

Report Osservatorio GIMBE 1/2024

**La mobilità sanitaria interregionale nel 2021**



**Gennaio 2024**

## **AUTORI**

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

## **CITAZIONE**

Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 gennaio 2024. Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2021](http://www.gimbe.org/mobilita2021). Ultimo accesso: giorno mese anno.

## **FONTI DI FINANZIAMENTO**

Il Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2021” 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, gennaio 2024.

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 1/2024

# **La mobilità sanitaria interregionale nel 2021**

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](http://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 una 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 autonome<sup>1</sup>. 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 verificare 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.

---

<sup>1</sup> 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 2022 - Regole tecniche". Disponibile a: [www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf](http://www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

- **Controdeduzioni:** la Regione destinataria della contestazione 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 2021 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 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).

### 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 9 novembre 2023 sulla proposta di riparto delle risorse per il 2022<sup>2</sup>;
- 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 generalizzato.

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	Ricerche Ordinarie e in Day hospital			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
		PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE							
PIEMONTE											
VALLE D'AOSTA											
LOMBARDIA											
P.A. BOLZANO											
P.A. TRENTO											
VENETO											
FRIULI V.G.											
LIGURIA											
EMILIA ROMAGNA											
TOSCANA											
UMBRIA											
MARCHE											
LAZIO											
ABRUZZO											
MOLISE											
CAMPANIA											
PUGLIA											
BASILICATA											
CALABRIA											
SICILIA											
SARDEGNA											
BAMBINI 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:

- 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;

<sup>2</sup> Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l’anno 2023. Disponibile a: [www.statoregioni.it/media/j1nohhr2/p-12-csr-atto-rep-n-262-9nov2023.pdf](http://www.statoregioni.it/media/j1nohhr2/p-12-csr-atto-rep-n-262-9nov2023.pdf). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.



- 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.

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 analisi successive 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 9 novembre 2023: 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 alle 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 2021 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni (figura 4.1), cifra nettamente superiore sia a quella del 2019 (€ 3.904,63 milioni) che a quella del 2020 (€ 3.330,47 milioni), anno in cui l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e su cui incide 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.) – e nel 2020, per segnare infine una netta ripresa nel 2021.

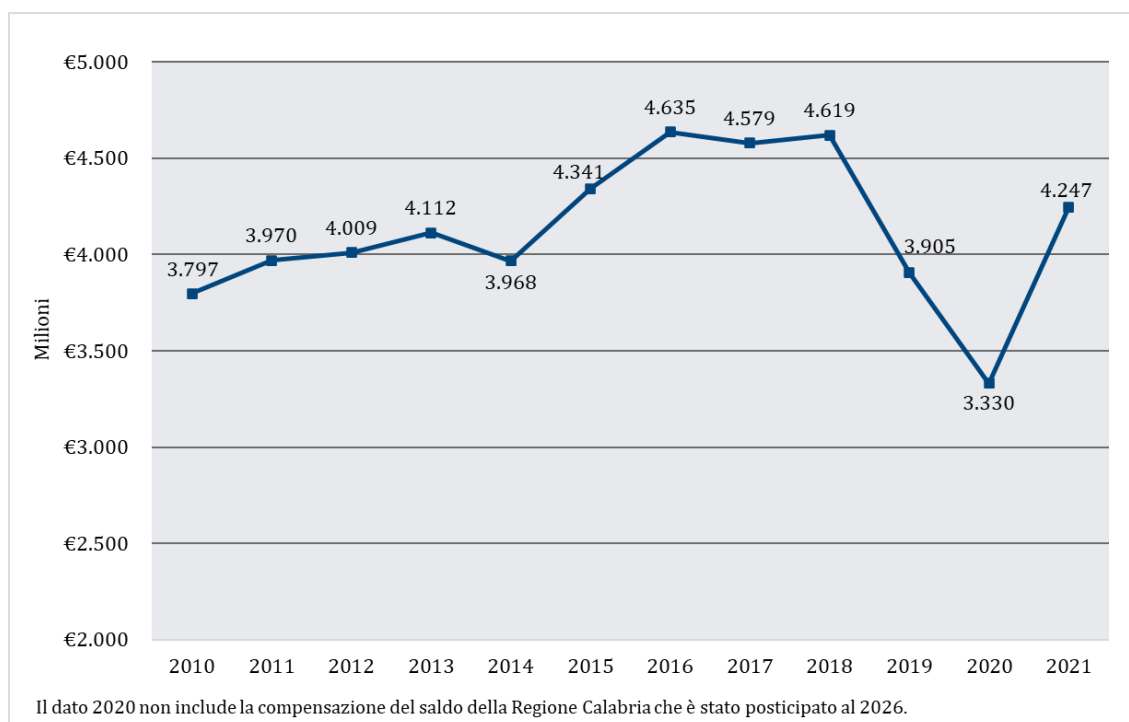


Figura 4.1. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2021

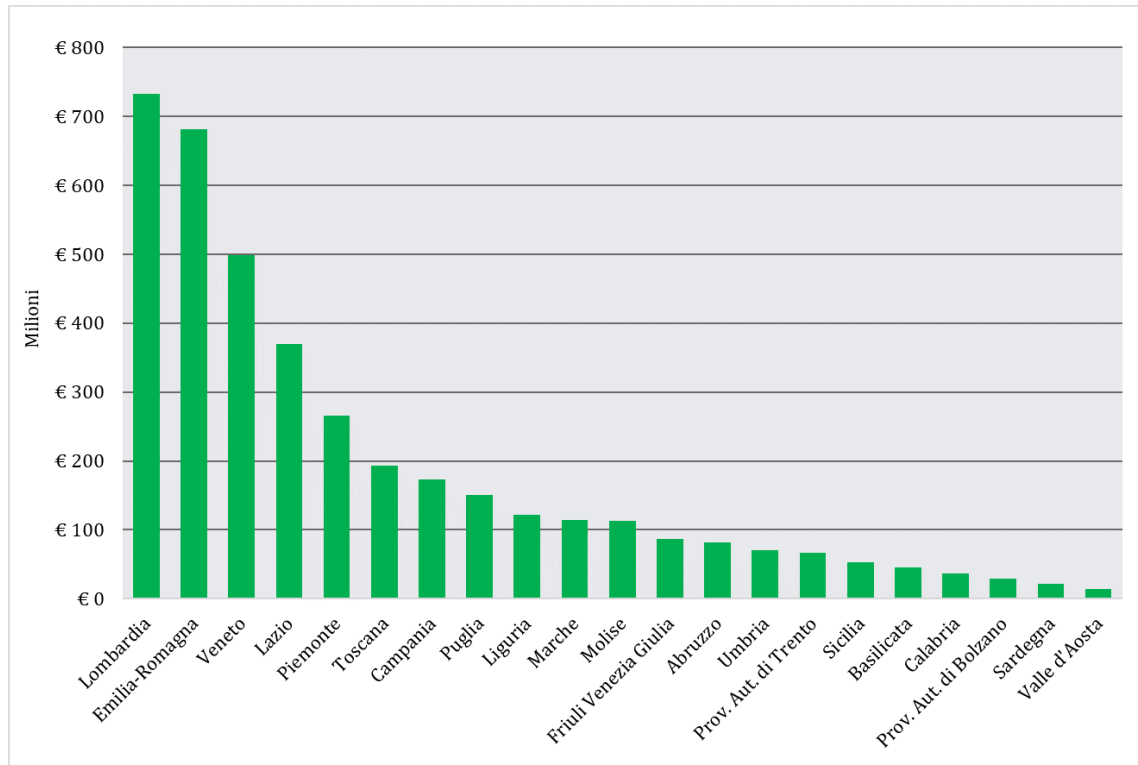
La tabella 4.1 riporta i valori in termini di crediti, debiti e saldi per le 19 Regioni e 2 Province autonome, oltre che – secondo quanto previsto dai criteri di riparto – per l’OPBG e per l’ACISMOM.

Regioni	Crediti	Debiti	Saldo
Abruzzo	€ 81.272.686	€ 189.404.804	-€ 108.132.118
Basilicata	€ 44.867.274	€ 128.350.178	-€ 83.482.904
Calabria	€ 36.913.856	€ 289.326.061	-€ 252.412.205
Campania	€ 173.305.133	€ 394.183.529	-€ 220.878.396
Emilia-Romagna	€ 681.454.178	€ 239.501.680	+€ 441.952.498
Friuli Venezia Giulia	€ 86.642.984	€ 94.247.447	-€ 7.604.463
Lazio	€ 370.176.793	€ 509.833.594	-€ 139.656.801
Liguria	€ 121.659.124	€ 191.179.772	-€ 69.520.648
Lombardia	€ 732.479.919	€ 461.424.504	+€ 271.055.415
Marche	€ 113.696.372	€ 152.149.769	-€ 38.453.397
Molise	€ 112.746.230	€ 68.839.014	+€ 43.907.216
Piemonte	€ 265.903.127	€ 253.730.499	+€ 12.172.628
Prov. Aut. di Bolzano	€ 28.461.279	€ 28.036.368	+€ 424.911
Prov. Aut. di Trento	€ 66.852.877	€ 65.498.619	+€ 1.354.258
Puglia	€ 150.225.333	€ 281.641.197	-€ 131.415.864
Sardegna	€ 21.770.215	€ 86.495.443	-€ 64.725.228
Sicilia	€ 52.891.246	€ 230.334.804	-€ 177.443.558
Toscana	€ 193.389.350	€ 184.145.250	+€ 9.244.100
Umbria	€ 70.375.056	€ 101.557.915	-€ 31.182.859
Valle d’Aosta	€ 13.502.994	€ 27.054.749	-€ 13.551.755
Veneto	€ 498.406.292	€ 270.258.839	+€ 228.147.453
ACISMOM	€ 45.250.780	€ 0	+€ 45.250.780
OPBG	€ 285.047.621	€ 96.685	+€ 284.950.936
<b>Totale</b>	<b>€ 4.247.290.719</b>	<b>€ 4.247.290.720</b>	<b>€ 0</b>

**Tabella 4.1. Valori della mobilità sanitaria anno 2021**

## 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 2021**

Le 5 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) includono complessivamente quasi la metà della mobilità attiva. Un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce fra le 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).

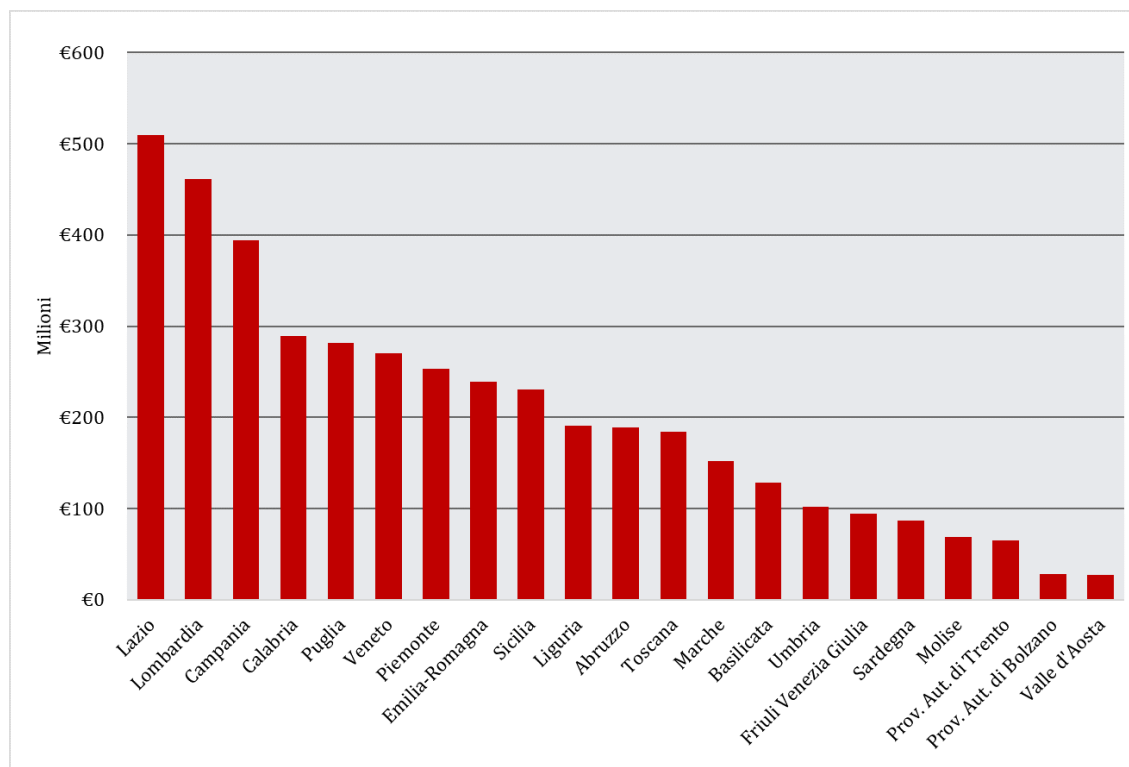


Figura 4.3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2021

Le 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 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 (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 281,6 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 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).

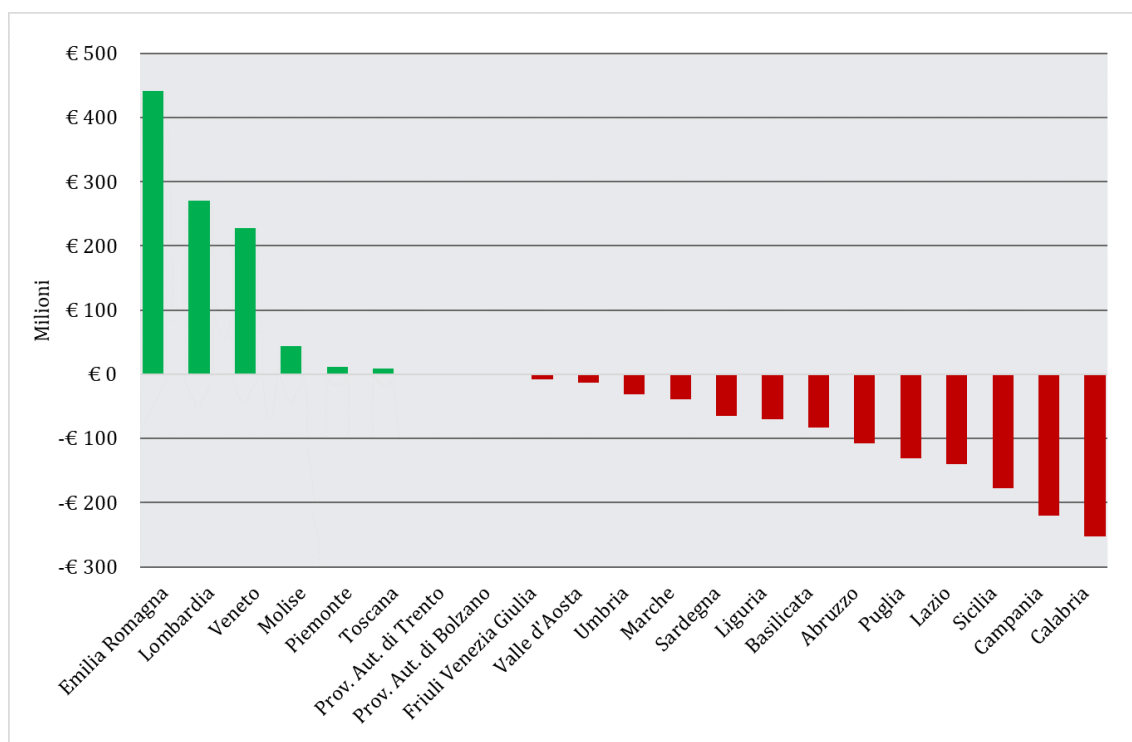


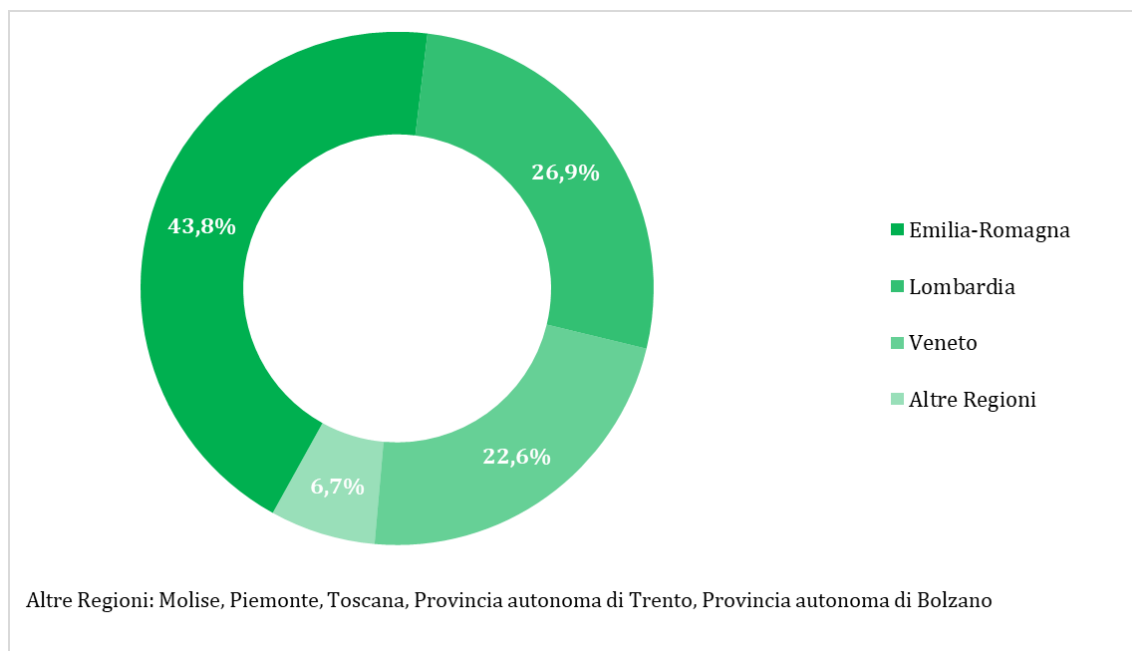
Figura 4.4. Saldo totale della mobilità sanitaria: anno 2021

Rispetto all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2021, 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).

<b>Categoria saldo</b>	<b>Range saldo</b>	<b>Regione</b>	<b>Saldo</b>
<b>Positivo rilevante</b>	Oltre € 100	Emilia Romagna	€ 442,0
		Lombardia	€ 271,1
		Veneto	€ 228,1
<b>Positivo moderato</b>	Da € 25,1 a € 100	Molise	€ 43,9
<b>Positivo minimo</b>	Da € 0,1 a € 25	Piemonte	€ 12,2
		Toscana	€ 9,2
		Prov. Aut. di Trento	€ 1,4
		Prov. Aut. di Bolzano	€ 0,4
<b>Negativo minimo</b>	Da -€ 0,1 a -€ 25	Friuli Venezia Giulia	-€ 7,6
		Valle d'Aosta	-€ 13,6
<b>Negativo moderato</b>	Da -€ 25,1 a -€ 100	Umbria	-€ 31,2
		Marche	-€ 38,5
		Sardegna	-€ 64,7
		Liguria	-€ 69,5
		Basilicata	-€ 83,5
<b>Negativo rilevante</b>	Oltre -€ 100	Abruzzo	-€ 108,1
		Puglia	-€ 131,4
		Lazio	-€ 139,7
		Sicilia	-€ 177,4
		Campania	-€ 220,9
		Calabria	-€ 252,4

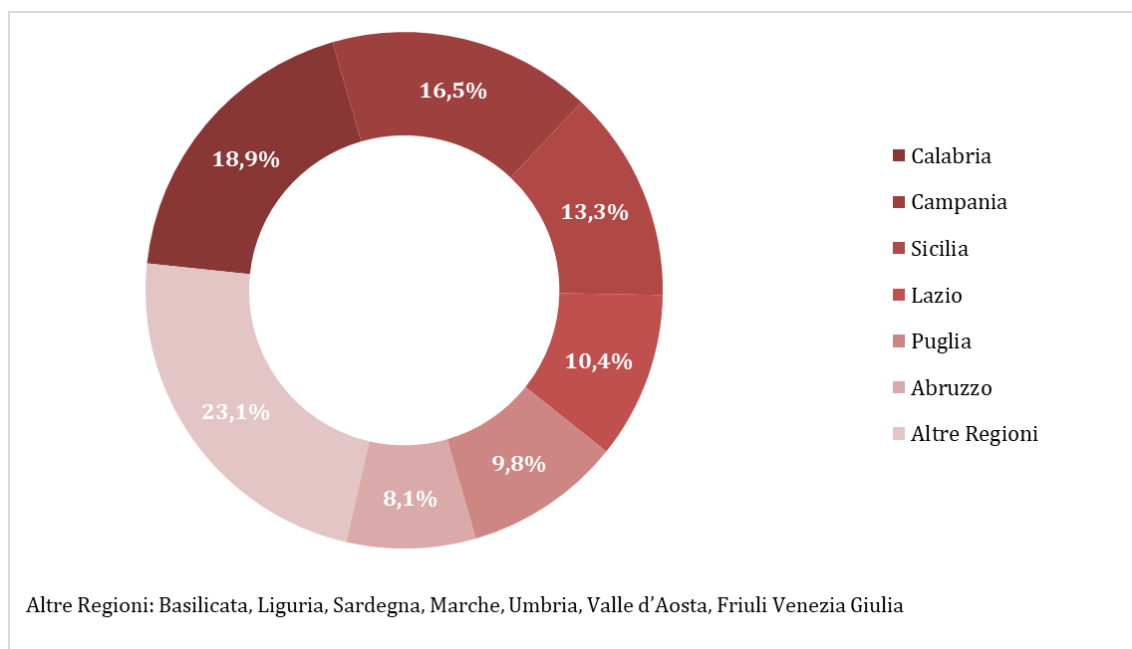
**Tabella 4.2. Categorie saldi mobilità sanitaria 2021 (dati in milioni di €)**

La distribuzione del saldo attivo 2021 (figura 4.5) mostra che il 93,3% si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.



**Figura 4.5. Mobilità regionale 2021: Regioni con saldo in attivo**

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2021 presenta una maggiore frammentazione, il 76,9% si concentra in 6 Regioni del Centro-Sud (figura 4.6).



**Figura 4.6. Mobilità regionale 2021: Regioni con saldo in passivo**



## 4.5. Valore pro-capite della mobilità sanitaria

Tenendo conto della popolazione residente (59.030.133 abitanti al 31 dicembre 2021<sup>3</sup>) 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).

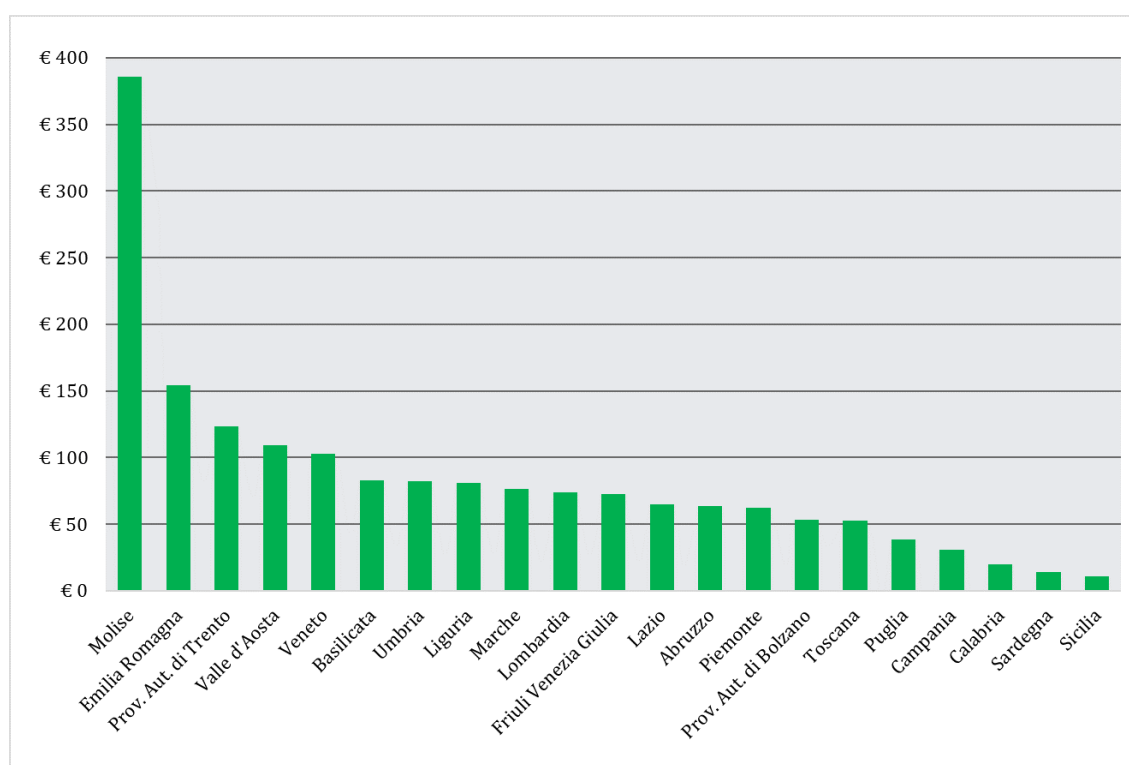
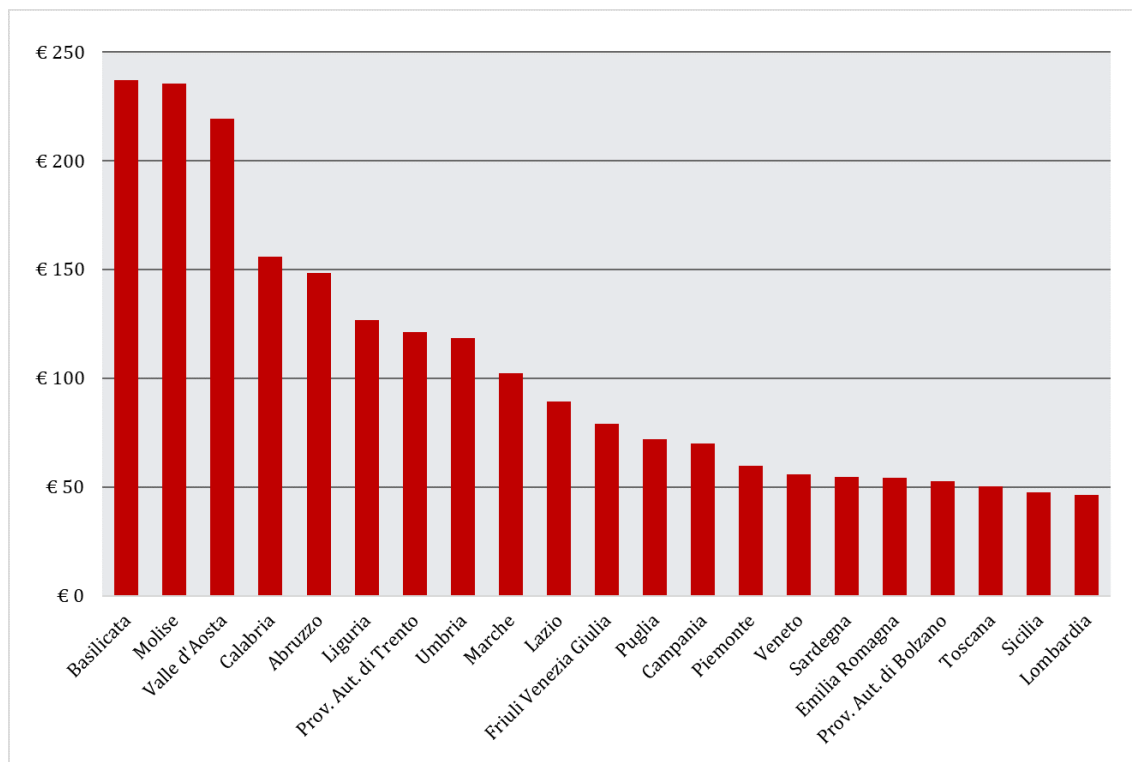


Figura 4.7. Mobilità regionale attiva 2021: entrate pro-capite per cittadino residente

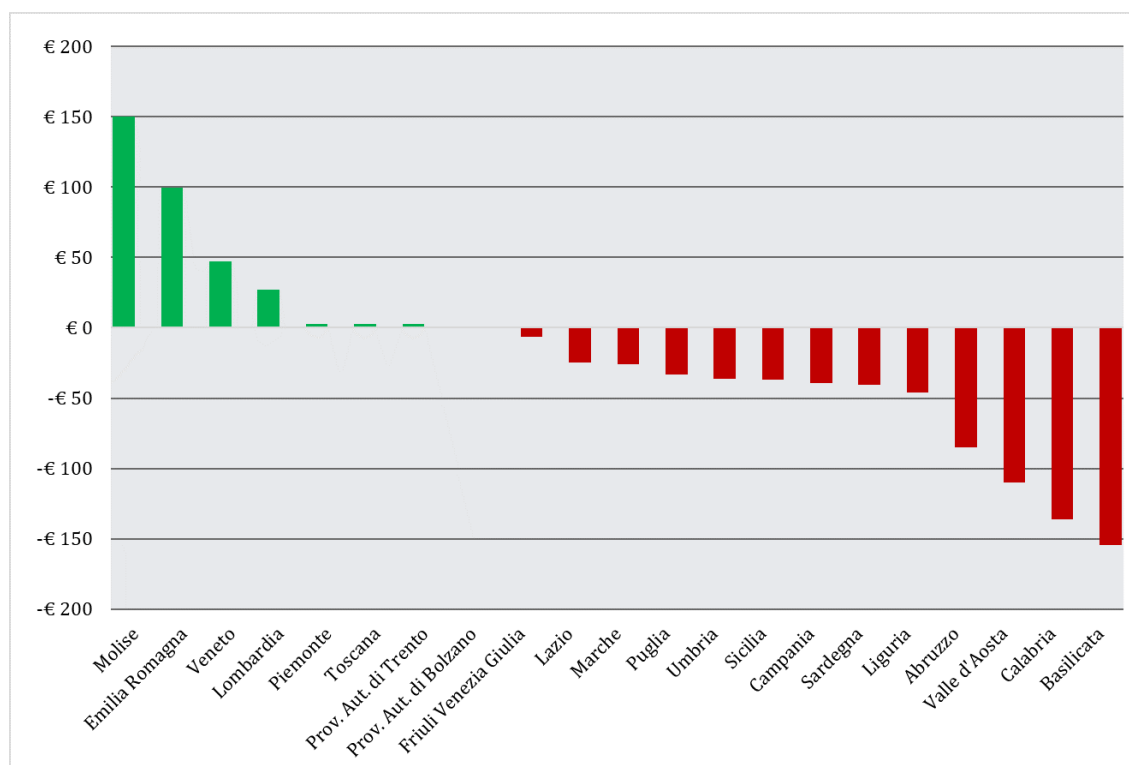
<sup>3</sup> ISTAT. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 31 dicembre 2021. Disponibile a: <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it>. Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

Riguardo alla mobilità passiva, la spesa pro-capite è elevata in quasi tutte le Regioni di piccole dimensioni, oltre che nella Calabria (figura 4.8).



**Figura 4.8. Mobilità regionale passiva 2021: spesa pro-capite per cittadino residente**

Risultano di particolare interesse le informazioni fornite dall'indicatore "saldo pro-capite di mobilità sanitaria" (figura 4.9), indicatore già elaborato da GIMBE in occasione della pubblicazione dei precedenti report sulla mobilità interregionale<sup>4,5,6,7</sup>. Infatti, se le Regioni con saldo positivo (n. 8) e negativo (n. 13) 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 2021: 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 € 150; in secondo luogo, la Basilicata, in ultima posizione, ha un saldo pro-capite negativo di € 154, poco meno della somma del saldo pro-capite positivo di Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia (€ 174).

<sup>4</sup> Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2016. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2016](http://www.gimbe.org/mobilita2016). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

<sup>5</sup> Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2019. Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2017](http://www.gimbe.org/mobilita2017). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

<sup>6</sup> Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020. La mobilità sanitaria interregionale nel 2018. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2020. Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2018](http://www.gimbe.org/mobilita2018). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

<sup>7</sup> Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2020](http://www.gimbe.org/mobilita2020). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024

#### 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 16,5% le prestazioni di specialistica ambulatoriale; degno di nota anche il valore relativo alla somministrazione diretta di farmaci (9,4%). Le altre categorie di prestazioni ammontano complessivamente al 4,7% del valore totale della mobilità sanitaria (figura 4.10):

- Ricoveri ordinari e day hospital: € 2.558,9 milioni (69,6%)
- Specialistica ambulatoriale: € 601,9 milioni (16,4%)
- Somministrazione diretta di farmaci: € 347,1 milioni (9,4%)
- Farmaceutica: € 75,6 milioni (2,1%)
- Trasporti con elisoccorso ed ambulanza: € 46,1 milioni (1,2%)
- Medicina generale: € 27,7 milioni (0,8%)
- Cure termali: € 18,4 milioni (0,5%)

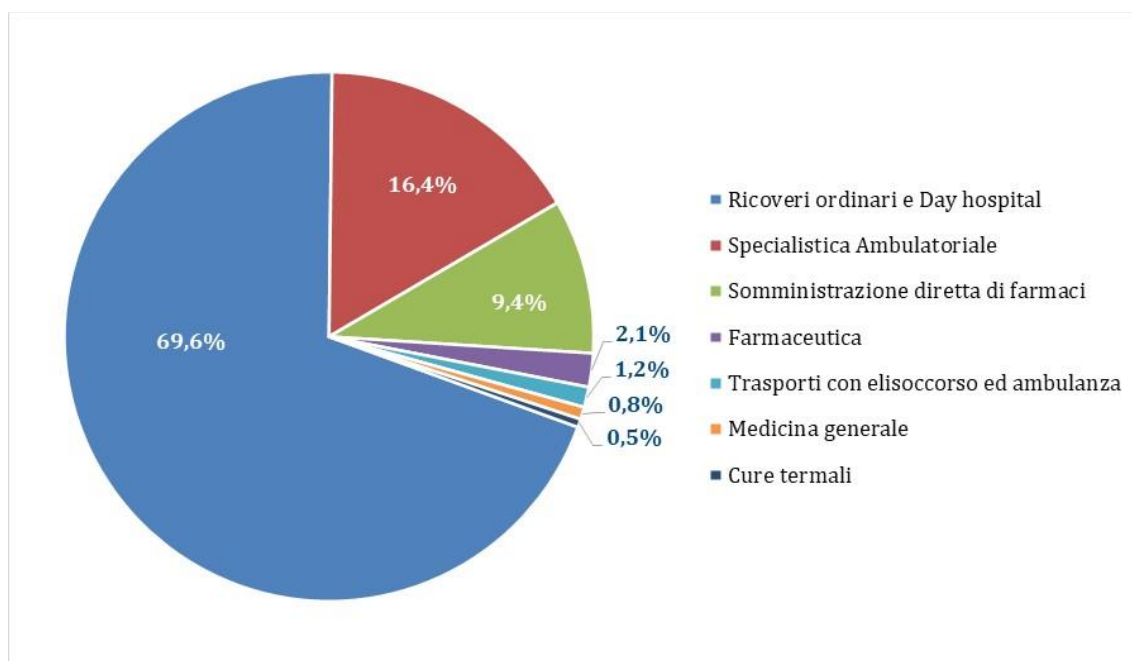
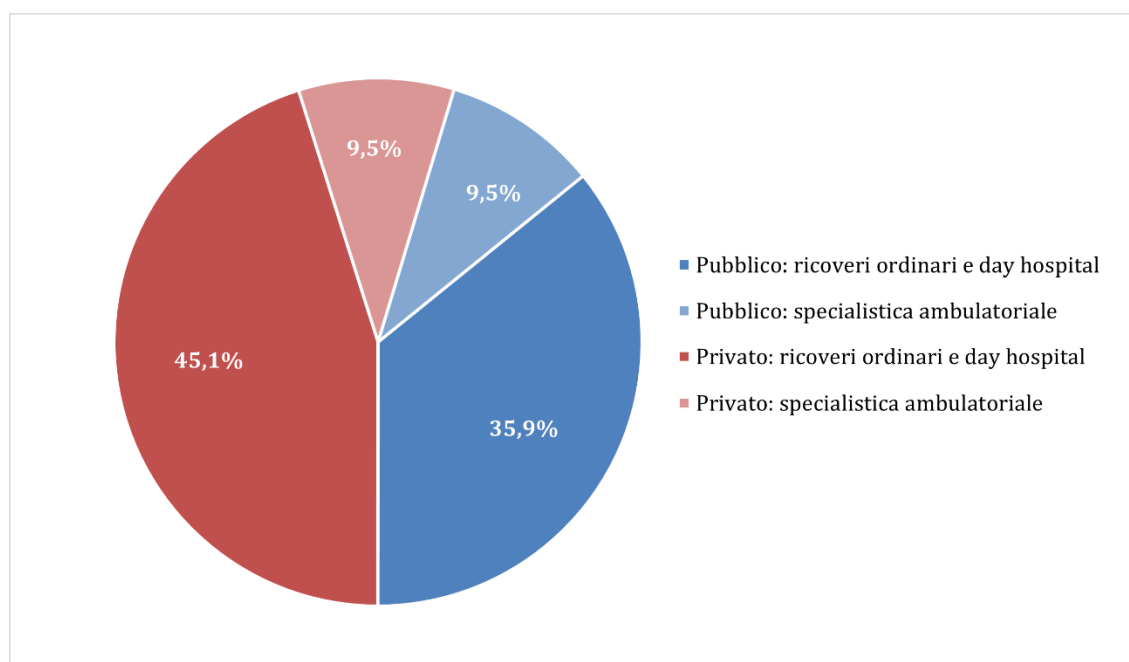


Figura 4.10. Mobilità sanitaria 2021: ripartizione per tipologia di prestazione

#### 4.7. Mobilità verso le strutture private

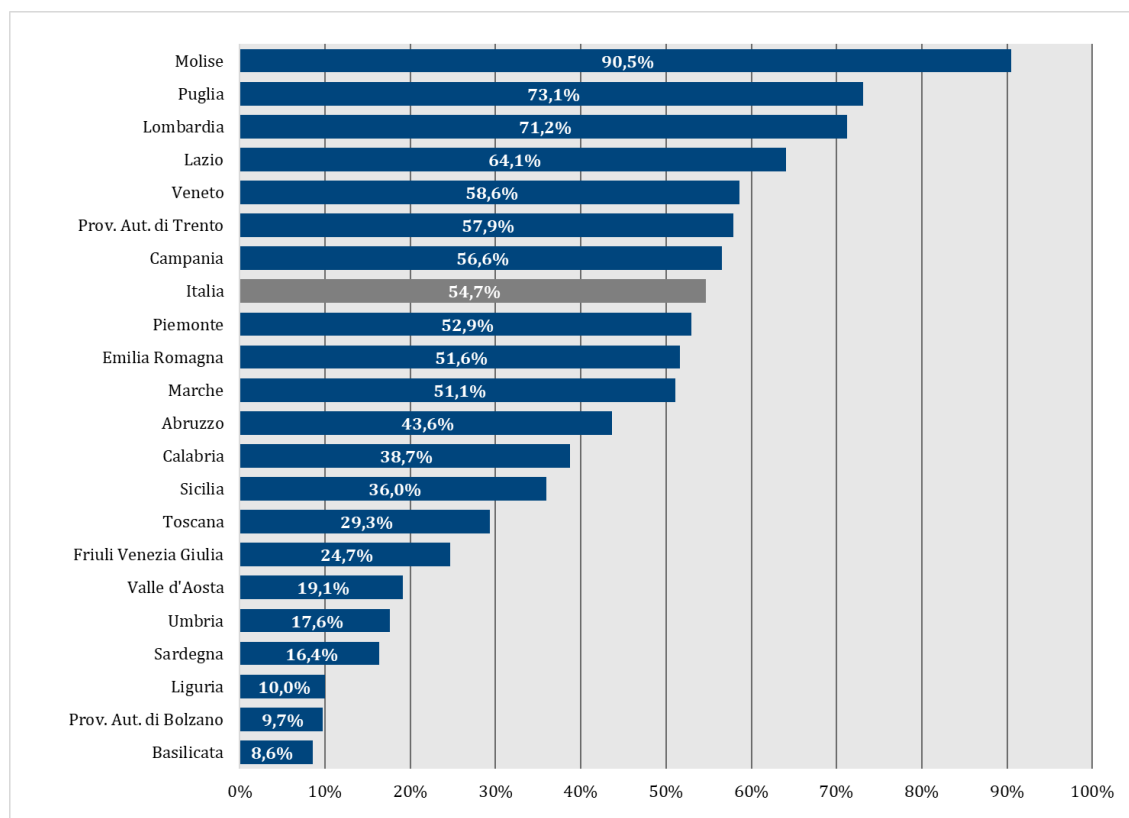
Analizzando le prestazioni di ricovero e day hospital e quelle di specialistica ambulatoriale, complessivamente le strutture private erogano oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche (figura 4.11).

In dettaglio, il valore della mobilità sanitaria per i ricoveri ordinari e in day hospital è di € 1.426,2 milioni per le strutture private e di € 1.132,8 milioni per quelle pubbliche; le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità vengono erogate dal privato per € 301,3 milioni e nel pubblico per € 300,6 milioni.



**Figura 4.11. Percentuale della mobilità sanitaria 2021 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 dalle strutture private in mobilità ha un "peso" molto diverso tra le varie Regioni, indicando un indicatore proxy dell'offerta e della capacità attrattive del privato accreditato. Oltre al Molise (90,5%), superano il 60% del valore della mobilità erogato dalle strutture private la Puglia (73,1%), la Lombardia (71,2%) e il Lazio (64,1%). Viceversa, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%) (figura 4.12).

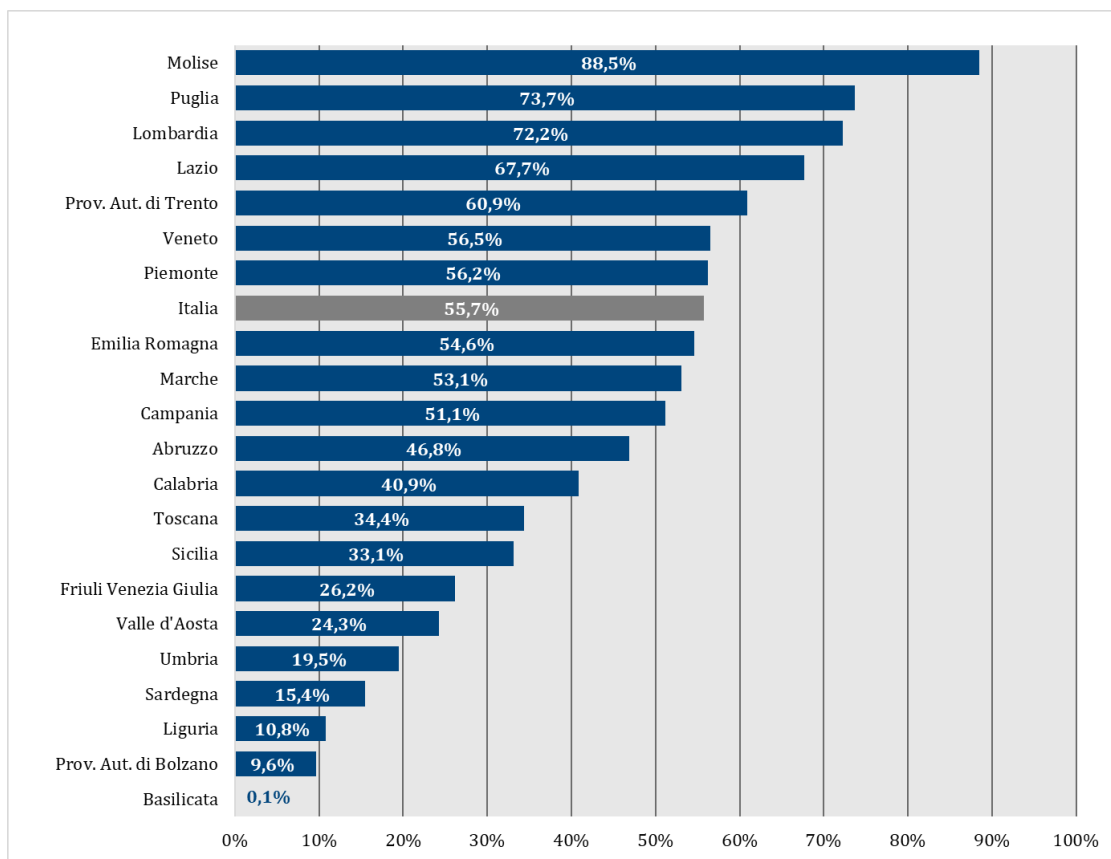


**Figura 4.12. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2021 erogata da strutture private: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale**

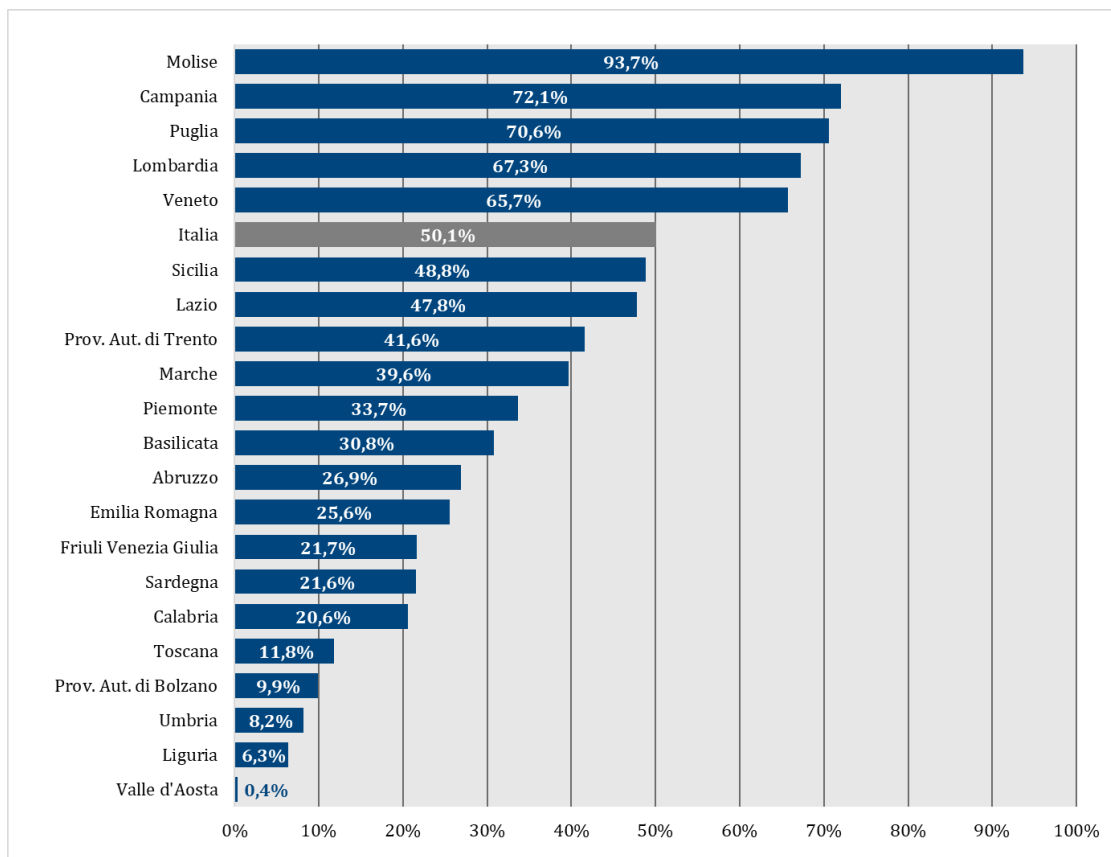
Nella stessa Regione, tuttavia, non sempre la capacità attrattiva del privato per i ricoveri ordinari e day hospital coincide con quelle della specialistica ambulatoriale. La tabella 4.3 mostra la percentuale di prestazioni erogate in mobilità attiva per le due tipologie di prestazioni e le figure 4.13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

<b>Destinazione</b>	<b>Ricoveri ordinari e Day hospital</b>	<b>Specialistica Ambulatoriale</b>
Abruzzo	46,8%	26,9%
Basilicata	0,1%	30,8%
Calabria	40,9%	20,6%
Campania	51,1%	72,1%
Emilia Romagna	54,6%	25,6%
Friuli Venezia Giulia	26,2%	21,7%
Lazio	67,7%	47,8%
Liguria	10,8%	6,3%
Lombardia	72,2%	67,3%
Marche	53,1%	39,6%
Molise	88,5%	93,7%
Piemonte	56,2%	33,7%
Prov. Aut. di Bolzano	9,6%	9,9%
Prov. Aut. di Trento	60,9%	41,6%
Puglia	73,7%	70,6%
Sardegna	15,4%	21,6%
Sicilia	33,1%	48,8%
Toscana	34,4%	11,8%
Umbria	19,5%	8,2%
Valle d'Aosta	24,3%	0,4%
Veneto	56,5%	65,7%
<b>ITALIA</b>	<b>55,7%</b>	<b>50,1%</b>

**Tabella 4.3. Percentuale della mobilità sanitaria 2021 erogata da strutture private in ciascuna Regione**



**Figura 4.13. Percentuale della mobilità sanitaria 2021 erogata da strutture private in ciascuna Regione: ricoveri ordinari e day hospital**



**Figura 4.14. Percentuale della mobilità sanitaria 2021 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 snellito. In particolare:

- 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.
- Considerato che le prestazioni incluse nei LEA non elencate tra quelle in compensazione vengono addebitate tramite fatturazione diretta<sup>8</sup>, il valore della mobilità sanitaria risulta sottostimato di un importo non quantificabile.

---

<sup>8</sup> 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 2022 - Regole tecniche”. Disponibile a: [www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf](http://www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

## 6. Conclusioni

Il valore della mobilità sanitaria interregionale nel 2021 è pari a € 4.247,29 milioni, una percentuale apparentemente contenuta (3,36%) della spesa sanitaria totale (€ 126.328 milioni<sup>9</sup>), 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: +€ 442 milioni; Lombardia: +€ 271,1 milioni; Veneto: +€ 228,1 milioni), sia in saldo negativo (es. Campania: -€ 220,9 milioni; Calabria: -€ 252,4 milioni); 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 dei crediti della mobilità e il 93,3% del saldo di mobilità.

Complessivamente, l'86,1% della mobilità sanitaria è relativo a prestazioni di ricovero ordinario e day hospital (69,6%) e specialistica ambulatoriale (16,5%), 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, il numero di pazienti e familiari/caregiver coinvolti dal fenomeno della mobilità sanitaria: uno studio realizzato dal Censis per Casamica sui dati del 2015 indica che sarebbero 1.400.000 le persone interessate, di cui 750.000 pazienti e 650.000 accompagnatori<sup>10</sup>. In secondo luogo, i costi sostenuti per gli spostamenti: secondo una survey condotta su circa 4.000 cittadini italiani, nel 43% dei casi chi si sposta dalla propria Regione sostiene spese comprese tra € 200 e € 1.000 e nel 21% dei casi fra € 1.000 e € 5.000<sup>11</sup>. Un'altra survey condotta su circa 1.300 pazienti oncologici ha documentato che il 45,1% sostiene spese per mezzi di trasporto (in media € 359/anno) e il 26,7% per l'alloggio lontano dalla propria residenza (in media € 227/anno)<sup>12</sup>. Infine, occorre considerare i costi indiretti, quali assenze dal lavoro di familiari e permessi retribuiti e i costi intangibili che conseguono alla non esigibilità di un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione.

---

<sup>9</sup> ISTAT. IstatData: Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento. Giugno 2023. 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](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 gennaio 2024.

<sup>10</sup> CENSIS. Migrare per Curarsi. Roma, gennaio 2017. Disponibile a: [www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf](http://www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

<sup>11</sup> 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](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/public-sector/Deloitte%20Outlook%20Salute%20Italia%202021_Presentazione%20risultati%20ricerca.pdf). Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.

<sup>12</sup> Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Maggio 2023. Disponibile a: <https://osservatorio.favo.it/quindicesimo-rapporto/download-15>. Ultimo accesso: 15 gennaio 2024.



**#salviamoSSN**

**Fondazione GIMBE**  
Diffondere le conoscenze  
Migliorare la salute

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