perché attribuibile a motivi geografici ovvero alla maggiore o minore facilità di percorrenza della distanza tra la propria abitazione e le diverse strutture sanitarie più vicine.

Nel presente lavoro, i ricoveri ospedalieri riconducibili alla mobilità “di prossimità” sono inizialmente stati separati dai ricoveri riconducibili alle

altre forme di mobilità (“di casualità”, “di programmazione” e “di carenza di offerta”) sulle quali ci si è concentrati nella seconda fase dello studio. La tabella 3 indica la suddetta distinzione di mobilità per ciascuna regione.

Nella seconda fase dello studio, innanzitutto, sono state individuate le Mdc con riferimento alle quali nel 2009 si è registrata la maggiore mobilità ospedaliera (esclusa la mobilità di prossimità) e, in seconda battuta, sono state scelte le procedure chirurgiche che si è ritenuto fossero più interessanti da approfondire in quanto associate all’utilizzo di dispositivi medici non diffusi in modo omogeneo sul territorio.

L’analisi sulla distribuzione delle dimissioni per Mdc mette in evidenza che su 27 categorie diagnostiche maggiori (Mdc)⁶, cinque ge-

6 I Drg sono raggruppati in 25 Mdc più 2 classi particolari composte da Drg atipici (468, 469, 470, 476, 477) e da Drg Pre Mdc (Drg chirurgici classificati con codici speciali). M. Nonis, E. Rosati, Guida ai DRG, p. 45 – 50.

TABELLA 3 - Distribuzione regionale dei ricoveri in Mobilità “di prossimità” e Altra Mobilità

REGIONE	RICOVERI IN MOBILITA' ATTIVA			
	" DI PROSSIMITA' "		ALTRA MOBILITA'	
	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA % SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA % SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE
PIEMONTE	24.425	3,1%	21.203	2,7%
VALLE D'AOSTA	904	4,2%	976	4,5%
LOMBARDIA	46.957	2,5%	111.401	5,9%
P.A. BOLZANO	4.207	3,9%	3.012	2,8%
P.A. TRENTO	4.765	5,0%	5.080	5,3%
VENETO	23.711	2,9%	41.059	5,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	8.837	4,1%	12.269	5,8%
LIGURIA	10.484	2,9%	28.001	7,7%
EMILIA ROMAGNA	41.545	4,7%	76.609	8,7%
TOSCANA	21.947	3,3%	49.318	7,4%
UMBRIA	15.627	9,0%	10.152	5,9%
MARCHE	14.548	4,9%	15.388	5,2%
LAZIO	33.699	2,8%	75.120	6,2%
ABRUZZO	15.329	6,0%	13.969	5,5%
MOLISE	14.216	18,6%	5.824	7,6%
CAMPANIA	9.811	0,8%	16.931	1,4%
PUGLIA	12.254	1,6%	14.798	1,9%
BASILICATA	11.520	10,8%	3.806	3,6%
CALABRIA	2.014	0,6%	6.598	2,0%
SICILIA	6.341	0,6%	11.964	1,1%
SARDEGNA	0	0,0%	5.180	1,7%
TOTALE	323.141	2,8%	528.658	4,5%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

nerano il 51% dei flussi di mobilità (tabella 4). Le procedure specifiche per area terapeutica selezionate per il presente studio rientrano proprio in queste cinque Mdc con maggior mobilità e sono:

- 1) Sostituzione valvola aortica (Mdc 5 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio);
- 2) Neurostimolazione cerebrale (Mdc 1 – Malattie e disturbi del sistema nervoso).

Sostituzione valvola aortica

La procedura di sostituzione della valvola aortica viene effettuata impiantando una protesi valvolare (meccanica o biologica) mediante un intervento cardiocirurgico che viene praticato in anestesia generale con apertura chirurgica del torace. La sostituzione della valvola aortica avviene fondamentalmente per due motivi: restringimento o stenosi della valvola, che impedisce il normale flusso di sangue; o incontinenza della valvola aortica provocata da lesioni della stessa che portano il sangue a ritornare nel ventricolo e non, invece, a percorrere la strada verso l'aorta.

L'insorgenza di entrambi i suddetti problemi è legata prevalentemente all'invecchiamento. In altri casi, tuttavia, il malfunzionamento della valvola

aortica è conseguenza di condizioni che possono essere congenite (es. bicuspidia della valvola aortica, una malformazione della valvola che risulta formata da due cuspidi invece che tre).

La prevalenza di stenosi aortica è del 2,8% della popolazione con età ≥ 75 anni (Nkomo 2006); il 69% di questi casi presenta una grave stenosi aortica, e di essi il 76% presenta gravi sintomi (Lung 2005).

Il sistema di classificazione ICD 9 CM codifica l'intervento della sostituzione valvola aortica mediante i seguenti codici:

- 35.20 Sostituzione di valvola cardiaca non specificata;
- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi;
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi.

Il Drg 104, *Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco*, si determina nel caso di codifica combinata tra 16 codici di procedura Operation room (OR), tra cui i codici 35.20, 35.21, 35.22, e con almeno uno degli 11 codici Non Operation Room (NOR), che descrivono le procedure di cateterismo cardiaco. Nel caso in cui non venissero indicate le

7 Nonis M., Rosati E. Guida ai DRG edizione 2009, Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS – DRG e della corrispondente ICD 9 CM (USA, FY 2007). Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2009.

TABELLA 4 - MDC per le quali si registra la maggiore mobilità (2009)

M DC	DESCRIZIONE	NUM ERO DIMESSI PER M DC	% DIM ESSI PER M DC	% CUM ULATIVA
8	MeD del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	106.101	20%	20%
5	MeD dell'apparato cardiocircolatorio	52.946	10%	30%
1	MeD del sistema nervoso	44.176	8%	38%
17	MeD mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate e Approfondimento sulla classificazione e codifica ICD9CM in oncologia	33.712	6%	45%
6	MeD dell'apparato digerente	31.517	6%	51%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

procedure di cateterismo cardiaco, la presenza dei soli codici OR genera il Drg 105⁷, *Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici, senza cateterismo cardiaco*.

Neurostimolazione cerebrale

La neurostimolazione cerebrale profonda (deep brain stimulation – DBS) è un trattamento rivolto a pazienti affetti da patologie neurologiche degenerative che provocano un'alterata comunicazione nei circuiti addetti al controllo motorio, e in particolar modo a quelli affetti da morbo di Parkinson, che non rispondono più alle terapie farmacologiche, nonché a pazienti affetti da tremore essenziale e distonia. La procedura consiste nell'impianto intracerebrale in una piccola area del talamo o dei gangli di un elettrodo stimolante collegato ad un pacemaker. Lo stimolo elettrico indotto dal pacemaker in una zona del cervello ben precisa aiuta a controllare i sintomi della malattia e consente di ridurre l'uso dei farmaci specie quando responsabili di effetti degenerativi. La terapia è reversibile, infatti è possibile interrompere la stimolazione o rimuovere completamente il dispositivo in qualsiasi momento. In linea di massima si può ritenere che due siano i criteri principali per il successo della neurostimolazione intracerebrale: la selezione accurata dei pazienti e il corretto posizionamento chirurgico degli elettrodi intracerebrali.

La prevalenza della malattia del Parkinson è dello 0,2% della popolazione complessiva (Morgan et al 1992). Il tasso di prevalenza risulta aumentare progressivamente con l'aumentare dell'età. Uno studio ha analizzato la frequenza del Morbo di Parkinson nell'Italia nord-orientale, sulla base del quale si è rilevato che il tasso di incidenza media all'anno per il periodo 1967-1987 è stato dello 0,01% (Granieri E. et al 1991).

Occorre precisare che l'intervento di neurostimolazione cerebrale è indicato non solo per pazienti con malattia di Parkinson, ma anche per pazienti con distonia, tremori, epilessia, tic e Sindrome di Gilles de la Tourette, disturbi ossessivo-

compulsivi, depressione, anoressia e bulimia. Ciò non vuol dire che tutti i pazienti, neurologici e psichiatrici, vengono trattati con la stimolazione cerebrale; infatti la maggior esperienza sull'uso della neurostimolazione riguarda la malattia di Parkinson, e tra questi non tutti candidabili all'intervento DBS.

I codici ICD 9 CM che identificano l'intervento di neurostimolazione cerebrale sono i seguenti:

■ 02.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico – Impianto, inserzione, posizionamento, sostituzione di: pacemaker cerebrale intracranico (neuro pacemaker), elettrodi in profondità, ricevitore elettroencefalografico intracranico, placchette epidurali, elettrodi nel forame ovale, elettrostimolatore intracranico (con stimolazione intracranica), grigliette subdurali.

È possibile codificare l'inserzione di un generatore di impulsi di neurostimolazione con uno dei seguenti codici:

- 86.94 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile;
- 86.95 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile;
- 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore;
- 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile;
- 86.98 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile.

Il codice 02.93 rientra nei codici Operation Room (OR); questi ultimi descrivono gli interventi chirurgici di craniotomia che, a seconda dell'età o della presenza o meno di complicanze, sono classificati con i Drg 1, *Craniotomia età > 17 anni con CC*, Drg 2, *Craniotomia età > 17 anni senza CC*, Drg 3, *Craniotomia età < 18*.

Nel caso in cui l'inserzione del generatore di impulsi venga codificato con i codici da 86.94 a

86.98 i Drg di intervento sono il Drg 7, *interventi su nervi periferici e cranici ed altri interventi sul sistema nervoso con cc*, Drg 8, *Interventi su nervi periferici e cranici ed altri interventi sul sistema nervoso senza cc*. La versione 24.0 ha introdotto un nuovo Drg, il 543, *Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale*, che si determina nei casi in cui si verifica la presenza di un codice OR di craniotomia (tra cui 02.93 e da 86.94 a 86.98) in associazione ad almeno una delle seguenti condizioni:

- a) presenza del codice di procedura Non Operation Room (NOR) 00.10, impianto di agenti chemioterapici;
- b) presenza di un codice di Diagnosi Principale (DP) di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale;
- c) codifica combinata composta dai codici 02.93 e 86.95.

RISULTATI

Sostituzione valvola aortica

Il numero degli interventi di sostituzione della valvola aortica estratti dal database Sdo 2009, mediante l'utilizzo dei codici ICD 9 CM e del numero Drg, risultano essere 11.963 (tabella 5).

Incrociando i dati del paziente "Asl di residenza" e "Regione di ricovero", è stata individuata, tra i "ricoveri fuori Regione", la parte di mobilità "di prossimità" e le altre forme di mobilità (tabella 6). Per misurare il grado di diffusione della procedura tra la popolazione di riferimento in ciascuna regione, è stato necessario calcolare il numero dei pazienti trattati per 100.000 abitanti e individuare il rapporto tra:

$$\frac{\text{Pazienti di ciascuna regione trattati nel 2009}}{\text{Stima pazienti di ciascuna regione "candidabili"}}$$

Al numeratore troviamo i casi trattati per i pa-

TABELLA 5 - Numero dei ricoveri per la procedura di sostituzione valvola aortica (2009)

REGIONE	RICOVERI PER PAZIENTI:			TOTALE RICOVERI
	RESIDENTI	FUORI REGIONE	ESTERO	
PIEMONTE	975	117	4	1.096
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0
LOMBARDIA	1.733	616	24	2.373
P. A. BOLZANO	0	0	0	0
P. A. TRENTO	98	12	1	111
VENETO	1.058	91	4	1.153
FR IULI VENEZIA GIULIA	223	8	0	231
LIGURIA	260	13	1	274
EM ILIA ROM AGNA	953	321	14	1.288
TOSCANA	801	116	1	918
UM BRIA	135	16	1	152
M ARCHE	242	12	0	254
LAZIO	947	118	8	1.073
AB RUZZO	205	27	0	232
M OLISE	34	38	1	73
CAM PANIA	784	27	0	811
PUGLIA	756	46	0	802
BASILICATA	59	8	0	67
CALABRIA	170	6	0	176
SICILIA	641	18	1	660
SARDEGNA	219	0	0	219
TOTALE	10.293	1.610	60	11.963

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

zienti di ciascuna regione sia in mobilità sia all'interno della propria regione. Il denominatore, invece, rappresenta una stima dei potenziali pazienti candidabili all'intervento in base ai dati di prevalenza⁸ e di candidabilità indicati in letteratura. Il denominatore è pertanto un indice del numero massimo teorico di pazienti che potrebbero essere sottoposti all'intervento (e comprende i pazienti che potrebbero avere già effettuato la sostituzione valvolare). La tabella 7 mostra i risultati riferiti alla procedura di valvola aortica.

Per i pazienti sottoposti alla procedura di sostituzione della valvola aortica, la figura 1 consente di confrontare il numero dei pazienti residenti trattati in ciascuna regione con la stima di prevalenza del numero dei pazienti candidabili all'intervento chirurgico.

La figura 1 sembra indicare una correlazione tra percentuale dei pazienti trattati in strutture della Regione di residenza del paziente e tasso di copertura della domanda potenziale di intervento; le Regioni che riescono ad avere un tasso di copertura più elevata sono anche quelle che hanno

⁸ Per la procedura di valvola aortica si è ritenuto un'approssimazione opportuna l'utilizzo del dato di prevalenza e non quello di incidenza, in quanto il tasso di prevalenza è l'unico riportato negli studi di letteratura esaminati concernenti la patologia in questione.

TABELLA 6 - Numero dei ricoveri distinti in Mobilità "di prossimità" e Altra Mobilità, per la procedura di sostituzione valvola aortica

REGIONE	RICOVERI IN MOBILITÀ			
	"DI PROSSIMITÀ"		ALTRA MOBILITÀ	
	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA% SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA% SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE
PIEMONTE	56	5,1%	61	5,6%
VALLE D'AOSTA	0	-	0	-
LOMBARDIA	132	5,6%	484	20,6%
P. A. BOLZANO	0	-	0	-
P. A. TRENTO	11	10,0%	1	0,9%
VENETO	60	5,2%	31	2,7%
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	2,6%	2	0,9%
LIGURIA	4	1,5%	9	3,3%
EMILIA ROMAGNA	111	8,7%	210	16,5%
TOSCANA	72	7,9%	44	4,8%
UMBRIA	10	6,6%	6	4,0%
MARCHE	6	2,4%	6	2,4%
LAZIO	46	4,3%	72	6,8%
ABRUZZO	17	7,3%	10	4,3%
MOLISE	27	37,5%	11	15,3%
CAMPANIA	22	2,7%	5	0,6%
PUGLIA	25	3,1%	21	2,6%
BASILICATA	4	6,0%	4	6,0%
CALABRIA	1	0,6%	5	2,8%
SICILIA	10	1,5%	8	1,2%
SARDEGNA	0	0,0%	0	0,0%
Totale	620	5,2%	990	8,3%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

una fuga fuori regione più modesta. Questo suggerisce che l'accesso a questa procedura sia effettivamente condizionato dalla disponibilità nel territorio di residenza.

In continuità con quanto emerso dall'analisi del fenomeno della mobilità per la specifica procedura di sostituzione della valvola aortica, risulta

che le strutture più attrattive⁹ sono presenti in Lombardia ed Emilia Romagna, nelle quali il ruolo del privato qualificato è maggiore rispetto a quello del pubblico (figura 2 e tabella 8). Dalla stessa analisi emerge, invece, che nelle Regioni del sud, Molise e Puglia, il privato sopperisce totalmente all'assenza del pubblico.

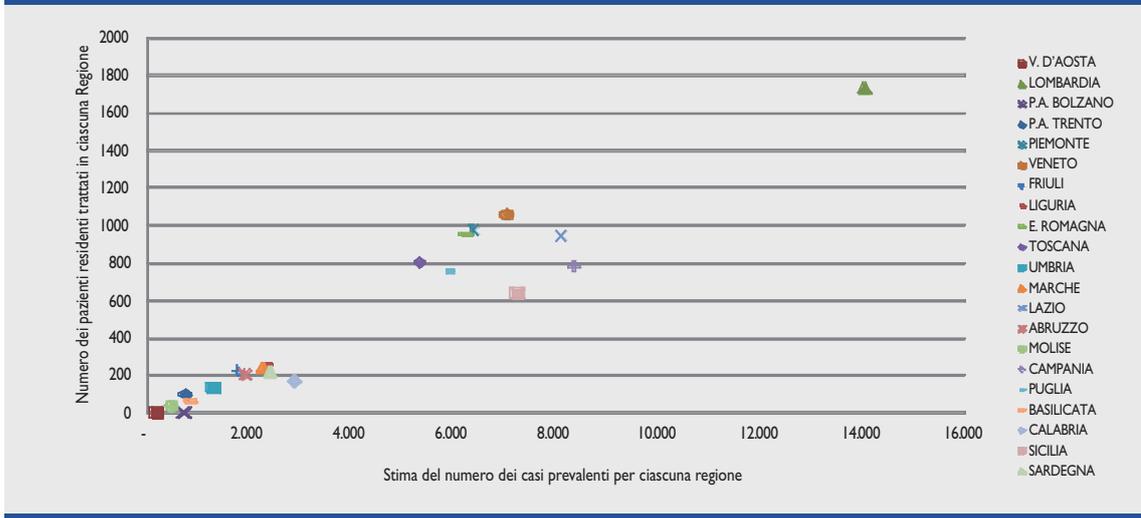
9 Le strutture più attrattive sono quelle che nel corso del 2009 hanno erogato più di 20 interventi di sostituzione valvola aortica in regime di mobilità.

TABELLA 7 - Numero dei pazienti di ciascuna regione trattati e "candidabili" per la procedura di sostituzione valvola aortica

REGIONE	PREVALENZA	PZ CANDIDABILI	PZ TRATTATI	PZ TRATTATI X 100.000 AB	PZ DI CIASCUNA REGIONE TRATTATI / PZ DI CIASCUNA REGIONE "CANDIDABILI"
	2,8%	76% (*)			
EMILIA ROMAGNA	11.903	6.242	1.037	23,91	0,17
VENETO	13.406	7.030	1.164	23,83	0,17
PIEMONTE	12.163	6.378	1.049	23,67	0,16
TOSCANA	10.174	5.335	843	22,74	0,16
LIGURIA	4.432	2.324	366	22,66	0,16
MARCHE	4.307	2.259	353	22,49	0,16
PUGLIA	11.195	5.871	897	21,99	0,15
P.A. TRENTO	1.426	748	113	21,74	0,15
UMBRIA	2.454	1.287	187	20,91	0,15
ABRUZZO	3.662	1.921	276	20,68	0,14
BASILICATA	1.621	850	118	19,98	0,14
ITALIA	164.764	86.402	11.903	19,82	0,14
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.378	1.771	234	19,01	0,13
LAZIO	15.440	8.097	1.052	18,70	0,13
LOMBARDIA	26.734	14.019	1.768	18,15	0,13
MOLISE	880	462	56	17,46	0,12
CAMPANIA	15.951	8.365	1.007	17,32	0,12
VALLE D'AOSTA	349	183	21	16,53	0,11
CALABRIA	5.512	2.890	325	16,18	0,11
SARDEGNA	4.585	2.404	254	15,20	0,11
SICILIA	13.824	7.249	727	14,43	0,10
P.A. BOLZANO	1.369	718	56	11,23	0,08

(*) la percentuale è calcolata sul 69% della prevalenza che presenta una grave stenosi aortica (Iug2005)
Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

FIGURA 1 - Confronto tra pazienti residenti trattati nella propria regione e stima dei casi prevalenti



Confrontando, quindi, il dato di copertura del bisogno (tabella 7) e la mappatura delle strutture più attrattive (figura 2), si nota che la concentrazione territoriale delle strutture è situata al nord dell'Italia e che le Regioni con strutture sanitarie più attrattive garantiscono mag-

giore copertura del fabbisogno sanitario ai propri cittadini e, in parte, anche a quelli delle Regioni confinanti, come per esempio Liguria, P.A. di Trento, Umbria, Marche, Abruzzo e Basilicata. Fanno eccezione Lazio e Lombardia che attraggono di più ma registrano una co-

FIGURA 2 - Mappatura delle strutture più attrattive per la procedura di sostituzione valvola aortica



TABELLA 8 - Distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura

REGIONE	STRUTTURA PUBBLICA		STRUTTURA PRIVATA	
	NUMERO RICOVERI TOTALI	RICOVERI IN MOBILITÀ	NUMERO RICOVERI TOTALI	RICOVERI IN MOBILITÀ
PIEMONTE	800	54	292	63
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-
LOMBARDIA	1.047	159	1.302	457
P. A. BOLZANO	-	-	-	-
P. A. TRENTO	110	12	-	-
VENETO	1.149	91	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	231	8	-	-
LIGURIA	208	9	65	4
EMILIA ROMAGNA	548	86	726	235
TOSCANA	682	79	235	37
UMBRIA	151	16	-	-
MARCHE	254	12	-	-
LAZIO	588	58	477	60
ABRUZZO	232	27	-	-
MOLISE	-	-	72	38
CAMPANIA	503	10	308	17
PUGLIA	132	3	670	43
BASILICATA	67	8	-	-
CALABRIA	44	5	132	1
SICILIA	435	16	224	2
SARDEGNA	219	-	-	-
ITALIA	7.400	653	4.503	957

pertura del bisogno poco al di sotto della media nazionale. In questo caso, potrebbe darsi che la forte domanda esterna presente in queste Regioni potrebbe produrre comunque una ten-

sione sul lato dell'offerta con conseguente impossibilità di soddisfare la domanda di interventi (figura 3).

FIGURA 3 - Confronto tra Regioni con strutture più attrattive e Regioni con maggiore utilizzo della procedura di valvola aortica

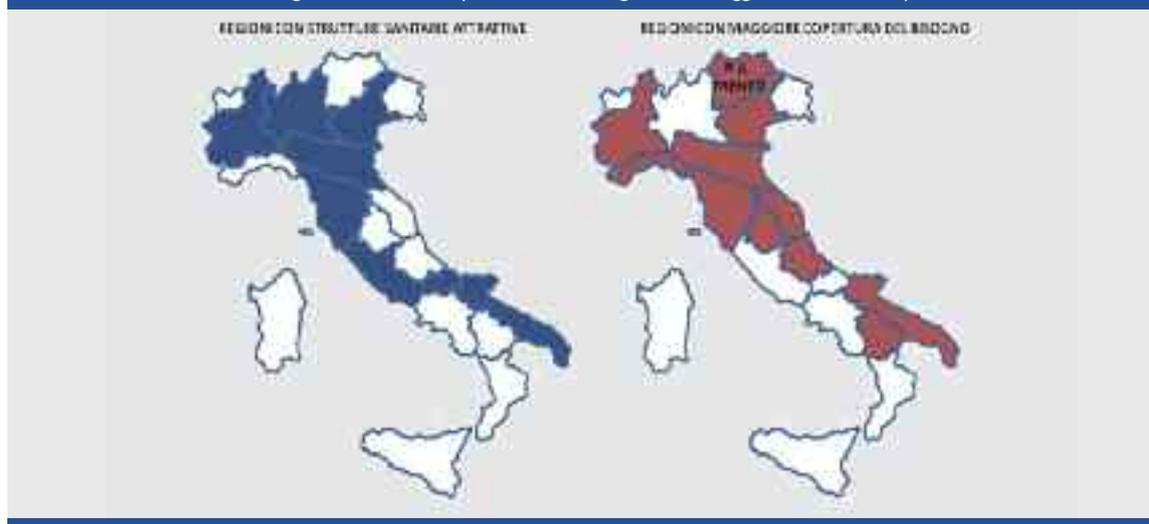


TABELLA 9 - Numero dei ricoveri per la procedura di neurostimolazione cerebrale (2009)

REGIONE	RICOVERI PER PAZIENTI:			TOTALE RICOVERI
	RESIDENTI	FUORI REGIONE	ESTERO	
PIEMONTE	21	4	0	25
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0
LOMBARDIA	85	77	3	165
P. A. BOLZANO	0	0	0	0
P. A. TRENTO	0	0	0	0
VENETO	28	12	0	40
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	2	0	7
LIGURIA	0	0	0	0
EMILIA ROMAGNA	40	17	0	57
TOSCANA	6	5	0	11
UMBRIA	1	0	0	1
MARCHE	7	4	0	11
LAZIO	32	11	0	43
ABRUZZO	0	0	0	0
MOLISE	0	25	0	25
CAMPANIA	0	0	0	0
PUGLIA	3	0	0	3
BASILICATA	0	0	0	0
CALABRIA	2	0	0	2
SICILIA	4	0	0	4
SARDEGNA	3	0	0	3
Totale	237	157	3	397

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

Neurostimolazione cerebrale

Utilizzando i codici ICD 9 CM che descrivono l'intervento di neurostimolazione cerebrale per l'estrazione dei ricoveri DBS, risulta che nel corso dell'anno 2009 i pazienti trattati sono pari a 397; la Tabella 9 ne indica la distribuzione nelle varie regioni.

Considerando solo i ricoveri erogati per pazienti provenienti da regioni non di confine, si è in grado di identificare le Regioni con maggiore attrattività, che per la procedura di neurostimolazione cerebrale sono Lombardia, Molise ed Emi-

lia Romagna, seguite da Toscana, Lazio, Veneto, Marche, Piemonte e Friuli Venezia Giulia.

La Tabella 11 indica il grado di copertura del bisogno in ciascuna Regione, reso disponibile mediante il calcolo del numero di pazienti trattati per 100.000 abitanti e il rapporto tra pazienti trattati in ciascuna Regione e pazienti regionali "candidabili"¹⁰.

La figura 4 mette in evidenza le Regioni che hanno effettuato più interventi di neurostimolazione cerebrale per i propri residenti, ovvero la Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto.

10 Non tutti i malati di Parkinson sono candidabili all'intervento DBS. I pazienti candidabili vengono selezionati presso "Centri Specialistici" e devono avere determinate caratteristiche, ad esempio: forma avanzata della malattia, scarsa risposta alla terapia farmacologica, età non superiore di 70 anni. Uno studio indica la percentuale di idoneità che, in base ai criteri di selezione applicati, varia dal 1,6% al 4,5% (Morgante et al 2004). Nel presente studio si è ritenuto opportuno applicare la percentuale dell'1,6 sul dato di prevalenza della malattia precedentemente calcolato.

TABELLA 10 - Numero dei ricoveri distinti in Mobilità "di prossimità" e Altra Mobilità per la procedura di neurostimolazione cerebrale

REGIONE	RICOVERI IN MOBILITÀ			
	"DI PROSSIMITÀ"		ALTRA MOBILITÀ	
	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA% SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE	NUMERO RICOVERI	INCIDENZA% SUL TOTALE RICOVERI PER REGIONE
PIEMONTE	1	4,0%	3	12,00%
VALLE D'AOSTA	0	-	0	-
LOMBARDIA	17	10,5%	60	37,04%
P. A. BOLZANO	0	-	0	-
P. A TRENTO	0	-	0	-
VENETO	6	15,0%	6	15,00%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	14,3%	1	14,29%
LIGURIA	0	-	0	-
EMILIA ROMAGNA	4	7,0%	13	22,81%
TOSCANA	1	9,1%	4	36,36%
UMBRIA	0	0,0%	0	0,00%
MARCHE	1	9,1%	3	27,27%
LAZIO	4	9,3%	7	16,28%
ABRUZZO	0	-	0	-
MOLISE	7	28,0%	18	72,00%
CAMPANIA	0	-	0	-
PUGLIA	0	0,0%	0	0,00%
BASILICATA	0	-	0	-
CALABRIA	0	0,0%	0	0,00%
SICILIA	0	0,0%	0	0,00%
SARDEGNA	0	0,0%	0	0,00%
Totale	42	10,7%	115	29,19%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

In maniera ancora più evidente che nel caso della sostituzione della valvola aortica, risulta che le Regioni più attive e maggiormente in grado di attrarre i pazienti sono anche quelle che ottengono dei tassi di intervento per la popolazione residente nettamente elevati.

Dall'analisi delle strutture più attrattive per l'intervento di neurostimolazione cerebrale risulta

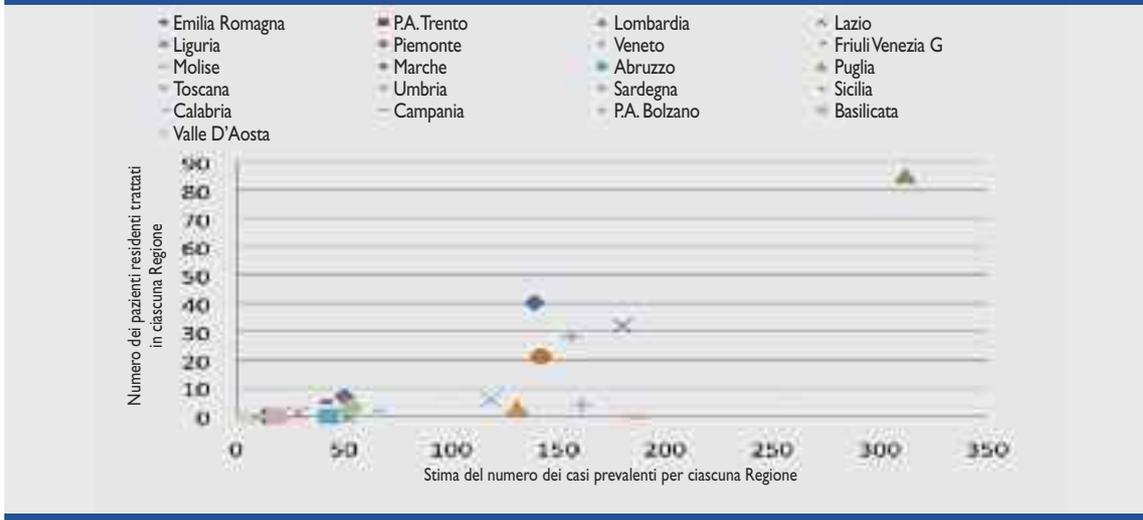
che la Lombardia, il Molise e l'Emilia Romagna sono le Regioni che attraggono di più. In questa procedura chirurgica, a differenza di quella per la sostituzione della valvola aortica, il ruolo del pubblico è prevalente rispetto a quello del privato, ad eccezione del Molise in cui la copertura del bisogno è garantita solo da strutture private (figura 5 e tabella 12).

TABELLA 11 - Numero dei pazienti di ciascuna regione trattati e "candidabili" per la procedura di neurostimolazione cerebrale

REGIONE	PREVALENZA			PZ TRATTATI		PZ DI CIASCUNA REGIONE TRATTATI / PZ DI CIASCUNA REGIONE "CANDIDABILI"	
	0,2%	1,6%	4,5%		PZ TRATTATI X 100.000 AB	PZ CANDIDABILI 1,6%	PZ CANDIDABILI 4,5%
EMILIA ROMAGNA	8.676	139	390	52	1,20	0,37	0,13
P.A. TRENTO	1.040	17	47	5	0,96	0,30	0,11
LOMBARDIA	19.485	312	877	89	0,91	0,29	0,10
LAZIO	11.253	180	506	51	0,91	0,28	0,10
LIGURIA	3.230	52	145	14	0,87	0,27	0,10
PIEMONTE	8.865	142	399	35	0,79	0,25	0,09
VENETO	9.771	156	440	36	0,74	0,23	0,08
ITALIA	120.090	1.921	5.404	394	0,66	0,21	0,07
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.462	39	111	8	0,65	0,20	0,07
MOLISE	642	10	29	2	0,62	0,19	0,07
MARCHE	3.139	50	141	9	0,57	0,18	0,06
ABRUZZO	2.669	43	120	7	0,52	0,16	0,06
PUGLIA	8.159	131	367	19	0,47	0,15	0,05
TOSCANA	7.416	119	334	17	0,46	0,14	0,05
UMBRIA	1.788	29	80	4	0,45	0,14	0,05
SARDEGNA	3.342	53	150	7	0,42	0,13	0,05
SICILIA	10.076	161	453	18	0,36	0,11	0,04
CALABRIA	4.017	64	181	6	0,30	0,09	0,03
CAMPANIA	11.626	186	523	13	0,22	0,07	0,02
P.A. BOLZANO	998	16	45	1	0,20	0,06	0,02
BASILICATA	1.181	19	53	1	0,17	0,05	0,02
VALLE D'AOSTA	254	4	11	-	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Assobiomedica su dati SDO 2009 Ministero della Salute

FIGURA 4 - Confronto tra pazienti residenti trattati nella propria regione e stima dei casi incidenti



Dall'analisi del grado di copertura del fabbisogno sanitario di ciascuna Regione e della concentrazione delle strutture più attrattive¹¹ emerge che l'intervento di neurostimolazione cerebrale, a differenza della procedura di valvola aortica, ha una copertura del bisogno molto bassa, soprattutto

nelle Regioni del sud, e una concentrazione delle strutture situata al nord, in particolar modo nella Lombardia (figura 6). In questo caso il ruolo del pubblico è rilevante, tranne nella Regione Molise che conferma un ruolo dominante del privato qualificato.

11 Per la procedura di neurostimolazione cerebrale sono considerate più attrattive le strutture che hanno erogato più di 5 interventi di DBS nell'anno 2009.

FIGURA 5 - Mappatura delle strutture più attrattive per la procedura di neurostimolazione cerebrale



TABELLA 12 - Distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura

REGIONE	STRUTTURA PUBBLICA		STRUTTURA PRIVATA	
	NUMERO RICOVERI TOTALI	RICOVERI IN MOBILITÀ	NUMERO RICOVERI TOTALI	RICOVERI IN MOBILITÀ
PIEMONTE	25	4	-	-
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-
LOMBARDIA	120	59	42	18
P. A. BOLZANO	-	-	-	-
P. A. TRENTO	-	-	-	-
VENETO	40	12	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	2	-	-
LIGURIA	-	-	-	-
EMILIA ROMAGNA	57	17	-	-
TOSCANA	11	5	-	-
UMBRIA	1	-	-	-
MARCHE	11	4	-	-
LAZIO	26	7	17	4
ABRUZZO	-	-	-	-
MOLISE	-	-	25	25
CAMPANIA	-	-	-	-
PUGLIA	3	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-
CALABRIA	2	-	-	-
SICILIA	4	-	-	-
SARDEGNA	3	-	-	-
ITALIA	310	110	84	47

RIFLESSIONI

La mobilità è un fenomeno complesso che necessita di essere studiato in modo analitico. Occorre, quindi, cercare di tenere distinte le diverse cause che possono determinare tale fenomeno. Un altro tema di estrema complessità legato a quello della mobilità riguarda l'equità territoriale.

L'obiettivo, quindi, di questo lavoro è stato quello di testare un nuovo approccio di analisi del fenomeno della mobilità ospedaliera in modo da trarre, ragionando maggiormente nello specifico, evidenze significative che aiutino a misurare l'equità o disequità tipicamente nelle "condizioni di accesso"¹² alle prestazioni e all'uso delle tecnologie.

Pertanto, la presente analisi stima un indicatore di bisogno sulla base della sola popolazione residente per fasce di età, senza poter fare riferimento a stime differenziate tra le diverse regioni in base a studi epidemiologici. In questo senso si tratta di una stima del bisogno molto grezza che ha una valenza indicativa e che deve essere interpretata in funzione dello scopo del lavoro: fornire degli spunti di riflessione non solo sulla mobilità in sé ma anche sull'accesso ai servizi.

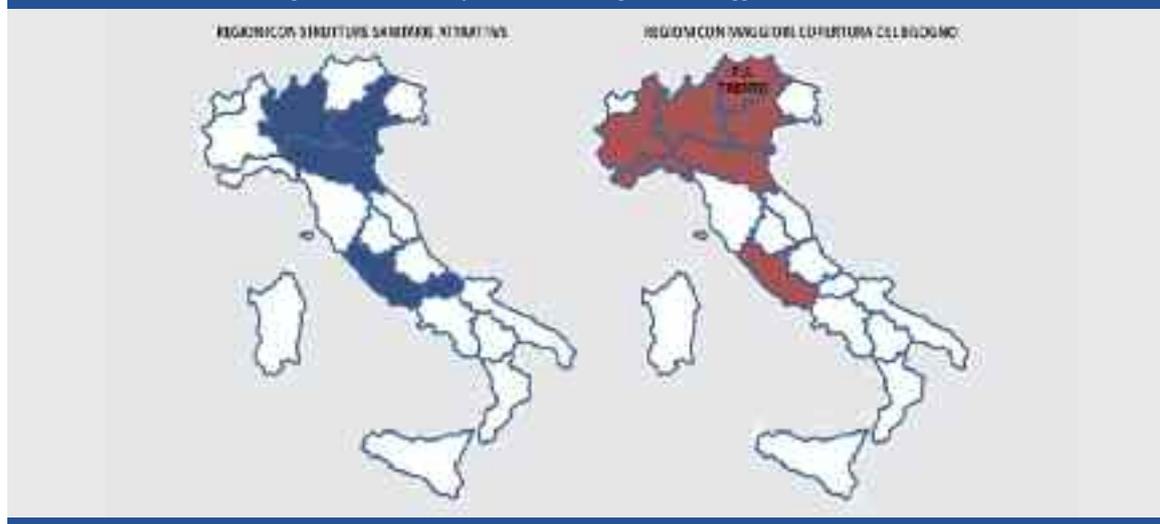
Per ciascuna procedura analizzata, sostituzione

della valvola aortica e neurostimolazione cerebrale, si è provveduto a stimare un tasso d'incidenza dell'intervento sulla popolazione e a misurare sia la mobilità interregionale non di prossimità che la distribuzione delle strutture sanitarie più attrattive.

Dallo studio è emerso che, per entrambe le procedure, la concentrazione territoriale delle strutture più attrattive è al nord, in particolar modo in Lombardia e in Emilia Romagna, Regioni che garantiscono una maggiore copertura del fabbisogno sanitario ai propri cittadini e, in parte, anche a quelli delle Regioni confinanti. È anche risultato che le Regioni con tassi d'incidenza dell'intervento sulla popolazione residente più contenuti sono anche quelle che hanno maggiore fuga verso altre regioni. Questa evidenza mette in luce il rischio che l'accesso alle prestazioni non sia garantito in modo omogeneo sul territorio nazionale e che la libera mobilità interregionale non sia sufficiente ad assicurare un accesso equo ai livelli di assistenza. D'altra parte, dati i considerevoli costi della mobilità interregionale che rimangono a carico dei pazienti (di trasporto e di trasferta), è probabile che siano proprio le fasce più deboli delle Regioni esportatrici di paziente ad avere problemi d'accesso alle garanzie nazio-

¹² Fattore G, Torbica A, Equità territoriale: definizioni, evidenze empiriche e politiche appropriate. Rapporto Oasi 2010, Egga 2010.

FIGURA 6 - Confronto tra regioni con strutture più attrattive e regioni con maggiore utilizzo della neurostimolazione cerebrale



nali quando non sono offerte nella regione di residenza.

Un altro elemento rilevante emerso dall'analisi è il ruolo del privato che, per la procedura di sostituzione della valvola aortica, sopperisce nelle Regioni del sud alla carenza di strutture pubbliche. Al contrario, la neurostimolazione cerebrale è una procedura garantita per l'80% dal pubblico ad eccezione della Regione Molise nella quale la presenza del privato è dominante.

In particolar modo, i risultati esposti nel presente lavoro mettono in evidenza una marcata disomogeneità di utilizzo delle procedure chirurgiche esaminate, soprattutto per quanto riguarda il caso della neurostimolazione cerebrale.

L'applicazione di questo nuovo approccio di analisi consente di misurare l'equità territoriale di accesso alle cure dei cittadini a parità di specifici bisogni. Crediamo, inoltre, che i risultati prodotti mediante questo metodo di analisi, rappresentino uno straordinario cruscotto informativo utile per indirizzare la politica sanitaria.

RINGRAZIAMENTI

Per questo lavoro, in particolare per la selezione delle procedure chirurgiche oggetto di analisi, si ringraziano le Aziende Edwards Lifesciences Italia e Medtronic Italia, per la disponibilità dimostrata e la condivisione di materiali ed esperienze.

BIBLIOGRAFIA

- Carabello B.A., Paulus W.J.. *Aortic stenosis*. Lancet. 2009 Mar 14;373(9667): 956-66.
- Cislighi C. et al. *La mobilità ospedaliera*. Monitor; 2009, 120-130.
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. *Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera regole e tariffe valide per l'anno 2009*. Roma, 2010.
- Granieri E., Carreras M., Casetta I, et al. *Parkinson's disease in Ferrara, Italy, 1967 through 1987*. Arch Neurol 1991, 48: 854-857.
- lung B. et al. *A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease*. European Heart, 2003 24, 1231-1243.
- lung B., Vahanian A. *Epidemiology of valvular heart disease in the adult*. Nature Reviews, 2011.
- lung B. et al. *Decision – marking in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery?* European Heart, 2005.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. *Classificazione delle malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche terapeutiche. Versione italiana della ICD 9 CM (International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification)* 2007. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2008.
- Morgante L. *Epidemiologia descrittiva della malattia di Parkinson*. IV Congresso Nazionale Parkinson Italia, Viareggio, 22-23 aprile 2004.
- Morgante L. et al. *How many parkinsonian patients are suitable candidates for deep brain stimulation of subthalamic nucleus? Results of a questionnaire*. Lancet 2009.
- Noi Istat. *La mobilità ospedaliera fra regioni: i poli di attrazione sono concentrati al Centro – Nord*. 2010. www.noistat2010.istat.it.
- Nkomo V.T., et al. *Burden of valvular heart diseases: a population - based study*. Lancet 2006; 368: 1005-11.
- Nonis M., Rosati E. *Guida ai DRG edizione 2009, Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS - DRG e della corrispondente ICD 9 CM (USA, FY 2007)*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2009.
- Rosati G., Granieri E., Pinna L., et al. *The risk of parkinson's Disease in mediterranean people*. Neurology, 30: 250 – 255, 1980.
- Rajput A.H., Offord K.P., Beard C.M., et al. *Epidemiology of Parkinsonism: Incidence, Classification and Mortality*. Annals of Neurology, 16, 16: 278-282, 1984.
- 3M Health Information System. *Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Version 24.0*. Center for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Service. Wallingford, CT, 2006.