

Report Osservatorio GIMBE 2/2023

La mobilità sanitaria interregionale nel 2020



AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti, Francesca Orsi.

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2020” è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

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

DISCLAIMER

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

© Fondazione GIMBE, marzo 2023.

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

Report Osservatorio GIMBE 2/2023

La mobilità sanitaria interregionale nel 2020

Questo report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE
senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è prezioso.
Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.

www.sostienigimbe.it

Indice

1. Introduzione.....	2
2. Obiettivi	4
3. Metodi.....	5
4. Risultati.....	7
4.1. Valore della mobilità sanitaria	7
4.2. Mobilità sanitaria attiva.....	9
4.3. Mobilità sanitaria passiva	10
4.4. Saldi	11
4.5. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria.....	14
4.6. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità	17
4.7. Mobilità verso le strutture private	18
5. Limiti.....	22
6. Conclusioni.....	23

1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza: il cittadino può comunque esercitare il diritto di essere assistito anche in altre Regioni, concretizzando il fenomeno noto come mobilità sanitaria interregionale (di seguito "regionale") che viene distinta in:

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

Dal punto di vista economico, visto che per le Regioni la mobilità attiva rappresenta una voce di credito e quella passiva una voce di debito, la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino. La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è disciplinata dall'ultima versione dell'accordo interregionale, approvato il 14 settembre 2022 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome¹. Tale accordo definisce le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati.

In particolare, i tracciati record sono relativi a 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

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

Lo scambio dei dati tra le Regioni include tre fasi (addebito, contestazioni e controdeduzioni), al termine delle quali il coordinamento delle Regioni produce la tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell'anno successivo. In dettaglio:

- **Primo addebito:** ogni Regione invia i dati di attività (Modello H) entro il 15 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione. Entro il successivo 15 giugno ogni Regione deve consolidare il proprio addebito e trasmettere alla Regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale il Modello M per il successivo invio al Ministero della Salute.
- **Contestazioni:** ogni Regione ha la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre Regioni e contestare gli eventuali errori (modello C), entro e non oltre il 15 luglio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

¹ Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2021 - Regole tecniche". Disponibile a: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/mobilita-sanitaria/files/dar-15011-trasmissione-csr-repertorio-n-187-del-14-settembre-2022.pdf>. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

- **Controdeduzioni:** la Regione contestata potrà presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a re-inviare tutti i record contestati (modello D), entro e non oltre il 30 settembre dell'anno successivo a quello di rilevazione. Nel caso in cui tra le Regioni insorgano contenziosi è prevista la costituzione di un organo con funzioni di "Collegio Arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi. Al termine di questa fase le Regioni possono avviare accordi bilaterali per il riconoscimento economico della compensazione. Gli eventuali accordi siglati entro il 15 novembre vengono utilizzati per la definizione della tabella finale degli importi in compensazione per il riparto dell'anno successivo, dopo le rettifiche conseguenti all'esito delle contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi da compensare.

La procedura è dunque molto articolata e complessa, tanto che le stesse Regioni concordano sulla necessità di snellire l'attuale processo delle compensazioni. Peraltro, considerato che nessuno dei modelli utilizzati per la trasmissione dei flussi è pubblicamente disponibile, risulta impossibile identificare il valore economico degli step intermedi (contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali, determinazioni del collegio arbitrale) che intercorrono dal "primo addebito" alla tabella finale degli importi in compensazione.

Infine, utile precisare che tutte le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) non elencate tra quelle in compensazione devono essere addebitate alla Regione di residenza tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla ASL di appartenenza del paziente.

2. Obiettivi

Analizzare i dati della mobilità sanitaria interregionale nell'anno 2020 al fine di fornire un quadro oggettivo su valore e composizione della mobilità sanitaria e sulle differenze regionali relative a: mobilità attiva, mobilità passiva, saldo totale, saldo pro-capite (indicatore già elaborato da GIMBE in occasione della pubblicazione dei precedenti report sulla mobilità interregionale^{2,3}) e valore della mobilità verso le strutture private, differenziato per ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale.

Esulano dalle analisi del presente report la mobilità intra-regionale (tra strutture differenti della stessa Regione) e la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate ai cittadini italiani da strutture sanitarie all'estero).

² Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2016. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2016. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

³ Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2017. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

3. Metodi

Le fonti utilizzate per le analisi sono rappresentate da:

- dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, parte integrante dell’Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 sulla proposta di riparto delle risorse per il 2022⁴;
- dati dei valori finanziari delle prestazioni erogate da ciascuna Regione nei confronti di cittadini di altre Regioni trasmessi al Ministero della Salute tramite il modello M (figura 3.1) e richiesti dalla Fondazione GIMBE tramite accesso civico.

MINISTERO DELLA SALUTE **Modello M**
 Dipartimento della Programmazione
 Compensazione interregionale della mobilità sanitaria
REGIONE

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno (all'intero di Euro)

Provenienza	Prestazione			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elicottero	TOTALE
	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE							
PIEMONTE										
VALLE D'AOSTA										
LOMBARDIA										
P.A. BOLZANO										
P.A. TRENTO										
VENETO										
FRIULI V.G.										
LIGURIA										
EMILIA ROMAGNA										
TOSCANA										
UMBRIA										
MARCHE										
LAZIO										
ABRUZZO										
MOLISE										
CAMPANIA										
PUGLIA										
BASILICATA										
CALABRIA										
SICILIA										
SARDEGNA										
BAMBIN GESU'										
TOTALE										

Data _____ Il responsabile _____

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

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

⁴ Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l’anno 2022. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/5504/p-16-csr-atto-rep-278-21dic2022.pdf. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

- i dati economici aggregati sono stati utilizzati per definire il valore della mobilità sanitaria e le differenze regionali relative a mobilità attiva, mobilità passiva, saldi totali e saldi pro-capite;
- i dati dei Modelli M sono stati utilizzati per analizzare il valore delle tipologie di prestazioni erogate e il valore della mobilità verso le strutture private per le prestazioni di ricoveri (ordinari e day hospital) e di specialistica ambulatoriale.

Preme rilevare che, secondo quanto previsto dall'art. 16-septies del DL 146/2021, per l'anno 2022 – relativo alla mobilità sanitaria 2020 – non si è dato luogo alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Le relative somme saranno recuperate da Regioni e Province autonome in un arco quinquennale a partire dall'anno 2026.

Considerato che, al di là della mancata compensazione, nella matrice della mobilità extraregionale non viene riportato il valore dei debiti della Calabria, la Regione è stata esclusa dalle analisi relative a mobilità attiva, mobilità passiva, saldi totali e saldi pro-capite. La Regione Calabria è stata invece inclusa nelle analisi basate sul Modello M trasmesso al Ministero della Salute.

I dati relativi all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM), sono stati riportati nel valore totale della mobilità, ma non sono stati utilizzati per le successive analisi che riguardano solo Regioni e Province autonome.

4. Risultati

Ai § 4.1-4.5 vengono riportati i risultati relativi alle analisi effettuate sui dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, parte integrante dell'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2022: valore della mobilità sanitaria, differenze regionali relative a mobilità attiva e passiva, saldi totali e saldi pro-capite.

Ai § 4.6-4.7 vengono riportati i risultati relativi all'analisi effettuate sui dati dei Modelli M relativamente al valore delle tipologie di prestazioni erogate e al valore della mobilità verso le strutture private per le prestazioni di ricoveri ordinari e day hospital e specialistica ambulatoriale.

4.1. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2020 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 3.330,47 milioni, cifra nettamente inferiore a quella degli anni precedenti (figura 4.1), in parte in ragione dell'emergenza pandemica COVID-19 che ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, in parte per l'esclusione dei dati della Regione Calabria che, in base al corrispondente modello M, ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti.

In generale, il trend 2010-2020 mostra lievi oscillazioni del valore della mobilità sanitaria dal 2010 al 2014, poi un netto incremento dal 2014 al 2016, quindi un plateau negli anni 2016-2018 e un netto calo nel 2019 per verosimile influenza di vari fattori non analizzati nel presente report (es. azioni regionali di recupero della mobilità passiva, applicazione più rigorosa dei criteri di appropriatezza delle prestazioni, etc.).

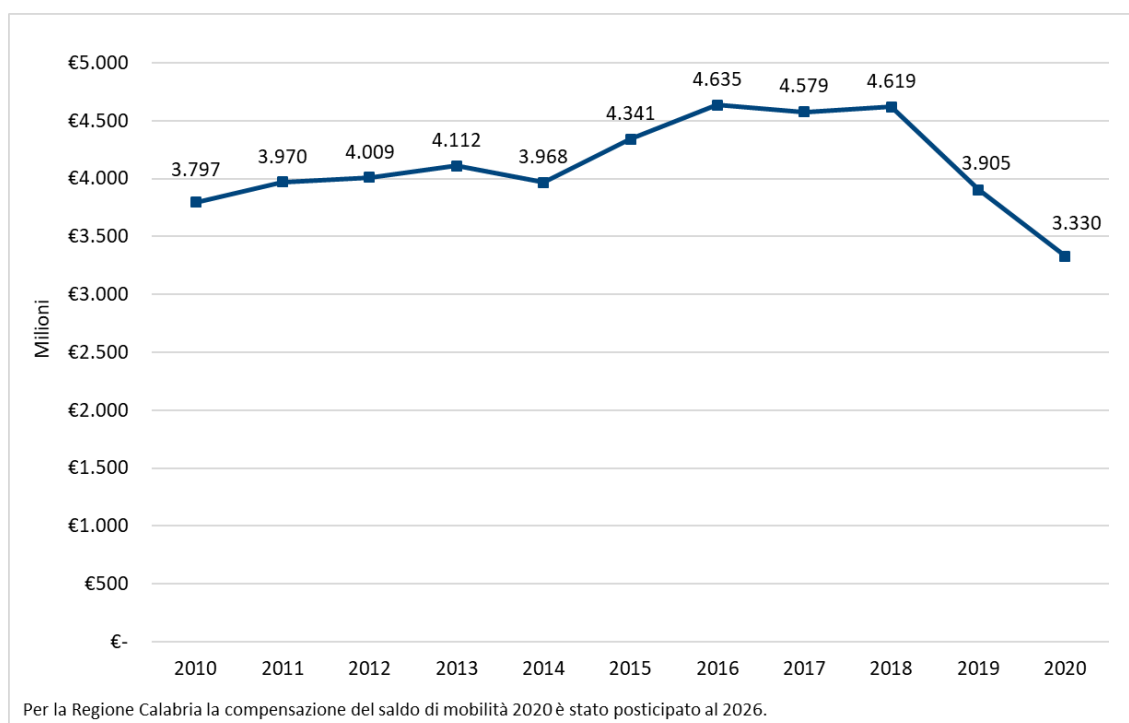


Figura 4.1. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2020

La tabella 4.1 riporta i valori in termini di crediti, debiti e saldi per le 19 Regioni e 2 Province autonome, oltre che – secondo quanto previsto dai criteri di riparto – per l’OPBG e per l’ACISMOM).

Regioni	Crediti	Debiti	Saldo
Abruzzo	€ 78.451.128	€ 163.192.183	-€ 84.741.055
Basilicata	€ 33.201.970	€ 95.661.729	-€ 62.459.759
Calabria*	€ 0	€ 12.361.674	-€ 12.361.674
Campania	€ 116.725.851	€ 339.628.256	-€ 222.902.405
Emilia-Romagna	€ 501.779.267	€ 201.682.757	+€ 300.096.510
Friuli Venezia Giulia	€ 79.678.352	€ 78.082.111	+€ 1.596.241
Lazio	€ 256.247.171	€ 458.489.498	-€ 202.242.327
Liguria	€ 107.878.918	€ 159.373.209	-€ 51.494.291
Lombardia	€ 613.762.937	€ 362.857.552	+€ 250.905.385
Marche	€ 100.411.400	€ 125.802.667	-€ 25.391.267
Molise	€ 93.222.352	€ 58.954.700	+€ 34.267.652
Piemonte	€ 208.548.576	€ 210.831.241	-€ 2.282.665
Prov. Aut. di Bolzano	€ 22.283.663	€ 24.317.530	-€ 2.033.867
Prov. Aut. di Trento	€ 49.848.690	€ 53.635.483	-€ 3.786.793
Puglia	€ 106.096.175	€ 230.970.285	-€ 124.874.110
Sardegna	€ 16.367.089	€ 73.983.192	-€ 57.616.103
Sicilia	€ 25.179.309	€ 198.509.510	-€ 173.330.201
Toscana	€ 165.015.097	€ 156.209.930	+€ 8.805.167
Umbria	€ 64.248.769	€ 84.390.869	-€ 20.142.100
Valle d'Aosta	€ 10.632.181	€ 21.288.411	-€ 10.656.230
Veneto	€ 385.985.237	€ 220.068.390	+€ 165.916.847
ACISMOM	€ 36.994.956	€ 0	+€ 36.994.956
OPBG	€ 257.906.346	€ 174.257	+€ 257.732.089
Totale	€ 3.330.465.434	€ 3.330.465.434	€ 0,00

*Per la Regione Calabria la compensazione del saldo di mobilità 2020 è stato posticipato al 2026.

Tabella 4.1. Valori della mobilità sanitaria anno 2020

4.2. Mobilità sanitaria attiva

Identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione per cittadini non residenti: in termini di performance esprime il cosiddetto “indice di attrazione” e in termini economici identifica i crediti esigibili da ciascuna Regione (figura 4.2).

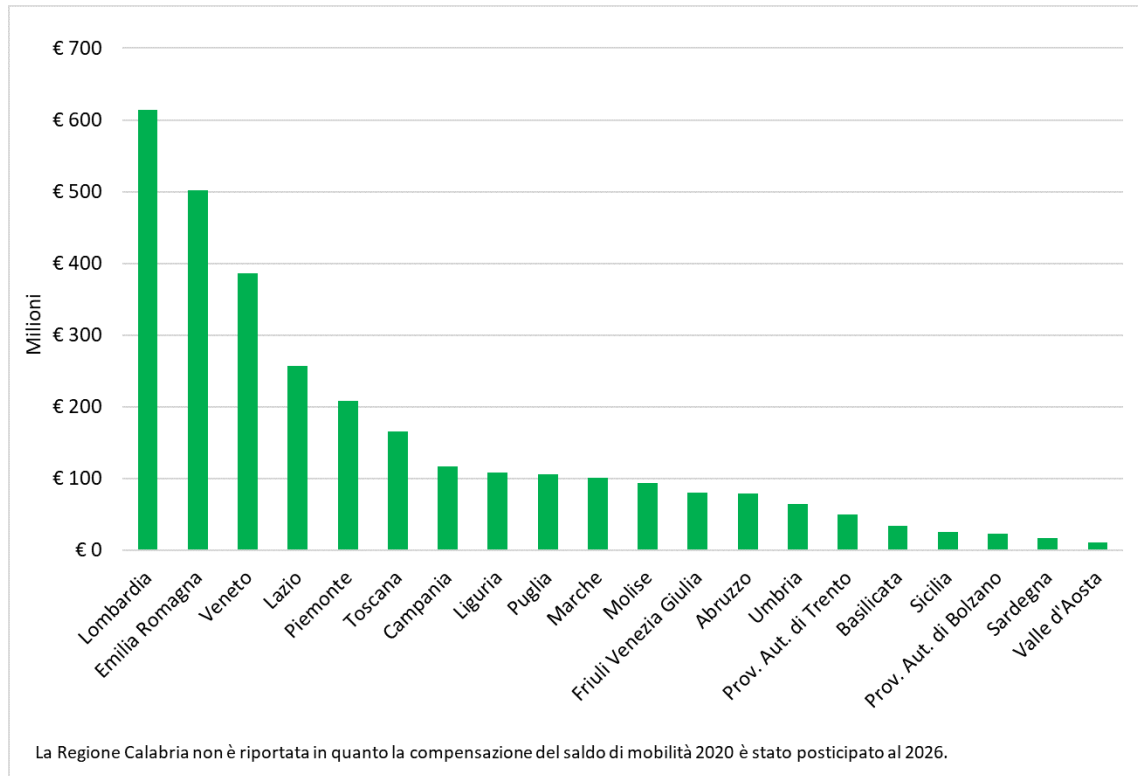


Figura 4.2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2020 (dati in milioni di €)

Le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 150 milioni: Lombardia (20,2%), Emilia-Romagna (16,5%) e Veneto (12,7%) includono complessivamente quasi la metà della mobilità attiva. Un ulteriore 20,7% viene attratto da Lazio (8,4%), Piemonte (6,9%) e Toscana (5,4%). Il rimanente 29,9% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e Province autonome. I dati documentano la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

4.3. Mobilità sanitaria passiva

Identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza: in termini di performance esprime il cosiddetto “indice di fuga” e in termini economici identifica i debiti di ciascuna Regione (figura 4.3).

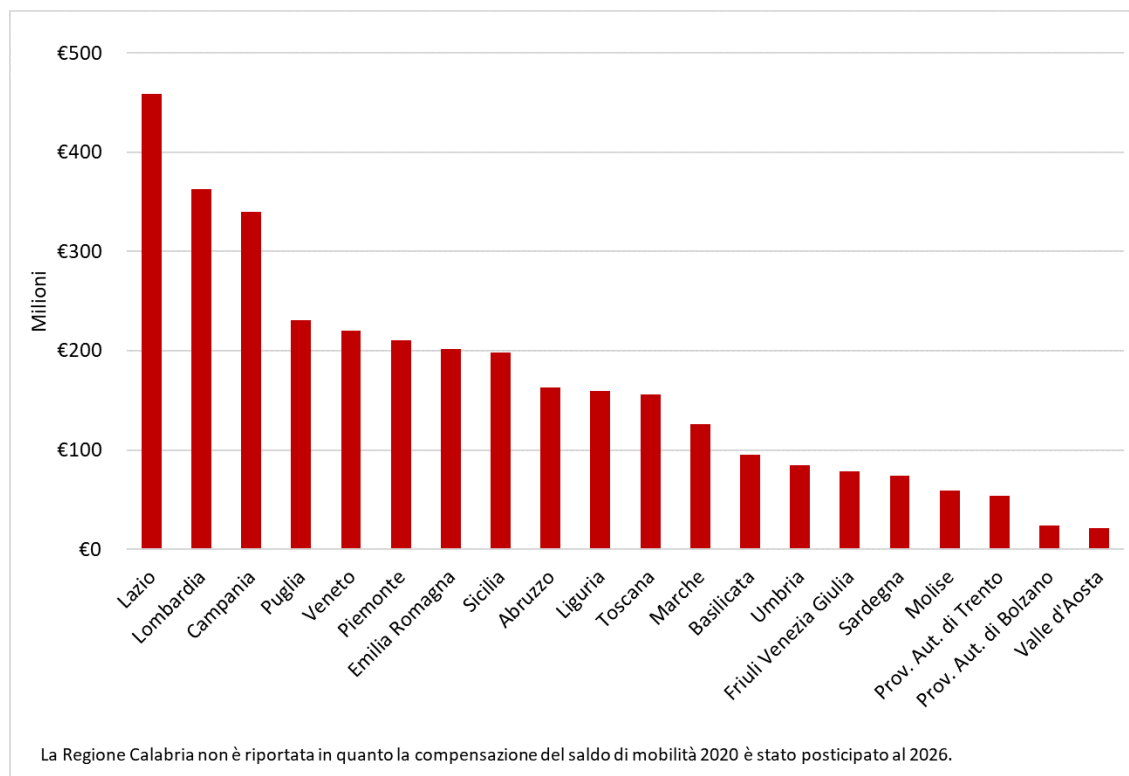


Figura 4.3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2020 (dati in milioni di €)

Le 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13,8%), Lombardia (10,9%) e Campania (10,2%), che insieme compongono oltre un terzo della mobilità passiva. Il restante 65,1% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 17 Regioni e Province autonome.

I dati della mobilità passiva documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, si registrano rilevanti indici di fuga nelle Regioni settentrionali con elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 362,9 milioni), Veneto (-€ 220,1 milioni), Piemonte (-€ 210,8 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 201,7 milioni). Verosimilmente questo documenta specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord che offrono servizi sanitari di qualità elevata (cd. mobilità di prossimità).

4.4. Saldi

La differenza tra crediti e debiti determina il saldo di ciascuna Regione (figura 4.4).

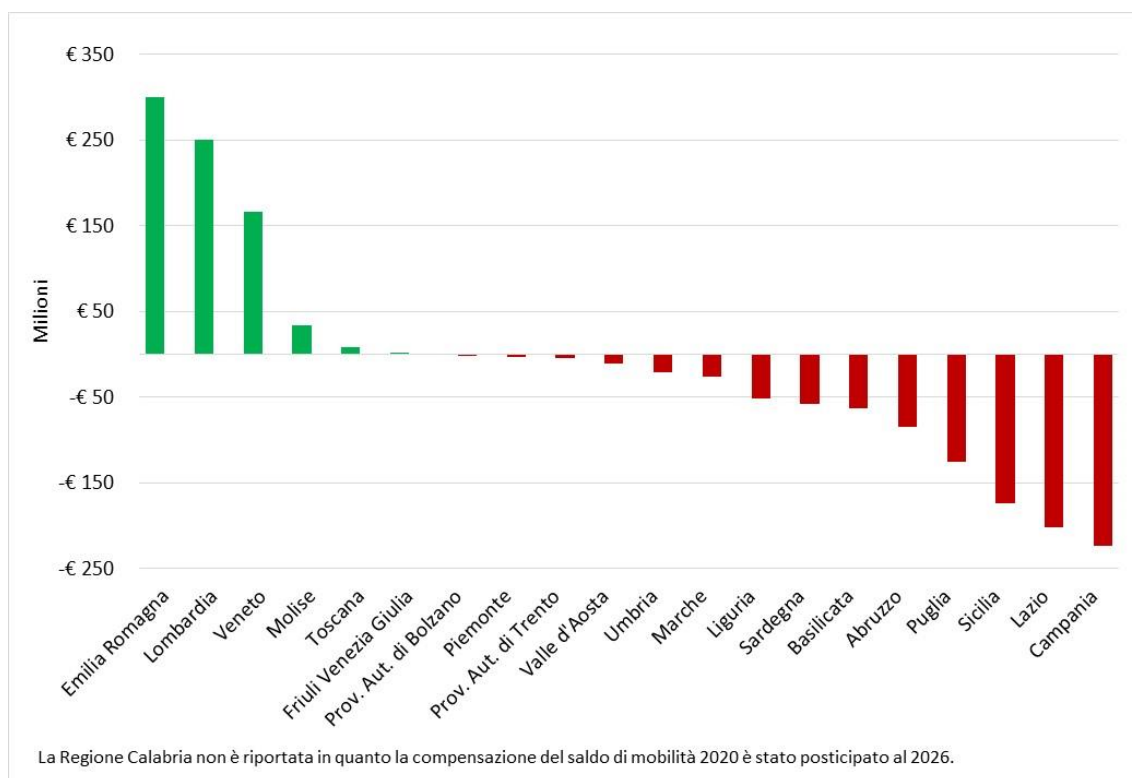


Figura 4.4. Saldo della mobilità sanitaria: anno 2020 (dati in milioni di €)

Rispetto all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2020, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: dalla classificazione risulta che quelle con saldo positivo rilevante sono tutte al Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante si collocano tutte al Centro-Sud (tabella 4.2).

Categoria saldo	Range saldo	Regione	Saldo
Positivo rilevante	Oltre € 100	Emilia-Romagna	€ 300,1
		Lombardia	€ 250,9
		Veneto	€ 165,9
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	Molise	€ 34,3
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Toscana	€ 8,8
		Friuli Venezia Giulia	€ 1,6
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Prov. Aut. di Bolzano	-€ 2,0
		Piemonte	-€ 2,3
		Prov. Aut. di Trento	-€ 3,8
		Valle d'Aosta	-€ 10,7
		Umbria	-€ 20,1
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Marche	-€ 25,4
		Liguria	-€ 51,5
		Sardegna	-€ 57,6
		Basilicata	-€ 62,5
		Abruzzo	-€ 84,7
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Puglia	-€ 124,9
		Sicilia	-€ 173,3
		Lazio	-€ 202,2
		Campania	-€ 222,9
La Regione Calabria non è riportata in quanto la compensazione del saldo di mobilità 2020 è stato posticipato al 2026.			

Tabella 4.2. Categorie saldi mobilità sanitaria 2020 (dati in milioni di €)

La distribuzione del saldo attivo 2020 (figura 4.5) mostra che il 94,1% si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.

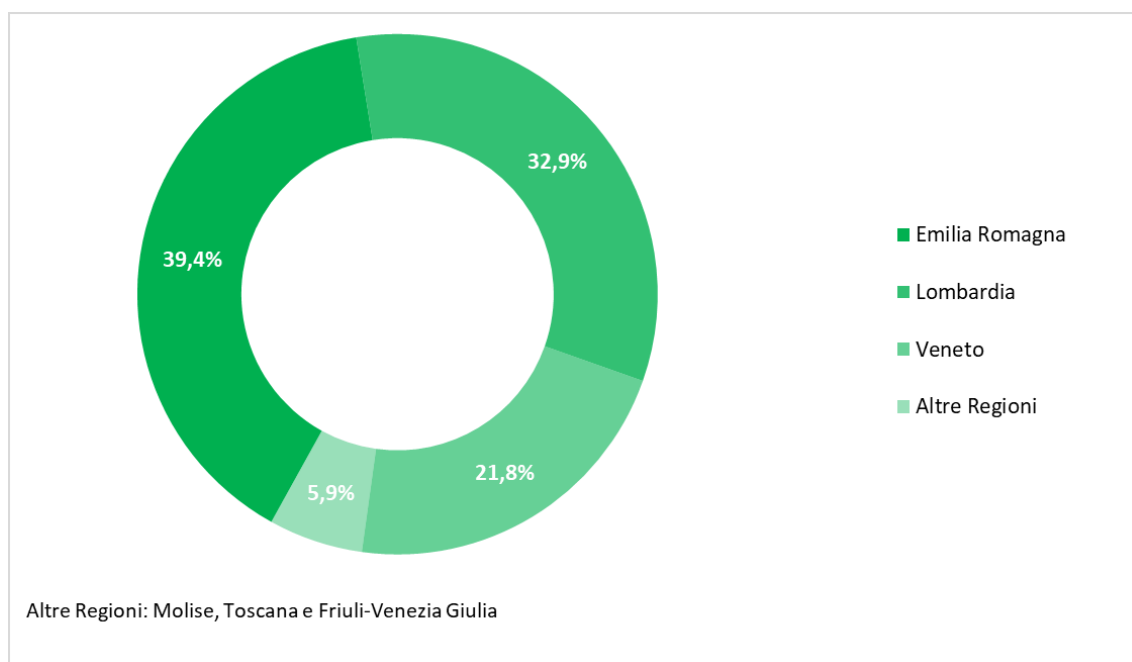


Figura 4.5. Regioni con saldo attivo per mobilità regionale 2020

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2020 presenta una maggiore frammentazione, l'83,4% si concentra in 6 Regioni del Centro-Sud (figura 4.6). Ovviamente tale dato è fortemente sottostimato dal mancato computo della Regione Calabria che, in base ai dati del modello M, presenta un saldo passivo di quasi € 200 milioni.

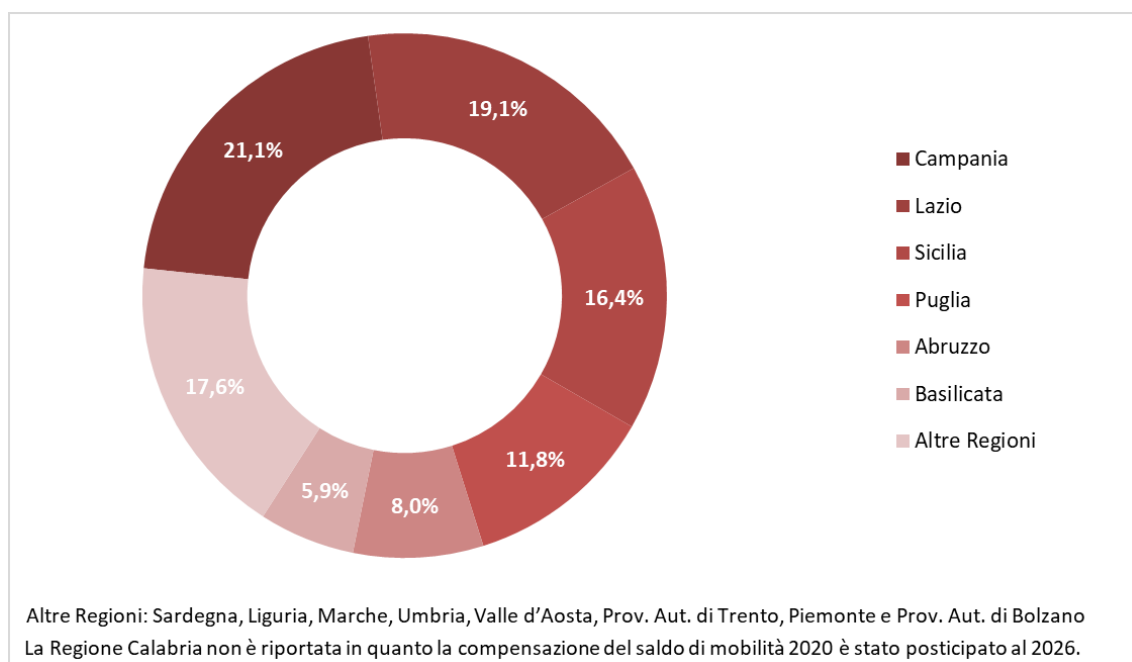


Figura 4.6. Regioni con saldo passivo per mobilità regionale 2020

4.5. Impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria

Tenendo conto della popolazione residente (59.236.213 abitanti al 31 dicembre 2020⁵) è stato calcolato l'impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria che determina una ricomposizione delle classifiche basate sui valori assoluti di crediti (figura 4.7), debiti (figura 4.8) e saldi (figura 4.9).

Per la mobilità attiva pro-capite non si rilevano particolari correlazioni con la popolazione residente, fatta eccezione per il Molise; rispetto all'area geografica rimangono in fondo alla classifica le Regioni meridionali e le isole che, oltre alla scarsa capacità attrattiva, scontano difficoltà di raggiungimento (figura 4.7).

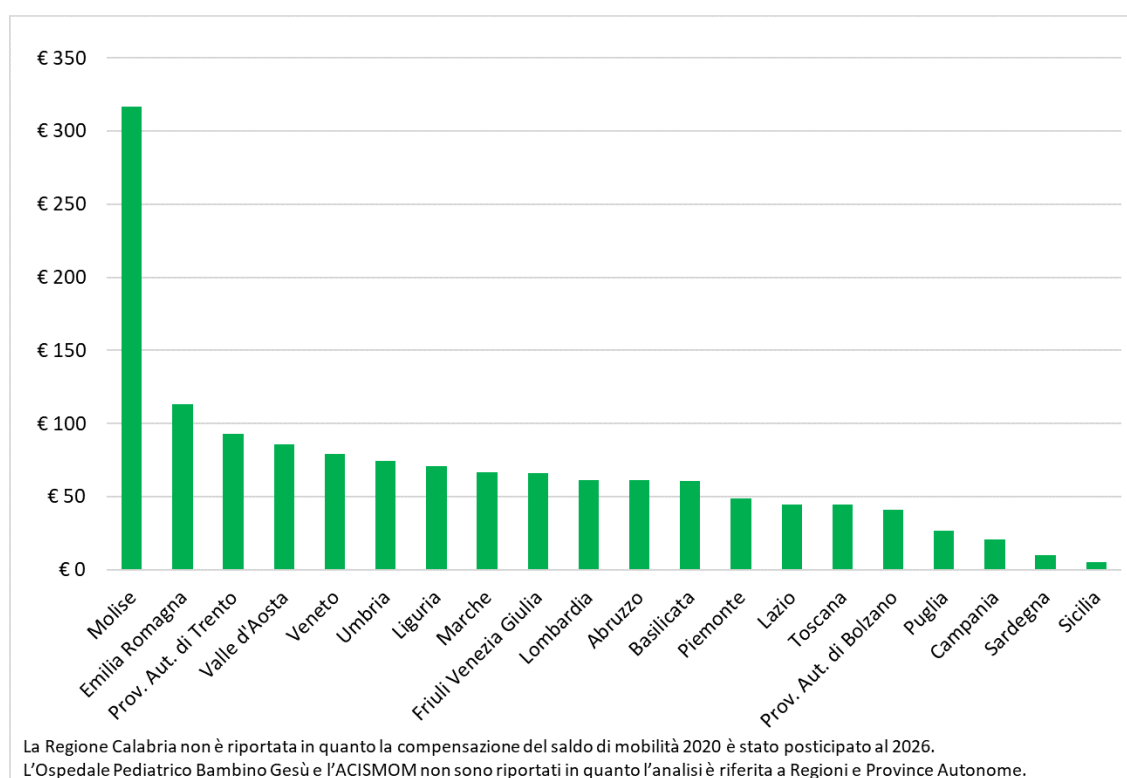


Figura 4.7. Mobilità regionale attiva 2020: entrate pro-capite per cittadino residente

⁵ ISTAT. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 31 dicembre 2020. Dicembre 2021. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/264511. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

Riguardo alla mobilità passiva, quasi tutte le Regioni di piccole dimensioni hanno una spesa pro-capite elevata, indipendentemente dall'area geografica (figura 4.8).

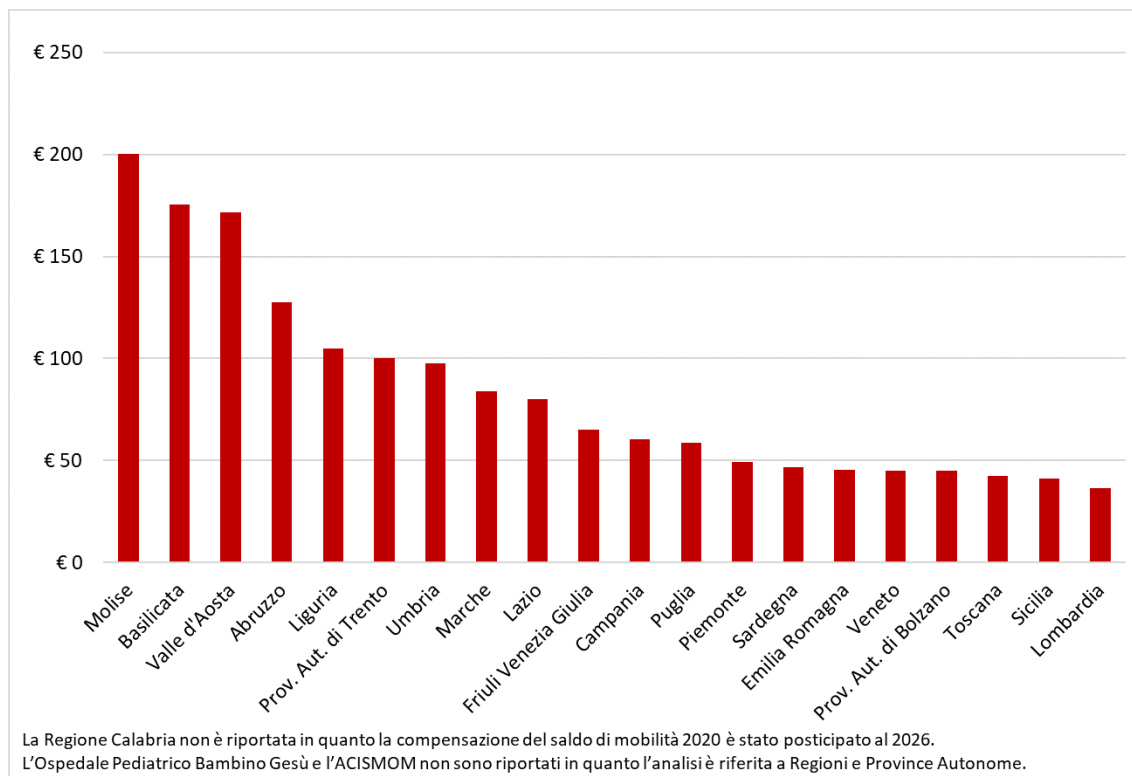


Figura 4.8. Mobilità regionale passiva 2020: spesa pro-capite per cittadino residente

Risultano di particolare interesse le informazioni fornite dall'indicatore "saldo pro-capite di mobilità sanitaria" (figura 4.9). Infatti, se le Regioni con saldo positivo (n. 6) e negativo (n. 14) coincidono con quelle rappresentate nella figura 4.4 relativa al saldo totale, la classifica "aggiustata" per popolazione residente varia sensibilmente, dimostrando che, al di là del valore economico, i saldi della mobilità sanitaria devono essere sempre parametrati alla popolazione residente.

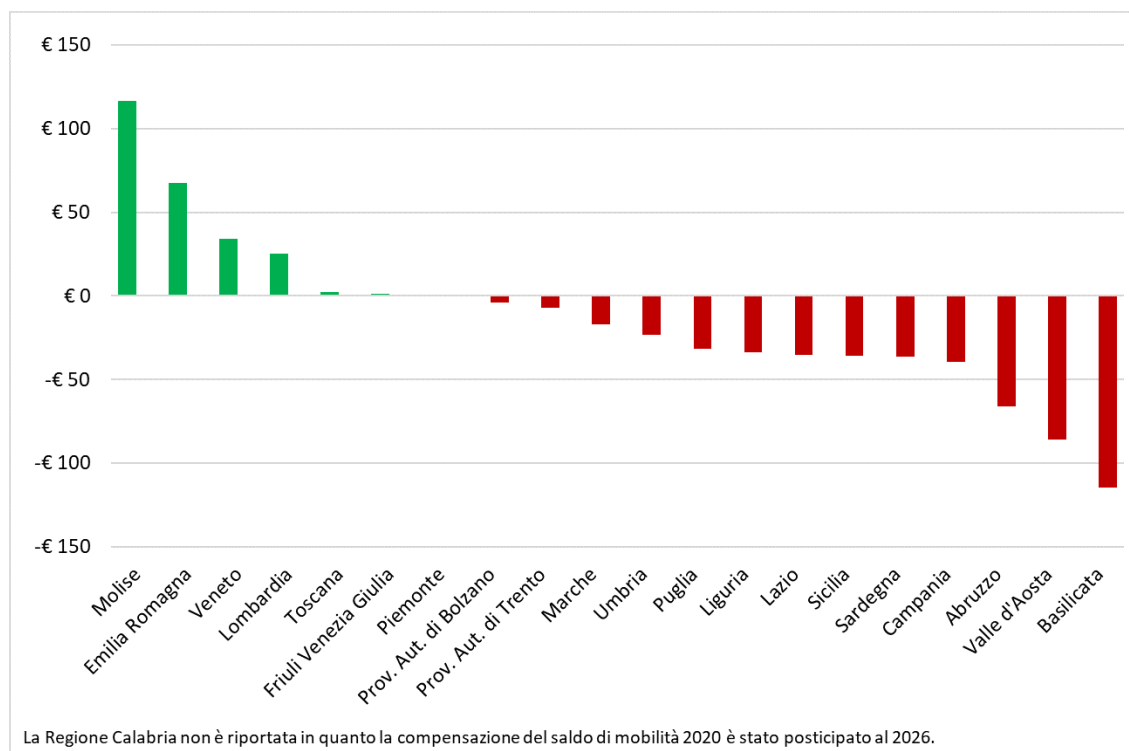


Figura 4.9. Mobilità regionale 2020: saldo pro-capite

Dalla ricomposizione della classifica per saldi pro-capite di mobilità sanitaria emergono due dati rilevanti. Innanzitutto, il Molise conquista la prima posizione per saldo pro-capite attivo con € 116; in secondo luogo, la Basilicata, in ultima posizione, ha un saldo pro-capite negativo di € 115, di € 12 inferiore alla somma del saldo pro-capite positivo di Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia (€ 127).

4.6. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità

Complessivamente, oltre i due terzi (69,6%) del valore totale della mobilità sanitaria riguardano i ricoveri ordinari e in day hospital e il 16,2% le prestazioni di specialistica ambulatoriale; degno di nota anche il valore relativo alla somministrazione diretta di farmaci (9,3%). Le altre categorie di prestazioni ammontano complessivamente al 4,9% del valore totale della mobilità sanitaria (figura 4.10):

- Ricoveri ordinari e day hospital: € 2.192,8 milioni (69,6%)
- Specialistica ambulatoriale: € 508,2 milioni (16,2%)
- Somministrazione diretta di farmaci: € 293,3 milioni (9,3%)
- Farmaceutica: € 72,1 milioni (2,3%)
- Trasporti con elisoccorso ed ambulanza: € 43,4 milioni (1,4%)
- Medicina generale: € 28,7 milioni (0,9%)
- Cure termali: € 10,5 milioni (0,3%)

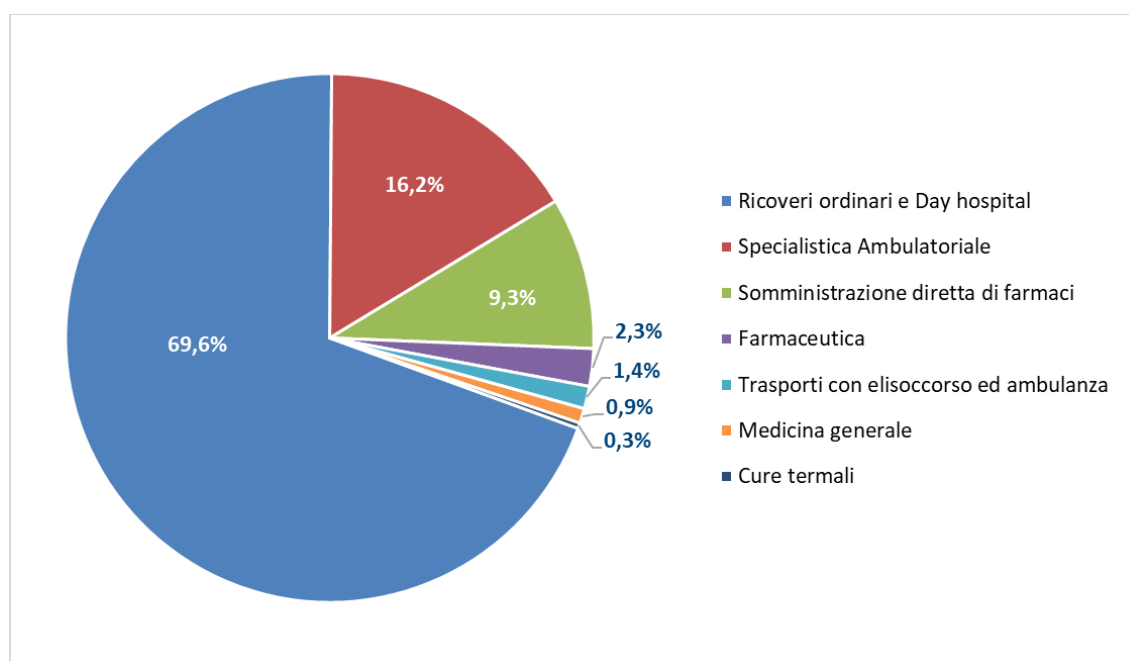


Figura 4.10. Mobilità sanitaria 2020: ripartizione per tipologia di prestazione

4.7. Mobilità verso le strutture private

Analizzando le prestazioni di ricovero e day hospital e quelle di specialistica ambulatoriale, complessivamente le strutture private erogano oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.422,2 milioni (52,6%), rispetto a € 1.278,9 milioni (47,4%) delle strutture pubbliche (figura 4.11).

In dettaglio, il valore della mobilità sanitaria per i ricoveri ordinari e in day hospital è di € 1.173,1 milioni per le strutture private e di € 1.019,8 per quelle pubbliche; le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità vengono erogate dal privato per € 249,1 milioni e nel pubblico per € 259,1 milioni.

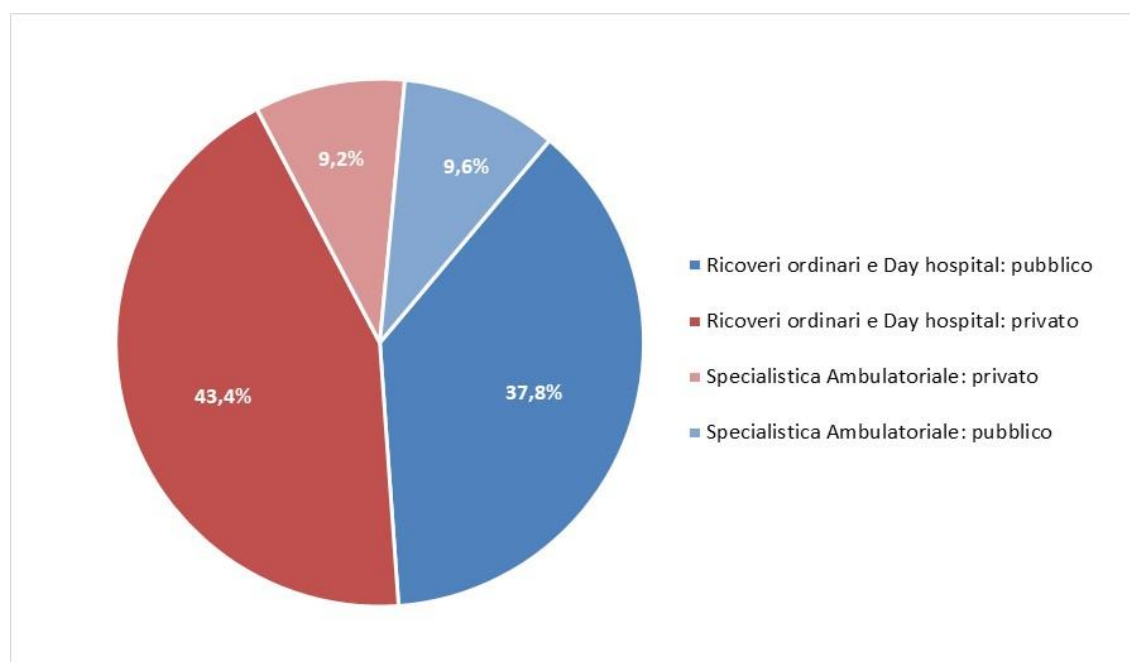


Figura 4.11. Percentuale della mobilità sanitaria per ricoveri ordinari e day hospital e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e strutture private

Complessivamente l'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche in mobilità dalle strutture private ha un "peso" molto diverso tra le varie Regioni, e rappresenta un indicatore proxy dell'offerta e della capacità attrattive del privato accreditato. Oltre al Molise (87,2%), superano il 60% del valore della mobilità erogato dalle strutture private la Puglia (71,5%), la Lombardia (69,2%) e il Lazio (62,6%). Viceversa, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali: Umbria (15,2%), Sardegna (14,5%), Valle D'Aosta (11,5%), Liguria (9,9%), Basilicata (8,1%) e Provincia autonoma di Bolzano (3,4%) (figura 4.12).

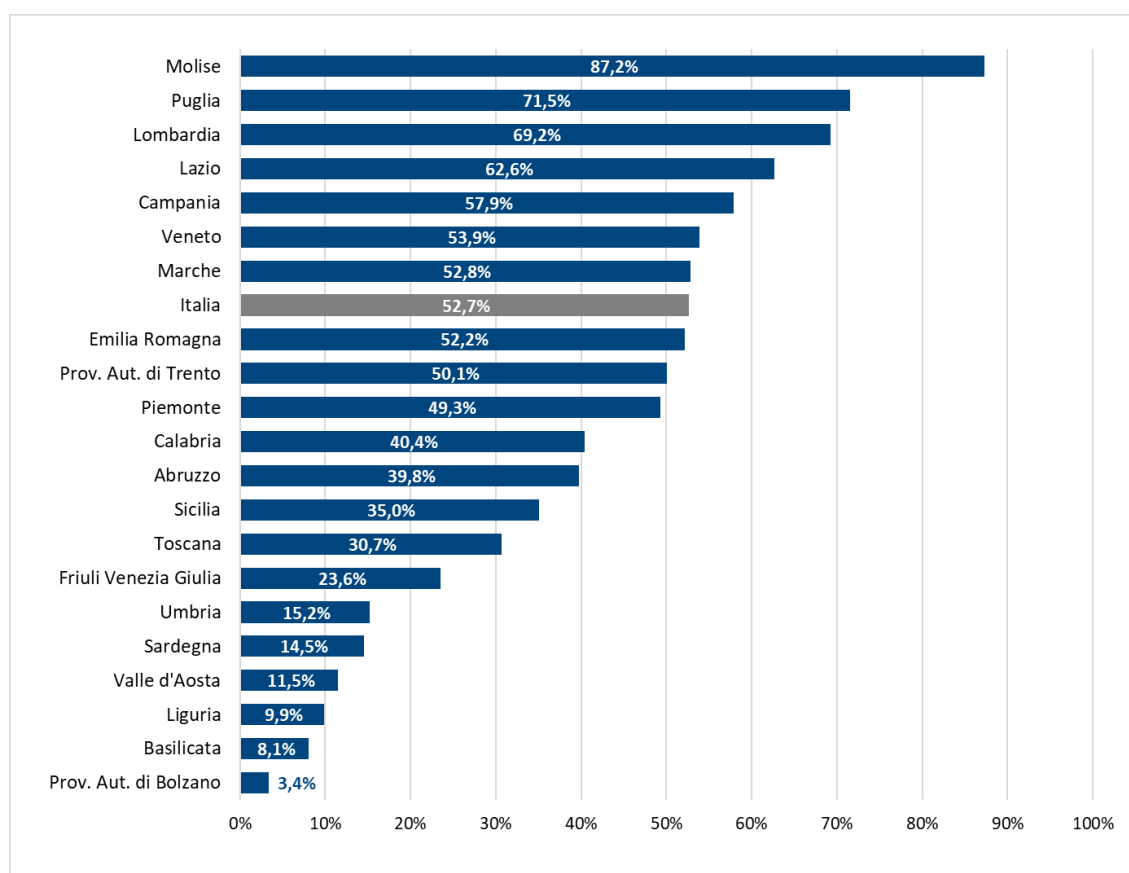


Figura 4.12. Valore percentuale della mobilità sanitaria erogata da strutture private: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale

Nella stessa Regione, tuttavia, non sempre la capacità attrattiva del privato per i ricoveri ordinari e day hospital coincide con quelle della specialistica ambulatoriale. La tabella 4.3 mostra la percentuale di prestazioni erogate in mobilità attiva per le due tipologie di prestazioni e le figure 4.13 e 4.14, rispettivamente, le “classifiche” per ricoveri ordinari e day hospital e per specialistica ambulatoriale.

Destinazione	Ricoveri ordinari e Day hospital	Specialistica Ambulatoriale
Abruzzo	43,1%	23,9%
Basilicata	0,2%	28,2%
Calabria	90,5%	25,6%
Campania	50,7%	74,3%
Emilia-Romagna	55,2%	25,3%
Friuli Venezia Giulia	26,1%	17,5%
Lazio	66,7%	45,6%
Liguria	10,3%	7,4%
Lombardia	69,4%	68,6%
Marche	54,7%	39,8%
Molise	86,4%	88,8%
Piemonte	52,4%	31,1%
Prov. Aut. di Bolzano	2,7%	5,6%
Prov. Aut. di Trento	52,0%	41,1%
Puglia	71,2%	73,0%
Sardegna	13,2%	22,6%
Sicilia	35,0%	35,4%
Toscana	35,2%	13,7%
Umbria	16,6%	7,8%
Valle d'Aosta	15,8%	0,2%
Veneto	51,1%	63,8%
Totale	53,7%	49,0%

Tabella 4.3. Percentuale della mobilità sanitaria erogata da strutture private in ciascuna Regione

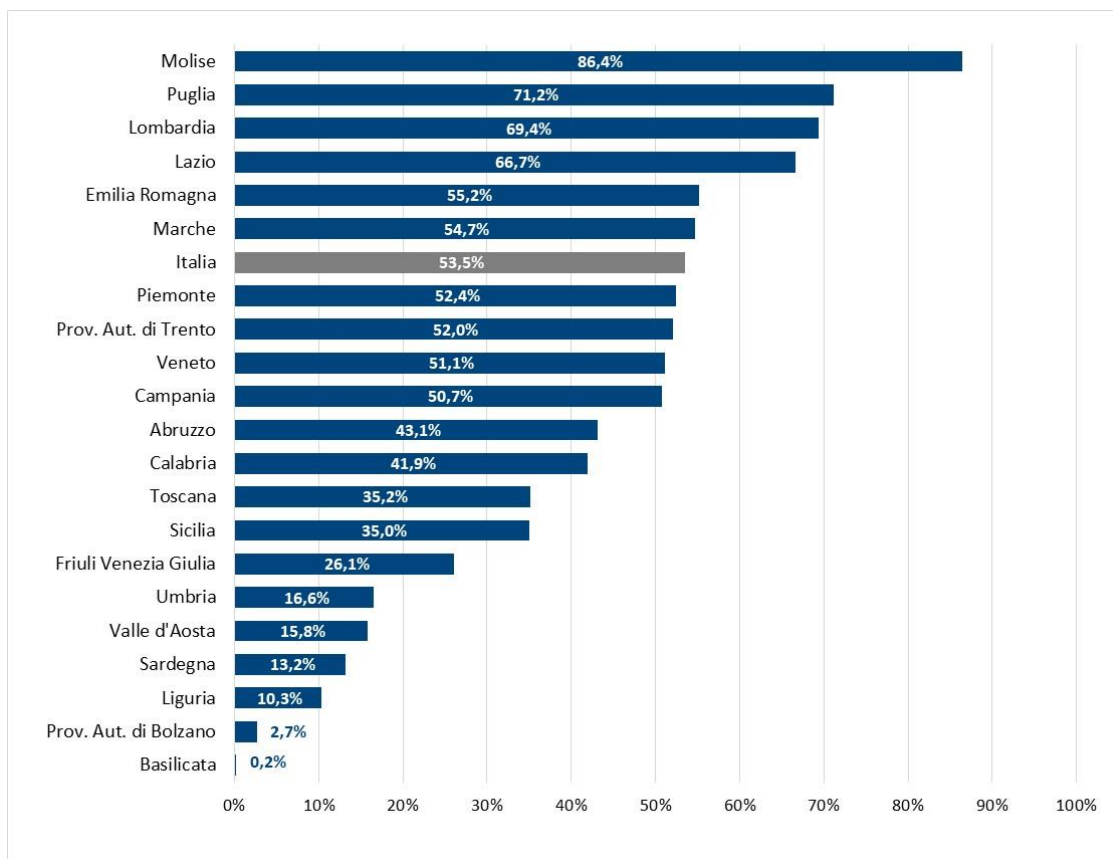


Figura 4.13. Percentuale della mobilità sanitaria erogata da strutture private in ciascuna Regione: ricoveri ordinari e day hospital

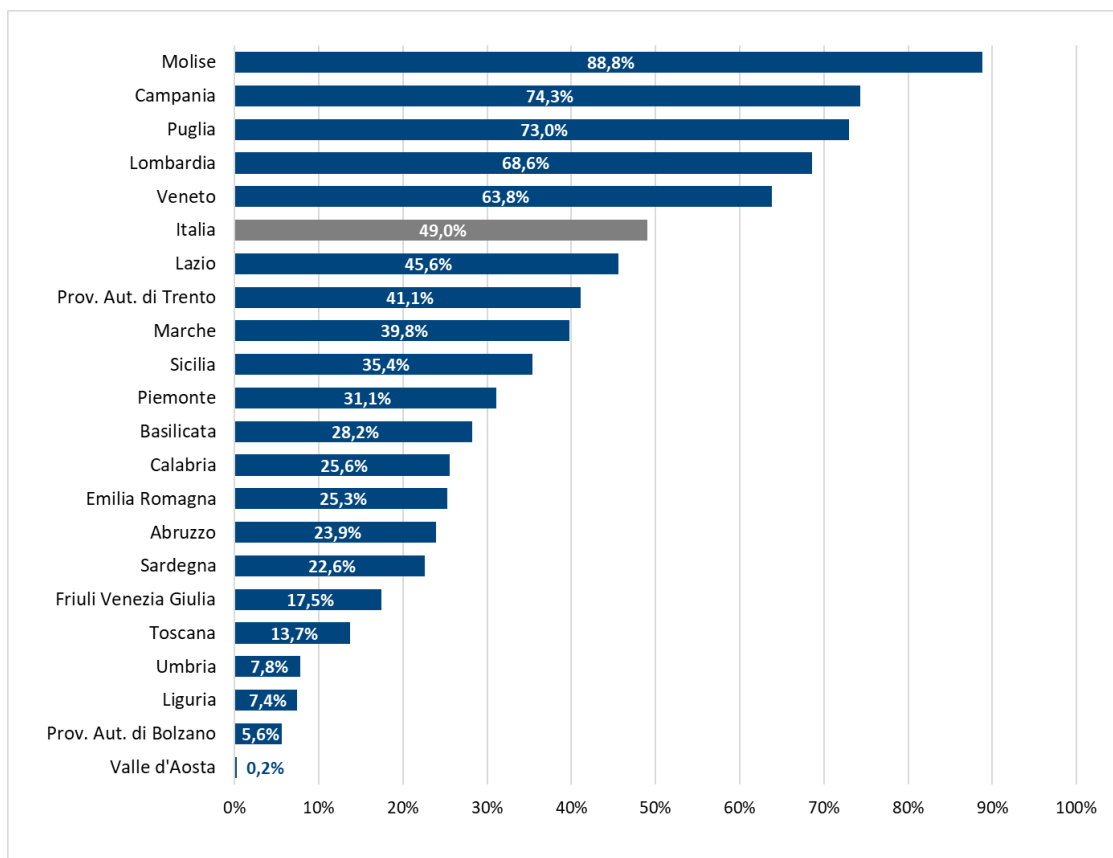


Figura 4.14. Percentuale della mobilità sanitaria erogata da strutture private in ciascuna Regione: specialistica ambulatoriale

5. Limiti

Per le analisi sono stati utilizzati esclusivamente dati istituzionali e, di conseguenza, i limiti sono correlati alla raccolta, sintesi e pubblicazione dei dati sulla mobilità sanitaria interregionale, il cui processo – come le stesse Regioni riconoscono – dovrebbe essere reso più snello. In particolare:

- Il valore della mobilità sanitaria e le differenze regionali relative a mobilità attiva, mobilità passiva, saldi totali e saldi pro-capite relativi all'anno 2020 sono condizionati dalla mancata compensazione del saldo di mobilità extraregionale per la Regione Calabria. Secondo quanto riportato nel Modello M della Regione Calabria, ne deriva una sottostima di oltre € 250 milioni del valore complessivo della mobilità sanitaria (€ 3.330 milioni).
- Le analisi relative alla composizione del valore della mobilità sanitaria e alle prestazioni di ricovero (ordinario e day hospital) e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private sono state effettuate sui dati del Modello M, relativi al “primo addebito”. Di conseguenza non prendono in considerazione le rettifiche successive conseguenti all'esito di contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi da compensare. Tuttavia, l'entità complessiva delle rettifiche, rispetto agli obiettivi di utilizzo dei dati non inficia i risultati delle analisi effettuate.
- Il valore della mobilità sanitaria risulta sottostimato di un importo non quantificabile, relativo alla fatturazione diretta di prestazioni incluse nei LEA, ma non elencate tra quelle in compensazione.

6. Conclusioni

Il valore della mobilità sanitaria interregionale nel 2020 è pari a € 3.330,47 milioni, una percentuale apparentemente contenuta (2,75%) della spesa sanitaria totale (€ 121.191 milioni⁶), ma che assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto, per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Emilia-Romagna: +€ 300,1 milioni; Lombardia: +€ 250,9 milioni), sia in saldo negativo (es. Lazio: -€ 202,2 milioni; Campania; -€ 222,9 milioni; oltre alla Calabria); in secondo luogo, perché oltre il 50% dei ricoveri e prestazioni ambulatoriali in mobilità vengono erogate da strutture private accreditate, un ulteriore segnale di impoverimento del SSN; infine, per l'impatto sanitario, sociale ed economico sui residenti nelle Regioni in cui la carente offerta di servizi induce a cercare risposte altrove.

I flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord e in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. Infatti, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto "cubano" complessivamente quasi la metà della mobilità attiva e il 94,1% del saldo di mobilità attiva, valori peraltro sottostimati dal mancato computo dei dati relativi alla Regione Calabria.

Complessivamente, l'85,5% della mobilità sanitaria è relativo a prestazioni di ricovero ordinario e day hospital (69,5%) e specialistica ambulatoriale (16%) di cui oltre la metà viene erogata dalle strutture private, segnale inequivocabile di indebolimento di quelle pubbliche.

Infine, la valutazione dell'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria non permette di quantificare tre elementi. Innanzitutto, i costi sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti: secondo una survey condotta su circa 4.000 cittadini italiani, nel 43% dei casi chi si sposta dalla propria Regione sostiene spese comprese tra € 200 e € 1.000 e nel 21% dei casi fra € 1.000 e € 5.000⁷. In secondo luogo, i costi indiretti, quali assenze dal lavoro di familiari e permessi retribuiti. Infine, i costi intangibili che conseguono alla non esigibilità di un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione.

⁶ ISTAT. IstatData: Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento. Luglio 2022. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH/IT1.91_963_DF_DC_CN_SHA_3.1.0. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.

⁷ Deloitte. Outlook Salute Italia 2021. Il Sistema Sanitario Italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive. Gennaio 2020. Disponibile a: www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/public-sector/Deloitte%20Outlook%20Salute%20Italia%202021_Presentazione%20risultati%20ricerca.pdf. Ultimo accesso: 15 marzo 2023.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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