



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI "M. FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA AZIENDALE**

**PROVA FINALE**

**IL SSN ITALIANO:**

**LA MOBILITÀ SANITARIA E LE SPESE CHE NE DERIVANO**

**RELATORE:**

**CH.MO PROF. CESARE DOSI**

**LAUREANDA: ROSSELLA CASCELLA**

**MATRICOLA N. 1114658**

**ANNO ACCADEMICO 2017-2018**

# Indice

<b>Introduzione .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Il servizio sanitario nazionale .....</b>	<b>3</b>
1.1. La posizione del sistema sanitario italiano nel mondo .....	3
1.2. Le differenze all'interno del territorio nazionale.....	13
1.3. I piani di rientro .....	18
<b>2. La mobilità sanitaria .....</b>	<b>22</b>
2.1. Tipi di mobilità .....	22
2.2. La ricerca "Migrare per Curarsi" .....	24
2.3. I motivi delle migrazioni sanitarie.....	26
2.4. Gli effetti della mobilità sanitaria .....	28
<b>3. La spesa derivante dalla mobilità sanitaria .....</b>	<b>32</b>
3.1. La Tariffa Unica Convenzionale (TUC).....	32
3.2. La spesa pubblica.....	36
3.3. I problemi e le spese a carico dei migranti.....	36
<b>Considerazioni finali.....</b>	<b>39</b>
<b>Riferimenti bibliografici.....</b>	<b>41</b>

# Introduzione

Molti studi collocano il sistema sanitario italiano ai primi posti nelle classifiche internazionali, sia sotto il profilo dell'efficacia che dell'efficienza.

Ciò detto, si rilevano tuttavia in Italia forti disomogeneità territoriali che, almeno in parte, spiegano la cosiddetta “mobilità sanitaria”, ovvero l'elevato flusso di pazienti che si spostano dalle regioni di residenza alla ricerca di cure e servizi più adeguati rispetto alle proprie esigenze.

In questo lavoro concentreremo l'attenzione su questo fenomeno, con l'obiettivo di comprenderne la dimensione, le cause e le conseguenze in termini di costi, individuali e collettivi.

L'elaborato è articolato in tre capitoli. Nel **primo capitolo** si parlerà della posizione che il nostro sistema sanitario occupa nel mondo, descrivendo nel contempo le differenze territoriali; si considereranno poi i “Piani di rientro” che hanno lo scopo di garantire servizi sanitari omogenei e di qualità in tutte le Regioni. Nel **secondo capitolo** verrà introdotto il fenomeno della mobilità sanitaria, illustrando in particolare i risultati dalla ricerca “Migrare per Curarsi” realizzata dal Censis nel 2017. Infine, nel **terzo capitolo** si considereranno le spese che tale fenomeno causa, sia per i pazienti e i loro accompagnatori sia per il sistema generale.

Per la redazione del primo e del secondo capitolo, oltre ai riferimenti bibliografici indicati nel testo, ci siamo avvalsi di un'intervista al dott. Walther Domeniconi, direttore sanitario della Casa di Cura “Villa Laura” di Bologna.

# Capitolo 1

## Il sistema sanitario nazionale italiano

Il nostro Sistema Sanitario viene descritto da molte ricerche come un esempio, anche se differenti studi pervengono talvolta a risultati diversi a causa degli indicatori e dei fattori presi in considerazione. Ciò premesso, nel primo paragrafo illustreremo in particolare tre elaborazioni: quella di Bloomberg, quella dell'OECD e dell'Aiop. Nei paragrafi successivi si illustreranno invece le differenze, in termini di assistenza sanitaria, all'interno del territorio nazionale e l'uso dei piani di rientro come strumento per la creazione di un sistema più omogeneo.

### 1.1. La posizione del sistema sanitario italiano nel mondo

A dimostrazione della buona salute degli italiani si può far riferimento alla classifica prodotta da Bloomberg "*Global Health Index*", che posiziona l'Italia al primo posto nel mondo, con un punteggio di 93,11 su 100, come nella [Tabella 1](#) e nella [Figura 1](#). L'indicatore usato si basa su fattori quali: la speranza di vita, la nutrizione, la salute mentale e i fattori di rischio come il tabagismo e la pressione sanguigna (Anon., 2017, *Quotidiano sanità*). Ragionando su ognuno di essi si può comprendere il motivo per cui il nostro Paese sia in "pole position"; infatti già alla nascita abbiamo una speranza di vita altissima e in molti casi gli anni di vita effettivi superano quelli sperati. Viene considerata poi, tra i fattori su cui il nostro Paese eccelle, la dieta mediterranea, ricca di frutta e verdura e di olio extravergine di oliva, che aiuta ad evitare l'insorgenza di patologie quali l'obesità e l'ipertensione. Dunque si può affermare che riguardo il bene salute, l'Italia supera tutti gli altri Paesi, anche quelli più ricchi, il che porta ad affermare che "la ricchezza è salute solo se ci sono anche stili di vita sani" (Anon., 2017, *Quotidiano sanità*). Rimane comunque ovvio che a dei buoni stili di vita deve essere correlata un'adeguata assistenza sanitaria.

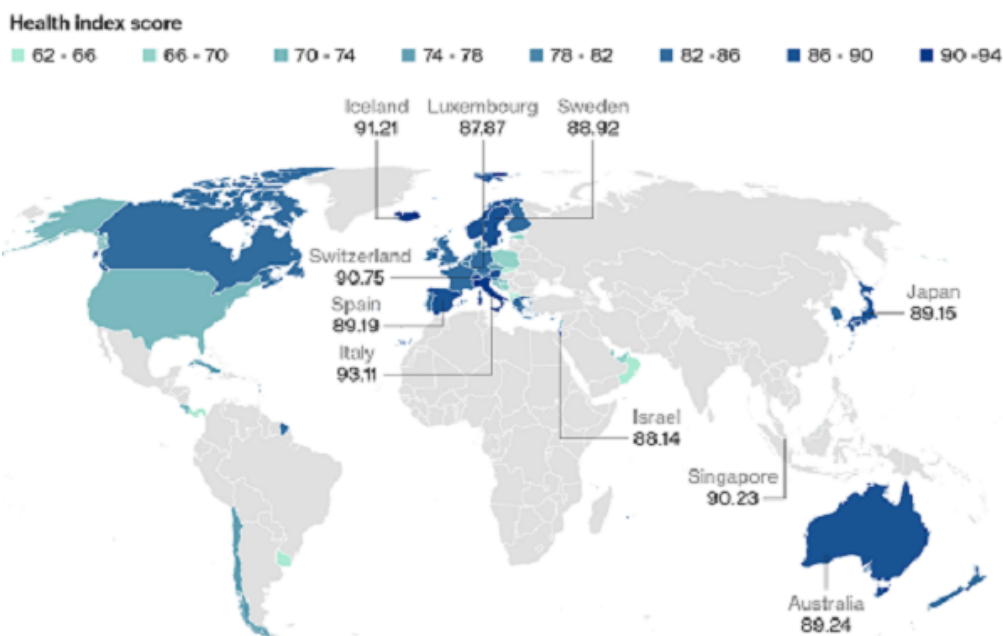
Tabella 1 - I 50 paesi più sani

**Bloomberg 2017 Healthiest Country Index**

Rank	Country	Health grade	Health score	Health risk penalties	Rank	Country	Health grade	Health score	Health risk penalties
1	Italy	93.11	97.44	-4.33	26	Belgium	80.96	86.03	-5.07
2	Iceland	91.21	96.20	-4.99	27	Slovenia	80.81	86.65	-5.83
3	Switzerland	90.75	94.96	-4.21	28	Denmark	80.36	85.02	-4.66
4	Singapore	90.23	94.11	-3.88	29	Chile	77.18	82.53	-5.35
5	Australia	89.24	93.88	-4.64	30	Czech Rep.	75.76	81.82	-6.06
6	Spain	89.19	94.14	-4.95	31	Cuba	74.23	79.13	-4.90
7	Japan	89.15	93.69	-4.54	32	Lebanon	74.03	79.55	-5.51
8	Sweden	88.92	93.78	-4.85	33	Costa Rica	73.14	77.16	-4.01
9	Israel	88.14	92.47	-4.33	34	U.S.	73.05	78.25	-5.21
10	Luxembourg	87.87	92.90	-5.03	35	Croatia	72.88	78.16	-5.28
11	Norway	86.81	91.61	-4.81	36	Qatar	71.78	77.33	-5.55
12	Austria	86.34	90.78	-4.44	37	Brunei	70.21	75.14	-4.92
13	Netherlands	85.83	89.94	-4.11	38	Estonia	69.24	75.67	-6.43
14	France	85.59	90.93	-5.34	39	Poland	68.92	75.34	-6.42
15	Finland	84.80	89.58	-4.78	40	Bahrain	68.73	74.20	-5.46
16	Germany	84.78	89.40	-4.62	41	Maldives	67.90	71.82	-3.92
17	Canada	84.57	89.53	-4.96	42	Bosnia & H.	67.83	72.91	-5.08
18	Cyprus	84.52	89.17	-4.65	43	U.A.E.	67.30	73.56	-6.26
19	New Zealand	84.48	89.95	-5.47	44	Macedonia	65.64	69.96	-4.32
20	Greece	84.28	88.17	-3.89	45	Uruguay	65.40	70.86	-5.45
21	Portugal	82.97	88.24	-5.27	46	Slovakia	65.10	70.54	-5.44
22	Ireland	82.52	88.53	-6.01	47	Barbados	64.14	68.55	-4.41
23	U.K.	82.28	87.21	-4.94	48	Oman	62.89	67.79	-4.90
24	S. Korea	82.06	87.67	-5.61	49	Panama	62.39	67.13	-4.73
25	Malta	81.27	86.42	-5.15	50	Albania	62.01	66.72	-4.71

Sources: World Health Organization, United Nations Population Division, World Bank

Figura 1 - Mappa dei 50 paesi più sani



Sources: World Health Organization, United Nations Population Division, World Bank



Ad analizzare invece non tanto le condizioni generali di salute quanto le proprietà dei sistemi sanitari, interviene il Rapporto “*Health at a Glance 2017*” realizzato dall’Ocse<sup>1</sup>, che pure posiziona l’Italia tra i primi posti in relazione ai 35 paesi membri, basandosi su cinque elementi: lo stato di salute, i fattori di rischio, l’accesso, la qualità e le risorse (OECD, 2017).

In Italia lo stato di salute è ritenuto “ottimo” dal punto di vista dell’aspettativa di vita alla nascita (80,3 anni per gli uomini e 84,9 per le donne), superiore sia per i maschi sia per le femmine alla media Ocse. Ma questo risultato si abbassa a causa della demenza che colpisce una frazione non trascurabile della popolazione anziana: l’Italia è infatti il secondo paese, dopo il Giappone, con livelli di demenza più alti. È importante specificare che le differenze nell’aspettativa di vita derivano non solo dai fattori di rischio ma anche da fattori cosiddetti indiretti come l’educazione, il reddito e le condizioni socio-economiche della popolazione (OECD, 2017).

Tra i fattori di rischio rientrano il consumo di alcolici e l’obesità che, in Italia, presentano dei livelli al di sotto della media Ocse, e il fumo e l’inquinamento dell’aria, che invece continuano ad avere livelli superiori alla media, come si evince dalla Tabella 2.

L’accesso alle cure in Italia è tendenzialmente universale, come sancito nella stessa Costituzione. Tuttavia non sempre la caratteristica dell’universalità delle cure è un indicatore di buona sanità. Bisogna altresì considerare i costi che la popolazione è tenuta a sopportare in termini di spesa out-of-pocket e il numero di persone che rinunciano a curarsi a causa dell’elevato costo. In Italia la spesa out of pocket è in linea alla media Ocse e le persone che decidono di non sottoporsi alle cure per via del costo insopportabile sono il 4,8%, inferiore alla media, come mostrato dalla Tabella 3. Altro elemento da considerare sono i tempi di attesa, i quali non vengono esaminati in modo generale dal rapporto dell’Ocse ma con specifico riferimento all’intervento della cataratta. In quest’ambito il nostro paese eccelle, con dei tempi di attesa di gran lunga inferiori rispetto alla media Ocse (OECD, 2017).

---

<sup>1</sup> **OCSE**: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (*in inglese OECD: Organization for Economic Co-operation and Development*)

Tabella 2 - Dati sui fattori di rischio

	● Better than OECD average		● Close to OECD average		⊗ Worse than OECD average		– Missing data	
	SMOKING		ALCOHOL		OBESITY		AIR POLLUTION	
	% of population who smokes daily		Liters per capita consumed in a year		% of population with BMI > 30		Mean annual exposure to PM2.5, mg/m3	
<b>OECD</b>	<b>18.4</b>		<b>9.0</b>		<b>19.4</b>		<b>15.1</b>	
Australia	12.4	●	9.7	●	27.9	⊗	5.9	●
Austria	24.3	⊗	12.3	⊗	14.7	●	17.0	●
Belgium	18.9	●	12.6	⊗	18.6	●	15.6	●
Canada	14.0	●	8.1	●	25.8	●	7.2	●
Chile	–		7.2	●	–		20.9	●
Czech Republic	18.2	●	11.5	●	18.7	●	21.4	●
Denmark	17.0	●	9.4	●	14.9	●	11.0	●
Estonia	21.3	●	10.3	●	18.0	●	9.4	●
Finland	17.4	●	8.5	●	24.8	●	7.4	●
France	22.4	●	11.9	⊗	17.0	●	12.4	●
Germany	20.9	●	11.0	●	23.6	●	14.0	●
Greece	27.3	⊗	7.5	●	17.0	●	13.5	●
Hungary	25.8	⊗	10.9	●	30.0	⊗	23.1	⊗
Iceland	10.2	●	7.5	●	19.0	●	7.8	●
Ireland	19.0	●	10.9	●	23.0	●	9.8	●
Israel	19.6	●	2.6	●	16.6	●	21.1	●
<b>Italy</b>	<b>20.0</b>	<b>●</b>	<b>7.6</b>	<b>●</b>	<b>9.8</b>	<b>●</b>	<b>19.9</b>	<b>●</b>
Japan	18.2	●	7.2	●	3.7	●	13.3	●
Korea	17.3	●	9.1	●	5.3	●	28.7	⊗
Latvia	24.1	⊗	10.8	●	23.2	●	20.4	●
Luxembourg	14.9	●	11.1	●	22.6	●	16.6	●
Mexico	7.6	●	5.2	●	33.3	⊗	20.2	●
Netherlands	19.0	●	8.0	●	12.8	●	14.6	●
New Zealand	14.2	●	8.9	●	31.6	⊗	5.5	●
Norway	12.0	●	6.0	●	12.0	●	9.1	●
Poland	22.7	●	10.5	●	16.7	●	24.3	⊗
Portugal	16.8	●	9.9	●	16.6	●	9.8	●
Slovak Republic	22.9	●	10.2	●	16.3	●	20.5	●
Slovenia	18.9	●	11.5	●	19.2	●	20.3	●
Spain	23.0	●	9.3	●	16.7	●	9.7	●
Sweden	11.2	●	7.2	●	12.3	●	6.2	●
Switzerland	20.4	●	9.5	●	10.3	●	12.9	●
Turkey	27.3	⊗	1.4	●	22.3	●	36.4	⊗
United Kingdom	16.1	●	9.5	●	26.9	⊗	12.4	●
United States	11.4	●	8.8	●	38.2	⊗	8.4	●

Fonte: OECD Health Statistics 2017

La qualità della sanità, specialmente dell'assistenza primaria, in Italia è molto elevata. L'unico aspetto problematico evidenziato dall'Ocse riguarda la prescrizione di antibiotici, che appare eccessiva. L'Italia infatti è il quarto paese con il maggior numero di antibiotici prescritti.

Infine, le risorse a disposizione vengono classificate sulla base della spesa pro-capite calcolata a parità di potere di acquisto, del numero di medici e infermieri e del numero di posti letto ogni 1.000 abitanti. Avere molte risorse a disposizione non sempre è segnale di buona sanità, in quanto la disponibilità di risorse deve essere accompagnata da un loro uso efficiente. Si pensi ad esempio agli Stati Uniti, che presentano la spesa pro-capite più alta in assoluto (17,2% del Pil) ma offrono nel complesso servizi sanitari poco efficienti. L'Italia invece presenta dei livelli in linea alla media Ocse, sia per quanto riguarda la spesa pro-capite, anche se è lievemente

inferiore alla media di circa 600 dollari, sia con riguardo alle altre variabili. L'unico indicatore "insoddisfacente" riguarda il rapporto tra medici e infermieri che, in Italia, è molto basso pari a 1,4 infermieri per medico (OECD, 2017).

Tabella 3 - Dati sull'accesso alle cure

	🟢 Better than OECD average		🟡 Close to OECD average		🔴 Worse than OECD average		– Missing data	
	POPULATION COVERAGE		SHARE OF OUT OF POCKET EXPENDITURE		WAITING TIMES FOR CATARACT SURGERY **		CONSULTATIONS SKIPPED DUE TO COST *	
	% of population covered by insurance		% of final household consumption		Number of days from referral to procedure		Age-sex standardised rate per 100 population	
OECD	97.9		3.0		121		10.5	
Australia	100	🟡	3.1	🟡	93	🟢	16.2	🟡
Austria	99.9	🟡	3.0	🟡	–	–	–	–
Belgium	99.0	🟡	3.2	🟡	–	–	–	–
Canada	100	🟡	2.2	🟡	58	🟢	6.6	🟡
Chile	92.1	🔴	4.1	🔴	103	🟡	–	–
Czech Republic	100	🟡	2.3	🟡	–	–	–	–
Denmark	100	🟡	2.6	🟡	87	🟢	–	–
Estonia	94.0	🟡	2.7	🟡	253	🔴	9.7	🟡
Finland	100	🟡	3.0	🟡	103	🟡	–	–
France	99.9	🟡	1.4	🟢	–	–	8.5	🟡
Germany	100	🟡	1.8	🟢	–	–	2.6	🟢
Greece	86.0	🔴	4.4	🔴	–	–	–	–
Hungary	95.0	🟡	4.4	🔴	88	🟢	–	–
Iceland	100	🟡	3.1	🟡	–	–	–	–
Ireland	100	🟡	2.5	🟡	–	–	–	–
Israel	100	🟡	3.4	🟡	132	🟡	4.7	🟡
Italy	100	🟡	3.1	🟡	50	🟢	4.8	🟡
Japan	100	🟡	2.6	🟡	–	–	–	–
Korea	100	🟡	5.1	🔴	–	–	–	–
Latvia	–	–	3.9	🔴	–	–	–	–
Luxembourg	95.2	🟡	1.4	🟢	–	–	–	–
Mexico	92.3	🔴	3.6	🟡	–	–	–	–
Netherlands	99.9	🟡	2.4	🟡	37	🟢	10.3	🟡
New Zealand	100	🟡	2.1	🟡	73	🟢	14.5	🟡
Norway	100	🟡	2.9	🟡	117	🟡	5.9	🟡
Poland	91.0	🔴	2.5	🟡	464	🔴	33.0	🔴
Portugal	100	🟡	3.8	🔴	104	🟡	8.3	🟡
Slovak Republic	93.8	🔴	2.4	🟡	–	–	–	–
Slovenia	100	🟡	2.0	🟡	–	–	–	–
Spain	99.8	🟡	3.7	🟡	105	🟡	2.8	🟢
Sweden	100	🟡	3.3	🟡	–	–	3.9	🟢
Switzerland	100	🟡	5.3	🔴	–	–	20.9	🔴
Turkey	98.4	🟡	–	–	–	–	–	–
United Kingdom	100	🟡	1.5	🟢	72	🟢	4.2	🟢
United States	90.9	🔴	2.5	🟡	–	–	22.3	🔴

Fonte: OECD Health Statistics 2017

L'Ocse, in relazione ai fattori di rischio, ritiene non si siano registrati nei paesi membri significativi progressi nell'affrontare i problemi dell'obesità, dell'abuso di alcool e dell'inquinamento atmosferico (Anon., 2017, Quotidiano sanità). Con riferimento all'Italia, il Rapporto evidenzia che l'assistenza di base e la prevenzione si sono al momento rilevati poco adeguati visti il cambiamento demografico ed epidemiologico causato da una popolazione che



continua ad invecchiare e il preoccupante aumento dei fattori di rischio tra gli adolescenti, in particolare l'aumento della percentuale di fumatori, i bassi tassi di attività fisica e il conseguente elevato tasso di ragazzi in sovrappeso ed obesi.

Il Rapporto definisce infine in che modo la spesa potrebbe essere più efficace: aumentando il numero di interventi in day-hospital, prescrivendo gli antibiotici solo quando strettamente necessario e incentivando il consumo di farmaci generici (Anon., 2017, Quotidiano sanità). Il nostro Paese presenta dei risultati non soddisfacenti con riferimento alla percentuale di farmaci generici presenti sul mercato, nonostante le varie politiche attuate per aumentare l'entrata di tali farmaci nel mercato. Bisognerebbe quindi intervenire mediante incentivi alla loro prescrizione da parte di medici e farmacisti nonché incoraggiare i pazienti a sceglierli, ossia convincerli della loro equivalenza con il farmaco di marca (OECD, 2017).

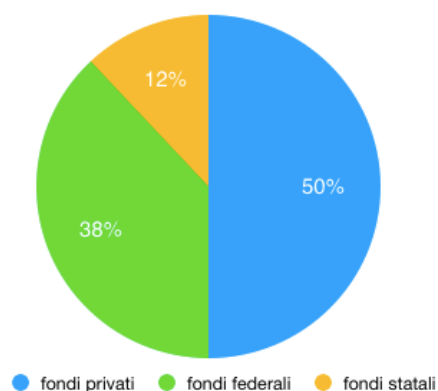
L'*Euro Health Consumer Index* è un indice che si basa sui tempi di attesa, i risultati e l'affidabilità delle cure per valutare il livello della qualità dell'assistenza sanitaria in Europa. Nel 2014 tale indice posizionò il nostro Paese al 22° posto, dopo l'11° posto della Francia e il 9° della Germania. Tuttavia questo indicatore è stato spesso criticato perché basato su valutazioni arbitrarie, quali "buono", "medio", "non molto buono", e non su dati oggettivi.

Un'altra analisi che porta nuovamente a considerare molto buono il SSN italiano è quella condotta dall'Aiop insieme alla Luiss Business School: "*L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto*". Si tratta di una ricerca che prende in considerazione sette paesi occidentali, classificati dalla Banca Mondiale come "high income": Germania, Francia, Italia, Regno Unito, Svezia, Canada e Stati Uniti. Questi Paesi sono stati innanzitutto suddivisi tra sistemi "Bismarck" e sistemi "Beveridge" e dopo di che sono state analizzate le caratteristiche proprie di ogni sistema sanitario, distinguendo gli attori principali, le modalità di finanziamento e le modalità di erogazione dei servizi. Successivamente per ognuno di essi sono stati calcolati una serie di indicatori e presentati i trend futuri, che hanno permesso alla fine di mettere a confronto i sette paesi.

Le principali differenze tra i Paesi oggetto della ricerca stanno nelle modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi (Aiop, 2016). Per analizzare tali diversità possiamo iniziare dagli Stati Uniti, che hanno un sistema sanitario che non rientra in nessuno dei due sistemi principali, ma può essere definito "ibrido" (Aiop, p. 115), i cui poteri sono contesi tra i governi federali e quello statale e le modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi sono caratterizzate da un mix tra pubblico e privato. Il finanziamento si basa prevalentemente su un'assicurazione volontaria ed è composto: per il 50% da fondi privati, per il 38% da fondi federali e per il 12% da fondi statali, come mostrato in Figura 2. L'erogazione dei servizi, invece, avviene

prevalentemente mediante strutture private, nonostante oltre la metà della spesa sanitaria sia sostenuta da fondi pubblici (Aiop, 2016).

Figura 2 - Finanziamento sistema sanitario USA



Fonte: Aiop 2016, nostra elaborazione

Passando ai paesi che rientrano tra i modelli “Bismarck<sup>2</sup>” e “Beveridge<sup>3</sup>”, la **Germania** (modello Bismark) è caratterizzata da un’organizzazione federale, in cui la salute dei cittadini è responsabilità del governo federale, dei Lander e degli enti corporativi (organi rappresentativi di professionisti, industrie ed assicurazioni). Il finanziamento avviene mediante:

- un’assicurazione obbligatoria, che attualmente copre l’86% della popolazione;
- un’assicurazione privata, che copre l’11% dei residenti; tale copertura può essere considerata sia un’assicurazione complementare, poiché va a coprire alcuni ticket, che integrativa, in quanto copre servizi altrimenti non erogati gratuitamente dall’assicurazione obbligatoria;
- programmi speciali minori rivolti a particolari soggetti, ad esempio per le forze dell’ordine, i militari, ecc.

La Germania ha la rete di ospedali più costosa e consistente di tutta l’Europa Occidentale, con un elevato numero di posti letto, un altissimo tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri ogni 1.000 abitanti) e di degenza media. Questa varietà di offerta porta i cittadini a scegliere liberamente a chi rivolgersi, che può essere un medico, uno specialista o direttamente un ospedale. Tale assetto è però in procinto di cambiare a seguito di una riforma che prevede un

---

<sup>2</sup> I sistemi Bismarck o mutualistici sono prevalentemente finanziati da assicurazioni sociali obbligatorie e da contributi sociali, in buona parte versati dai lavoratori. L’erogazione solitamente è mista, formata sia da strutture pubbliche sia da strutture private. Appartengono a tale categoria Germania e Francia.

<sup>3</sup> I sistemi Beveridge sono finanziati in maggior misura da risorse provenienti dalla fiscalità generale e, in una misura ridotta, da compartecipazioni da parte dei cittadini. Gli erogatori, poi, sono prevalentemente pubblici. In questa categoria rientrano Italia, Regno Unito, Svezia e Canada.

rafforzamento dei servizi territoriali, con la conseguente riduzione della pressione sugli ospedali (Aiop, 2016).

La Francia si caratterizza per un sistema cosiddetto “misto”, in quanto basato strutturalmente sull’approccio Bismarck, ma con obiettivi caratteristici del modello Beveridge come l’universalità delle cure. I caratteri dei sistemi Beveridge sono riflessi dalla presenza di una singola assicurazione pubblica che copre quasi la totalità della popolazione. I cittadini (attualmente l’85% della popolazione) possono, però, sottoscrivere anche un’assicurazione sanitaria volontaria, che è usata solo per ottenere il rimborso di beni o servizi sanitari non coperti dall’assicurazione pubblica, come le cure odontoiatriche o oculistiche.

L’erogazione dei servizi sanitari in Francia è caratterizzata da un mix di pubblico e privato. Il 62% degli ospedali, infatti, è gestito pubblicamente e il restante 38% da privati (Aiop, 2016).

L’Italia ha un sistema sanitario universalistico e solidaristico, avente lo scopo di garantire a tutti i cittadini un equo accesso ai servizi sanitari, indipendentemente dal loro reddito o dal luogo di residenza. Il sistema si articola su tre livelli:

- a livello nazionale, dove lo Stato ha il compito di delineare i principi e gli obiettivi fondamentali del sistema, nonché di stabilire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che devono essere garantiti sul territorio;
- a livello regionale, essendo ogni Regione chiamata ad organizzare e ad erogare i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ogni Regione adempie a tali compiti sulla base di accordi con lo Stato, anche se, nel corso del tempo, le Regioni italiane hanno compiuto scelte differenti su come impiegare la loro crescente autonomia;
- a livello locale (province, comuni).

Il finanziamento avviene per il 78% mediante imposte nazionali e regionali e, la restante parte, attraverso co-finanziamenti per farmaci e cure ambulatoriali. Gli erogatori sono prevalentemente pubblici, affiancati tuttavia da ospedali privati e da ospedali privati accreditati dal SSN. Sia con riferimento alle modalità di sovvenzione sia a quelle di erogazione, l’Italia si contraddistingue per le sostanziali differenze esistenti tra le regioni: si va da una spesa pro capite del 10,2%, inferiore alla media nazionale, ad una spesa del 17,7% (Aiop, 2016).

Il Regno Unito si basa su un modello universalistico, tipico dei sistemi Beveridge, in cui il settore pubblico è chiamato ad agire “dietro le quinte” occupandosi della programmazione e del finanziamento, mentre le strutture autonome agiscono “sul campo” dedicandosi alla gestione e all’erogazione dei servizi. Il finanziamento avviene mediante la fiscalità generale, ma esistono

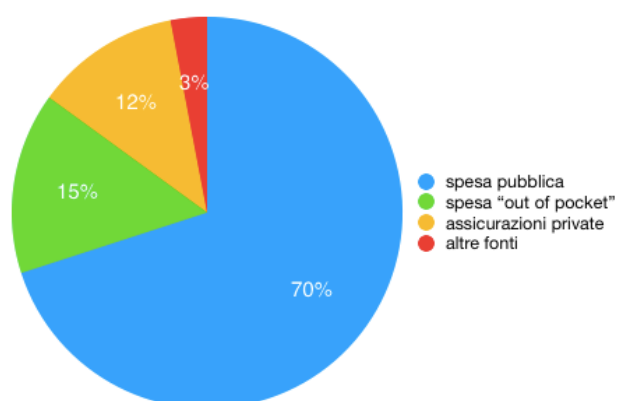
anche assicurazioni sanitarie integrative che hanno lo scopo di coprire la maggior parte delle cure ospedaliere private. Il Paese è stato poi soggetto di una progressiva evoluzione che ha permesso l'ingresso di soggetti privati sia nell'erogazione dei servizi sanitari e sia nel governo degli ospedali (Aiop, 2016).

La Svezia ha un sistema sanitario incentrato sulla copertura universale della popolazione ed è finanziato mediante le imposte derivanti dai consigli di contea, dai comuni e dal governo centrale. Sono presenti però anche delle assicurazioni private che garantiscono ai cittadini che le sottoscrivono un accesso più rapido alle cure ambulatoriali e ad evitare le liste di attesa. Per quanto riguarda l'erogazione, i cittadini possono registrarsi presso una "primary care practice", ossia presso un qualsiasi erogatore, pubblico o privato, ma essi non sono tenuti a rivolgersi esclusivamente ad esso ma possono contattare anche altri specialisti, indipendentemente quindi dalla registrazione (Aiop, 2016).

Il Canada ha un sistema decentralizzato, formato da 14 sistemi universalistici gestiti da dieci province, tre territori del nord e dal governo federale. Il 70% della spesa sanitaria è finanziata mediante entrate fiscali, provenienti dai governi federali, provinciali e territoriali. Del restante 30%: il 15% è out of pocket, il 12% è sovvenzionato attraverso assicurazioni sanitarie private che coprono tutto ciò che è escluso dall'assicurazione nazionale, e il 3% è finanziato mediante contributi sociali, donazioni per la ricerca ed altre fonti, come in [Figura 3](#). Per quanto riguarda l'erogazione, la prevalenza degli ospedali sono pubblici e, i cittadini che hanno bisogno solitamente contattano un servizio di assistenza sanitaria di base che può essere un medico di famiglia, un infermiere, un fisioterapista oppure un farmacista (Aiop, 2016).

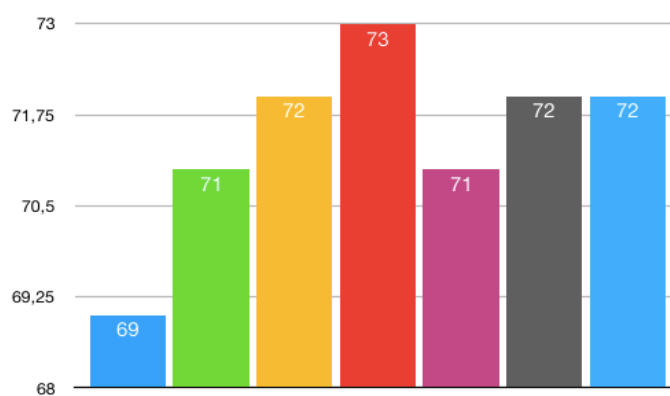
Nel Rapporto Aiop vengono presentati numerosi indicatori. Ci limiteremo qui a richiamare i dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita ([Figura 4](#)) e alla spesa sanitaria totale come percentuale del Pil ([Figura 5](#)). Utilizzando questi indicatori, l'Aiop evidenzia i due "estremi" nel gruppo dei sette Paesi considerati, cioè Italia e Stati Uniti. Come si evince dalla [Figura 4](#) e dalla [Figura 5](#), l'Italia è il paese "che associa la più bassa spesa pro-capite alla più elevata aspettativa di vita in salute garantendo... il più elevato livello di efficienza del gruppo, nonché tra i primissimi a livello mondiale" (Aiop, p. 170). All'estremo opposto, invece, gli Stati Uniti "... pur spendendo una quota pro capite di gran lunga più alta degli altri... hanno una aspettativa di vita e di vita in salute sensibilmente più bassa" (Aiop, p. 171).

Figura 3 - Finanziamento sistema sanitario Canada



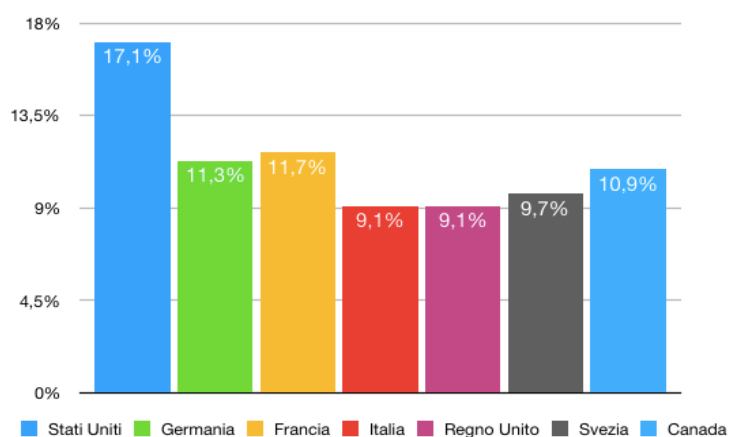
Fonte: Aiop 2016, nostra elaborazione

Figura 4 – Aspettativa di vita alla nascita



Fonte: Aiop 2016, nostra elaborazione

Figura 5 - Spesa sanitaria totale come percentuale del Pil



Fonte: Aiop 2016, nostra elaborazione

## 1.2. Le differenze all'interno del territorio nazionale

La sanità e in generale l'assistenza sanitaria variano non solo tra i Paesi, ma anche all'interno del territorio nazionale. L'Italia, in particolare, presenta una notevole diversità regionale quanto ai servizi sanitari offerti.

A tal proposito si rivela utile il “*Rapporto Annuale 2015*” dell'Istat, in particolare il capitolo “Eterogeneità territoriali del SSN: equità allocativa e livelli di soddisfazione”, che fornisce una fotografia della Sanità italiana e del forte divario territoriale. Il Rapporto imputa queste differenze soprattutto ai “Piani di rientro” (v. par. 1.3) cui sono sottoposte numerose Regioni. L'indagine dell'Istat non è però l'unica a far emergere tali disomogeneità: anche il rapporto dell'Ocse, esposto nel precedente paragrafo, ne ha tenuto conto, reputando i grossi vincoli di bilancio cui è esposta l'Italia la causa principale.

L'analisi dell'Istat evidenzia come molte Regioni non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza, mettendo a dura prova il principio dell'universalità e dell'equità nell'accesso alle cure tipico di un sistema che, come il nostro, si basa essenzialmente sul modello Beveridge. Oltretutto non vi è un'allocazione efficiente delle risorse economiche, ovvero il finanziamento non è sufficiente a coprire il bisogno di assistenza (Della Porta, 2015). Le regioni meridionali, infatti, sono finanziate in misura inferiore rispetto al reale fabbisogno: la quota pro capite non raggiunge i 1.900€, con il valore minimo registrato in Campania, pari a 1.755€. In Valle d'Aosta e nelle Province di Trento e Bolzano si registrano, al contrario, i valori massimi, pari a 2.300€. Tuttavia una corretta valutazione del Sistema sanitario nazionale (SSN) necessita anche di una valutazione dei servizi sanitari sulla base della qualità percepita dai cittadini e dalla loro accessibilità. L'Istat ha effettuato questa analisi considerando:

- il livello di soddisfazione complessivo per il SSN;
- il livello di soddisfazione specifico per le prestazioni erogate nell'ambito di strutture pubbliche o accreditate;
- la rinuncia a prestazioni erogabili dal SSN per motivi economici o connessi all'offerta (liste d'attesa troppo lunghe, scomodità per raggiungere la struttura oppure orari scomodi per la fruizione della prestazione).

Riguardo al primo aspetto, la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) ha valutato positivamente il SSN, ma con significative differenze territoriali. Al Nord è aumentata la quota dei cittadini che ritiene molto soddisfacente il servizio sanitario pubblico (30%); al Sud, invece, tale quota non raggiunge il 10%. Nel Lazio, una delle regioni con un piano di rientro

particolarmente oneroso, si registra la più ampia quota di persone insoddisfatte. Il Rapporto considera poi la soddisfazione della popolazione facente parte delle varie Asl esistenti sul territorio, dalla cui analisi è possibile valutare in modo più dettagliato l'eterogeneità territoriale (vedi [Figura 6](#)). In alcune Asl, come quelle di Bolzano e Trento, la maggioranza della popolazione adulta è molto soddisfatta, mentre in Campania e in Calabria si riscontrano le percentuali di soddisfazione più basse. Esistono però anche Regioni che esibiscono un'ampia varietà interna, come il caso del Piemonte, in cui la popolazione soddisfatta varia dal 14,7% al 43,6%, e della Toscana, dove esiste una variazione che va dall'8,7% al 32,3%.

Un miglioramento dei livelli di soddisfazione e una riduzione delle differenze territoriali si riscontra quando ci si concentra sulle prestazioni sanitarie erogate (vedi [Figura 7](#)). Infatti, le Regioni che in precedenza si collocavano nella parte più bassa della graduatoria in termini di soddisfazione complessiva (Campania, Calabria e Molise), presentano ora un punteggio più elevato con riferimento alla soddisfazione per le singole prestazioni ottenute, che siano una visita o un accertamento specialistico.

Il terzo punto considerato nell'analisi condotta dall'Istat, riguardo la percentuale di soggetti che hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie, mostra che in generale il 9,5% della popolazione italiana non ha potuto usufruire delle prestazioni per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta. Scendendo nel dettaglio, nel Mezzogiorno è presente la quota più alta di rinunce (13,2%) mentre nel Nord-est la quota più bassa (6,2%). Importante, però, non è solo l'eterogeneità tra le Regioni, ma anche l'eterogeneità intra-regionale: l'Emilia Romagna presenta il valore più alto (dal 2,9% al 13,7%), mentre in Veneto la rinuncia alle prestazioni sanitarie oscilla dal 4 all'11,5% (vedi [Figura 8](#)).

Figura 6 - Grado di soddisfazione del servizio sanitario pubblico da parte delle persone adulte.

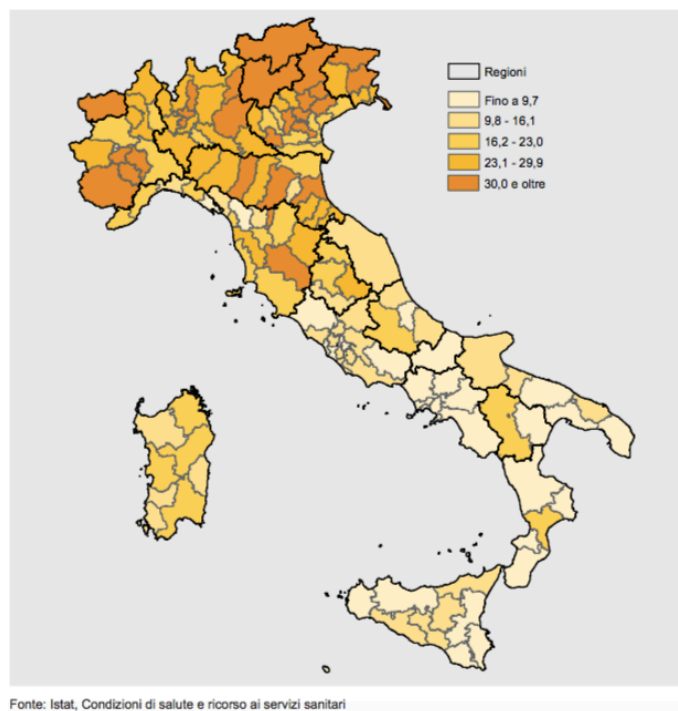


Figura 7 - Grado di soddisfazione dell'ultima visita o accertamento.

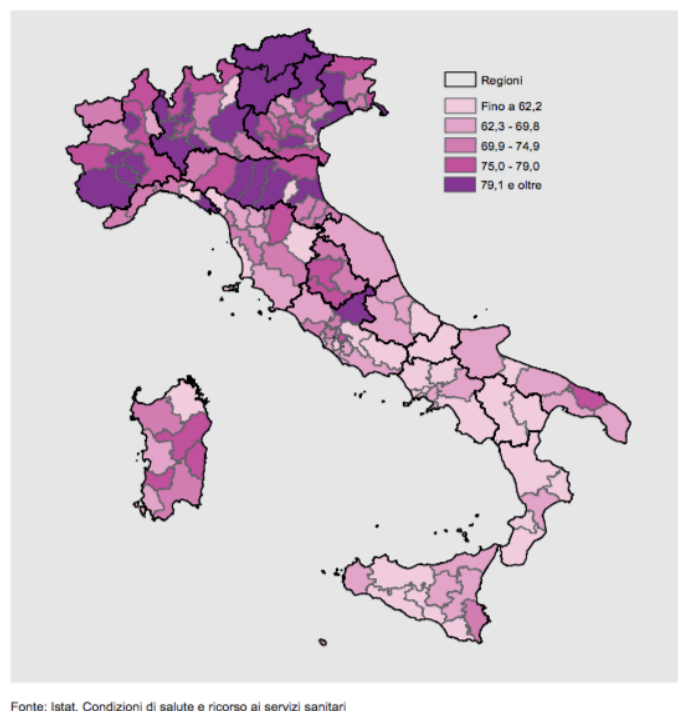
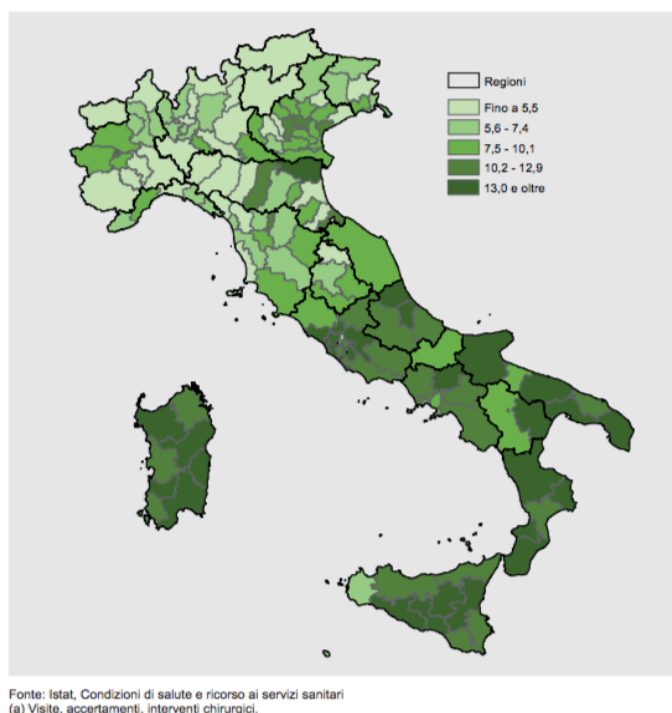




Figura 8 - Persone che hanno dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie nell'ultimo anno.



Spesso nel nostro Paese, per porre rimedio a tali problemi e squilibri territoriali, si ricorre all'aumento della spesa a carico delle famiglie (out of pocket), ad esempio mediante l'introduzione e/o l'aumento di ticket e compartecipazioni alla spesa. Con tali misure, però, si corre il rischio di aumentare la percentuale di persone che rinunciano a curarsi, con conseguente sotto-consumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione (ISTAT, 2015).

Anche Toth (2016), conferma e documenta l'esistenza di un sistema sanitario molto disomogeneo. L'autore riporta le parole del Ministro Lorenzin, che ammette "il divario tra le regioni del nord e quelle del sud per quanto riguarda la sanità è ancora molto forte". Le differenze si riscontrano anche con riguardo all'assetto organizzativo, essendo le Regioni chiamate a decidere:

- se avere tante Asl piccole o poche Asl grandi sul proprio territorio. Ad esempio il Veneto è la Regione con più Asl di piccole dimensioni, mentre le Marche sono la Regione che ne ha meno, in quanto presenta una sola Asl che si occupa di oltre 1.500.000 abitanti,
- se affidare la gestione degli ospedali alle Asl (modello integrato) o se rendere gli ospedali autonomi (modello separato). Appartiene al secondo modello solo la Lombardia, mentre tutte le altre regioni adottano il primo modello o un modello misto, come nel caso del Piemonte,

- quali servizi erogare nelle strutture ospedaliere pubbliche e quali invece affidare a strutture private: il Lazio, la Puglia e la Lombardia sono le regioni che esternalizzano più del 40% della spesa sanitaria regionale, mentre la Valle d’Aosta, il Trentino, la Provincia di Bolzano, l’Umbria e la Toscana sono quelle che affidano all’erogazione privata meno di un quarto della spesa sanitaria pubblica.

Come è noto, a seguito della riforma del 1992-93, le Regioni hanno ottenuto una maggiore autonomia nell’organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio e nel definire il metodo di finanziamento della spesa sanitaria, ma ciò ha portato nel tempo ad una divaricazione delle performance sia sanitarie che finanziarie. Sono infatti poche le Regioni che sono state in grado di tenere in ordine i conti: Friuli, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Umbria. Di un disavanzo complessivo, accumulato dal 2001, di quasi 38 miliardi, solo del 13% sono responsabili le regioni del Centro-Nord, mentre il restante 87% è stato causato dalle Regioni Centro-meridionali, in particolare da Campania e Lazio. Per quanto riguarda, poi, la qualità dei servizi sanitari, le ricerche disponibili concordano sul fatto che i servizi sanitari più scadenti sono nel Mezzogiorno.

Dall’estate del 2011 si è cercato di porre rimedio agli squilibri finanziari mediante l’introduzione del cosiddetto “superticket”. In questo modo, per ogni ricetta contenente prestazioni diagnostiche e specialistiche il cui importo è superiore ai 10€ è previsto il pagamento di 10€ in più rispetto al normale ticket che ammonta ad un massimo di 36,15€ per ogni ricetta medica. Ovviamente sia per il ticket sia per il superticket le Regioni sono libere di applicare un importo inferiore nel primo caso, oppure di non applicarlo o di modularlo in base al reddito o all’importo della ricetta nel secondo caso.

Questa pseudo-soluzione ha però avuto due effetti collaterali. Innanzitutto, ha contribuito ad incrementare ulteriormente la disomogeneità della spesa sanitaria tra le regioni. Si pensi ad esempio al costo per l’esame delle urine, il quale nella provincia di Trento costa 1,85€ contro i 4,60€ in Piemonte, ossia quasi il triplo. Dopo di che c’è stato un appesantimento dei bilanci delle famiglie, il che ha portato molti cittadini a ricorrere al settore privato o, peggio ancora, a rinunciare alle cure (Anon, 2014, Altroconsumo).

Il dott. Walther Domeniconi<sup>4</sup> ritiene che le “inefficienze che esistono in sanità derivano principalmente dalla troppa burocrazia esistente nel Paese. Il problema principale” afferma “è il contesto sociale in cui si colloca la medicina del Sud. È infatti il contesto sociale che è

---

<sup>4</sup> Per la redazione di questo elaborato, il dott. Walther Domeniconi si è reso disponibile per un’intervista sulla “mobilità sanitaria”. Il dott. Domeniconi, che attualmente dirige la Casa di Cura “Villa Laura” di Bologna, è stato direttore sanitario di molti ospedali in Emilia Romagna e direttore di varie ASL nelle province di Lucca, Cesena, Rimini, Pistoia, Napoli e Bari.

disgregato, poiché non ci sono valori di comunità, di mutuo soccorso, i professionisti contano troppo poco e i valori non vengono rispettati”. All’inizio della sua carriera, all’età di 28 anni, il dott. Domeniconi era convinto che l’organizzazione delle strutture ospedaliere era tutto. Ma successivamente si è ricreduto, in quanto “negli ospedali tutto ciò che è standardizzabile è stato standardizzato cinquant’anni fa” per cui “ciò che fa la differenza del sistema sanitario è la testa, l’intelligenza, il cuore e la dedizione del medico, nonché garantire stabilità e armonia tra il personale medico, per far sì che ognuno sia solidale nei confronti degli altri”. Egli ribadisce quindi che le differenze territoriali esistenti derivano dal “sentimento sociale medio che è venuto meno”.

### **1.3. I piani di rientro**

L’indagine sviluppata da Calzolaio (2014) sui Piani di rientro evidenzia come parte dell’inefficienza gestionale ed organizzativa della sanità di alcune Regioni sia dovuta al federalismo sanitario. La causa della scarsa efficienza rilevata in alcune Regioni può essere attribuita anche al metodo di finanziamento utilizzato: il criterio della “spesa storica”. Questo principio prevede che se una Regione spende 100 euro invece di 60 perché “spreca”, ottiene dallo Stato 100, mentre una Regione che invece spende giustamente 60 ottiene in cambio dallo Stato solo 60. In questo modo però le Regioni che usano in modo sbagliato le risorse a loro disposizione vengono incentivate a continuare a farlo e, di conseguenza, continueranno a produrre disavanzi.

Ma allora la domanda che sorge spontanea è: “Perché continuare ad usare questo metodo di finanziamento se contribuisce ad aumentare gli sprechi delle Regioni già di loro inefficienti?”.

La dinamica che porta ad adottare tale modello, elaborata da Arthur negli anni 80 (si veda Calzolaio 2014, p.9) è descritta come *path dependence*. Ciò porta a preferire un metodo che è stato usato per molto tempo, anziché innovare adottando metodi alternativi. Questa inerzia, che costringe le Regioni a rinchiudersi all’interno dell’inefficienza, è dovuta anche ai *switching cost*, ossia ai costi, sia monetari sia di tempo, che bisognerebbe sopportare per adottare ed adattarsi ad un nuovo sistema.

La “pigritia” nei confronti della modernizzazione ha portato all’introduzione dei Piani di rientro (PDR) chiamati, da un lato, al monitoraggio della spesa e, dall’altro, a far sì che la copertura dei disavanzi avvenga autonomamente da parte delle Regioni, mediante tagli alla spesa o incrementi dell’imposizione fiscale. Tuttavia i PDR non vengono adottati immediatamente nel

primo anno in cui una Regione produce disavanzi. In questo caso, infatti, si applicano dapprima i c.d. “automatismi”, ossia delle restrizioni che consistono in:

- a) un innalzamento delle aliquote IRAP e dell’addizionale IPREF fino al massimo previsto (automatismi fiscali);
- b) un blocco del turn-over del personale sanitario fino al 31 dicembre del secondo anno successivo;
- c) il divieto di effettuare spese non obbligatorie nel periodo soggetto a tali restrizioni.

Intervengono i PDR solo nel momento in cui il disavanzo diventa “strutturale”, cioè quando:

- supera il 5% del finanziamento ordinario e delle entrate sanitarie proprie della Regione;
- non supera il 5%, ma la Regione non è in grado di coprirlo né con gli automatismi fiscali né con le risorse del proprio bilancio.

La Regione in questione sarà poi tenuta a presentare entro il 10 giugno un PDR triennale, che diventerà efficace ed esecutivo solo dopo l’approvazione del Consiglio dei Ministri che ne accerta l’adeguatezza.

Possono presentarsi però due casi eccezionali, ossia il “primo” e il “secondo commissariamento”.

Il “primo commissariamento” si realizza quando, a seguito dell’accertamento di un disavanzo strutturale, la Regione non presenta il PDR oppure se quello presentato non è ritenuto adeguato dal Consiglio dei Ministri. Ancora, ciò può avvenire quando dall’esito delle verifiche trimestrali risulti che la Regione non ha adempiuto al PDR. In tal caso il Governo nomina il Presidente della Regione commissario *ad acta*<sup>5</sup> per la presentazione del PDR entro i successivi 30 giorni e per la sua attuazione. È previsto inoltre un incremento degli automatismi, prevedendo:

- a) la sospensione dei trasferimenti erariali non obbligatori;
- b) la decadenza automatica dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR della Regione di riferimento;
- c) l’ulteriore aumento dell’addizionale IRPEF (0,30 punti) e dell’aliquota IRAP (0,15 punti).

Il “secondo commissariamento” avviene quando nemmeno il Presidente-Commissariato *ad acta* adempie al compito che gli è stato assegnato. Di conseguenza, interviene direttamente il

---

<sup>5</sup> **Ad acta**: significa letteralmente “per gli atti” e si presenta quando un funzionario pubblico viene designato a portare a compimento atti amministrativi e burocratici spettanti ad altri funzionari.

Consiglio dei Ministri, che procede alla predisposizione e alla successiva implementazione del PDR.

Merita una considerazione a parte il fatto che nel nostro Paese esistono molte Aziende ospedaliere universitarie, che consentono agli studenti e, in generale, a tutto il futuro personale sanitario di specializzarsi. Ovviamente non è opportuno privare tali strutture del personale già esperto esistente, chiamato non solo a curare le persone bisognose di cure ma anche a svolgere attività di formazione e ricerca. Per tale motivo, questi ospedali non possono e non devono essere intaccati dalle misure restrittive dovute ad una gestione scorretta da parte della Regione, anche perché si priverebbero le Università della loro autonomia.

Tornando più nello specifico, si può notare dalla Figura 9 come la maggior parte delle Regioni in disavanzo sono situate nel Mezzogiorno. Non esistono tuttavia solo differenze tra Nord e Sud, ma anche all'interno delle regioni meridionali: da una parte vi è l'area adriatica meridionale (Abruzzo, Molise e Puglia), che presenta disavanzi gravi ma non disastrosi; dall'altra vi è l'area tirrenica meridionale (Lazio, Campania, Calabria e Sicilia), che negli ultimi dieci anni ha prodotto la maggioranza assoluta dei disavanzi sanitari italiani.

Ciò detto, è possibile affermare che i Piani di rientro siano stati uno strumento efficace per evitare la produzione di disavanzi? In parte sì e in parte no.

Per spiegare questo giudizio è necessario innanzitutto considerare che in Italia vi è un effetto inversamente proporzionale tra il livello di finanziamento e la qualità dei servizi sanitari offerti. Tale affermazione ci porta quindi a pensare che i PDR siano una strategia *win-win*, nel senso che nel condurre le Regioni che li adottano ad una diminuzione della spesa pubblica si potrebbe giungere all'erogazione di servizi più efficaci ed efficienti.

Figura 9 - Regioni con Piani di rientro.



Fonte: Ministero della Salute, Piani di rientro.

Tuttavia è necessario considerare, anche, il fenomeno del *soft budget constraint* (SBC) che si manifesta, come definito da Ancora G. Coco (si veda Calzolaio 2014, p.52), “quando un soggetto non può essere vincolato credibilmente ex ante e [perciò] sa che un eventuale deficit verrà ripianato ex post, senza particolari conseguenze, da un altro soggetto”. Ciò ha fatto sì che le Regioni in disavanzo si facessero “cullare” dal fatto che successivamente i loro sbagli sarebbero stati corretti dallo Stato.

Pur con questi limiti, i PDR sono comunque riusciti ad alleviare il fenomeno SBC, facendo in modo che i problemi di disavanzo venissero scaricati sulla collettività regionale e soprattutto sull'autonomia della Regione, limitandola. Per contro, i PDR non appaiono in grado di garantire la sostenibilità di lungo termine dei sistemi sanitari delle Regioni ad esse assoggettate, perciò se i SSR non cambiano in profondità è molto probabile che, a seguito dei PDR, tali Regioni ricomincino a produrre disavanzi fino ad un nuovo intervento di risanamento dello Stato.

## Capitolo 2

### La mobilità sanitaria

Nel presente capitolo verranno illustrati i vari tipi di “mobilità sanitaria”. Successivamente verranno esposti i risultati della ricerca “Migrare per Curarsi”, grazie alla quale sarà spiegato più nel dettaglio tale fenomeno, la sua diffusione sul territorio e le sue conseguenze.

#### 2.1. Tipi di mobilità

Roberta Co, nel primo capitolo del libro “Curarsi lontano da casa”, preferisce distinguere la “mobilità sanitaria” dal c.d. “turismo sanitario”. Una definizione di *health tourism* viene fornita da Carrera e Bridges (2006) (si veda Co 2015, p.19): “*the organized travel outside one’s local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual’s wellbeing in mind and body*”<sup>6</sup>. Con mobilità sanitaria, invece, Roberta Co intende il flusso di persone che si spostano per motivi di salute in ambito nazionale.

Due possono essere le principali definizioni di “mobilità sanitaria”. La prima definizione procede scorporando “mobilità” (ossia la capacità di muoversi nello spazio), e “sanitaria” (la motivazione dello spostamento). La seconda definizione, proposta da Orzella (2014), descrive la mobilità sanitaria come “il diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza”.

È importante distinguere, poi, la mobilità attiva da quella passiva. La “mobilità attiva” (o attrazione) caratterizza la regione che eroga la prestazione sanitaria ad una persona che non è residente in essa. La “mobilità passiva” (o fuga), al contrario, riguarda la regione di residenza di una persona che viene curata in un’altra regione. La differenza “attiva” e “passiva” connota la capacità di una determinata regione di attrarre pazienti, ed è considerata quindi un indicatore della qualità del servizio sanitario offerto (Zocchetti, 2012), o meglio dell’efficacia e dell’efficienza nell’erogazione dei servizi sanitari da parte del Servizio Sanitario Regionale (Orzella, 2014).

---

<sup>6</sup> “Il viaggio organizzato al di fuori del proprio ambiente locale per il mantenimento, il miglioramento o il ripristino del benessere di un individuo nella mente e nel corpo”

La mobilità sanitaria può, ulteriormente, distinguersi in:

- Mobilità interregionale, che si ha quando un paziente si sposta in una regione diversa da quella in cui risiede per ottenere delle cure. Tre sono i casi che possono essere ricondotti all'interno di questo tipo di mobilità:
  - una persona che percorre una lunga distanza perché ha necessità di ottenere delle cure importanti oppure perché si attende un esito e/o una qualità migliore delle cure;
  - una persona che percorre una lunga distanza per motivi lavorativi o vacanzieri e, in quel frangente di tempo necessita di cure, le quali sono appunto occasionali e non il motivo principale dello spostamento (mobilità di casualità);
  - una persona che non percorre una lunga distanza, ma si sposta in una regione limitrofa allo scopo di ottenere dei trattamenti sanitari; ciò avviene quando la persona abita al confine tra due regioni e per motivi logistici, è più comoda nel raggiungere l'ospedale della regione confinante piuttosto che quello della regione in cui risiede.

Un fattore che evidentemente incide sulla mobilità interregionale è la mancanza di uniformità nei LEA<sup>7</sup>; infatti, oltre alla qualità, tra le Regioni c'è anche una grande eterogeneità in termini di prestazioni erogate sul territorio, di regole di compartecipazione o esenzione e di attività domiciliari.

- Mobilità intraregionale, con la quale si intendono gli spostamenti dei pazienti all'interno della Regione di residenza. Questa categoria di mobilità varia evidentemente a seconda della dimensione territoriale della Regione e solitamente ciò che spinge a muoversi all'interno della stessa non riguarda la qualità o l'esito delle cure, quanto piuttosto l'accessibilità e la disponibilità di determinati servizi.
- Mobilità internazionale è un fenomeno piuttosto limitato, almeno per quanto riguarda il nostro Paese, e riguarda i pazienti che ricorrono a dei trattamenti sanitari all'estero. In tale categoria possono rientrare sia coloro che viaggiano per motivi di lavoro, di studio o di vacanza e si trovano nel bisogno di ricevere delle cure nel tempo che passano lontani

---

<sup>7</sup> “Livelli essenziali di assistenza”: sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).



dal proprio Paese, sia coloro che si spostano proprio con lo scopo di ottenere delle prestazioni sanitarie.

## **2.2. La ricerca “Migrare per Curarsi”**

Dal 2005 il Censis monitora il fenomeno della mobilità sanitaria e grazie ai risultati ottenuti nei vari anni, a cui vanno aggiungersi gli ultimi dati sui flussi migratori resi disponibili dal Ministero della Salute per il 2015, è stata sviluppata la ricerca “Migrare per Curarsi”, che ha il principale scopo di spiegare quali sono i motivi e le problematiche che le persone che si spostano devono sopportare.

La Ricerca suggerisce preliminarmente una tassonomia riguardo la “volontarietà” o meno della scelta di migrare. Tale scelta può essere dovuta:

- alla decisione del cittadino: circa il 90% di coloro che si spostano sceglie di recarsi di propria volontà presso un ospedale fuori dalla propria regione di residenza, mentre il restante 10% necessita di un ricovero a seguito di una malattia o di un incidente contratta o subito durante una temporanea presenza in un'altra regione (Censis, 2017);
- alla scelta sostanziale: il cittadino sceglie di migrare per cercare prestazioni sanitarie di maggiore qualità per la propria patologia e, nella maggioranza dei casi, tali pazienti non hanno alcun legame con il territorio in cui è situato l'ospedale del ricovero (Censis, 2017);
- a conoscenze ed input che il paziente si è procurato riguardo l'ospedale del ricovero, i quali possono derivare da un consiglio del medico di famiglia (55% dei casi), da conoscenze di familiari e amici (18%), da parenti, amici o conoscenti che vivono nella zona in cui è localizzato l'ospedale (11%, che sale a circa il 20% per i pazienti provenienti dal sud). Tali dati evidenziano il ruolo di indirizzo che svolge il medico di famiglia (Censis, 2017).

All'interno della ricerca si fa inoltre riferimento a due tipi di migrazione: quella dalle regioni piccole a quelle grandi e quella di grande distanza.

Il primo tipo di migrazione avviene soprattutto nel caso in cui alcuni servizi non vengono offerti dalle piccole regioni. Di conseguenza tali regioni stipulano degli accordi con gli ospedali delle regioni vicine, “delegandoli” ad assistere pazienti che necessitano di cure somministrabili da soggetti che possono contare su un ampio bacino di utenza.

Nel caso dell'Italia, esistono sette Regioni di piccole dimensioni e due Province Autonome, i cui cittadini rappresentano meno del 10% della popolazione italiana, e da esse, ogni anno, “emigrano” 140.000 persone. Tra le realtà più attrattive vi sono l'Emilia Romagna, il Lazio, il Veneto, la Lombardia e la Toscana, come si può notare dalla Tabella 4.

Tabella 4 - La mobilità sanitaria dalle piccole alle grandi regioni

REGIONE DI RICOVERO	REGIONI DI RESIDENZA									Mobilità Attiva
	Valle d'Aosta	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli V.G.	Umbria	Marche	Abruzzo	Molise	Basilicata	
Piemonte	2.582	38	65	193	107	252	290	78	391	3.996
Lombardia	735	544	1.945	1.947	1.498	4.103	2.798	634	1.973	16.177
Veneto	61	1.429	6.061	8.044	366	1.418	739	206	361	18.685
Emilia Romagna	118	391	674	1.410	2.414	15.361	5.351	1.189	1.805	28.713
Toscana	124	105	172	393	7.485	1.775	1.477	399	1.116	13.046
Lazio	36	80	128	225	4.695	2.349	9.324	2.939	2.855	22.631
Campania	11	57	36	170	149	261	479	1.101	2.563	4.827
Puglia	8	38	44	128	65	292	714	1.319	7.874	10.482
Sicilia	11	21	53	90	32	46	86	15	61	415
<b>MOBILITÀ PASSIVA</b>	<b>3.686</b>	<b>2.703</b>	<b>9.178</b>	<b>12.600</b>	<b>16.811</b>	<b>25.857</b>	<b>21.258</b>	<b>7.880</b>	<b>18.999</b>	118.972

Fonte: Censis 2017

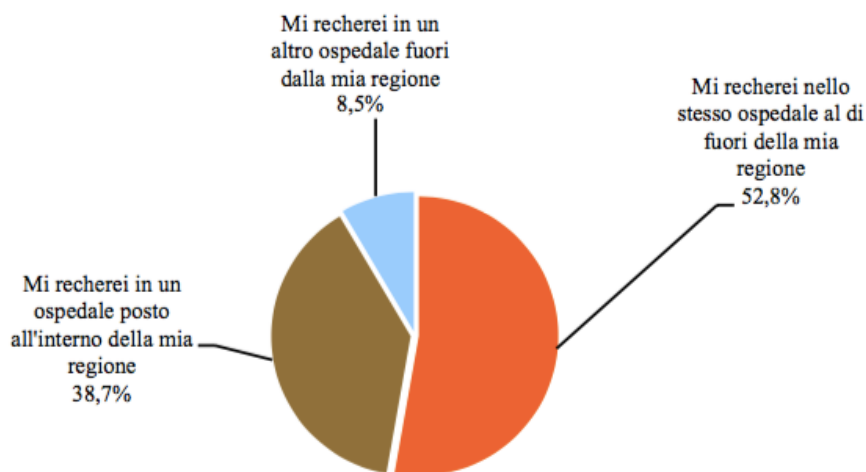
Riguardo, invece, gli “esodi di grande distanza”, non spiegati dai limiti strutturali nell’offerta locale, nel nord e nel centro Italia, “l’esodo extraregionale tende nella grande maggioranza dei casi ad indirizzarsi verso Ospedali delle Regioni confinanti” (Censis 2017, p.11); la differenza si ha appunto nelle regioni del Mezzogiorno dove la mobilità passiva a distanza supera quella di contiguità. Ovviamente sono proprio questi spostamenti che causano i più grandi problemi, non solo per i pazienti ma anche per i loro accompagnatori.

Dei ricoveri che sono stati considerati per lo sviluppo della ricerca, il 45% si protraggono per più di una settimana e il 20% per più di due. Oltre a ciò, è stato evidenziato che “nell’85% dei casi il paziente è seguito da un accompagnatore... il quale nel 35% dei casi si trattiene per tutto il tempo del ricovero” (Censis 2017, p.12).

Dall’esperienza migratoria emerge una “soddisfazione pressoché unanime circa la qualità delle prestazioni ottenute dagli intervistati fuori dalla loro regione” (Censis 2017, p.28). I dati dimostrano infatti che il 52% dei migranti tornerebbe nello stesso ospedale fuori dalla regione di residenza se ne avesse ancora bisogno, l’8,5% sceglierebbe un altro ospedale ma sempre fuori dalla regione di residenza, mentre il 38,7% preferirebbe un ricovero nella regione in cui

abita, come mostra la [Figura 10](#), il che sembra segnalare non tanto un'insoddisfazione per le prestazioni ricevute fuori regione, quanto il peso dei disagi che hanno dovuto subire e sopportare per un ricovero lontano da casa.

Figura 10 - Opinione degli intervistati circa la scelta dell'ospedale in caso di ricovero futuro

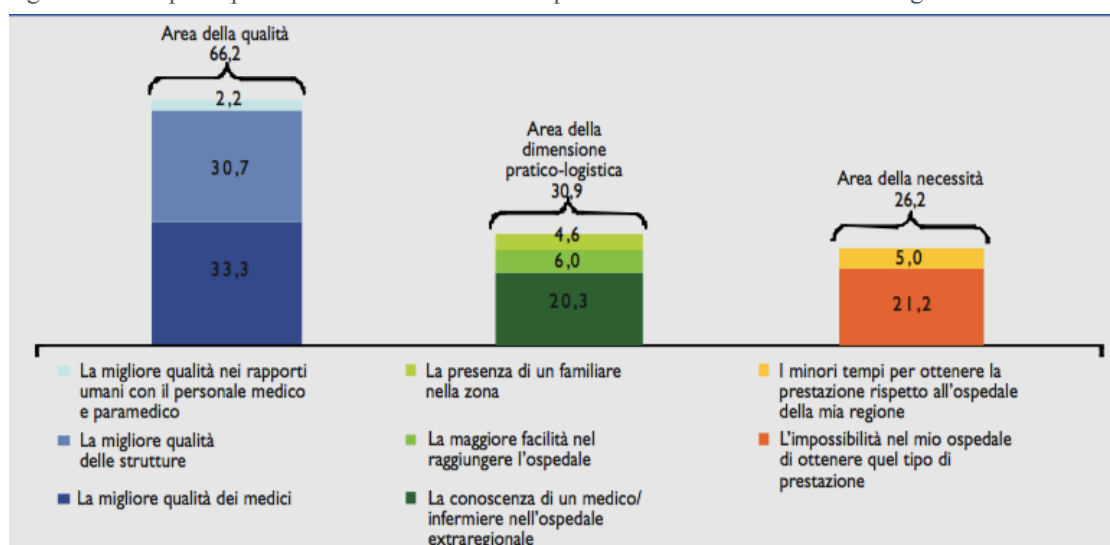


Fonte: Censis, 2017

### 2.3. I motivi delle migrazioni sanitarie

Le migrazioni sanitarie sono guidate da molteplici motivi. Il Censis ne individua, in particolare, tre: la ricerca della qualità, la dimensione pratico-logistica e l'area della necessità (vedi [Figura 11](#)).

Figura 11 – Le principali aree di motivazione all'ospedalizzazione al di fuori della regione di residenza



Fonte: Censis, 2017

Appartengono alla categoria della “ricerca della qualità” quegli spostamenti verso strutture, spesso private convenzionate, di Regioni appartenenti alla stessa area geografica, tali da evitare

viaggi molto lunghi. In questo caso, dunque, le persone vanno alla ricerca di una maggiore qualità della struttura ospedaliera e del personale medico.

Il 66% degli intervistati afferma di muoversi per questo motivo (Censis, 2017), in particolare:

- il 33% si sposta per la migliore qualità dei medici;
- il 30% per la migliore qualità dei servizi;
- e il 2% per la maggiore “umanità” delle strutture e dei medici, ossia per l’opportunità di avere un personale medico più disponibile e cortese.

Dalla ricerca emerge che la maggioranza dei pazienti che si spostano non lo fanno perché non hanno la possibilità di fruire della prestazione nel loro territorio, e questo lo si può dedurre dal fatto che tali persone non giudicano i servizi sanitari offerti dalla propria regione in modo negativo. Ciò che nutre la volontà di spostarsi in un’altra regione, dunque, sono i dubbi riguardo le capacità delle strutture presenti nella Regione di residenza nell’affrontare specifiche patologie.

Nella “dimensione pratico-logistica” rientrano le migrazioni verso i grandi poli ospedalieri effettuate da coloro che si spostano verso Regioni confinanti o verso Regioni di più grandi dimensioni per ottenere delle cure migliori. I pazienti, in questo caso, si spostano allo scopo di ridurre i disagi dovuti, ad esempio, alla lontananza dall’ospedale, alle rigidità burocratiche, alla mancanza di informazioni, ecc.

In tali circostanze ciò che spinge i pazienti a spostarsi in Regioni diverse sono (Censis, 2017):

- nel 20% dei casi la conoscenza di un medico o di un infermiere che lavora nell’ospedale di destinazione;
- nel 6% la maggiore facilità nel raggiungere la struttura;
- e nel 5% la presenza di un familiare nella zona.

All’interno di quel 6% si possono collocare anche le migrazioni che avvengono nelle regioni limitrofe, perché ad esempio per il paziente è più facile raggiungere l’ospedale della Regione confinante piuttosto che quello della Regione di residenza.

Fanno parte dell’”area delle necessità”, infine, le migrazioni verso i poli ospedalieri, più attrezzati e specializzati, tipicamente delle Regioni del nord Italia. I pazienti in questo caso si spostano per le difficoltà dovute, ad esempio, ai lunghi tempi di attesa (5%) o all’impossibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie nella Regione di residenza (21%).

Questa è l'area di migrazione meno diffusa, il che conferma quanto affermato in precedenza, ossia che solo un quarto della popolazione intervistata ha reputato globalmente inadeguate le prestazioni offerte dalla propria Regione.

Oltre ai motivi specifici che inducono allo spostamento, i problemi di salute che più di tutti fanno registrare maggiori migrazioni sono le patologie legate alla branca pediatrica e all'oncologia. Le Regioni che attraggono di più sono il Lazio per la pediatria, la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna per l'oncologia.

## **2.4. Gli effetti della mobilità sanitaria**

Fattore (Agenas, 2012) ritiene che il fenomeno della mobilità sanitaria può essere considerato positivo solo se si verificano due condizioni:

- la maggiore offerta nei confronti dei pazienti “migranti” non deve comportare una riduzione dell'offerta per i residenti. In particolare:
  - se per la popolazione residente si riscontrasse una riduzione dei livelli assistenziali appropriati si avrebbe un effetto negativo;
  - se, invece, si andrebbe incontro ad una diminuzione delle prestazioni tendenzialmente inappropriate o comunque di minor beneficio atteso, si avrebbe un effetto positivo.
- i pazienti devono prendere delle scelte razionali. Essi sono quindi liberi di scegliere dove curarsi a condizione che sappiano scegliere in modo razionale il luogo di cura, ossia decidendo tra le opzioni disponibili sulla base di una valutazione costi-benefici (Agenas, 2012).

Al contrario, Longo (Agenas, 2012) afferma che esistono diversi tipi di mobilità, ossia una mobilità “sana” e “fisiologica”, che porta ad una saturazione della capacità produttiva e garantisce un certo grado di competizione inter-aziendale e inter-regionale utile a tenere in tensione il sistema e a garantire libertà di scelta ai pazienti, ed una mobilità “cattiva” e “distorcente”, caratterizzata da consumi inappropriati e incontrollati, in cui esistono istituzioni paganti non autorizzate a controllare i propri produttori e non interessate a controllare i produttori dell'attrazione.

Ciò sarebbe imputabile all'incompleta regolazione del federalismo sanitario, che si è concentrato troppo nella regolazione delle autonomie e dei rapporti verticali Stato-Regioni, senza occuparsi anche delle interdipendenze tra le Regioni. Esiste infine una mobilità “tragica”,

che riguarda le debolezze dei servizi offerti da alcune Regioni, e che rischia di fossilizzarsi perché basata sul trasferimento delle risorse verso le Regioni più ricche, facendo in modo che queste ultime si arricchiscano ulteriormente e non prestino più attenzione alla riduzione della mobilità.

Pertanto, la mobilità non può ritenersi un bene o un male assoluto, in quanto essa può essere distinta in diversi tipi, alcuni vantaggiosi e altri svantaggiosi. Il punto è, quindi, di valutare se esiste un bilanciamento tra i potenziali benefici che il SSN ottiene dalla mobilità e il suo costo sistemico, determinato dalle scelte e dai comportamenti degli attori del sistema (Agenas, 2012).

La mobilità, come qualsiasi altra variabile, presenta effetti di breve e di lungo periodo. Fattore (Agenas, 2012) parla degli effetti di breve periodo concentrandosi in particolare sull'efficienza e sull'equità.

Per quanto riguarda l'efficienza, è importante considerare che la sanità pubblica italiana è caratterizzata da una rigidità nell'impiego delle risorse. Ciò significa che strutture, grandi attrezzature e personale sono fattori di produzione fissi. A tal proposito è facile comprendere che le strutture che accolgono pazienti da altre Regioni, subiscono una riduzione dei costi per unità prodotta, mentre le strutture dalle quali i pazienti fuggono presentano costi unitari maggiori in quanto sono pochi i volumi di produzione che assorbono i costi fissi (Agenas, 2012).

Queste ultime strutture soffrono quindi di perdite di efficienza, e per far fronte a tale problema spesso aumentano l'inappropriatezza dei ricoveri, effettuando interventi non necessari o in contesti organizzativi non adeguati, perché hanno necessità di coprire la capacità produttiva inutilizzata (Agenas, 2012).

Sul piano dell'equità, invece, si possono considerare da una parte l'equità territoriale (o equità orizzontale), e dall'altra l'equità socio-economica (o equità verticale). La possibilità di farsi curare in una Regione diversa da quella di residenza migliora sicuramente l'equità orizzontale. Al contrario, la mobilità causa problemi nell'ambito dell'equità verticale, poiché i costi economici e psicologici derivanti rendono complicato l'accesso a strutture sanitarie lontane da parte di quelle persone che si trovano in condizioni socio-economiche più basse. Problemi di questo tipo caratterizzano le Regioni con un elevato tasso di fuga, come Calabria, Sicilia e Campania (Agenas, 2012).

Nel lungo periodo però non sono stati raggiunti i risultati sperati. Si è sempre pensato che lo squilibrio esistente tra le Regioni che perdono e quelle che attraggono pazienti avrebbe dovuto mettere in moto forze riequilibranti, ad esempio portando le Regioni con saldi di mobilità

negativi a investire per potenziare la qualità assistenziale e ridurre di conseguenza il divario con le realtà maggiormente “avanzate”. Tuttavia tale riequilibrio non si è manifestato e il continuo aumento del divario tra le Regioni può essere spiegato da due grandi temi.

Da una parte, in diverse aree del Mezzogiorno gli elevati tassi di disoccupazione producono una forte pressione sulle Aziende pubbliche, in modo che esse operino come fonti di produzione e di distribuzione di reddito oltre che da erogatori di assistenza. Di conseguenza, il modo di operare del sistema è condizionato da un utilizzo improprio della sanità pubblica.

Dall'altra parte, invece, i dati sulla ricerca scientifica delle università del sud e delle strutture del servizio sanitario di queste Regioni, mettono in luce, pur con rilevanti eccezioni, un'arretratezza che non ha fatto altro che aumentare negli ultimi decenni. Questo è il secondo fattore che contribuisce a bloccare il sistema, in quanto la sanità è un settore ad alta intensità di personale e di conoscenze, che richiede quindi importanti investimenti in formazione e l'agire di adeguate forme di socializzazione delle conoscenze tacite (Agenas, 2012).

Per migliorare la qualità assistenziale e per ridurre la mobilità, Fattore (Agenas, 2012) propone tre soluzioni:

- predisporre un sistema di incentivi efficiente; questo perché remunerazioni eccessive per le strutture che attraggono rischiano di peggiorare la situazione. La mobilità sanitaria perciò deve essere vista come un costo per la persona e per la società, e non un fenomeno da assecondare e favorire;
- prevedere un sistema di finanziamento, mediante una riduzione delle tariffe, per quei pazienti che necessitano di assistenza ma non sono in grado, per questioni economiche, di spostarsi verso le strutture migliori; ciò allo scopo di garantire una maggiore equità dell'accesso;
- modificare le condizioni strutturali che portano alla mobilità; bisognerebbe quindi analizzare innanzitutto le realtà geografiche, le patologie e gli interventi in cui la fuga dei pazienti è significativa, e successivamente eseguire una programmazione volta a costruire le condizioni strutturali, professionali e di fiducia necessarie a sviluppare livelli di assistenza adeguati in tutte le Regioni.

A tale opinione si oppone il dott. Domeniconi: “Non si può pensare di migliorare la sanità del Sud chiudendo le barriere al Nord, con il solo scopo di eliminare i fondi che vengono trasmessi alle strutture del Nord che prendono in cura i cittadini del Sud. È ovvio che nelle Regioni meridionali c'è un problema di fondi, ma questo non è l'unico problema” come ha affermato in precedenza. “È evidente che c'è bisogno di un fondo per lo sviluppo del sud, ma finché quella

popolazione non cambia culturalmente, niente si può fare per loro, e le persone continueranno a migrare verso il Nord, facendo dei sacrifici enormi, perché non si sentono tutelate nel loro territorio d'origine”.



## Capitolo 3

### I costi della mobilità sanitaria

Nella prima parte di quest'ultimo capitolo verrà illustrato il sistema di compensazione della "mobilità sanitaria" utilizzato dalle Regioni e la spesa pubblica che ne deriva. Successivamente verranno tratteggiati alcuni dei problemi e delle spese che le persone costrette a spostarsi devono sostenere, distinguendo quelli a carico dei pazienti da quelli a carico degli accompagnatori.

#### 3.1. La Tariffa Unica Convenzionale (TUC)

Il nostro sistema sanitario copre tutti i servizi stabiliti dal piano sanitario, ossia i "livelli essenziali di assistenza" (LEA). I cittadini possono dunque ottenere tali servizi gratuitamente o attraverso il pagamento di un ticket. Va però sottolineato che vengono riconosciute come LEA solamente quelle prestazioni che, a fronte delle risorse impiegate, portano ad un significativo aumento della salute del paziente (Monachesi, 2017).

Le regole che stanno alla base della remunerazione del sistema sanitario sono state stabilite dalla riforma sanitaria del 1992, "che introdusse un sistema di tipo prospettico, cioè basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente" (Giordani, 2013). In particolare, il sistema sanitario prevede tre tipologie di tariffe:

- tariffe nazionali, stabilite dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia;
- tariffe regionali, stabilite dalle singole Regioni;
- Tariffa Unica Convenzionale (TUC), ossia tariffe utilizzate per la "compensazione della mobilità interregionale".

Le Tariffe Uniche Convenzionali sono il risultato di una lunga evoluzione e sono inferiori a quelle normalmente praticate allo scopo di (Di Loreto, 2012):

- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e, in particolare, per i ricoveri in regime ordinario ad altro rischio di inappropriatazza;
- garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
- prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione.

Di conseguenza, la migrazione sanitaria diventa meno conveniente per le regioni con mobilità attiva e meno onerosa per quelle con mobilità passiva (Tubertini, 2015).

Il sistema di remunerazione introdotto nel 2003 “si basa sulle tariffe fissate dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, che vengono aumentate del 10% per i Drg<sup>8</sup> che corrispondono a prestazioni più complesse e diminuite del 20% e 40% rispettivamente per i Drg chirurgici e medici, appartenenti alla lista dei... Drg ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinario” (Di Loreto, p. 59, 2012).

Nel corso degli anni si è poi proceduto ad adattare le tariffe sulla base del tasso di inflazione, aumentando le tariffe allo scopo di tenere in considerazione i costi derivanti dall’impiego di protesi o altre tecnologie ad alto costo, e diminuendole per le prestazioni che devono essere offerte in regime ambulatoriale e non più ordinario (Di Loreto, 2012). Queste tariffe vengono definite sulla base di un accordo tra le Regioni e le Province autonome, in cui vengono fissate le modalità di gestione dei flussi informativi di interscambio riguardo le prestazioni erogate ad assistiti extra-regionali, che dovranno poi essere compensate e documentate mediante modelli riassuntivi secondo il seguente schema:

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

L’invio dei dati analitici delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni avviene annualmente entro il 15 maggio dell’anno successivo all’anno di compensazione. Le Regioni debentrici hanno poi la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre Regioni e contestare gli eventuali errori. Le contestazioni devono essere trasmesse entro il 15 luglio dell’anno successivo a quello di compensazione. Infine, la Regione contestata potrà presentare le controdeduzioni entro il 15 ottobre, rinviando tutti e solo i dati che sono stati contestati (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 2012).

---

<sup>8</sup> *Diagnosis-related group*, in italiano “raggruppamento omogeneo di diagnosi”. Permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse assorbite. In questo modo si è in grado di quantificare economicamente le risorse utilizzate e quindi di remunerare ogni episodio di ricovero.

Di Loreto (2012), riguardo la mobilità ospedaliera dal 2004 al 2009, ritiene che la Tuc abbia prodotto gli effetti desiderati. Infatti negli anni considerati dall'analisi vi è stato un incremento annuo della mobilità pari a circa l'1%, evidenziando quindi il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento del volume delle prestazioni ospedaliere erogate in mobilità. Si è assistito anche ad una netta riduzione dei Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinario (dal 26,6% al 20%) e ad un incremento dei Drg di alta specialità, che passano dal 7,3% al 10%. Con questi ultimi due risultati sono stati raggiunti i due obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza e di spostamento della mobilità verso prestazioni di alta specialità.

Dalle dimensioni economiche della mobilità, espone in Tabella 5, si può notare che su diciannove Regioni e due Province autonome, solo sette di esse hanno un saldo positivo, ossia hanno un flusso finanziario derivante dalla mobilità attiva maggiore di quello derivante dalla mobilità passiva (Anon., 2018). Sulla base del Saldo verrà decisa la ripartizione dei 110.132 miliardi di euro del Fondo Sanitario Nazionale nel 2018.

In tale ripartizione ricadranno:

- un acconto 2018 sulla base della matrice di scambio 2016;
- i saldi tra l'acconto entrato nel riparto 2016 (dati del 2013) ed gli effettivi dati di scambio del 2016;
- un accordo sulle dinamiche di aumento del 2016: per gli aumenti di fatturato per attività ospedaliera registrati nel 2016, che hanno riguardato il solo settore privato (poiché quello pubblico è sostanzialmente stabile), si procede ad un abbattimento del 60% degli aumenti dei saldi regionali rispetto agli stessi saldi riferiti al 2015 (Anon., 2018).

Per quanto riguarda, invece, la mobilità del 2014, le Regioni hanno deciso di procedere con una rateizzazione quadriennale (2018-2021), con importi uguali ogni anno, per:

- i saldi tra l'acconto entrato nel riparto del 2014 (con i dati del 2012) e gli effettivi dati di scambio del 2014;
- un accordo sulle dinamiche di aumento del 2014: per gli aumenti di fatturato per attività ospedaliera registrati nel 2014, che hanno riguardato il solo settore privato, si applica una riduzione percentuale sull'incremento del valore registrato dai saldi delle singole Regioni, sia per gli aumenti del 2014 rispetto al 2013 sia per quelli del 2015 rispetto al 2013. Tale riduzione non potrà, però, essere superiore al 50% (Anon., 2018).

Tabella 5 - Schema di riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2018

<b>REGIONI</b>	<b>Crediti mobilità</b>	<b>Debiti mobilità</b>	<b>SALDO MOBILITA'</b>
<b>Piemonte</b>	207.178.323	296.367.890	<b>-89.189.568</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	13.005.111	16.941.529	<b>-3.936.417</b>
<b>Lombardia</b>	1.167.614.790	358.935.415	<b>808.679.374</b>
<b>Pa Bolzano</b>	20.714.070	26.602.661	<b>-5.888.591</b>
<b>Pa Trento</b>	59.646.593	65.282.877	<b>-5.636.283</b>
<b>Veneto</b>	403.282.107	241.854.485	<b>161.427.621</b>
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	87.935.432	83.402.385	<b>4.533.047</b>
<b>Liguria</b>	149.026.057	205.939.366	<b>-56.913.309</b>
<b>Emilia Romagna</b>	618.720.824	260.855.263	<b>357.865.561</b>
<b>Toscana</b>	356.471.629	208.203.626	<b>148.268.003</b>
<b>Umbria</b>	115.927.672	96.869.895	<b>19.057.777</b>
<b>Marche</b>	113.005.923	182.911.638	<b>-69.905.714</b>
<b>Lazio</b>	354.851.393	644.026.737	<b>-289.175.344</b>
<b>Abruzzo</b>	116.953.792	188.998.864	<b>-72.045.072</b>
<b>Molise</b>	97.354.403	80.570.550	<b>16.783.853</b>
<b>Campania</b>	169.232.445	471.345.742	<b>-302.113.297</b>
<b>Puglia</b>	160.435.111	341.484.492	<b>-181.049.381</b>
<b>Basilicata</b>	76.135.022	114.506.851	<b>-38.371.829</b>
<b>Calabria</b>	26.271.653	345.726.264	<b>-319.455.111</b>
<b>Sicilia</b>	62.794.493	302.574.216	<b>-239.779.722</b>
<b>Sardegna</b>	19.713.839	101.921.478	<b>-82.207.639</b>
<b>Bambin Gesù (area extraterritoriale a favore della Santa Sede)</b>	195.431.080	87.384	<b>195.343.969</b>
<b>A.C.I.S.M.O.M. Associazione Cavalieri Italiani Sovrano Militare Ordine di Malta</b>	43.708.344	0	<b>43.708.344</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.635.410.108</b>	<b>1.635.410.108</b>	<b>0</b>

Fonte: Quotidiano sanità, 2018

### **3.2. La spesa pubblica**

Gli spostamenti hanno un costo economico per la collettività. Ma questi oneri non vengono sopportati direttamente dal sistema sanitario nazionale, in quanto esso procede a compensare le Regioni che “attragono” con le decurtazioni fatte alle Regioni dalle quali i pazienti “fuggono”. Di conseguenza sono le Regioni di emigrazione che subiscono i c.d. “costi pubblici”, in quanto non sono in grado di offrire servizi sanitari adeguati e, con le decurtazioni di bilancio, lo saranno sempre meno. Si pensi ad esempio alla Calabria, che perde oltre il 7% del suo budget sanitario a causa della mobilità sanitaria passiva, ossia oltre 265 milioni di euro l’anno i quali potrebbero, al contrario, essere investiti in strutture e professionalità migliori. Alla Calabria vanno poi ad aggiungersi la Campania, che ne perde 235, e la Sicilia, con una perdita di 155 milioni di euro l’anno. Chi ci guadagna è invece la Lombardia, che incassa 580 milioni di euro, e l’Emilia Romagna, con 326 milioni (Censis, 2017).

Continuando a prendere come esempio la Calabria, gli importi che essa dovrà rimborsare alle Regioni in cui andranno a curarsi i suoi cittadini vengono ottenuti mediante l’Irap e l’Irpef, pagate da aziende e lavoratori. Tuttavia regioni come la Calabria, con meno occupazione e povere di industria, si sono trovate subito in difficoltà e i loro sistemi sanitari locali sono stati presto commissariati.

Per risolvere tali problemi, oltre all’aumento delle imposte, sono stati anche chiusi ospedali, ridotti i posti letto, bloccate le assunzioni di medici e infermieri, come previsto dai Piani di Rientro (v. par. 1.3). La conseguenza di queste drastiche misure restrittive è stata che il personale medico ed infermieristico è diminuito del 15%. Dunque, se in principio la sanità calabrese era costosa perché formata da molteplici piccoli ospedali poco efficienti, dopo la stretta economica le cose sono peggiorate ulteriormente, i cittadini hanno perso tutta la fiducia nell’assistenza locale, scegliendo di curarsi altrove (Riva, 2018). La conclusione, perciò, è che tali Regioni si trovano all’interno di un circolo vizioso, con sempre più imposte e sempre meno servizi.

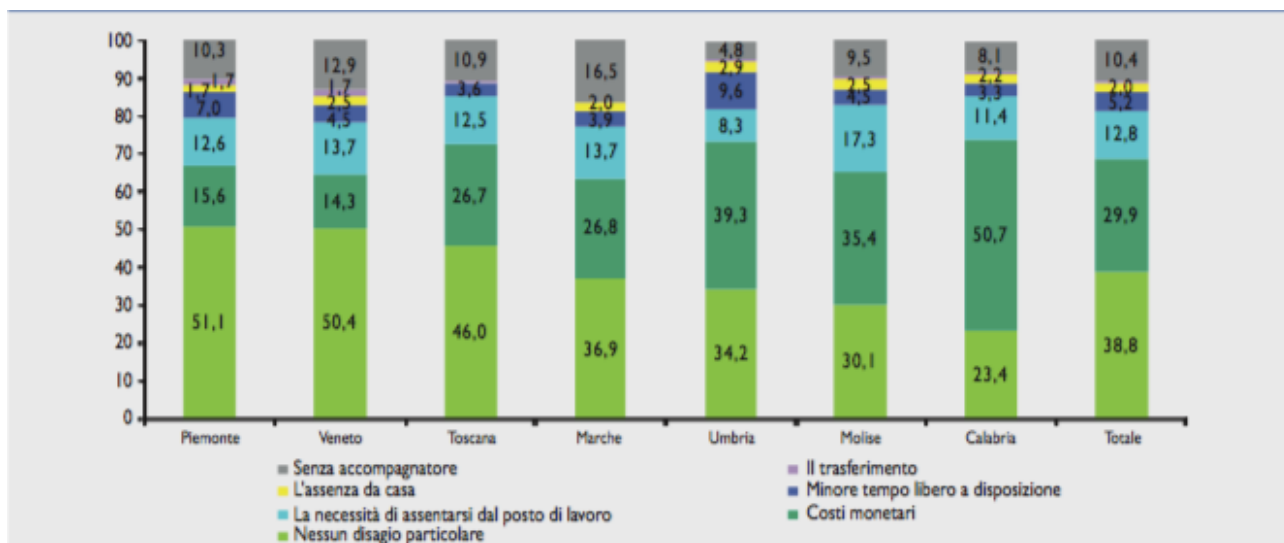
### **3.3. I problemi e i costi a carico dei migranti**

La ricerca del Censis continua illustrando i problemi derivanti dal fenomeno della mobilità sanitaria. I principali problemi a carico dei malati sono (vedi [Figura 12](#)):

- l’onerosità della migrazione, in termini di costi monetari sostenuti;
- le difficoltà di ordine psicologico ed emozionale;

- i disagi legati agli spostamenti.

Figura 12 - I disagi della migrazione per i pazienti



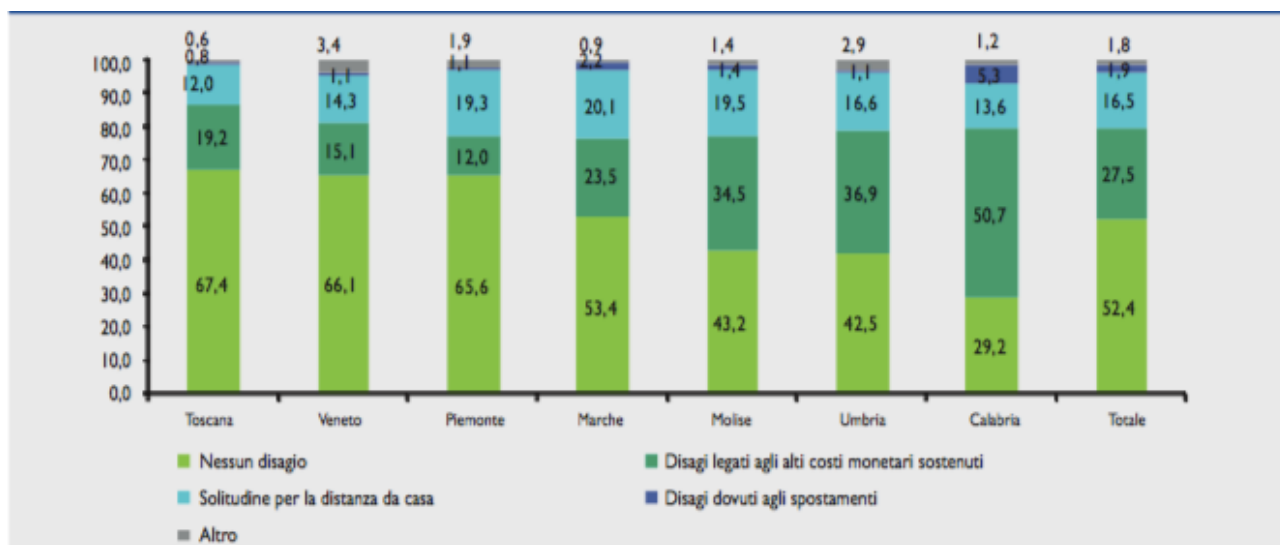
Fonte: Agenas, 2012

Quelli a carico degli accompagnatori, invece, sono (vedi [Figura 13](#)):

- i costi monetari da sostenere;
- la necessità di doversi assentare dal lavoro;
- l'assenza da casa e il minor tempo da dedicare a sé stessi.

Tra i costi tangibili che devono essere sostenuti vi sono i costi di trasporto, di vitto e alloggio e di mancato guadagno per il lavoro perso, i quali nella maggior parte dei casi gravano di più sugli accompagnatori.

Figura 13 - I disagi della migrazione per gli accompagnatori



Fonte: Agenas, 2012

Per illustrare in modo più specifico i costi che i pazienti (e i loro accompagnatori) sono tenuti a sopportare, il Censis si concentra sui pazienti oncologici. Si prevede che in media, per tali soggetti, i costi per visite mediche e farmaci ammontano intorno ai 7.000 € l'anno. Tuttavia tale media non tiene conto delle differenze tra chi ha la necessità di effettuare un lungo viaggio per potersi curare e chi, invece, non è tenuto ad affrontarlo. È ovvio infatti che chi è costretto a spostarsi verso gli ospedali del centro-nord dovrà sostenere dei costi molto più penalizzanti per le loro disponibilità economiche. La ricerca procede poi a mostrare che un malato perde mediamente 10.000 € l'anno per mancato guadagno, contro i 6.000 € persi dagli accompagnatori, i quali affermano che nel 70% dei casi hanno subito cambiamenti al lavoro, nel 20% l'hanno dovuto lasciare e nel 2% sono stati licenziati.

Come già accennato in precedenza, i problemi e i costi più rilevanti per gli accompagnatori riguardano il posto dove risiedere nel periodo di permanenza nella città di cura dell'assistito, in particolare per coloro che restano più giorni. Nella ricerca viene mostrato che tra gli accompagnatori che si trattengono per più di 12 giorni, il 50% va in albergo o pensione, il 10% va in strutture a pagamento, il 25% risiede da parenti e amici e il 15% trova ospitalità in ricoveri non a pagamento (Censis, 2017). È dunque ovvio che solamente negli ultimi due casi le spese a carico degli accompagnatori diminuiscono.

## Considerazioni finali

In questo lavoro abbiamo tentato di descrivere il fenomeno della mobilità sanitaria ed elementi volti a comprenderne le cause e le conseguenze.

Come abbiamo visto, la mobilità sanitaria si distingue principalmente in mobilità attiva (o attrazione), che riguarda quelle regioni che offrono prestazioni sanitarie a pazienti provenienti da altre regioni, e in mobilità passiva (o fuga), che caratterizza la regione di residenza del paziente che viene curato in un'altra regione.

In Italia, due sono i tipi di mobilità che assumono particolare rilievo: la mobilità interregionale, ossia il flusso di pazienti che si spostano in regioni diverse da quella di residenza, e quella intraregionale, ossia i pazienti che si muovono all'interno della regione di residenza.

Il movimento tipico assunto da tale fenomeno è dal basso verso l'alto, ossia dal sud verso il nord, dove troviamo le realtà più attrattive, ossia l'Emilia Romagna, il Veneto e la Lombardia.

Le principali cause che portano allo spostamento sono la ricerca di una maggiore qualità, sia dei medici sia delle strutture, ragioni di tipo logistico, per cui vi sono soggetti per i quali è più facile e veloce raggiungere l'ospedale di una regione vicina piuttosto che uno della regione di residenza, e fattori derivanti dalla necessità, ossia persone che si spostano verso i centri ospedalieri più specializzati per la cura della loro patologia.

I dati e i contributi utilizzati per la stesura di questo lavoro non consentono di qualificare la mobilità sanitaria come un fenomeno intrinsecamente negativo. Si può però affermare che esiste una mobilità "buona", che porta al pieno sfruttamento della capacità produttiva disponibile e che garantisce un certo livello di competizione tra gli ospedali, e una mobilità "cattiva", caratterizzata da consumi inappropriati. In base alla regione che viene presa in considerazione, però, è possibile stabilire se l'effetto della mobilità è positivo o negativo. Nel breve periodo, infatti, l'efficienza viene raggiunta dalle regioni che attraggono perché, accogliendo pazienti anche da altre regioni, riescono a ridurre i costi unitari di produzione. All'estremo opposto si trovano, invece, le regioni di fuga, che presentano costi unitari maggiori perché gli scarsi volumi di produzione non riescono a coprire i costi fissi che caratterizzano la sanità italiana (strutture, grandi attrezzature, personale qualificato). Tutto ciò però non ha fatto altro che far peggiorare la situazione delle regioni caratterizzate da mobilità passiva perché, per affrontare le perdite di efficienza, effettuano spesso ricoveri ed interventi non necessari e in contesti organizzativi non adeguati.



Va infine considerato che tutte queste conseguenze finiscono per gravare sui cittadini, in particolare su coloro che sono costretti a spostarsi. Questo perché, oltre ai costi diretti che tali soggetti devono sostenere per la migrazione, esistono anche dei costi indiretti. Tutte le regioni, infatti, usano l'Irap e l'Irpef per subsidiare servizi pubblici come la sanità. Tuttavia, le regioni dalle quali i cittadini fuggono per curarsi spesso sono territori arretrati, poveri di industrie e di posti di lavoro e, di conseguenza, con scarse risorse finanziarie necessarie per sovvenzionare la sanità. Per risolvere tali problemi e sopravvivere ai vincoli di bilancio, tali regioni sono state costrette ad aumentare le imposte che, tuttavia, non sono sufficienti a migliorare la qualità dell'assistenza locale. L'esito è quindi che tali regioni si trovano all'interno di un circolo vizioso, dove vengono richieste sempre più imposte e offerti sempre meno servizi.

## Riferimenti bibliografici

- AGENAS, 2012. I quaderni di monitor: la mobilità sanitaria. *Agenas [online]*, Anno XI Numero 29 (marzo 2012). Disponibile su <[http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/11\\_MOBILITA\\_SANI\\_TARIA.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/11_MOBILITA_SANI_TARIA.pdf)>.
- ANON., 2014. Il prezzo della salute. La stangata del superticket. *Altroconsumo [online]*, 10 giugno 2014. Disponibile su <[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy4dmAhsvaAhWjsaQKHxw7DPMQFggnMAA&url=https://www.altroconsumo.it/media/altroconsumo/images/paper/2520publications/2520salute/2014/110/article/reference/attach/st110\\_010015ticket/2520spesa/2520medica/2520pdf.pdf/3Fla/3Dit-it/26rev/3Dddf40092-0241-4a36-87ea-bce947219aa7&usg=AOvVaw3j1-5\\_d96Bq6H4TdaHPrJu](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy4dmAhsvaAhWjsaQKHxw7DPMQFggnMAA&url=https://www.altroconsumo.it/media/altroconsumo/images/paper/2520publications/2520salute/2014/110/article/reference/attach/st110_010015ticket/2520spesa/2520medica/2520pdf.pdf/3Fla/3Dit-it/26rev/3Dddf40092-0241-4a36-87ea-bce947219aa7&usg=AOvVaw3j1-5_d96Bq6H4TdaHPrJu)>.
- ANON., 2017. Bloomberg: “Gli italiani sono i più sani del mondo”. Primo posto nella classifica del Global Health Index. *Quotidiano sanità [online]*, 20 marzo 2017. Disponibile su <[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=48917](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=48917)>.
- ANON., 2017. Rapporto sanità Ocase 2017. *Quotidiano sanità [online]*, 10 novembre 2017. Disponibile su <[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=55720](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=55720)>.
- ANON., 2018. Mobilità sanitaria 2018: un “business” pubblico da 4,6 miliardi. Ma a guadagnarci sono solo sette Regioni e al Sud l’unica in attivo è il Molise. *Quotidiano sanità [online]*, 21 marzo 2018. Disponibile su <[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=60080](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=60080)>.
- ANON., 2018. Osservasalute 2017: il federalismo sanitario è fallito. Italia in media è in buona salute, ma tra Nord e Sud troppe differenze. Il rapporto. *Quotidiano sanità [online]*, 19 aprile 2018. Disponibile su <[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=60889](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=60889)>.
- BIANCO, V., 2017. La mobilità sanitaria in Italia: l’esodo del Mezzogiorno vale 4 mld all’anno, mentre 12 mln di italiani rinunciano alle cure. Accordo sulla compensazione per il triennio 2014-16. *Medica live Magazine [online]*, 31 luglio 2017. Disponibile su <<http://www.medicalive.it/mobilita-sanitaria-italia-bianco/>>.
- CALZOLAIO, S., 2014. Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell’equilibrio di bilancio. *Federalismi [online]*, 10 dicembre 2014. Disponibile su <[https://u-pad.unimc.it/retrieve/handle/11393/200047/9548/calzolaio\\_PDR\\_in\\_federalismi%20i\\_t\\_10%2012%2014-definitivo.pdf](https://u-pad.unimc.it/retrieve/handle/11393/200047/9548/calzolaio_PDR_in_federalismi%20i_t_10%2012%2014-definitivo.pdf)>.
- CENSIS, 2017. Migrare Per Curarsi. *CasAmica Onlus [online]*, Roma, gennaio 2017. Disponibile su <<http://www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf>>.

- CO, R., DEL ZANNA, G. (2015). “Mobilità sanitaria”. In F. SCULLICA (a cura di), *Curarsi lontano da casa*. Milano: FrancoAngeli, pp. 19-29.
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, 2012. Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. 22 maggio 2012. Disponibile su [http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2016/12/03/mobilita.pdf?uuid=ADkXdF6B](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2016/12/03/mobilita.pdf?uuid=ADkXdF6B).
- DELLA PORTA, M., 2015. Sanità: divario tra Nord e Sud. Lo conferma il Rapporto Annuale dell’Istat. *I-com [online]*, 26 maggio 2015. Disponibile su <http://www.i-com.it/2015/05/26/sanita-divario-tra-nord-e-sud-lo-conferma-il-rapporto-annuale-dellistat/>.
- ISTAT, 2015. Rapporto Annuale 2015. La situazione del Paese. *Istat [online]*, 20 maggio 2015. Disponibile su <https://www.istat.it/it/files//2015/05/Rapporto-Annuale-2015.pdf>.
- LEVI, M., 2015. La classifica dei sistemi sanitari europei, secondo l’EHCI. *Salute internazionale [online]*, 16 marzo 2015. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/la-classifica-dei-sistemi-sanitari-europei-secondo-lehci/>.
- LUISS BUSINESS SCHOOL, 2016. L’evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto. *Aiop [online]*, 23 novembre 2016. Disponibile su <http://www.aiop.it/Pubblicazioni/TabId/251/ArtMID/914/ArticleID/78208/L'evoluzione-dei-modelli-sanitari-internazionali-a-confronto.aspx>.
- MASSI, C., 2018. Sanità, Italia divisa: al Sud si vivono 4 anni meno che al Nord. Scarse cure e prevenzione. *Il messaggero [online]*, 21 gennaio 2018. Disponibile su <https://www.ilmessaggero.it/primopiano/cronaca/italia-divisa-al-sud-si-vivono-4-anni-meno-che-al-nord-scarse-cure-e-prevenzione-3498465.html>.
- MONACHESI, A., 2017. Cosa sono i livelli essenziali di assistenza in sanità (LEA). *Fondo Asim [online]*, 28 giugno 2017. Disponibile su <https://www.fondoasim.it/livelli-essenziali-di-assistenza/>.
- OECD, 2017. Health at a Glance 2017: Chapter 1 - Indicator overview: OECD snapshots and country dashboards. *OECDiLibrary [online]*, 2017. Disponibile su [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/indicator-overview-oecd-snapshots-and-country-dashboards\\_health\\_glance-2017-4-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/indicator-overview-oecd-snapshots-and-country-dashboards_health_glance-2017-4-en#page1).
- OECD, 2017. Health at a Glance 2017: Indicatori OCSE. *OECD [online]*, 2017. Disponibile su <http://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>.
- ORZELLA, L., 2014. Mobilità sanitaria: prima parte. *CARE online [online]*, 18 dicembre 2014. Disponibile su [http://careonline.it/wp-content/uploads/2015/03/Parola\\_chiave\\_6\\_2014.pdf](http://careonline.it/wp-content/uploads/2015/03/Parola_chiave_6_2014.pdf).
- ORZELLA, L., 2015. La mobilità sanitaria: seconda parte. *CARE online [online]*, 27 febbraio 2015. Disponibile su [http://careonline.it/wp-content/uploads/2015/03/Mobilitàsanitaria\\_1\\_2015.pdf](http://careonline.it/wp-content/uploads/2015/03/Mobilitàsanitaria_1_2015.pdf).

- RIVA, G., 2018. Paradosso sanità: il Sud paga più tasse perché i pazienti devono andare al Nord per curarsi. *L'Espresso* [online], 18 gennaio 2018. Disponibile su <http://espresso.repubblica.it/attualita/2018/01/18/news/paradosso-sanita-il-sud-paga-piu-tasse-perche-le-persone-devono-andare-al-nord-per-curarsi-1.317263>.
- TOTH, F., 2016. La Sanità dei sistemi regionali: il gap tra nord e sud. *Italiani europei* [online], 24 febbraio 2016. Disponibile su <https://www.italianieuropei.it/italianieuropei-1-2016/item/3726-la-sanità-dei-sistemi-regionali-il-gap-tra-nord-e-sud.html>.
- TUBERTINI, C., 2014. La “migrazione” sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Master in diritto sanitario, Università di Bologna, Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica, Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico. Disponibile su <http://amsacta.unibo.it/4298/1/Tubertini.pdf>.
- URBANI, A., 2013. Tariffari nazionali delle prestazioni del Ssn. *Ministero della Salute* [online], 5 febbraio 2013. Disponibile su [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=3662&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3662&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto).
- ZOCCHETTI, C., 2012. La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa?. *Società Italiana di Statistica* [online], Pubblicazione: anno I-2012 n. 2. Disponibile su [http://www.sis-statistica.it/old\\_upload/contenuti/files/pdf/2012/ii\\_2729\\_carlo\\_zocchetti.pdf](http://www.sis-statistica.it/old_upload/contenuti/files/pdf/2012/ii_2729_carlo_zocchetti.pdf).