



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
in Governance delle Organizzazioni Pubbliche  
Ordinamento ex D.M. 270/2004

Tesi di Laurea

**Mobilità sanitaria interregionale in Italia**

**Relatore**

Ch. Prof. Enrica Croda

**Laureanda**

Gloria Spolaor

Matricola 864380

**Anno Accademico**

2017/2018

*Alla mia famiglia*

# Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>2</b>
<b>Capitolo 1. La mobilità sanitaria: un quadro generale .....</b>	<b>5</b>
1.1 La mobilità sanitaria .....	5
1.2 Rassegna della letteratura .....	8
<b>Capitolo 2. La mobilità sanitaria interregionale in Italia .....</b>	<b>13</b>
2.1 Introduzione .....	13
2.2 Le Schede di Dimissione Ospedaliera .....	13
2.3 Analisi della mobilità sanitaria interregionale in Italia .....	15
2.4 La compensazione della mobilità sanitaria interregionale .....	24
2.5 Conclusioni .....	30
<b>Capitolo 3. La mobilità sanitaria attiva e passiva nella Regione del Veneto .....</b>	<b>31</b>
3.1 Introduzione .....	31
3.2 Una panoramica sul Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto .....	31
3.3 Analisi della mobilità passiva e attiva nella Regione del Veneto.....	35
3.4 Conclusioni .....	46
<b>Capitolo 4. Conclusioni.....</b>	<b>47</b>
<b>A. La scala di Barthel .....</b>	<b>50</b>
<b>B. Il Modello M .....</b>	<b>51</b>
<b>C. Elenco Tavole Rapporto SDO .....</b>	<b>52</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>53</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>56</b>

## **Introduzione**

La mobilità sanitaria, secondo una definizione largamente condivisa, è il fenomeno che comporta la fruizione da parte dei cittadini di servizi sanitari presso strutture non appartenenti alla propria regione di residenza. Si tratta di un evento che, sebbene concretizzi l'unione tra il diritto alla salute e il diritto della libertà di movimento del cittadino, è spesso sintomo di una inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria.

L'attribuzione alle regioni delle competenze in ambito sanitario e la nascita dei Servizi Sanitari Regionali, ha posto la mobilità sanitaria interregionale tra i temi centrali dei processi di programmazione nazionale e delle politiche sanitarie territoriali.

La politica sanitaria in Italia nel corso degli anni è stata caratterizzata da una forte spinta al decentramento. I primi interventi normativi, rappresentati dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993, hanno modificato in maniera innovativa il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale. Tra gli elementi di novità introdotti possiamo annoverare la maggiore responsabilizzazione finanziaria delle regioni e l'aziendalizzazione delle strutture di offerta, al fine di perseguire una maggiore efficacia e qualità dei servizi.

Con tali modifiche si andò nella direzione di un sistema sanitario sempre meno integrato, basato su un modello di quasi-mercato che si presenta radicale nel collegare il finanziamento dell'assistenza ospedaliera alla scelta dei pazienti, e che ha portato al rafforzamento del principio di libertà di circolazione degli stessi.

E' con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 che si è manifestata l'attenzione al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. In particolare, alle regioni fu delegato l'onere del contenimento della spesa sanitaria e fu altresì garantita ampia autonomia in campo finanziario. Conseguentemente, il quadro della finanza pubblica ha imposto ai Sistemi Sanitari Regionali l'attuazione di sempre più restrittive politiche di controllo della spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti.

Il diritto all'accesso alle cure trova fondamento nell' articolo 32 della Costituzione e nel principio di universalità e di equità del diritto alla salute, il quale dovrebbe essere garantito in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Questo però ad oggi non trova una concreta e piena applicazione. La situazione attuale in Italia mostra una forte

frammentazione del servizio sanitario tra le regioni: si osservano infatti disparità e differenze nel grado di sviluppo economico e di efficacia tra i vari Sistemi Sanitari Regionali, con un crescente impatto della voce mobilità sanitaria nei bilanci delle Aziende Sanitarie Locali.

La mobilità sanitaria interregionale, difatti, coinvolge ogni anno 1 milione di cittadini italiani e a tale evento migratorio sono associate cifre di trasferimenti monetari tra le regioni per circa 4,6 miliardi di euro.

Considerando quindi il suo notevole impatto economico, sociale e territoriale e rappresentando questa una delle maggiori criticità per i Servizi Sanitari Regionali, diventa sempre più importante avere a disposizione analisi dettagliate per comprenderne i dati e seguirne l'evoluzione.

Questa tesi propone un'analisi della mobilità sanitaria interregionale in Italia e in particolare per la Regione del Veneto, con specifico riferimento all'attività ospedaliera, rappresentando questa la componente più rilevante del fenomeno.

Tale indagine aspira a costituire uno strumento di supporto ai policymakers, fornendo indicazioni utili ad orientare futuri interventi ed iniziative in materia di politica sanitaria.

La tesi si compone di quattro capitoli. Nel primo capitolo si fornisce un quadro dell'argomento attraverso la disamina della letteratura.

Nel secondo capitolo si approfondisce l'ospedalizzazione regionale italiana, fotografando la situazione e i trend relativi alla mobilità interregionale. E' presentata un'analisi puntuale e comparativa dei dati delle due macroaree geografiche Centro-Nord e Mezzogiorno dal 2012 al 2016, prendendo come riferimento le Schede di Dimissione Ospedaliera.

Per permettere una visione completa del tema trattato, viene successivamente presentato anche il meccanismo di compensazione dei saldi positivi e negativi della mobilità sanitaria fra le regioni come istituto che nasce dall'esigenza di compensare i costi dell'assistenza sanitaria sostenuti dalla regione in cui è stata effettuata la prestazione rispetto a quella di residenza, che ha invece percepito il finanziamento.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi dei flussi di mobilità interregionale attiva e passiva della Regione del Veneto relativamente al quinquennio 2012-2016, suddivisi per tipologia di ricovero. In particolare, per l'anno 2016, è approfondita la provenienza dei

flussi di mobilità sanitaria interregionale attiva nonché la destinazione dei flussi di mobilità sanitaria interregionale passiva.

Nel quarto e ultimo capitolo sono presentate le conclusioni ed alcune proposte atte a governare il fenomeno della mobilità sanitaria e, al contempo, a rafforzare la capacità del Sistema Sanitario italiano di rispondere ai bisogni sanitari dei cittadini.

## Capitolo 1. La mobilità sanitaria: un quadro generale

### *1.1 La mobilità sanitaria*

Il costante aumento del numero di spostamenti dei cittadini italiani per motivi di lavoro, vacanze o studio richiama inevitabilmente l'attenzione sulla necessità di un miglioramento del coordinamento ed orientamento tra i vari sistemi sanitari regionali.

Il concetto di salute e, in particolare, la relazione tra domanda e offerta di salute, si può in parte declinare in quello che è lo scenario della “mobilità sanitaria”. Secondo Cislighi e Giuliani (2012, 28), il concetto di mobilità sanitaria viene definito come “lo spostamento sul territorio di un utente rispetto alla sua dimora [per usufruire di una prestazione sanitaria]. In realtà, così definita, la mobilità riguarderebbe ogni paziente che non viene curato al proprio domicilio!”, nella definizione delineata invece da Evangelista (2017, 45) “un paziente/utente si considera in mobilità allorquando riceve un trattamento sanitario o un servizio di cura altrove rispetto all’area geografico-amministrativa dove dovrebbe, ordinariamente, riceverlo”. Essenzialmente siamo in presenza di un fenomeno che concretizza l’unione tra il diritto alla salute e il diritto della libertà di movimento del cittadino, senza perdere di vista l’obiettivo principale del paziente di poter accedere il più rapidamente possibile a cure innovative e all’avanguardia. L’ambito di applicazione è molto ampio e si estende non solo a situazioni in cui il paziente ottenga una prestazione sanitaria, ma anche alle prescrizioni, alla distribuzione ed erogazione di medicinali e dispositivi medici forniti in un contesto di servizio sanitario differente da quello di residenza.

Lo studio continuativo dei flussi della mobilità sanitaria fornisce indicazioni sulla geografia della qualità dei sistemi sanitari ed offre un quadro di sintesi ai policymakers per riforme e interventi nei diversi sistemi sanitari regionali. Si tratta di una disciplina che, da ambito marginale, sta entrando con decisione nelle discussioni politiche e programmatiche della sanità italiana.

Si individuano due categorie di mobilità, la mobilità attiva e la mobilità passiva: “la mobilità attiva esprime l’indice di attrazione di una regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte da una regione ad assistiti non residenti; la mobilità passiva esprime

l'indice di fuga di una regione, identificando le prestazioni sanitarie dei residenti di una regione effettuate fuori da questa" (Orzella 2014, 32).

In particolare, si individuano quattro componenti relative alla mobilità passiva: la componente di prossimità, la componente di programmazione, la componente di casualità e la componente carenza di offerta. "La componente di prossimità riguarda la scelta del presidio più comodo anche se territorialmente non corrispondente a quello in teoria formalmente assegnato. La componente di programmazione per alcune prestazioni di elevata complessità che il sistema sceglie di localizzare in pochi definiti presidi al fine di mantenere la performance a livelli elevati di eccellenza. La componente di casualità invece è associata agli spostamenti temporanei della popolazione, sia di breve che di brevissimo periodo; infine la componente di carenza di offerta sul proprio territorio sia qualitativa che quantitativa" (Bologna et al. 2012, 67).

Il fenomeno della mobilità riguarda tutte le tipologie di assistenza e può essere analizzato su tre livelli: la mobilità intraregionale, la mobilità interregionale e la mobilità internazionale.

La mobilità intraregionale rappresenta la mobilità circoscritta nei confini regionali e per questo molto diversificata da regione a regione in virtù delle dimensioni territoriali delle stesse. "Nel contesto italiano essa può configurarsi, a grandi linee e parallelamente rispetto alle forme di mobilità interregionale, come mobilità tra Aziende Sanitarie Locali distanti, limitrofe (di prossimità) e all'interno della medesima Azienda Sanitaria Locale" (Evangelista 2017, 55).

La mobilità interregionale "è quella più conosciuta, quella che fa parte degli accordi di compensazione e di regolazione tra le regioni" (Zocchetti 2012, 12). Questa particolare tipologia di mobilità esistente in Italia, sarà oggetto di analisi nei Capitoli 2 e 3 del presente lavoro. Zocchetti precisa, inoltre, l'esistenza di due tipologie di mobilità interregionale: "vi è una mobilità interregionale di lunga distanza. Ci si muove per cure importanti o perché ci si attendono esiti significativamente diversi e migliori rispetto a quelli attesi nel proprio territorio; ma ci si muove tra regioni anche per una mobilità stagionale legata alle ferie ed alle vacanze, dove le necessità di salute sono occasionali e non costituiscono il motivo dello spostamento. Vi è poi una mobilità interregionale da vicino di confine: Lombardia-Piemonte, Lombardia-Emilia, Toscana-Umbria, e così via."; la mobilità interregionale di prossimità "è infatti caratterizzata da una domanda di attività sanitarie minori, ossia di prestazioni di medio-bassa complessità quali ricoveri in

day hospital, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche” (Zocchetti 2012, 27).

Si faccia attenzione all’ulteriore casistica della “mobilità apparente”:essa viene originata dalla differenza tra il luogo dove il cittadino è domiciliato e il luogo dove risulta residente. In questo caso non vi è alcuno spostamento reale in quanto si tratta di prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono la prestazione sanitaria ma che risultano residenti altrove.

Per concludere, nella terza tipologia di mobilità individuata, ovvero la mobilità internazionale, si ritrovano sia i viaggi delle lunghe distanze ma anche i viaggi obbligati di pazienti che sono impossibilitati ad accedere a dei particolari tipi di trattamenti sanitari poiché non disponibili nel proprio Paese di residenza o quando è richiesta la compartecipazione al costo delle cure per poter accedervi. Il paziente diviene quindi motivato a viaggiare verso Paesi nei quali i costi sono minori. Tale situazione si presenta con un’alta frequenza quando il trattamento sanitario in questione non è parte del pacchetto sanitario garantito ovvero se il paziente non è autorizzato ad accedere alle cure sanitarie nel Paese dove sta vivendo. In questo ultimo caso si tratta di viaggi dei cosiddetti “pazienti diaspora” (Lunt 2015, 242), ovvero di pazienti che ritornano nella loro patria d’origine per poter godere di cure mediche. “Vi è mobilità internazionale anche quando insorgono delle esigenze sanitarie mentre si è all’estero per i più diversificati motivi: si tratta in questo caso di mobilità definita come occasionale e riguarda eventi sanitari imprevisti o fortuiti”(Zocchetti 2012, 12).

Zocchetti (2012, 12) riconosce inoltre l’esistenza di un particolare tipo di mobilità internazionale che è legata a tre particolari e specifiche situazioni che interessano l’Italia. Si tratta dei flussi di mobilità verso Città del Vaticano, lo Stato di San Marino e il Comune di Campione d’Italia (il quale si trova nel territorio svizzero). Per quanto possa sembrare paradossale trattandosi di flussi presenti nel territorio italiano, essi rientrano formalmente nella categoria della mobilità internazionale.

Tuttavia il ricorso alle cure transfrontaliere è piuttosto modesto: dai dati contenuti nella relazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo e al Consiglio sul funzionamento della direttiva 2001/24/UE concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera, nel triennio 2015-2017 sono stati solo 35.000 gli italiani che vi hanno ricorso.

Sebbene la mobilità sanitaria, sotto forma di qualsiasi tipologia, non rappresenti una soluzione definitiva per ottenere un accesso universale all'assistenza sanitaria, oltre ad delineare un primo passo per la soddisfazione dei bisogni sanitari, attraverso una maggiore scelta di trattamento per il paziente, può offrire delle valide soluzioni alternative per quei cittadini che, provenienti da regioni ed economie più deboli, sono sprovvisti di un'adeguata copertura sanitaria.

### *1.2 Rassegna della letteratura*

Una chiave di lettura per comprendere il fenomeno della mobilità sanitaria può essere quella di analizzare il lato della domanda: come i pazienti vengono a conoscenza dei trattamenti sanitari e dei relativi centri o ambulatori medici e quali informazioni sono utilizzate per il processo decisionale.

Come osservato da Longo (2012, 76-77), “in una società avanzata, è possibile segmentare gli utenti delle aziende sanitarie in quattro macro categorie: l'utente evoluto, l'utente medio, l'utente tradizionale e l'utente passivo-fragile. L'utente evoluto è un utente in età adulta, con un medio/elevato livello di istruzione, spesso economicamente benestante che si preoccupa proattivamente e sistematicamente delle proprie condizioni di salute e che ha a riferimento una rete stabile di professionisti, molto spesso privati.

Tale consumatore adotta generalmente uno stile di vita sano. L'utente medio è un utente dotato di mezzi culturali, sociali ed economici ma che non si è creato una rete stabile di professionisti di fiducia a cui rivolgersi. Egli adotta tecniche di auto-informazione appena dovesse sorgere un problema di salute per reperire rapidamente le informazioni necessarie per l'orientamento verso i servizi di cura più appropriati.

L'utente tradizionale si affida a servizi sanitari di vicinanza, in quanto riescono a far scattare un meccanismo di fiducia e affidamento verso gli utilizzatori: generalmente si sente garantito dal buon status istituzionale del servizio sanitario nei pressi della propria residenza. Nell'ultima categoria, ovvero l'utente passivo-fragile, rientrano quegli utenti più svantaggiati ed abituarini, quali, per esempio, l'anziano parzialmente o completamente non autosufficiente, l'alcool o tossicodipendente, il disagioato psichico o sociale, il minore orfano/abbandonato e l'utente con una patologia cronicizzata”.

La scelta attiva del “fornitore sanitario”, ovvero l'ospedale, il distretto sanitario, il medico di medicina generale, la casa di cura privata, da parte del paziente “è quindi influenzata da una serie di fattori sociali, demografici ed economici, senza poter

ricondurre univocamente ad un unico processo di decision-making: l'eterogeneità dei servizi sanitari, la complessità dei fattori sociali, demografici ed economici non permettono di sintetizzare in un unico modello o percorso le scelte dei pazienti" (Evangelista 2017, 37). Per quanto riguarda soprattutto gli utenti di tipo evoluto – medio, è necessario evidenziare che, anche se in possesso di buone capacità di accesso, di comprensione e di utilizzo delle informazioni in funzione alla promozione e mantenimento di un buono stato di salute, spesso la modalità di scelta e la comparazione tra i fornitori sanitari risulta essere frutto di un processo irrazionale.

Ad oggi la disponibilità e l'accessibilità (e nella maggior parte la sovrabbondanza) dei dati risulta facilitata dalle tecnologie informatiche, in particolare da Internet.

Lunt (2015, 174) ha osservato che la terza ricerca più comune di informazioni effettuata dagli utenti nei motori di ricerca riguarda proprio il tema sanitario.

Risulta quindi determinante la comparabilità e l'intelligibilità dei dati ricercati rispetto alle esigenze di cura cercate.

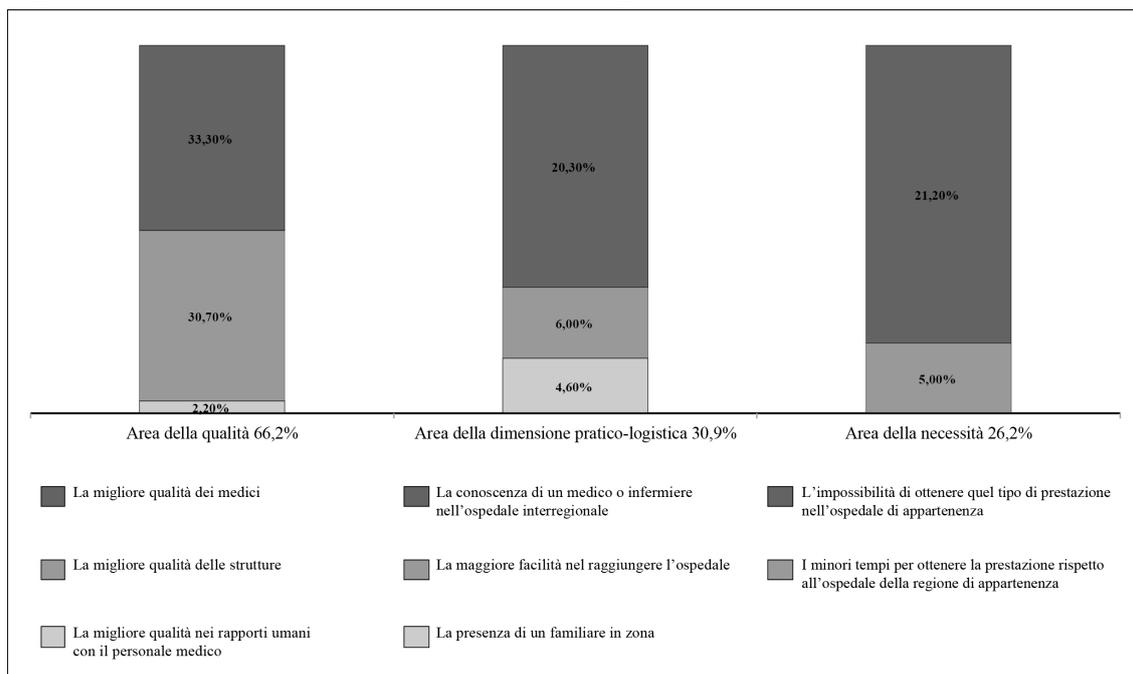
Un aspetto da tenere in considerazione è anche la frammentazione dei dati disponibili: la ripartizione delle competenze tra Stato e regione, nonché la subpartizione operativa in Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere, si riflette in un aumento delle fonti delle informazioni e dei dati e in una correlata diminuzione della comprensione degli stessi.

Alla luce di tutte queste riflessioni, si può sostenere che "i pazienti vanno comparati come dei consumatori del servizio sanitario (quest'ultimo in veste di "fornitore") che contribuiscono a disegnare, dal lato della domanda, la struttura sanitaria di una determinata area geografica" (Evangelista 2017, 35-36).

Una ricerca condotta dal Censis nel "39° Rapporto sulla situazione sociale del Paese" (2005, 267-273) ha proposto l'analisi delle motivazioni che spingono e guidano i cittadini a cercare e scegliere le cure in questo caso al di fuori della propria regione di residenza. Il campione analizzato è stato di 2.524 utenti ospedalieri migrati da 7 regioni italiane, quali: Regione Umbria, Regione Calabria, Regione Molise, Regione del Veneto, Regione Marche, Regione Piemonte e Regione Liguria).

L'indagine ha permesso di individuare tre aree motivazionali: l'area della qualità, l'area pratico-logistica, l'area della necessità (Figura 1).

Figura 1. Le aree motivazionali della scelta dei pazienti.



Fonte: Indagine Censis (2005)

L'area della qualità, riscontrata nel 66,2% delle risposte da parte dei pazienti, ricomprende i casi in cui la scelta è guidata dalla ricerca di un trattamento medico di maggior livello qualitativo, che si riflette anche nei rapporti umani con il personale medico e paramedico ma anche nella disponibilità e l'esperienza dello staff medico e amministrativo.

L'area pratico-logistica comprende le motivazioni che esulano dalla qualità e dall'offerta assistenziale disponibile e che sono legate alla comodità degli spostamenti, quindi sottese alla riduzione al minimo dei disagi correlati alla distanza tra il paziente e il presidio ospedaliero. La prossimità geografica risulta maggiormente efficiente quando le varie tipologie di servizi offerti dal presidio ospedaliero sono integrati entro un'area circoscritta o in una regione.

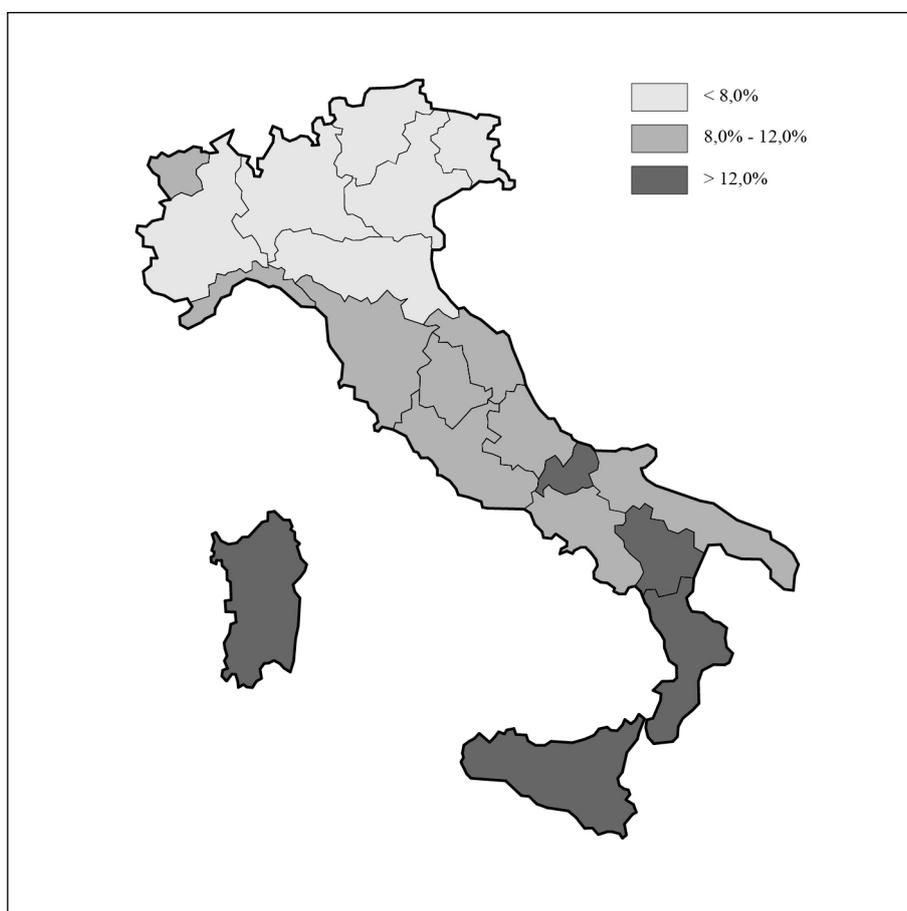
Nel dettaglio, la comodità degli spostamenti è risultato essere importante per il 6,00% nelle risposte degli intervistati, la presenza di un parente nella zona del presidio ospedaliero per il 4,60% mentre la conoscenza di un medico e/o infermiere nell'ospedale extraregionale rappresentava il principale fattore che guidava la scelta del paziente con una percentuale del 20,30% nelle risposte date.

L'area della necessità è stata rilevata nel 26,2% delle risposte degli intervistati. In questo caso, gli intervistati hanno associato il movente della scelta migratoria da parte

del paziente alla mancanza di strutture adeguate sul territorio (21,2%), o alla loro scarsa accessibilità (5%). Questi ultimi due moventi fungono da indicatori dell'esistenza di una situazione di criticità, ovvero la generazione di una "mobilità per carenza/assenza locale di offerta [sanitaria]" (Cislaghi, Giuliani 2012, 32).

Interessante è altresì rivedere l'analisi condotta da Cislaghi e Giuliani (2012, 37) riguardante il tempo reale impiegato da ogni cittadino italiano per raggiungere il presidio ospedaliero dove ha avuto luogo la prestazione sanitaria, ovvero la quota di mobilità superiore al tempo di percorrenza di 120 minuti, suddivisa per regioni. Il risultato dello studio svolto è rappresentato nella Figura 2.

*Figura 2. Percentuali di ricoveri di residenti con mobilità oltre i 120 minuti.*



Fonte: Cislaghi, C., Giuliani, F., (2012)

I dati indicano che nelle regioni del nord, ad eccezione della Valle d'Aosta e Liguria, meno dell'8% dei ricoveri ha riguardato tragitti di percorrenza da parte dei pazienti di durata maggiore ai 120 minuti. Le regioni del Sud Italia (Calabria, Basilicata e Molise) e le isole (Sicilia e Sardegna) presentano una percentuale di ricoveri con mobilità

superiore ai 120 minuti che supera il 12% (a dimostrazione che le regioni insulari e meridionali sono maggiormente interessate da una mobilità sanitaria di lunga distanza e non di confine); tale percentuale è invece compresa tra l'8% e il 12% nelle regioni del Centro Italia (con l'aggiunta della Regione Campania, della Regione Abruzzo e della Regione Puglia).

Il Piano Nazionale Esiti può aiutare a fornire delle valutazioni circa i risultati correlati alla mobilità sanitaria. Nella penultima indagine dello stesso, edizione 2016, è stato evidenziato come i pazienti che si muovono lontani dalla proprio luogo di residenza, alla ricerca di determinati trattamenti medici riescano ad ottenere risultati migliori ed un concreto beneficio, rispetto a coloro che preferiscono rimanere e farsi curare nelle strutture vicine al proprio luogo di residenza (per approfondimenti, si rimanda all'indirizzo internet: <http://www.agenas.it/focus-on-risultati-pne-2016>).

La mobilità sanitaria, tuttavia, non appare completamente scevra da elementi di criticità. Collicelli (2012, 21-22) individua quattro tipologie di costi direttamente connessi alla mobilità sanitaria: “i costi privati tangibili e intangibili, i costi pubblici ed i problemi organizzativi e di politica sanitaria. I costi tangibili sono i costi legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza, i costi privati intangibili sono connessi al disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione; i costi pubblici sono quelli attinenti alle pratiche amministrative per i trasferimenti di risorse finanziarie ed eventualmente relative al contenzioso tra le regioni; i problemi organizzativi sono legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa [...]”.

Lunt (2015, 384-385) ha illustrato il processo di cura affrontato da ciascun “paziente viaggiatore” con tutte le possibili fasi, prevedendo anche il caso in cui emergano delle complicazioni e ricadute una volta ritornati presso la propria residenza abituale. Ciò rappresenta un ulteriore costo, non trascurabile, che va ad aggiungersi ai precedenti. Inoltre, secondo Fattore (2014, 7) “non vi è pertanto dubbio che questi costi rappresentino una violazione del principio di equità di fronte al diritto di assistenza”.

Nei capitoli seguenti si andrà a far luce su quali siano concretamente i numeri in Italia dei pazienti che, nonostante i disagi psico-fisici e le molte difficoltà legate allo spostamento, hanno comunque deciso di affrontare il viaggio per la salute.

## Capitolo 2. La mobilità sanitaria interregionale in Italia

### 2.1 Introduzione

In questo capitolo si approfondisce l'ospedalizzazione regionale italiana fotografando la situazione negli ospedali italiani ed i trend relativi alla mobilità interregionale.

E' presentata un'analisi puntuale e comparativa dei dati dall'anno 2012 all'anno 2016 prendendo come riferimento le Schede di Dimissione Ospedaliera.

### 2.2 Le Schede di Dimissione Ospedaliera

Per l'analisi della mobilità interregionale, si propone l'utilizzo delle informazioni contenute nella "banca dati ricoveri ospedalieri SDO", ossia la banca dati nazionale sui ricoveri ospedalieri, istituita presso il Ministero della Salute, pubblica e liberamente consultabile per via telematica, a cui affluiscono le informazioni relative a tutti i ricoveri registrati in Italia a partire dal 1996 in tutte le strutture pubbliche e private accreditate nell'intero territorio nazionale. Secondo quanto riportato nel rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2016, "la banca dati SDO è caratterizzata da un elevato livello di completezza della rilevazione, pari al 99,4% per gli istituti pubblici e 99,1% per gli istituti privati accreditati, con una copertura complessiva pari al 98,1% ed una qualità della compilazione in costante miglioramento" (Direzione Generale della programmazione sanitaria, 2017, 1).

Il flusso informativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera viene periodicamente sottoposto a revisione dalle regioni al fine di adeguarne i contenuti ai fabbisogni conoscitivi emergenti per il monitoraggio e la programmazione dell'assistenza ospedaliera. Dal 2006 esso rileva i dati relativi allo stato funzionale, alla classe di priorità e alla gravità dei pazienti ricoverati per intervento chirurgico.

Riportando quanto descritto nel rapporto del Servizio Epidemiologico Regionale della Regione del Veneto (2017, 13) "l'ultima revisione da parte della Regione del Veneto è di agosto 2010 (decreto n.48 del 24.08.2010 "Aggiornamento della disciplina del flusso informativo 'Scheda di Dimissione Ospedaliera' e dei tracciati record") con la quale è stata stabilita una periodicità di invio mensile del flusso informativo verso il Ministero della Salute e sono state introdotte due variabili di particolare interesse per

l'epidemiologia valutativa, ovvero: il livello di istruzione e la causa esterna dei traumatismi e delle intossicazioni”.

Inoltre, con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione del Veneto n.2715 del 24 dicembre 2012 “Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera”, sono state aggiornate le linee guida per la compilazione delle stesse.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera, secondo la definizione contenuta nel glossario presente nel sito del Ministero della Salute, “è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la privacy, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori sia ai cittadini. Le Schede di Dimissione Ospedaliere sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato; le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alle regioni e da queste al Ministero della Salute”. Essa costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica del paziente, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa. La responsabilità della corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, in termini di completezza e congruità delle informazioni in essa riportate, è in capo al medico dimettente, il quale deve tenere in considerazione l'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente, non limitandosi a segnalare le diagnosi trattate e gli interventi o procedure effettuati nella propria Unità Operativa. La compilazione, inoltre, deve essere effettuata nel minore tempo possibile dopo la dimissione del paziente.

Successivamente, con cadenza trimestrale, ciascuna struttura di ricovero provvede ad inviare i dati alla regione, la quale, dopo aver effettuato i dovuti controlli, invia i dati al Ministero della Salute con cadenza semestrale. È attualmente in fase di valutazione la possibilità di abbreviare la cadenza dell'invio dei dati al Ministero della Salute da parte delle regioni.

La Regione del Veneto con il decreto regionale n.32 del 19 dicembre 2005, relativo alla disciplina del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera, ha introdotto la rilevazione del grado di dipendenza assistenziale dei pazienti. La rilevazione di questa variabile viene eseguita prevalentemente dagli infermieri

utilizzando la scala di Barthel (si veda a riguardo l'Appendice A). Si tratta di una scala ordinale delle cosiddette "attività del vivere quotidiano": vengono prese in considerazione dieci tipi di attività della vita quotidiana (ad esempio la capacità di alimentarsi, la capacità di vestirsi, la capacità di gestirsi l'igiene personale, lavarsi) e la mobilità (per esempio lo spostarsi dalla sedia al letto, il deambulare in piano, il salire e scendere le scale) a ciascuna delle quali viene assegnato un punteggio che esprime il grado di funzionalità, ovvero di autonomia, del paziente nell'eseguire tali attività. Esso può assumere il valore di piena, ridotta o nessuna funzionalità.

I momenti in cui si raccolgono le rilevazioni sono: il momento dell'ingresso in ospedale, durante il corso della degenza e il momento della dimissione. Per i pazienti deceduti, la valutazione al momento della dimissione ha sempre punteggio pari a 0.

Dalla somma dei punteggi deriva un valore compreso tra 0 e 100; quanto più basso è il punteggio complessivo, tanto maggiore risulta essere il grado di dipendenza assistenziale del paziente.

Il rilevamento di tale variabile rappresenta un'importante e reale indicazione sulle condizioni di salute dei ricoverati: un aiuto, anche parziale, dell'operatore sanitario o di colui che si prende cura del malato o del disabile, impatta infatti pesantemente sia sul volume di risorse assistenziali, sia sull'analisi e la valutazione degli esiti dell'assistenza.

### *2.3 Analisi della mobilità sanitaria interregionale in Italia*

In questo paragrafo vengono presentati i numeri della mobilità interregionale delle regioni italiane riferiti agli anni 2012-2016. Si premette che per la prima elaborazione (Tabella 1) sono state utilizzate le Tavole Rapporto SDO 1.1, liberamente consultabili e scaricabili dal sito del Ministero della Salute:

Si precisa che, facendo riferimento a quanto riportato nel glossario presente nel sito del Ministero della Salute, i ricoveri negli istituti pubblici comprendono i ricoveri effettuati in Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici Universitari pubblici, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e fondazioni pubbliche e gli Ospedali a gestione diretta; i ricoveri negli istituti privati accreditati comprendono i ricoveri effettuati presso Policlinici Universitari privati, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca e le Case di cura private

accreditate; infine i ricoveri effettuati presso gli istituti privati non accreditati si riferiscono alle Case di cura private non accreditate.

Nella Tabella 1, sono illustrati i totali delle Schede di Dimissione Ospedaliera trasmesse dalle regioni, non distinguendo le diverse attività di ricovero ed includendo i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate e non.

Ponendo a confronto i totali per l'Italia delle dimissioni ospedaliere verificatosi negli anni 2012-2016, si denota un trend in flessione: da un totale complessivo per tutte le regioni di 10.259.780 Schede di Dimissione Ospedaliera trasmesse nel 2012, si arriva a un totale di 9.306.226 nel 2015 e di 9.061.780 nel 2016. Una riduzione generale nel quinquennio dell'ordine del 10,30%.

Secondo il VII Rapporto RBM - Censis (2017, 153, 157) nel 2016, difatti, sono stati 12,2 milioni di persone che hanno rinviato o rinunciato a delle prestazioni sanitarie per ragioni economiche, in crescita di 1,2 milioni rispetto al 2015. Tale comportamento si riflette come una forma di "sanità negata" non più eccezionale ma che al contrario si sta consolidando e stabilizzando negli anni.

Nell'anno 2016, la Regione Lombardia ha presentato il maggior numero di Schede di Dimissione Ospedaliera (pari a 1.514.532 schede). Al secondo posto si posiziona la Regione Campania (con un totale di 948.939 schede conteggiate), seguita dalla Regione Lazio (933.084 schede). La Regione del Veneto si posiziona al quinto posto con un totale di 690.162 Schede di Dimissione Ospedaliera, preceduta dalla Regione Emilia Romagna (con un totale di 778.914 schede conteggiate).

A seguire, nella Figura 3 e nella Figura 4, si illustra la distribuzione delle Schede di Dimissione Ospedaliera per macroaree geografiche italiane.

Nello specifico, le macroaree considerate sono: il Centro-Nord Italia ed il Mezzogiorno.

Il Centro-Nord Italia comprende le regioni del Nord-Ovest (Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta) e quelle del Nord-Est (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto) e le regioni Lazio, Marche, Toscana ed Umbria.

Il Mezzogiorno comprende le regioni dell'Italia Meridionale o Sud Italia (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia) e quelle dell'Italia insulare (Sardegna, Sicilia).

Tabella 1. Schede di Dimissione Ospedaliera trasmesse per regione. Anni 2012-2016.

Regione	Schede di dimissione Anno 2012	Schede di dimissione Anno 2013	Schede di dimissione Anno 2014	Schede di dimissione Anno 2015	Schede di dimissione Anno 2016
Piemonte	711.001	676.878	654.828	641.871	628.665
Valle d'Aosta	23.709	24.602	25.066	24.873	22.652
Lombardia	1.590.905	1.538.256	1.520.126	1.529.190	1.514.532
Trentino Alto Adige	193.391	184.885	182.769	180.925	175.032
Veneto	707.345	690.403	684.136	692.087	690.162
Friuli Venezia Giulia	210.216	202.716	193.272	181.532	186.052
Liguria	309.479	289.961	280.607	271.725	263.689
Emilia Romagna	839.779	822.744	806.203	796.966	778.914
Toscana	616.258	594.808	591.853	583.870	570.038
Umbria	156.976	154.040	152.575	147.426	142.434
Marche	250.682	245.157	239.094	230.580	226.661
Lazio	1.085.845	1.045.602	996.460	963.417	933.084
Abruzzo	223.280	220.320	212.878	201.493	200.128
Molise	63.805	62.426	62.416	59.572	52.473
Campania	1.069.072	1.050.210	1.017.766	980.909	948.939
Puglia	710.910	670.274	636.226	589.144	549.017
Basilicata	85.226	81.106	82.106	80.456	78.330
Calabria	283.110	258.994	245.286	236.709	224.618
Sicilia	845.542	760.686	673.680	644.006	617.307
Sardegna	283.249	269.924	271.160	269.475	259.053
<b>Totale Italia</b>	<b>10.259.780</b>	<b>9.843.992</b>	<b>9.528.507</b>	<b>9.306.226</b>	<b>9.061.780</b>

Fonte: Elaborazione dell'autore.

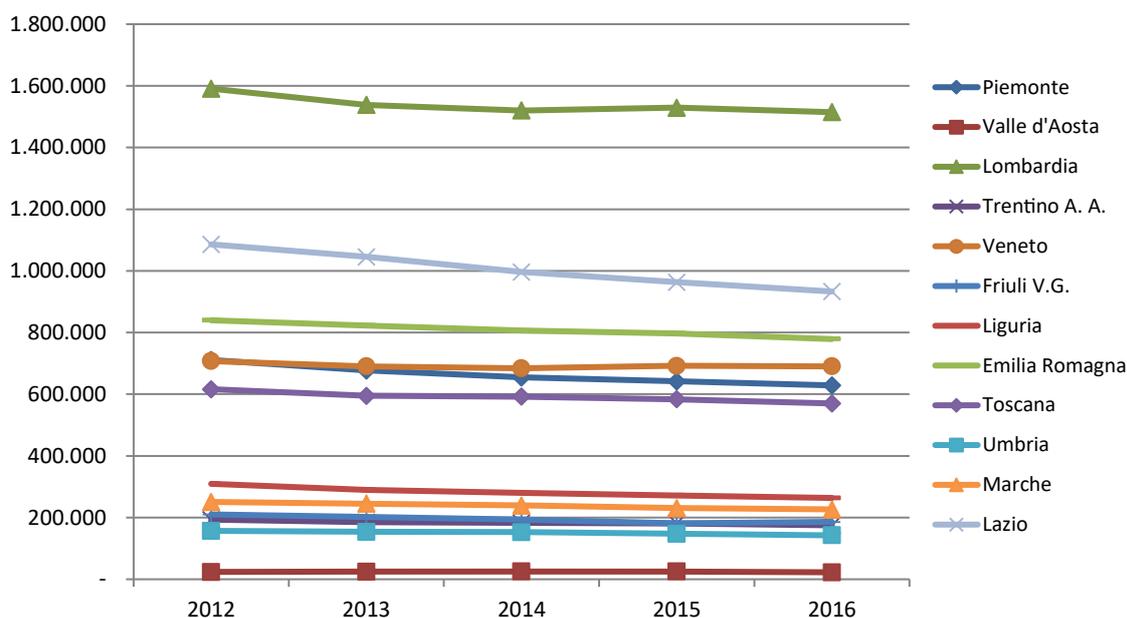
In entrambe le (Figure 3 e Figura 4) si osserva una diminuzione del numero di dimissioni generalizzato in entrambe le macroaree nel quinquennio considerato.

In particolare, nella macroarea Mezzogiorno, la Regione Sicilia ha registrato una forte variazione in diminuzione nel triennio 2012 - 2014 (-20,32%, corrispondente a un decremento di 171.862 schede) mentre la Regione Puglia e la Regione Campania hanno registrato un costante decremento nel corso degli anni, rispettivamente in media di 40.000 schede e 30.000 schede all'anno.

Nella macroarea Centro-Nord la regione che ha registrato la maggior diminuzione del numero di schede è stata la Regione Lazio con un decremento pari all'8,23% nel triennio 2012 - 2014.

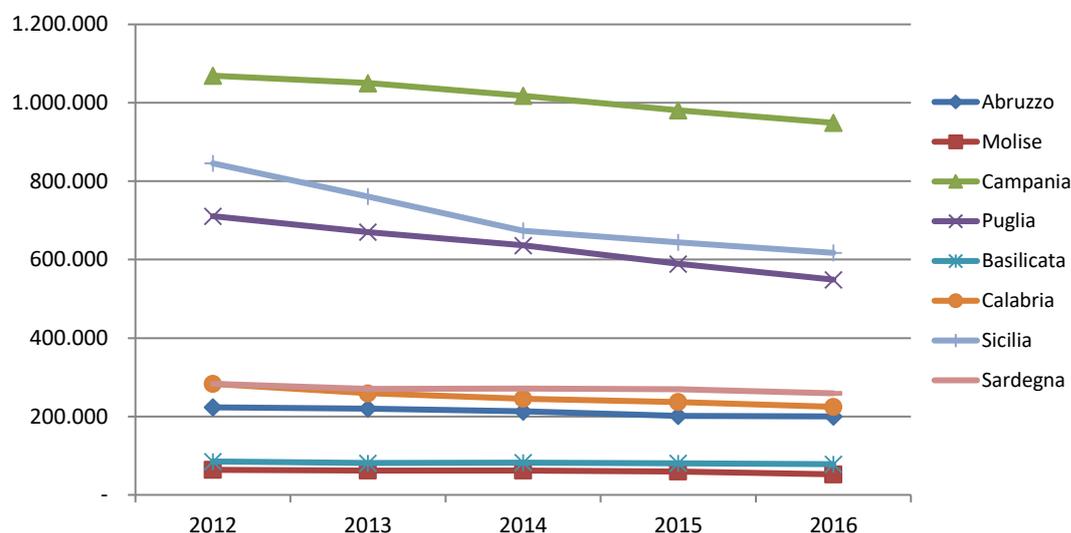
La Regione del Veneto e la Regione Lombardia, per la macroarea Centro-Nord, e la Regione Sardegna, per la macroarea Mezzogiorno, sono state le uniche regioni a registrare nel biennio 2014-2015 un leggero aumento nel numero delle schede registrate.

Figura 3. Schede di Dimissione Ospedaliera nelle regioni del Centro-Nord Italia. Anni 2012-2016



Fonte: Elaborazione dell'autore

Figura 4. Schede di Dimissione Ospedaliera nelle regioni del Mezzogiorno. Anni 2012-2016



Fonte: Elaborazione dell'autore

Nelle tabelle successive, dalla Tabella 2 alla Tabella 6, è stata svolta l'analisi della mobilità ospedaliera tra le due macroaree Centro-Nord e Mezzogiorno utilizzando il modello proposto da Federico Pica e Salvatore Villani (2010, 417-419) e le Tavole Rapporto SDO degli anni 2012-2016 relative alle attività per Acuti in Regime ordinario

e alle attività per Acuti in Regime diurno, l'attività di Riabilitazione in Regime ordinario e di Riabilitazione in Regime diurno ed infine l'attività di Lungodegenza in Regime ordinario. Arrivati a questo punto sono necessarie alcune precisazioni.

Il regime di ricovero si distingue tra: il ricovero ordinario, che prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera ed il ricovero diurno, o in day hospital, caratterizzato dalla presenza in ospedale solo per una parte della giornata.

L'attività per acuti comprende tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi o di lungodegenza, escludendo i neonati sani presenti in ospedale a seguito dell'evento della nascita escludendo qualsiasi patologia; l'attività di riabilitazione identifica sia i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alle discipline unità spinale, recupero, riabilitazione funzionale e neuroriabilitazione, sia i ricoveri effettuati in istituti di sola riabilitazione esclusa la lungodegenza. Infine l'attività di lungodegenza identifica i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alla disciplina lungodegenti, ovvero di pazienti affetti da forme morbose croniche che hanno necessitato di assistenza di lungo periodo finalizzata al completo recupero funzionale e psicologico, nonché per impedire il peggioramento della condizione di malattia.

Per le elaborazioni dalla Tabella 2 alla Tabella 6, si utilizzano le Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25, 5.26 per gli anni dal 2012 al 2016 e, al fine del calcolo del numero di ricoveri nell'altra macroarea, si utilizzano le Tavole Rapporto SDO 5.14, 5.15, 5.16, 5.17, 5.18 per l'anno 2012 e le Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25, 5.26 per gli anni dal 2013 al 2016.

Il numero dei "ricoveri nell'altra macroarea (B) Centro-Nord" è stato costruito sommando il numero di dimissioni nella macroarea Mezzogiorno di pazienti aventi residenza della macroarea Centro-Nord; il numero di "ricoveri nell'altra macroarea (B) Mezzogiorno" è stato costruito sommando il numero di dimissioni nella macroarea Centro-Nord di pazienti aventi residenza nella macroarea Mezzogiorno.

Al fine di comprendere quali macroaree geografiche presentino una più elevata capacità di attrazione e quali invece una più elevata mobilità passiva, si è utilizzato l'indice di fuga ospedaliera. In generale, l'analisi della mobilità sanitaria può essere affrontata attraverso l'utilizzo dell'indice di fuga, l'indice di attrazione e l'indice sintetico di mobilità.

L'indice di fuga è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di dimissioni ospedaliere effettuate in altre regioni da pazienti residenti e il totale delle dimissioni dei residenti effettuate su tutto il territorio nazionale (ovvero è l'attività propria di ogni regione):

$$\text{Indice di fuga} = \frac{\text{dimissioni in altre regioni da pazienti residenti}}{\text{totale dimissioni dei residenti su tutto il territorio nazionale}}$$

L'indice di attrazione è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di dimissioni ospedaliere di pazienti non residenti e il numero totale delle dimissioni nella regione:

$$\text{Indice di attrazione} = \frac{\text{dimissioni di pazienti non residenti}}{\text{totale dimissioni nella regione}}$$

Il confronto con l'indice di fuga fornisce un quadro della capacità del Sistema Sanitario regionale (e delle singole aziende) di essere efficace ed efficiente nell'erogazione dei servizi socio sanitari nonché informazioni indirette sulla qualità percepita e sulla performance del Sistema Sanitario regionale in rapporto con i sistemi sanitari esistenti nelle altre regioni.

Una misura sintetica che consente quindi di esprimere l'attrazione dei bacini di utenza, al netto della fuga, è l'indice sintetico di mobilità calcolato come rapporto tra l'indice di attrazione e l'indice di fuga:

$$\text{Indice sintetico di mobilità} = \frac{\text{Indice di attrazione}}{\text{Indice di fuga}}$$

L'indice assume valori maggiori o uguali a zero. E' pari a zero quando si verifica che nel bacino di utenza considerato non sono stati effettuati ricoveri di non residenti (ovvero la capacità di attrazione è nulla); valori compresi tra zero e uno indicano un'immigrazione interregionale inferiore all'emigrazione e si verifica quindi un'eccedenza di flussi in uscita rispetto a quelli di entrata; valori maggiori a uno indicano flussi di pazienti in entrata superiori ai flussi di pazienti in uscita, quindi esprimono la capacità della regione di assorbire parte della domanda esterna.

Tabella 2. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Numero di dimissioni per Acuti in Regime ordinario. Anni 2012-2016.

Macroarea di residenza	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ricoveri nella macroarea di residenza (A)</b>					
Centro-Nord	4.565.995	4.439.826	4.486.636	4.311.341	4.266.713
Mezzogiorno	2.275.019	2.195.167	1.999.802	2.086.693	2.021.858
<b>Ricoveri nell'altra macroarea (B)</b>					
Centro-Nord	37.296	36.271	35.621	35.996	35.065
Mezzogiorno	171.854	168.013	165.800	166.991	169.309
<b>Totale ricoveri (A+B)</b>					
Centro-Nord	4.603.291	4.476.097	4.522.257	4.347.337	4.301.778
Mezzogiorno	2.446.873	2.363.180	2.165.602	2.253.684	2.191.167
<b>Indice di fuga [B/(A+B)x100]</b>					
Centro-Nord	0,81	0,81	0,79	0,83	0,82
Mezzogiorno	7,02	7,11	7,66	7,41	7,73

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nota: Sono stati inclusi i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate.

Tabella 3. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Numero di dimissioni per Acuti in Regime diurno. Anni 2012-2016.

Macroarea di residenza	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ricoveri nella macroarea di residenza (A)</b>					
Centro-Nord	1.491.597	1.403.422	1.366.695	1.324.838	1.268.213
Mezzogiorno	1.051.460	941.836	827.546	744.985	683.663
<b>Ricoveri nell'altra macroarea (B)</b>					
Centro-Nord	13.755	13.197	12.710	11.895	11.470
Mezzogiorno	64.875	61.509	60.515	60.222	59.213
<b>Totale ricoveri (A+B)</b>					
Centro-Nord	1.505.352	1.416.619	1.379.405	1.336.733	1.279.683
Mezzogiorno	1.116.335	1.003.345	888.061	805.207	742.876
<b>Indice di fuga [B/(A+B)x100]</b>					
Centro-Nord	0,91	0,93	0,92	0,89	0,90
Mezzogiorno	5,81	6,13	6,81	7,48	7,97

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nota: Sono stati inclusi i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate.

Tabella 4. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Numero di dimissioni per Riabilitazione in Regime ordinario. Anni 2012-2016.

Macroarea di residenza	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ricoveri nella macroarea di residenza (A)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	247.699	251.927	252.879	254.236	255.770
<b>Mezzogiorno</b>	65.203	66.372	61.836	64.071	63.343
<b>Ricoveri nell'altra macroarea (B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	1.550	1.669	1.573	1.678	1.654
<b>Mezzogiorno</b>	14.399	14.696	15.176	15.261	15.914
<b>Totale ricoveri (A+B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	249.249	253.596	254.452	255.914	257.424
<b>Mezzogiorno</b>	79.602	81.068	77.012	79.332	79.257
<b>Indice di fuga [B/(A+B)x100]</b>					
<b>Centro-Nord</b>	0,62	0,66	0,62	0,66	0,64
<b>Mezzogiorno</b>	18,09	18,13	19,71	19,24	20,08

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nota: Sono stati inclusi i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate.

Tabella 5. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Numero di dimissioni per Riabilitazione in Regime diurno. Anni 2012-2016.

Macroarea di residenza	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ricoveri nella macroarea di residenza (A)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	34.785	29.850	24.366	23.297	21.539
<b>Mezzogiorno</b>	10.872	11.318	10.502	10.809	10.416
<b>Ricoveri nell'altra macroarea (B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	64	67	73	81	94
<b>Mezzogiorno</b>	104	1.999	981	1.006	883
<b>Totale ricoveri (A+B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	34.849	29.917	24.439	23.378	21.633
<b>Mezzogiorno</b>	10.976	13.317	11.483	11.815	11.299
<b>Indice di fuga [B/(A+B)x100]</b>					
<b>Centro-Nord</b>	0,18	0,22	0,30	0,35	0,43
<b>Mezzogiorno</b>	0,95	15,01	8,54	8,51	7,81

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nota: Sono stati inclusi i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate.

Tabella 6. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Attività di Lungodegenza in Regime ordinario. Anni 2012-2016.

Macroarea di residenza	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Ricoveri nella macroarea di residenza (A)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	87.776	89.127	87.176	88.628	83.707
<b>Mezzogiorno</b>	19.814	21.698	22.678	22.081	21.264
<b>Ricoveri nell'altra macroarea (B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	179	217	220	230	242
<b>Mezzogiorno</b>	928	924	1.047	889	1.055
<b>Totale ricoveri (A+B)</b>					
<b>Centro-Nord</b>	87.955	89.344	87.396	88.858	83.949
<b>Mezzogiorno</b>	20.742	22.622	23.725	22.970	22.319
<b>Indice di fuga [B/(A+B)x100]</b>					
<b>Centro-Nord</b>	0,20	0,24	0,25	0,26	0,29
<b>Mezzogiorno</b>	4,47	4,08	4,41	3,87	4,73

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nota: Sono stati inclusi i ricoveri sia in strutture pubbliche che private accreditate e non.

A livello di macroaree si noti come le regioni appartenenti al Centro-Nord presentino una elevata capacità di attrazione consolidata nel quinquennio per tutte le tipologie di ricovero ospedaliero. L'indice di fuga (si veda dalla Tabella 2 alla Tabella 6) risulta essere sempre inferiore all'unità: la mobilità passiva verso la macroarea Mezzogiorno permane a livelli estremamente ridotti.

Le regioni del Mezzogiorno registrano, al contrario, crescenti ed elevati tassi di fuga verso la macroarea Centro-Nord e quindi una marcata mobilità passiva. L'attività maggiormente interessata ai flussi emigratori risulta essere l'attività di Riabilitazione in Regime ordinario (con tassi di fuga rispettivamente del 18,09% nel 2012, 18,13% nel 2013, 19,71% nel 2014, 19,24% nel 2015 e del 20,08% nel 2016); a seguire, l'attività per Acuti in Regime ordinario, con un tassi di fuga pari allo 7,02% nel 2012, 7,11% nel 2013, 7,66% nel 2014, 7,41% nel 2015 e del 7,73% nel 2016.

Per quanto riguarda l'attività di Lungodegenza, i tassi di fuga permangono stabili nel quinquennio (la media registrata negli anni del tasso di fuga è del 4%).

#### *2.4 La compensazione della mobilità sanitaria interregionale*

Gli spostamenti degli assistiti fra le strutture di erogazione dei servizi sanitari delle regioni comporta la necessità di provvedere alla regolazione delle posizioni debitorie e creditorie rispetto alle tariffe vigenti per ciascuna prestazione.

Il meccanismo di compensazione dei saldi positivi e negativi della mobilità sanitaria fra le regioni è possibile tramite l'istituto della compensazione della mobilità sanitaria il quale è stato oggetto di una evoluzione nel corso del tempo.

La problematica relativa alla compensazione è emersa a seguito dell'implementazione del sistema di finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse. L'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione resa, ha generato la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che avevano ottenuto il finanziamento pro-capite.

Prima dell'anno 1993, venivano prese in considerazione soltanto le prestazioni per ricovero ed i flussi finanziari erano molto modesti. Non si trattava di un vero e proprio sistema di remunerazione ma di una sorta di misura "premiale", basato sulla copertura a piè di lista dei costi sostenuti.

Successivamente, con l'entrata in vigore del decreto legislativo 502/92, venne introdotto il sistema di remunerazione a tariffa degli erogatori di prestazioni sanitarie.

La Conferenza Stato-Regioni, con decisione del 25 novembre 1993, stabilì che oggetto di rimborso, oltre ai ricoveri, si potevano includere anche la medicina di base, la farmaceutica, la medicina specialistica e la medicina termale. La stessa decisione introdusse anche il corrispettivo unico nazionale da utilizzarsi esclusivamente per la compensazione della mobilità sanitaria in materia di ricoveri. Viene quindi adottato uno specifico tariffario di riferimento costruito utilizzando i pesi relativi tra i "raggruppamenti omogenei di diagnosi", in acronimo "ROD", ovvero le risorse mediamente assorbite dai ricoveri per uno specifico gruppo diagnostico rispetto alle risorse mediamente assorbite dai ricoveri degli altri raggruppamenti.

I raggruppamenti omogenei di diagnosi venivano ordinati per peso relativo e raggruppati in un numero di intervalli pari a 9. Ad ogni intervallo veniva assegnata una tariffa. I raggruppamenti omogenei di diagnosi che avevano un peso che ricadeva nello stesso intervallo venivano quindi valorizzati con la medesima tariffa. Tale sistema

riscontrò delle difficoltà attuative e riemerse la tesi dell'applicazione di tariffari regionali. Difatti dal 1995 al 2002 si verificò un incremento nei saldi sanitari molto consistente, nell'ordine del 60%, addirittura superiore all'incremento che nello stesso periodo ebbe il fondo sanitario.

Alla luce di tale problematica, a partire dal 1 luglio 2003 si è tornati al sistema Tariffa Unica Convenzionale: con intesa interistituzionale tra Ministero della Salute, regioni e province autonome. In questa maniera si è voluto risolvere il problema della disomogeneità tra tariffari regionali, garantendo la coerenza tra tariffa e costi di produzione, evitando la proliferazione di politiche opportuniste tese a massimizzare i ricavi derivanti dalla mobilità.

Ad oggi il pagamento per cure e servizi ospedalieri, erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate, si basa sulle tariffe secondo il sistema e le regole dei raggruppamenti omogenei di diagnosi che raggruppa i ricoveri in classi caratterizzate da consumi omogenei. Per ciascun raggruppamento omogeneo di diagnosi viene definito un valore soglia: si tratta di uno specifico limite superiore di durata della degenza definito “trim point alto”, al di sopra del quale il ricovero viene considerato anomalo ovvero viene definito come “ricovero oltresoglia” o “outlier”. Talvolta viene introdotta anche una soglia inferiore, un “trim point basso”, tipicamente pari a un giorno, in base alla quale vengono considerati anomali i ricoveri con durata della degenza eccessivamente breve.

In tal caso si parlerà di ricoveri “outlier bassi”, per differenziarli dai precedenti ricoveri outlier o oltresoglia.

Nel 2003 si decise di adottare una tariffa unica convenzionata e stabilire un regime particolare per 43 raggruppamenti omogenei di diagnosi “ad alto rischio di inappropriatazza” e per le prestazioni di “alta specialità” o erogate nei cosiddetti “centri di eccellenza”.

In questo modo si intendeva scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di media-bassa complessità - la cosiddetta “mobilità evitabile” - e garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità (la cosiddetta “mobilità fisiologica o inevitabile”). Al contempo si consolidava la capacità di attrazione dei centri di alta qualificazione, ottenendo volumi di attività tali da garantire la fornitura di un'assistenza di qualità.

Un breve approfondimento è necessario per quanto riguarda il concetto dell'appropriatazza: secondo Cartabellotta (2016, 11) “nessun intervento sanitario può

essere classificato in maniera dicotomica come appropriato o inappropriato, in quanto esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie delle evidenze scientifiche, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative del paziente”. Siamo in presenza quindi di una dimensione non univoca che può essere declinata sia sotto un profilo organizzativo che professionale.

Nel primo caso, si riferisce prevalentemente al consumo di una quantità appropriata di risorse (non solo fisiche, ma anche professionali- ovvero di personale sanitario coinvolto) per l'erogazione dell'intervento.

Nella seconda declinazione si valutano gli effetti in termini di efficacia e sicurezza degli interventi sanitari affinché i rischi e le condizioni sfavorevoli siano accettabili rispetto ai benefici dello stesso: “il reale beneficio di un intervento sanitario appropriato dipende dalla sua erogazione al momento giusto e per la giusta durata, dalla compliance del paziente oltre che dalle sue caratteristiche cliniche” (Cartabellotta 2009, 12).

Ritornando al decorso storico del meccanismo di compensazione sanitaria, una modifica nel 2005 ha previsto l'adozione del sistema di Classificazione internazionale delle malattie che rese ufficiale l'adozione della versione 2002 del sistema di classificazione “ICD-9-CM” e la diciannovesima versione del Grouper CMS (DRG 505). Questa modifica ha influenzato il sistema di compensazione della mobilità interregionale e la relativa Tariffa Unica Convenzionale.

A partire dal primo gennaio 2009, per la codifica delle diagnosi e delle procedure, principali e secondarie, contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, viene adottata su tutto il territorio nazionale la versione 2007 della classificazione ICD-9-CM. Operativamente, il raggruppamento dei ricoveri in ROD viene effettuato mediante un software detto “Grouper” che, analizzando una serie di informazioni anagrafiche e cliniche sul ricovero, procede all'attribuzione del raggruppamento omogeneo di diagnosi. Il livello superiore al raggruppamento omogeneo di diagnosi è la “Categoria diagnostica principale” (di seguito “MDC”) e si tratta di un raggruppamento basato su un criterio di rilevanza clinica anatomico (ossia relativo all'apparato affetto dalla patologia) o eziologico (relativo alla causa della patologia); un ulteriore raggruppamento è il “pre-MDC” che comprende la casistica diagnostica ad alto assorbimento di risorse (ad esempio i trapianti di organi e le tracheostomie).

A seguire, si fornisce un esempio di Categorie diagnostiche principali della Regione del Veneto con numero di casi accertati (Figura 5).

Figura 5. Categorie diagnostiche principali della Regione del Veneto. Anno 2016.

MCD - Regione del Veneto - Anno 2016	REGIME ORDINARIO CASI DI 1 GIORNO	REGIME ORDINARIO CASI DI 2-3 GIORNI	REGIME ORDINARIO CASI TRA 4 GIORNI VALORE SOGLIA	REGIME ORDINARIO CASI OLTRE VALORE SOGLIA	TOTALE REGIME ORDINARIO	TOTALE REGIME DIURNO
MDC 01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.796.754	26.118.277	111.501.061	9.437.907	149.853.999	6.808.709
MDC 02 - Malattie e disturbi dell'occhio	2.741.881	2.690.356	1.934.333	262.685	7.629.255	11.319.866
MDC 03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	6.162.752	15.471.091	8.830.366	1.536.862	32.001.071	12.021.948
MDC 04 - Malattie e disturbi dell'apparato	768.760	15.616.194	144.331.410	9.874.947	170.591.311	955.898
MDC 05 - Malattie e disturbi dell'apparato	8.983.677	53.367.001	263.421.638	28.365.501	354.137.817	13.333.832
MDC 06 - Malattie e disturbi dell'apparato	6.334.512	20.720.969	127.768.421	9.300.486	164.124.388	8.523.688
MDC 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del	3.634.059	21.108.094	67.926.500	5.244.022	97.912.675	2.177.612
MDC 08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	22.630.329	47.874.599	243.703.320	16.296.871	330.505.119	36.923.543
MDC 09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	5.026.424	10.904.607	14.152.332	1.856.573	31.939.936	18.876.005
MDC 10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali	345.842	14.567.138	18.871.535	1.618.076	35.402.591	770.912
MDC 11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5.441.538	19.097.316	70.491.453	5.171.908	100.202.215	7.597.173
MDC 12 - Malattie e disturbi dell'apparato	1.874.881	9.149.864	19.743.707	776.437	31.544.889	5.019.430
MDC 13 - Malattie e disturbi dell'apparato	3.044.197	19.884.795	20.268.044	1.626.250	44.823.286	16.415.225
MDC 14 - Gravidanza, parto e puerperio	2.723.677	30.669.857	26.690.567	6.862.137	66.946.238	8.123.632
MDC 15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	71.912	5.470.792	40.147.730	4.005.977	49.696.411	10.600
MDC 16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	237.720	2.030.112	8.461.588	982.736	11.712.156	2.500.950
MDC 17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2.385.680	8.643.816	28.013.333	4.217.975	43.260.804	8.385.472
MDC 18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	350.811	5.775.150	50.353.879	4.799.340	61.279.180	158.095
MDC 19 - Malattie e disturbi mentali	99.898	2.203.345	18.603.826	5.095.593	26.002.662	877.094
MDC 20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	20.209	325.332	2.196.092	399.635	2.941.268	12.567
MDC 21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	808.118	3.159.958	6.421.684	1.443.571	11.833.331	567.905
MDC 22 - Ustioni	44.586	161.376	2.140.920	230.911	2.577.793	15.976
MDC 23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.315.773	2.961.912	4.785.262	629.876	9.692.823	2.007.445
MDC 24 - Traumatismi multipli rilevanti	113.200	435.613	8.618.048	911.180	10.078.041	-
MDC 25 - Infezioni da H.I.V.	2.539	108.479	1.649.121	48.951	1.809.090	2.934
Pre-MDC	105.287	1.031.640	85.384.321	6.236.194	92.757.442	-

Fonte: Elaborazione dell'autore su dati del Ministero della Salute.

Con la riforma del 1999, i pagamenti dei raggruppamenti omogenei di diagnosi e le eventuali prestazioni assistenziali aggiuntive, sono stati definiti in modo più dettagliato, così come i pagamenti basati sui costi medi di servizi specifici (come prevenzione, assistenza sociale, trapianti e malattie croniche).

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. de 28 gennaio 1997.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione della Salute hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le succitate note ministeriali. Le regioni e le province autonome hanno quindi assunto accordi per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria;

l'ultima versione in vigore è stata siglata il giorno 2 febbraio 2017 e riguarda la compensazione per gli anni 2014, 2015 e 2016.

Nel dettaglio dell'accordo, i flussi finanziari di prestazioni oggetto di compensazione sono i seguenti: ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A); medicina generale (flusso B); specialistica ambulatoriale (flusso C); farmaceutica (flusso D); cure termali (flusso E); somministrazione diretta di farmaci (flusso F); trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G).

Vengono inoltre individuate nel suo interno le caratteristiche dei flussi informativi, ovvero i tracciati record, e vengono stabiliti i tempi e le modalità di trasmissione dei dati, delle eventuali contestazioni e delle relative controdeduzioni. Non vengono ricomprese nei flussi in compensazione le attività che necessitano di autorizzazioni preventive (come, ad esempio, i disabili cronici e gli Hanseniani) e quelle non elencate tra le prestazioni in compensazione dovranno essere addebitate tramite fatturazione diretta.

Al Ministero della Salute è inviato il prospetto cartaceo "Modello M" riepilogativo degli importi di tutte le attività (si veda a proposito l'Appendice B).

Secondo quanto riportato nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (2017, 6) "la regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il Modello M in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i dieci giorni successivi alla data di scadenza per l'invio dei dati di attività per la predisposizione della tabella provvisoria degli importi di addebito. Entro un mese viene predisposta, con il conseguente invio al Ministero della Salute, la tabella definitiva degli importi in mobilità per l'anno in compensazione comprendente le revisioni dovute all'esito delle contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi relativi all'attività dell'anno precedente."

Si precisa che ad oggi il Ministero della Salute non ha mai reso pubblico la disponibilità dei dati sulla mobilità sanitaria trasmessi dalle regioni con il Modello M.

"La mobilità interregionale italiana nel 2018 rappresenta un giro d'affari pubblico di circa 4,6 miliardi, cifra che include anche i conguagli relativi al 2014 (€ 218,9 milioni) e al 2016 (€ 296,3 milioni). Le regioni creditrici sono 7: in testa si trova la Regione Lombardia che deve incassare oltre 808,6 milioni di euro, seguita dall'Emilia Romagna con quasi 358 milioni e in terza posizione risulta la Regione del Veneto con 161,5

milioni circa da avere. La Calabria risulta la regione maggiormente debitrice tra le 14 italiane con un saldo negativo di oltre 319 milioni di euro, seguita dalla Campania con più di 302 milioni di euro e dal Lazio con 289 milioni di euro” (Quotidiano Sanità, 2018). Nella successiva Tabella 7 sono riportati gli importi, espressi in milioni di euro, dei debiti e crediti nonché il saldo per ciascuna regione. Tali importi sono stati definitivamente approvati nell’ultima seduta ordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del mese di agosto 2018.

*Tabella 7. Debiti, crediti e saldi mobilità sanitaria interregionale. Anno 2018.*

<b>Regione</b>	<b>Debiti</b>	<b>Crediti</b>	<b>Saldo</b>
Piemonte	207.178.323	296.367.089	-89.188.766
Valle D'Aosta	13.005.111	16.941.529	-3.936.418
Lombardia	1.167.614.790	358.935.415	808.679.375
Bolzano	20.714.070	26.602.661	-5.888.591
Trentino Alto Adige	59.646.593	65.282.877	-5.636.284
Veneto	403.282.107	241.854.485	161.427.622
Friuli Venezia Giulia	87.935.432	83.402.385	4.533.047
Liguria	149.026.057	205.939.366	-56.913.309
Emilia Romagna	618.720.824	260.855.263	357.865.561
Toscana	356.471.629	208.203.626	148.268.003
Umbria	115.927.672	96.869.895	19.057.777
Marche	113.005.923	182.911.638	-69.905.715
Lazio	354.851.393	644.026.737	-289.175.344
Abruzzo	116.953.792	188.998.864	-72.045.072
Molise	97.354.403	80.570.550	16.783.853
Campania	169.232.445	471.345.742	-302.113.297
Puglia	160.435.111	341.484.492	-181.049.381
Basilicata	76.135.022	114.506.851	-38.371.829
Calabria	26.271.653	345.726.764	-319.455.111
Sicilia	62.794.493	302.574.216	-239.779.723
Sardegna	19.713.839	101.921.478	-82.207.639

Fonte: Quotidiano Sanità (2018)

Dalla Tabella 7 si evince che le regioni del Mezzogiorno presentano dei saldi di compensazione negativi, con un’unica eccezione rappresentata dalla Regione Molise che presenta un saldo positiva di circa 16 milioni di euro.

La macroarea Centro-Nord presenta una situazione più varia: da evidenziare i due saldi negativi significativi della Regione Lazio (un saldo negativo di circa 290 milioni di

euro) e della Regione Piemonte (che ha registrato un saldo negativo di circa 90 milioni di euro).

### *2.5 Conclusioni*

Il quadro complessivo restituito dalle analisi svolte ha fatto emergere un'indubbia iniquità e discrasia tra le diverse offerte sanitarie delle regioni. Le regioni del Mezzogiorno hanno dimostrato una maggiore inefficienza sanitaria che si è tradotta in consistenti flussi di mobilità sanitaria verso le regioni del Centro-Nord Italia.

Le differenze territoriali sono testimoniate dagli elevati tassi di fuga registrati in particolare nella macroarea geografica del Mezzogiorno nonché dai dati economici relativi alla compensazione sanitaria interregionale. I saldi della compensazione sanitaria rappresentano un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione dei sistemi sanitari e quindi permettere l'individuazione dei sistemi sanitari regionali più performanti. Questi ultimi sono risultati localizzati quasi esclusivamente nella macroarea geografica del Centro-Nord Italia.

Il ricorso alla sanità di un'altra regione si è dimostrato un trend in costante crescita nel corso degli anni: questo dovrebbe rappresentare un punto di partenza per orientare l'azione futura delle politiche sanitarie in un'ottica di ripensamento dell'offerta e di riprogettazione della rete dell'assistenza.

## **Capitolo 3. La mobilità sanitaria attiva e passiva nella Regione del Veneto**

### *3.1 Introduzione*

La conoscenza delle dimensioni della mobilità sanitaria su scala regionale costituisce uno strumento strategico necessario affinché la programmazione regionale ed aziendale sia in grado di garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria alla popolazione. In questo capitolo viene affrontata la mobilità sanitaria interregionale nella Regione del Veneto. Dopo uno sguardo generale introduttivo sul Sistema Socio Sanitario regionale, sono stati selezionati i flussi di mobilità attiva e passiva della regione relativi al quinquennio 2012-2016, suddivisi per tipologia di ricovero, analizzandone nel dettaglio la composizione qualitativa.

Inoltre, è stata approfondita la provenienza dei flussi di mobilità sanitaria interregionale attiva nonché la destinazione dei flussi di mobilità sanitaria interregionale passiva riferiti in particolare all'anno 2016. Per le elaborazioni, è stata utilizzata la banca dati ricoveri ospedalieri del Ministero della Salute e, nello specifico, le Tavole Rapporto SDO, liberamente consultabili e scaricabili dal sito del Ministero della Salute, a cui si rimanda alla sitografia.

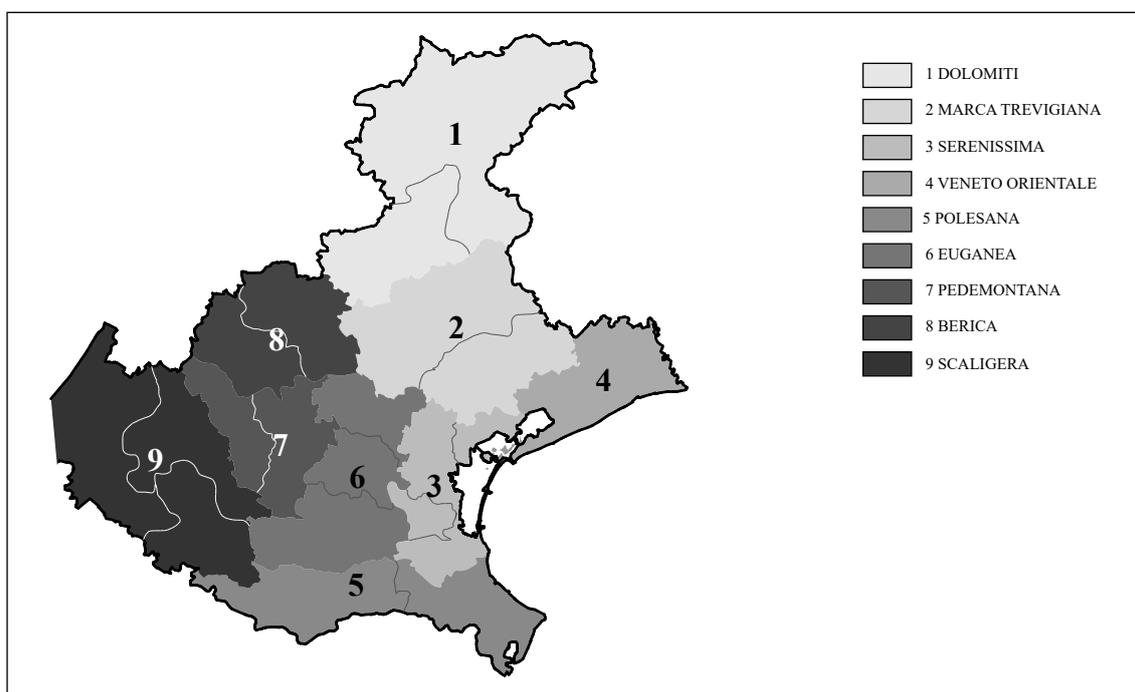
### *3.2 Una panoramica sul Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto*

“La salute della popolazione residente della Regione del Veneto di 5 milioni di abitanti è paragonabile a quella di altre regioni italiane e europee. La popolazione è cresciuta negli ultimi anni, in parte grazie all'incremento dell'aspettativa di vita media per uomini e donne (rispettivamente ora a 79,1 e 85,2 anni, leggermente superiore alla media nazionale) e in parte attraverso l'immigrazione, che ha contribuito ad aumentare il tasso di natalità regionale” (Mantoan et al. 2012, 14). Da tale rappresentazione, si evince che l'invecchiamento della popolazione genera della importanti conseguenze sia in termini di salute che di assistenza sociale in quanto inevitabilmente funge da generatore per una maggiore domanda di servizi sanitari.

La sanità della Regione del Veneto è governata dalla Giunta Regionale attraverso l'Area Sanità e sociale, la quale riceve supporto tecnico dalla Segreteria generale della

Programmazione della Regione del Veneto. Il Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto, inizialmente composto da 22 Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), a seguito da quanto disposto dalla Legge regionale 19 del 25 ottobre 2016, dal 1° gennaio 2017 è composto da 9 Aziende ULSS, 2 aziende ospedaliere (rispettivamente l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona) e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) nonchè tutte le aziende private accreditate (si veda la Figura 6).

*Figura 6. Le ULSS della Regione Veneto a decorrere dal 1 gennaio 2017.*



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Alla base di tale riforma e della conseguente fusione tra ULSS, si ritrova il presupposto teorico che il miglioramento dell'efficienza sia conseguente al processo di aggregazione.

Il prodotto attuale è costituito da ULSS estremamente eterogenee in termini di popolazione, territorio e numero di ospedali: si va da ULSS con 200.000 abitanti (per esempio le due province di Belluno e Rovigo che corrispondono all'attuale ULSS 1 Dolomiti) sino ad ULSS di circa 1 milione di abitanti (per esempio la ULSS 6 Euganea che unisce i territori delle preesistenti ULSS 15, 16 e 17).

A partire dagli anni '90 è iniziato il processo di regionalizzazione e aziendalizzazione del sistema sanitario e l'introduzione di metodi manageriali e meccanismi di quasi-

mercato nel Sistema Sanitario Nazionale. Tale processo ha trovato consolidamento soprattutto dai primi anni del 2000 a seguito dell'adozione del federalismo fiscale: il tentativo strategico è quello di armonizzare il settore pubblico e privato in un'ottica solidale e di investimento nel territorio. Ciascuna ULSS è responsabile finanziariamente e tecnicamente della distribuzione e fornitura dei servizi sanitari entro la propria macro-area di riferimento. Tali servizi rientrano in tre categorie principali: la salute pubblica, l'assistenza primaria e i servizi sociali e le cure ospedaliere.

La prevenzione sanitaria e la promozione della salute vengono erogate tramite i Dipartimenti di prevenzione e sanità pubblica che operano sul territorio di ogni ULSS e sono gestiti dalla regione. Il Dipartimento sovrintende anche alle funzioni relative ai rischi ambientali, all'educazione alla salute ed alla promozione di stili di vita sani. Le funzioni di monitoraggio e prevenzione riflettono i requisiti nazionali dei dipartimenti di prevenzione del Servizio sanitario nazionale.

L'area dell'assistenza sanitaria pubblica è ulteriormente suddivisa in tre sottocategorie: la prevenzione collettiva (igiene e nutrizione alimentare, salute e sicurezza sui posti di lavoro, sanità pubblica veterinaria, sanità pubblica e igiene, ovvero intervento e prevenzione delle malattie infettive, protezione dai rischi per la salute dovuti all'inquinamento ambientale e protezione della popolazione e dell'individuo dai rischi per la salute legati allo stile di vita); i servizi preventivi per la popolazione (vaccini obbligatori, programmi di screening, diagnosi precoci, servizi speciali di diagnosi per la protezione della salute pubblica in caso di situazioni epidemiche) ed la medicina legale (sono incluse le certificazioni per le assenze per malattia dei lavoratori ed gli altri tipi di certificati).

Ciascuna ULSS è suddivisa in una o più distretti sanitari, con una popolazione media di circa 100.000 abitanti. L'assistenza primaria e i servizi sociali vengono forniti con due modalità: attraverso proprie strutture distrettuali o utilizzando altre strutture pubbliche o private accreditate che lavorano per conto dell'ULSS. I servizi di cura possono rientrare in ulteriori tre sub-categorie: le cure generali, le cure farmaceutiche e la medicina specializzata ambulatoriale.

Nella categoria delle cure generali, rientra il servizio prestato dal medico di medicina generale e i servizi pediatrici. Il Servizio sanitario nazionale inoltre garantisce la continuità del servizio anche al di fuori dall'orario di lavoro attraverso il servizio di continuità assistenziale, ex guardia medica.

Per quanto riguarda le cure farmaceutiche, queste sono fornite da farmacie accreditate. I farmaci rientranti nel pacchetto prestazioni sanitarie garantite dal Servizio sanitario nazionale sono contenuti in un manuale farmaceutico, nel quale sono elencati e classificate tutte le medicine previste. Oltre a questi medicinali, il Servizio sanitario nazionale si fa carico di altri prodotti, come per esempio i prodotti dietetici, dispositivi medici per particolari categorie di pazienti, protesi o altri dispositivi per aiutare il recupero delle funzionalità di persone sofferenti di disabilità fisiche o sensoriali ed alcune forme di terapie termali. Per concludere, la medicina specializzata ambulatoriale viene fornita attraverso i medici distrettuali ed include i servizi ambulatoriali diagnostici e le analisi di laboratorio, i servizi sanitari per i pazienti con disabilità, i malati terminali, le persone sieropositive, gli utilizzatori di sostanze stupefacenti, i prigionieri e cure a lungo termine per le persone anziane e i malati mentali.

L'ultima categoria di fornitura servizi sanitari da parte delle ULSS riguarda le cure ospedaliere. In questa vengono ricompresi: il servizio delle ambulanze e i servizi di emergenza; tutti i trattamenti erogati durante l'ospedalizzazione ordinaria (ovvero l'ospedalizzazione con durata superiore a un giorno), l'ospedalizzazione per la riabilitazione, il day hospital e gli interventi chirurgici eseguiti in giornata (ovvero le permanenze giornaliere), le trasfusioni, il centro prelievi del sangue e la sua conservazione, i trapianti di organi e tessuti e le loro relative banche. Per quasi la totalità, si tratta di attività che sono tradizionalmente oggetto di mobilità sanitaria: “guardando alla tipologia di attività per le quali ci si sposta da una regione all'altra, si osserva che negli anni il ricovero ospedaliero è comunque la ragione maggioritaria, seguita dall'attività ambulatoriale e da quella farmaceutica” (Orzella 2015, 21).

Per quanto concerne la misurazione e valutazione della performance delle strutture sanitarie, il Programma Nazionale Esiti, sviluppato per conto del Ministero della Salute dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, “è uno strumento di valutazione comparativo a livello nazionale circa l'efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”(Agenas, 2015). Il Piano Nazionale Esiti si integra con i programmi regionali, che, tuttavia, possono utilizzare ulteriori sistemi informativi non ancora disponibili a livello nazionale.

Dal 2012 la Regione del Veneto ha difatti aderito ad un ulteriore sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa: “tale sistema ha l'obiettivo di fornire a

ciascuna regione una modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle aziende operanti al proprio interno, oltre a un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni. Allo stato attuale può contare su 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, che spaziano dallo stato di salute della popolazione alla valutazione delle dinamiche economico-finanziarie e dell'efficienza operativa" (Azienda Zero 2018, 25).

A tale progetto denominato "Network delle regioni" hanno aderito anche le regioni: Basilicata, Liguria, Marche, Trentino Alto Adige, Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia e Sardegna.

L'obiettivo perseguito è quello di condividere un sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali attraverso il confronto di un set di indicatori comuni.

Ad ogni indicatore è stata attribuita una valutazione, che varia da 0 a 5, ottenuta attraverso il raffronto del valore degli indicatori con standard condivisi a livello internazionale.

Il colori utilizzati per le fasce di valutazione sono i seguenti: verde scuro (valutazione 4-5, performance ottima), verde (valutazione 3-4, performance buona), giallo (valutazione 2-3, performance media), arancione (valutazione 1-2, performance scarsa) e rosso (valutazione 0-1, performance molto scarsa).

Per ulteriori approfondimenti, si rimanda al seguente indirizzo internet: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>.

### *3.3 Analisi della mobilità passiva e attiva nella Regione del Veneto*

In questo paragrafo, si propone l'analisi nelle due componenti della mobilità sanitaria, la mobilità attiva e la mobilità passiva, della Regione del Veneto. Si riporta la composizione qualitativa per attività di ricovero e per annualità, delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative alla mobilità interregionale attiva verificatasi nella Regione del Veneto dall'anno 2012 all'anno 2016. Per l'elaborazione si utilizzano le Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25 e 5.26 per gli anni dal 2012 al 2016, elencate nell'Appendice C.

I dati considerati sono il numero totale di ricoveri in mobilità attiva verso la Regione del Veneto per singola tavola e per singola tipologia di attività e sono stati inseriti nella Tabella 8.

*Tabella 8. Mobilità ospedaliera attiva nella Regione del Veneto. Anni 2012-2016.*

<b>Anno</b>	<b>Acuti in Regime ordinario</b>	<b>Acuti in Regime diurno</b>	<b>Riabilitazione in Regime ordinario</b>	<b>Riabilitazione in Regime diurno</b>	<b>Lungodegenza</b>
2012	34.022	15.002	3.900	640	152
2013	33.098	14.875	4.270	606	159
2014	33.748	15.656	4.675	517	172
2015	36.526	15.762	5.225	605	152
2016	38.783	14.795	5.663	647	156

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Da una prima analisi, si evince che la domanda che si rivolge alle strutture regionali della Regione del Veneto è prevalentemente ospedalizzata in Regime ordinario (si tratta del 63% in media del totale delle attività di ricovero per il quinquennio), mentre il 27,9% in media è ospedalizzata in Regime diurno. Il rimanente ( in media lo 0,3% nel quinquennio) è la quota di mobilità attiva attribuibile alle attività di Lungodegenza.

Si propone di seguito (Tabella 9 e Figura 7) la composizione qualitativa dell'attività di ricovero in mobilità attiva nella Regione del Veneto per l'anno 2016.

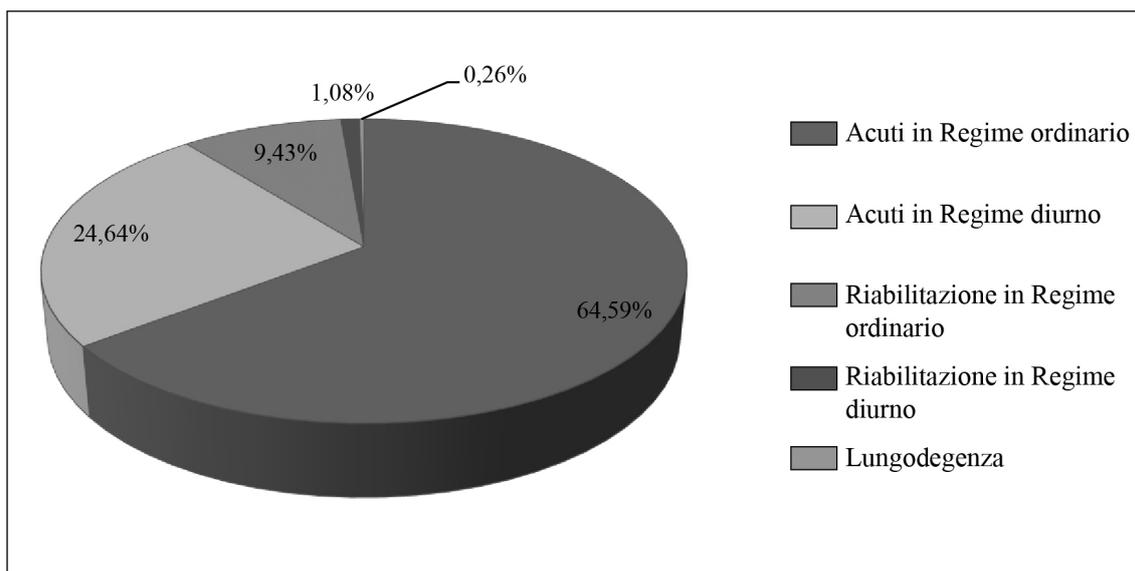
*Tabella 9. Composizione qualitativa della mobilità ospedaliera attiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.*

<b>Tipologia di attività</b>	<b>Numero dimissioni</b>	<b>Percentuale sul Totale</b>
Acuti in Regime ordinario	38.783	64,59%
Acuti in Regime diurno	14.795	24,64%
Riabilitazione in Regime ordinario	5.663	9,43%
Riabilitazione in Regime diurno	647	1,08%
<b>Lungodegenza</b>	<b>156</b>	<b>0,26%</b>
Totale 2016	60.044	100,00%

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Tali dati confermano il trend di ospedalizzazione relativo mobilità attiva registrato nel quadriennio precedente 2012-2015, caratterizzato dalla prevalente ospedalizzazione in Regime ordinario (per circa il 74% dei ricoveri) e in regime diurno (25,72% dei ricoveri) e da una residuale ospedalizzazione per l'attività di Lungodegenza (appena lo 0,26 % dei ricoveri). Nella Tabella 10 si sono quindi analizzati più nel dettaglio i flussi di provenienza della mobilità sanitaria attiva nella Regione del Veneto, ripartendo i dati per regione e per tipologia di ricovero.

Figura 7. Composizione qualitativa attività di ricovero mobilità ospedaliera attiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.



Fonte: Elaborazione dell'autore.

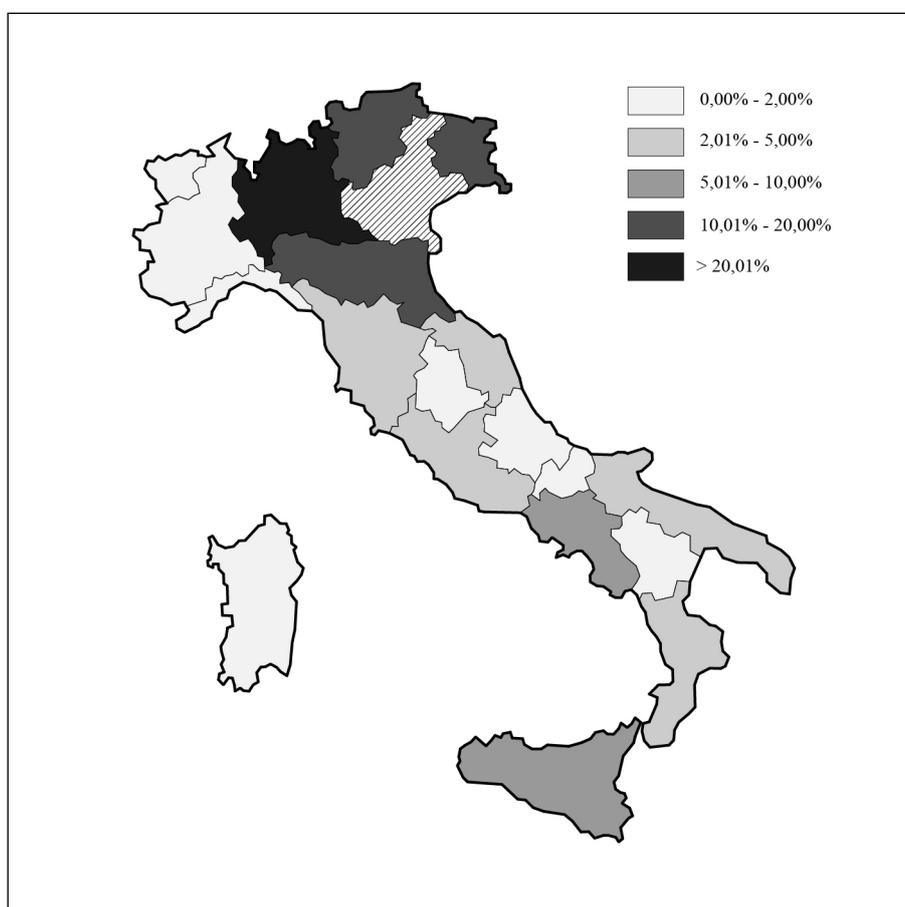
Tabella 10. Provenienza dei flussi di mobilità sanitaria interregionale attiva della Regione del Veneto. Anno 2016.

Regione di provenienza	Tipologia di ricovero					Totale dimissioni per Regione di provenienza	Percentuale per Regione di provenienza
	Acuti in Regime ordinario	Acuti in Regime diurno	Riabilitazione in Regime ordinario	Riabilitazione in Regime diurno	Lungodegenza		
Piemonte	729	266	138	13	5	1.151	1,92
Valle d'Aosta	34	11	9	1	0	55	0,09
Lombardia	6.928	3.711	1.329	72	19	12.059	20,08
Trentino Alto Adige	5.070	1.962	662	47	36	7.777	12,95
Friuli Venezia Giulia	5.064	1.923	1.042	261	5	8.295	13,81
Liguria	414	136	85	6	1	642	1,07
Emilia Romagna	5.670	2.087	952	38	33	8.780	14,62
Toscana	1.383	429	151	42	10	2.015	3,36
Umbria	272	118	33	3	4	430	0,72
Marche	953	336	89	26	1	1.405	2,34
Lazio	1.411	401	202	21	8	2.043	3,40
Abruzzo	587	148	80	15	2	832	1,39
Molise	175	54	17	6	1	253	0,42
Campania	2.458	811	238	16	8	3.531	5,88
Puglia	2.167	571	191	23	7	2.959	4,93
Basilicata	227	84	24	1	3	339	0,56
Calabria	1.248	427	101	8	4	1.788	2,98
Sicilia	3.308	1.110	249	35	9	4.711	7,85
Sardegna	685	210	71	13	0	979	1,63

Fonte: Elaborazione dell'autore.

I flussi di mobilità attiva (si veda la Figura 8) sono principalmente flussi che provengono dalle regioni di confine (per circa il 65% di ricoveri ospedalieri effettuati in mobilità): il saldo di mobilità interregionale è complessivamente positivo nei confronti delle seguenti regioni: Regione Lombardia (20,8%), Regione Emilia Romagna (14,62%), Regione Friuli Venezia Giulia (13,81%) e della Regione Trentino Alto Adige (12,95%). Una quota di mobilità proviene, inoltre, dalle regioni del Mezzogiorno, in particolare dalla Regione Sicilia (7,85%), dalla Regione Campania (5,88%) e dalla Regione Puglia (4,93%).

*Figura 8. Provenienza dei flussi di mobilità sanitaria attiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.*



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Si analizza ora la componente passiva della mobilità sanitaria della Regione del Veneto.

La Tabella 11 riporta la composizione qualitativa per attività di ricovero e per annualità delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative alla mobilità interregionale passiva verificatasi nella Regione del Veneto dall'anno 2012 all'anno 2016.

Per l'elaborazione, si fa riferimento alle Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25 e 5.26 elencate nell'Appendice C.

*Tabella 11. Mobilità ospedaliera passiva nella Regione del Veneto. Anni 2012-2016.*

<b>Anno</b>	<b>Acuti in Regime ordinario</b>	<b>Acuti in Regime diurno</b>	<b>Riabilitazione in Regime ordinario</b>	<b>Riabilitazione in Regime diurno</b>	<b>Lungodegenza</b>
2012	29.856	15.013	2.686	276	402
2013	28.825	14.319	2.755	292	399
2014	28.396	13.907	2.763	255	429
2015	28.246	13.128	2.819	205	577
2016	29.139	13.171	3.072	172	506

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Il volume dei ricoveri complessivi dei residenti effettuati in regime di mobilità passiva non sembra particolarmente mutato negli anni. Solamente l'attività di ricovero per Acuti in Regime ordinario ha registrato un leggero aumento del 3,16% dal 2015 al 2016.

*Tabella 12. Composizione qualitativa della mobilità ospedaliera passiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.*

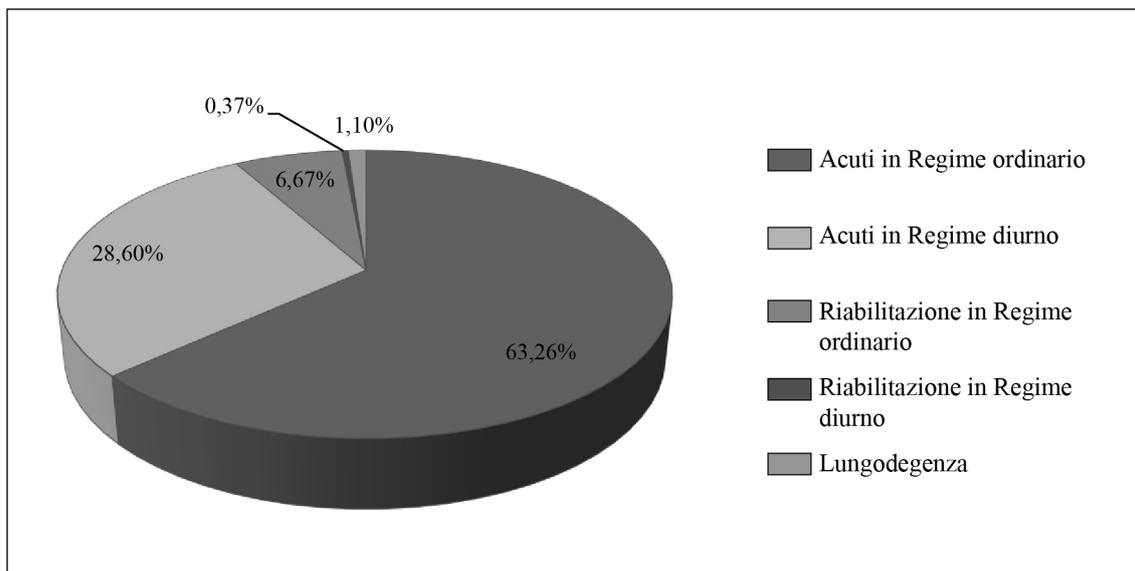
<b>Tipologia di attività</b>	<b>Numero dimissioni</b>	<b>Percentuale sul Totale</b>
Acuti in Regime ordinario	29.139	63,26%
Acuti in Regime diurno	13.171	28,60%
Riabilitazione in Regime ordinario	3.072	6,67%
Riabilitazione in Regime diurno	172	0,37%
<u>Lungodegenza</u>	<u>506</u>	<u>1,10%</u>
Totale 2016	46.060	100,00%

Fonte: Elaborazione dell'autore.

Dai dati presenti nella Tabella 12 e raffigurati nella Figura 9, si evince che circa il 75% dei ricoveri in mobilità passiva è ospedalizzato in Regime ordinario mentre circa il 25% di ricoveri è costituito da ricoveri in Regime diurno.

Del tutto residuale rimane la quota di mobilità passiva attribuibile alle attività di Lungodegenza (1,10% sul totale delle attività di ricovero).

*Figura 9. Composizione qualitativa attività di ricovero mobilità ospedaliera passiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.*



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nella Tabella 13 è riepilogato, per regione e per tipologia di ricovero, il flusso totale delle dimissioni di ricoveri di residenti della Regione del Veneto nelle altre regioni, ovvero la mobilità passiva interregionale, per l'anno 2016.

Per l'elaborazione, si fa riferimento alle Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25 e 5.26 precedentemente utilizzate per il calcolo dei flussi di mobilità interregionale attiva ed elencate in Appendice C.

I flussi registrati sono principalmente flussi di mobilità interregionale passiva di confine per l'88% del totale degli stessi: la prima regione di destinazione è la Regione Friuli Venezia Giulia (30,46%), mentre la Regione Lombardia (28,10%) e la Regione Emilia Romagna (20,30%) sono rispettivamente la seconda e la terza regione per flussi ospedalieri provenienti dalla Regione del Veneto in entrata. A seguire, la Regione Trentino Alto Adige (9,93%). Una parte dei flussi è diretta verso la Regione Toscana (2,92%).

Tabella 13. Destinazione dei flussi di mobilità sanitaria interregionale passiva della Regione del Veneto. Anno 2016.

Regione di destinazione	Tipologia di ricovero					Totale dimissioni per Regione di destinazione	Percentuale per Regione di destinazione
	Acuti in Regime ordinario	Acuti in Regime diurno	Riabilitazione in Regime ordinario	Riabilitazione in Regime diurno	Lungodegenza		
Piemonte	369	50	72	3	5	499	1,08
Valle d'Aosta	12	21	4	0	0	37	0,08
Lombardia	8.634	3.123	1.078	27	82	12.944	28,10
Trentino A. A.	2.316	786	1.180	19	273	4.574	9,93
Friuli V. G.	8.326	5.569	55	10	70	14.030	30,46
Liguria	229	165	12	1	0	407	0,88
Emilia Romagna	6.185	2.446	560	96	65	9.352	20,30
Toscana	903	417	18	4	1	1.343	2,92
Umbria	82	9	44	1	0	136	0,30
Marche	214	37	7	0	1	259	0,56
Lazio	548	283	21	6	3	861	1,87
Abruzzo	119	31	0	0	0	150	0,33
Molise	34	1	3	0	0	38	0,08
Campania	363	102	5	2	2	474	1,03
Puglia	307	27	1	1	1	337	0,73
Basilicata	21	4	2	0	0	27	0,06
Calabria	75	25	5	0	0	105	0,23
Sicilia	216	48	4	1	1	270	0,59
Sardegna	186	27	1	1	2	217	0,47

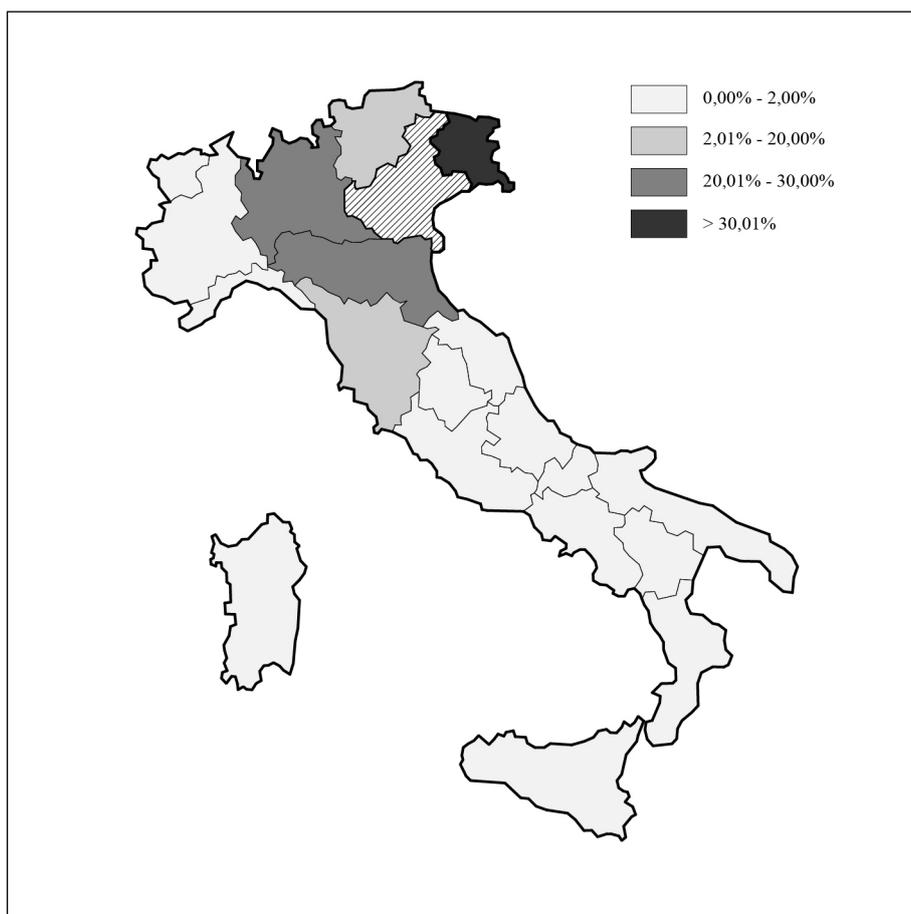
Fonte: Elaborazione dell'autore.

Nella Figura 10 sono invece raffigurate le regioni suddivise per percentuali per regione di destinazione dei flussi di mobilità sanitaria passiva.

Secondo quanto riportato nell'aggiornamento del Sistema Epidemiologico Regionale della Regione del Veneto, circa metà della mobilità passiva verso le altre regioni riguarda un numero limitato di strutture ospedaliere. “Considerando gli aggregati di discipline cliniche più rappresentanti, di seguito sono elencate le principali strutture verso cui si dirige la mobilità passiva della Regione del Veneto. Per l'Ortopedia: la Casa di Cura San Giorgio di Pordenone, l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Pordenone; per la Chirurgia Generale e l'Oncoematologia il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; per l'area Materno-Infantile le Aziende Ospedaliere di Pordenone e Ferrara, la Casa di Cura Città di Udine, l'Ospedale di Mantova e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofalo di Trieste; per la

Riabilitazione la Casa di Cura di Arco di Trento; altre strutture con un numero consistente di ricoveri di residenti della Regione del Veneto sono l’Azienda Ospedaliera di Udine e l’Ospedale di Latisana” (Avossa et al. 2014,16-17).

*Figura 10. Destinazione dei flussi di mobilità sanitaria passiva nella Regione del Veneto. Anno 2016.*



Fonte: Elaborazione dell’autore.

A seguire, si propone il calcolo dell’indice sintetico di mobilità per tutte le regioni italiane per l’anno 2016.

Per il calcolo del totale delle dimissioni dei residenti per regione sono utilizzate le Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25 e 5.26, elencate in Appendice C.

Tabella 14. Tabella di calcolo dell'indice sintetico di mobilità per regione. Anno 2016.

Regione	Totale dimissioni residenti per regione	Totali dimissioni per regione	Totale dimissioni dei non residenti	Totale dimissioni di residenti in altre regioni	Indice di attrazione	Indice di fuga	Indice sintetico di mobilità
Piemonte	561.502	628.665	39.268	47.115	6,25	8,39	0,74
Valle d'Aosta	18.915	22.652	2.661	3.113	11,75	16,46	0,71
Lombardia	1.261.463	1.514.532	161.166	64.257	10,64	5,09	2,09
Trentino Alto Adige	146.574	175.032	14.314	15.447	8,18	10,54	0,78
Veneto	592.946	690.162	60.044	46.060	8,70	7,77	1,12
Friuli Venezia Giulia	158.709	186.052	18.518	13.078	9,95	8,24	1,21
Liguria	223.675	263.689	30.115	37.093	11,42	16,58	0,69
Emilia Romagna	632.922	778.914	107.736	43.005	13,83	6,79	2,04
Toscana	470.529	570.038	67.856	34.221	11,90	7,27	1,64
Umbria	114.589	142.434	21.402	18.400	15,03	16,06	0,94
Marche	194.508	226.661	22.629	30.305	9,98	15,58	0,64
Lazio	777.063	933.084	76.888	72.654	8,24	9,35	0,88
Abruzzo	123.822	200.128	23.298	34.068	11,64	27,51	0,42
Molise	36.500	52.473	14.526	13.731	27,68	37,62	0,74
Campania	876.287	948.939	23.656	77.482	2,49	8,84	0,28
Puglia	494.683	549.017	25.391	55.670	4,62	11,25	0,41
Basilicata	61.097	78.330	13.670	19.679	17,45	32,21	0,54
Calabria	202.763	224.618	5.119	55.376	2,28	27,31	0,08
Sicilia	566.859	617.307	10.600	47.046	1,72	8,30	0,21
Sardegna	245.631	259.053	3.747	14.804	1,45	6,03	0,24

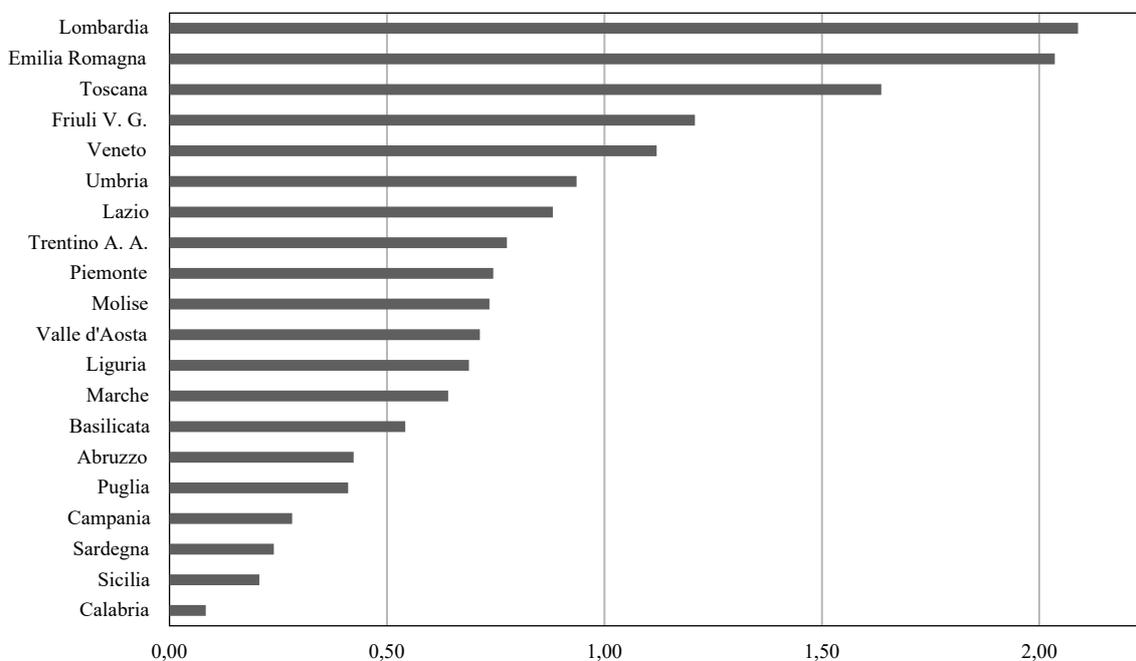
Fonte: Elaborazione dell'autore.

I totali delle dimissioni per regione sono riproposti dalla Tabella 1 illustrata nel capitolo 2 paragrafo 2.3 del presente lavoro (nello specifico, sono riportati i dati relativi alle “Schede di dimissione. Anno 2016”); il totale di dimissioni dei non residenti (mobilità attiva) e il totale di dimissioni di residenti in altre regioni (mobilità passiva) sono ricavati dalle Tavole Rapporto SDO 5.22, 5.23, 5.24, 5.25 e 5.26, elencate in Appendice C.

L'indice di attrazione per ciascuna regione è calcolato come il rapporto tra il totale dimissione dei non residenti e il totale dimissioni nella regione; l'indice di fuga è calcolato come il rapporto tra il totale dimissioni di residenti in altre regioni e il totale dimissioni dei residenti nella regione.

Tutti i dati sono stati quindi inseriti nella Tabella 14. Nella Figura 11 sono stati posti a confronto i valori risultanti degli indici sintetici di mobilità delle regioni per l'annualità 2016.

*Figura 11. Indice sintetico di mobilità per regione. Anno 2016.*



Fonte: Elaborazione dell'autore.

I risultati sintetizzati nella Figura 11 evidenziano valori dell'indicatore sintetico di mobilità maggiori di 1 per le regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia Veneto, Umbria e Lazio. Si tratta di regioni tutte appartenenti al Centro-Nord Italia.

Valori dell'indicatore sintetico di mobilità inferiori a 1 si registrano nelle regioni del Mezzogiorno quali: Sicilia, Calabria, Sardegna, Campania, Puglia, Molise, Abruzzo e Basilicata; invece per quanto riguarda la macroarea geografica del Centro-Nord si evidenziano le regioni Trentino Alto Adige, Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte e Marche.

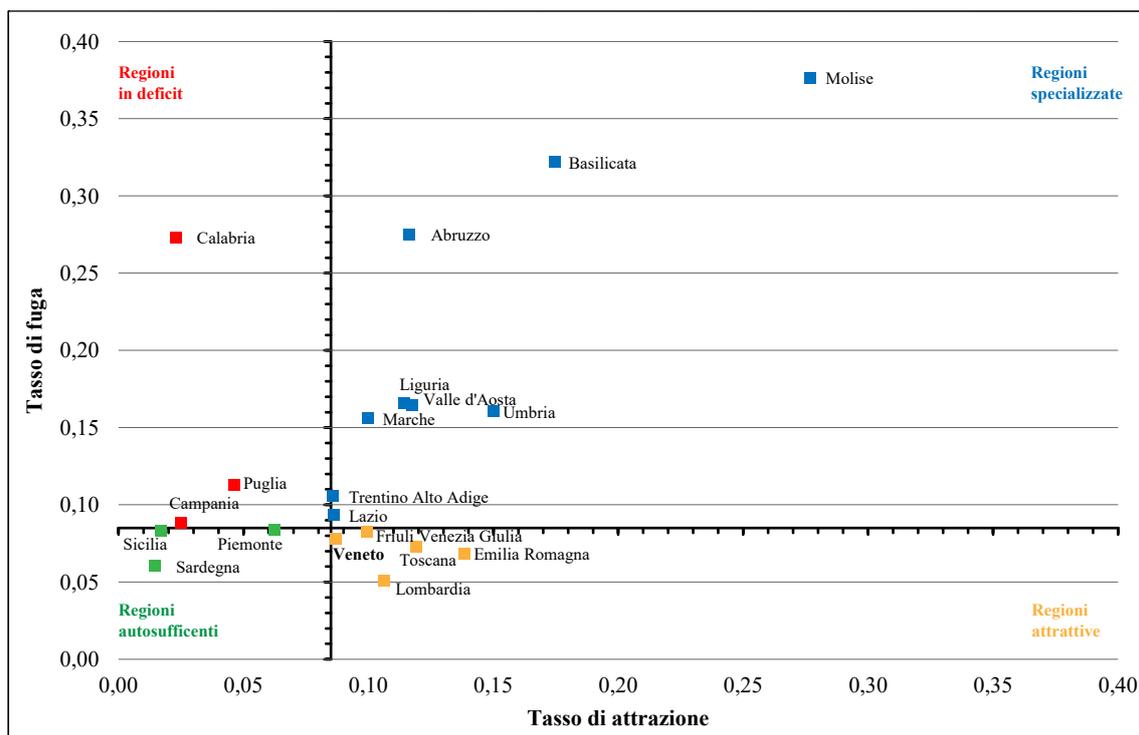
La Figura 12 ripropone un modello presentato nel Rapporto Osservatorio delle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano - edizione 2011, che pone a confronto il tasso di fuga - riportato sull'asse delle ordinate - e il tasso di attrazione - riportato sull'asse delle ascisse - per ciascuna regione italiana relativamente all'anno 2016.

Il tasso di attrazione quantifica la capacità di una regione di attirare pazienti da altre regioni, il tasso di fuga quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria regione per usufruire delle prestazioni richieste.

Entrambi questi indici possono essere interpretati come misura di proxy della qualità (reale o percepita) dell'assistenza sanitaria erogata in una precisa regione. I dati utilizzati per l'elaborazione della Figura 12 sono i valori dell'indice di attrazione e dell'indice di fuga per ciascuna regione indicati precedentemente nella Tabella 13.

Le regioni sono state classificate in base ai tassi di attrazione e di fuga come di seguito evidenziato: “regioni specializzate (I quadrante) con forte mobilità in uscita e in entrata; regioni in deficit (II quadrante) con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata; regioni autosufficienti (III quadrante) con bassa mobilità in entrata ed in uscita; regioni attrattive (IV quadrante) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita” (Fattore 2014, 6).

Figura 12. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione e di fuga. Anno 2016.



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Si può osservare come Veneto, Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna si classifichino come regioni attrattive; all'opposto Puglia, Campania e Calabria risultano regioni in deficit. La Regione Piemonte assieme alla Regione Sicilia e

la Regione Sardegna rientrano invece nelle regioni classificate come autosufficienti e perciò caratterizzate da una bassa mobilità in entrata ed in uscita (in particolare per la Sicilia e la Sardegna è necessario tener conto della loro svantaggiosa condizione geografica di insularità). Le rimanenti regioni del Centro-Nord Italia, con l'aggiunta della Regione Basilicata e della Regione Molise, si classificano come regioni specializzate. Per queste ultime, il tasso di attrazione e di fuga viene scambiato quasi alla pari e presenta elevati valori: si veda per esempio la Regione Umbria. Essa presenta un valore di attrazione - pari a 0,15- quasi simile al valore di fuga - pari a 0,16 - ; un caso simile è rappresentato dalla Regione Liguria che presenta un valore di attrazione pari a 0,11 e un valore di fuga pari a 0,16.

### *3.4 Conclusioni*

A seguito dell'analisi comparativa tra performance delle diverse realtà sanitarie regionali, appare evidente che per alcuni territori (Regione del Veneto, Regione Lombardia, Regione Toscana, Regione Friuli Venezia Giulia e Regione Emilia Romagna) il saldo è marcatamente positivo, mentre per altri è decisamente negativo (Regione Calabria, Regione Puglia e Regione Campania). Per queste ultime regioni, si rileva una evidente difficoltà nell'erogazione di un'offerta sanitaria adeguata ai bisogni dei cittadini.

Per quanto riguarda la Regione del Veneto non si sono registrati significativi scostamenti negli anni nei numeri dei flussi di mobilità in entrata ed in uscita dalla regione, a dimostrazione della capacità continua della regione ad offrire sufficienti garanzie di qualità ed efficacia sanitaria agli assistiti.

La principale tipologia di ricovero oggetto di mobilità, sia attiva che passiva, per la Regione del Veneto è l'attività per Acuti in regime ordinario. Si osserva, inoltre, che l'esodo extraregionale tende in quasi la sua totalità ad indirizzarsi verso le regioni confinanti.

## Capitolo 4. Conclusioni

La mobilità sanitaria ad oggi è diventata un elemento strutturale del nostro Sistema Sanitario Nazionale e sta suscitando un crescente interesse sia per chi si occupa della programmazione a livello territoriale, sia per chi gestisce i servizi a livello di Aziende Sanitarie Locali. L'analisi dei flussi di mobilità, i cui dati sono progressivamente disponibili grazie all'incessante sviluppo del sistema informativi, permette di conoscere meglio il fenomeno identificando, per aree assistenziali e per regioni, le situazioni sanitarie dove intervenire.

Il quadro restituito è un Sistema Sanitario italiano complessivamente in buona salute ma che presenta significative differenze tra regioni: la grande sfida è riuscire dentro al sistema stesso a progettare e gestire il cambiamento per ridurre il divario tra i sistemi sanitari del Centro-Nord e Sud Italia.

Si propongono quindi alcune misure concrete da porre in atto per controllare, ovvero contrastare, il fenomeno della mobilità sanitaria, e sono: cercare di modificare le condizioni strutturali di ciascun Sistema Sanitario regionale contemporaneamente ad una nuova programmazione sanitaria nazionale, incentivare l'utilizzo degli accordi di confine e la cooperazione nonché la creazione di reti tra strutture sanitarie, fornire una garanzia di equità geografica nell'accesso alle cure ai cittadini ed infine promuovere lo scoraggiamento delle cosiddette "mode sanitarie".

Per quanto concerne la situazione strutturale, diviene necessaria una fase di mappatura delle realtà nelle varie regioni, soprattutto quelle interessate da elevati tassi di fuga, e far seguire una fase programmatica con l'obiettivo di consolidare ed costruire le condizioni strutturali e professionali necessarie per generare dei livelli assistenziali soddisfacenti. "Si dovrebbero valorizzare forme di coesistenza, ovvero strategie ibride, simultaneamente competitive e cooperative" (Evangelista 2017, 96).

Una seconda misura è rappresentata dagli accordi di confine: si tratta di uno strumento di governo della domanda di prestazioni in mobilità sanitaria tra regioni spesso poco utilizzato e valorizzato. Gli accordi di confine permettono di ridurre la distanza tra l'offerta strutturale e la percezione ovvero la concreta soddisfazione (anche sotto il profilo qualitativo) delle esigenze di cura degli abitanti che si trovano sulle zone di

confine. L'intento è di eliminare ogni ostacolo procedurale al diritto di accesso alle prestazioni che impedisca ai propri cittadini la fruizione dei servizi dell'altro territorio sanitario. Si deve privilegiare l'utilizzo delle strutture meglio accessibili dal proprio luogo di residenza, garantendo il mantenimento di omogenei ed adeguati livelli assistenziali indipendentemente dal luogo di erogazione o dall'azienda sanitaria di residenza.

Un ruolo importante è altresì rivestito dal concetto di equità: l'accesso alle cure per il paziente non deve più dipendere dalle proprie risorse economiche e condizioni sociali, o dal proprio luogo di residenza. Si suggerisce quindi un trasferimento di risorse reali (ovvero di figure professionali, modelli organizzativi ed esperienze professionali) verso le regioni che presentano livelli di qualità assistenziale peggiori anziché puntare principalmente ed esclusivamente sul trasferimento di flussi di tipo finanziario. La finalità è quella di ottenere un progressivo avvicinamento delle regioni del Sud Italia ai risultati conseguiti dalle regioni del Centro-Nord Italia.

Un'ulteriore indicazione utile al controllo della mobilità sanitaria, riguarda la realizzazione in diverse aree sanitarie di reti tra strutture, sia istituzionalizzate che informali, basate sulla cooperazione tra professionisti.

Lo scopo di tali reti è quello di favorire la concentrazione e la specializzazione di alcune fasi assistenziali: ciò è possibile in quanto la medicina è sempre più costituita da conoscenze spesso standardizzate e pertanto codificabili e trasferibili. Per esempio, un ospedale civile di medie dimensioni potrebbe non avere le condizioni per avviare specializzazioni, attività di ricerca e sperimentazioni, ma può essere in rete con altre strutture sanitarie per applicare protocolli assistenziali messi a punto da centri di eccellenza esterni, garantendo quindi al paziente la massima qualità ed efficacia nei trattamenti medici.

Le reti sanitarie migliori dovrebbero prevedere forme governate di mobilità sia dei pazienti ma anche dei professionisti poiché, malgrado la crescente standardizzazione, i processi di trasferimento delle conoscenze e quindi anche delle pratiche assistenziali, si trasmettono sempre più da forme di socializzazione tra i professionisti.

Per concludere, Pica e Villani hanno posto una riflessione su quelle che vengono definite le "mode sanitarie": si tratta di alcune prestazioni sanitarie che funzionano da elemento attrattivo di pazienti, generando dei flussi di mobilità interregionale e provocando un aumento dei costi, senza tuttavia modificare la qualità dell'assistenza

sanitaria. “Alcuni trattamenti sanitari quali, ad esempio, una particolare tecnica operatoria o un particolare farmaco o classe di farmaci, possono essere diffusamente utilizzati in una certa regione e non in un'altra. Solitamente si tratta di sostenere costi più elevati rispetto alle soluzioni normalmente adottate [...]. Tale comportamento se fosse pienamente comparabile in termini di costo/efficacia con i metodi di cura ufficiali, non avrebbe alcun tipo di contestazione. La questione nasce dal fatto che l'efficacia degli stessi non è comprovata, presentando effetti collaterali o risultati di cura solamente temporanei e/o parziali” (Pica, Villani 2010, 406-407).

Per evitare la generazione di tali flussi di mobilità, indiscutibilmente inopportuni, è necessario che l'erogazione e il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie siano sempre guidati da criteri di appropriatezza: le istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell'asimmetria informativa esistente nel mondo dell'assistenza che genera aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica, non scientificamente riconosciuta nel proprio sistema sanitario.

## Appendice A

### La scala di Barthel

<b>Attività</b>	<b>Punteggio</b>	
<b>Alimentazione</b>	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
<b>Vestirsi / Svestirsi</b>	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
<b>Igiene personale</b>	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
<b>Fare il bagno / doccia</b>	0	dipendente
	5	indipendente
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Spostamenti Trasferimento sedia- letto</b>	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
<b>Utilizzo della toilette</b>	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
<b>Mobilità Deambulazione su terreno piano</b>	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
<b>Salire o scendere le scale</b>	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

**Punteggio totale: \_\_\_\_ / 100**

Fonte: Ente Ospedaliero Cantonale. Cure palliative. (2016)

## Appendice B

### Il Modello M

<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>				<b>Modello M</b>						
Dipartimento della Programmazione										
Compensazione interregionale della mobilità sanitaria										
<b>REGIONE</b> .....										
Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno (all'intero di Euro)										
Provenienza	Prestazione			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
	Ricoveri Ordinari e in Day hospital	PUBBLICO	PRIVATO							
PIEMONTE										
VALLE D'AOSTA										
LOMBARDIA										
P.A. BOLZANO										
P.A. TRENTO										
VENETO										
FRIULI V.G.										
LIGURIA										
EMILIA ROMAGNA										
TOSCANA										
UMBRIA										
MARCHE										
LAZIO										
ABRUZZO										
MOLISE										
CAMPANIA										
PUGLIA										
BASILICATA										
CALABRIA										
SICILIA										
SARDEGNA										
BAMBIN GESU'										
TOTALE										
Data	Il responsabile									

Fonte: Conferenza Stato-Regioni. Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016.

## Appendice C

### Elenco Tavole Rapporto SDO

- Tavola 1.1 (a) - Distribuzione per regione delle SDO trasmesse e degli istituti rilevati - Anno 2012;
- Tavola 1.1.1 - Distribuzione per regione delle SDO trasmesse e degli istituti rilevati - Anno 2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.22 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2012-2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.23 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività per Acuti in Regime diurno - Anno 2012-2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.24 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Riabilitazione in Regime ordinario - Anno 2012-2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.25 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Riabilitazione in Regime diurno - Anno 2012-2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.26 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Lungodegenza - Anno 2012-2013-2014-2015-2016;
- Tavola 5.14 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2012;
- Tavola 5.15 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività per Acuti in Day Hospital - Anno 2012;
- Tavola 5.16 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Riabilitazione in Regime ordinario - Anno 2012;
- Tavola 5.17 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Riabilitazione in Day Hospital - Anno 2012;
- Tavola 5.18 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività di Lungodegenza in Regime ordinario - Anno 2012.

## Bibliografia

- Abonante, S., Casali, P., Frittelli, P., Gambaro, A., Lodato S., Mancuso, A., Marchetti, P., (2014). *Migrazione sanitaria. Uguaglianza dei diritti e uniformità delle cure*. CARE 2014; 4: 9-22. <http://careonline.it/2014/09/migrazione-sanitaria-uguaglianza-dei-diritti-e-uniformita-delle-cure/>
- Avossa, F., Cestari, L., Corti, M.C., De Paoli, A., Fedeli, U., Feroni, E., Gennaro, N., Pellizzari, M., Pinato, E., Schievano, E., (2017). *L'ospedalizzazione in Veneto dal 2006 al 2015*. Sistema Epidemiologico Regionale, Padova; 5-28.
- Avossa, F., Carlucci, F., Fedeli, U., Feroni, E., Gennaro, N., Grandis, A., Pellizzari, M., Pigato, M., Pinato, E., Schievano, E., Saugo, M., (2014). *La mobilità ospedaliera in Veneto dal 2006 al 2013*. Sistema Epidemiologico Regionale, Padova; 4-28.
- Azienda Zero. (2018). *Piano della performance anno 2018-2020*. Padova; 1-30.
- Bellometti, S., & Bertinato, L., (2007). *Health care services for tourists in the Veneto Region*. Eurohealth, 13(4), 11-13.
- Bologna, E., Bonciani, M., Costa, G., Landriscina, T., Petrelli, A. (2012). *Viaggiare per la salute: necessità o opportunità*. Quaderni di monitor, 67-68.
- Bertinato, L., Busse, R., Fahy, N., Legido-Quigley, H., McKee, M., Palm, W., Ronfini, F., (2005). *Policy brief: cross-border health care in Europe*. Veneto.
- Cartabellotta, N., (2016). *Appropriatezza professionale: la chiave per la sostenibilità della sanità pubblica*. Primo piano. Bologna.
- Cartabellotta, N., Cottafava, E., Luceri, R., Mosti, M., (2018). *Report Osservatorio GIMBE n.3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*. Bologna.
- Cislaghi, C., et al., (2009). *La mobilità ospedaliera*. Quaderni di Monitor.
- Cislaghi, C., Giuliani, F., (2012). *Gli strumenti per misurare la mobilità*. Quaderni di Monitor; 28-37.
- Collicelli, C., (2012). *La mobilità sanitaria come problema sociale*. Quaderni di Monitor; 19-23.
- Commissione Europea - COM(2018) 651 final (2018). *Relazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo e al Consiglio sul funzionamento della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*. Bruxelles, 21.9.2018

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, (2017). *Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività gli anni 2014, 2015 e 2016.*
- Corposanto, C., (2006). *La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche.* Difesa sociale. Volume 85; 11-32
- Crone, Robert K. MD., (2008). *Flat medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care.* Volume 83 - Issue 2; 117-121.
- D'Innocenzo, M., Massaro, G., (2018). *Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Analisi dell'assistenza ospedaliera del Molise.* Mondo Sanitario, n.3; 1-6.
- Direzione generale della programmazione sanitaria, (2017). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016.* Roma.
- Evangelista, V., (2017). *Geografia sanitaria. Teorie, metodi, ricerca applicata.* Milano: Franco Angeli.
- Fattore, G., (2014) *La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante.* Position paper. Forum 10 luglio 2014, Roma.
- Fondazione Censis, (2005). *39° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2005. Il sistema del welfare.* Roma; 267-373.
- Fondazione Censis, (2017). *VII Rapporto RMB - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata.* Prima edizione. Roma; 153-158.
- Giarelli G., (1998). *Sistemi sanitari.* Milano: Franco Angeli.
- Longo, F., (2012). *Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali.* Quaderni di Monitor; 74-78.
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J., (2015). *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility:* Edward Elgar Publishing.
- Mantoan, D., Maresso, A., Toniolo, F., (2012). *Veneto Region, Italy. Health System Review.* Health Systems in Transition, vol.14.
- Ministero della Salute. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, (2016). *Programma Nazionale Esiti.* Edizione 2016.
- Orzella, L., (2014). *La mobilità sanitaria. Prima parte.* CARE 6; 32-35. <http://careonline.it/2014/12/mobilita-sanitaria-prima-parte/>.
- Orzella, L., (2015). *La mobilità sanitaria. Seconda parte.* CARE 1, 19-23. <http://careonline.it/2015/02/mobilita-sanitaria-seconda-parte/>.

Pica, F., Villani, S., (2010). *Questioni concernenti la nozione di costo standard: la mobilità dei pazienti e le mode sanitarie*. Rivista economica del Mezzogiorno, vol. a. XXI, n.3; 397-419.

*Rapporto OASI 2011*. (2011) Egea. Collana Cergas. Milano.

Zocchetti, C., *La mobilità sanitaria tra Regioni: quanto, dove, per fare cosa?*. Statistica e società, anno 1, n. 2; 27-29.

Zuccatelli, G., (2012). *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*. Quaderni di Monitor; 4-6.

## Sitografia

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali:

<http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/tag/PNE?limit=10&start=10> [data ultimo accesso: 23/09/2018]

<http://www.agenas.it/focus-on-risultati-pne-2016> [data ultimo accesso: 23/09/2018]

Azienda Zero:

<https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/performance> [data ultimo accesso: 22/09/2018]

Ente Ospedaliero Cantonale:

[https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/strumenti/Barthel---EOC\\_M-CURPAL-012/Barthel%20-%20EOC\\_M-CURPAL-012.pdf](https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/strumenti/Barthel---EOC_M-CURPAL-012/Barthel%20-%20EOC_M-CURPAL-012.pdf) [data ultimo accesso: 10/09/2018]

Fondazione Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE):

[https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2018.03\\_Mobilita\\_sanitaria\\_2017.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2018.03_Mobilita_sanitaria_2017.pdf) [data ultimo accesso: 11/09/2018]

Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=3669&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3669&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto) [data ultimo accesso: 09/09/2018]

[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_3\\_1.jsp?lingua=italiano&id=16](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=16) [data ultimo accesso: 11/09/2018]

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4230&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4230&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto) [data ultimo accesso: 11/09/2018]

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4423&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4423&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto) [data ultimo accesso: 11/09/2018]

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4889&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4889&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto) [data ultimo accesso: 11/09/2018]

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3130](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3130) [data ultimo accesso: 24/09/2018]

Portale Sanità Regione del Veneto:

<https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/sdo> [data ultimo accesso: 20/08/2018]

Quotidiano sanità:

[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=60080](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=60080)  
[data ultimo accesso: 10/09/2018]

[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=65874&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65874&fr=n)  
[data ultimo accesso: 27/09/2018]

Regione del Veneto:

<http://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia> [data ultimo accesso: 21/09/2018]

Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa:

<http://performance.sssup.it/netval/start.php> [data ultimo accesso: 20/09/2018]

Sistema Epidemiologico Veneto (SER):

<https://www.ser-veneto.it/it/dati-e-pubblicazioni/pubblicazioni/pubblicazioni>  
[data ultimo accesso: 16/09/2018]