

# La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante

**Giovanni Fattore**

Professore ordinario e Direttore del Dipartimento di Analisi delle politiche e management pubblico, Ricercatore senior del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano

## Abstract

- Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è pluralistico sul lato dell'offerta, con uno spazio riconosciuto per il settore privato, e prevede il principio della libera circolazione dei pazienti, senza vincoli alla scelta della struttura specialistica di assistenza.
- Il principio della libera scelta è stato adottato sia per offrire ai cittadini pari opportunità, evitando discriminazioni legate al territorio di appartenenza, sia per promuovere un quasi-mercato all'interno del SSN in grado di sfruttare i potenziali benefici della competizione tra le strutture di offerta e favorire le strutture migliori.
- Attualmente, tutte le Regioni italiane, pur rispettando il principio della libera scelta, pongono dei tetti o degli incentivi ai singoli ospedali in modo che non possano variare significativamente i volumi complessivi di attività o il finanziamento tra un esercizio e l'altro.
- L'applicazione del principio di libera scelta al di fuori dei territori regionali è stata invece incentivata e istituzionalizzata attraverso il sistema delle tariffe uniche. In molte Regioni gli ospedali hanno chiari incentivi per attrarre pazienti da altre Regioni, perché generano ricavi aggiuntivi non soggetti a tetti.
- Il risultato finanziario dei flussi netti di mobilità è un saldo positivo per le Regioni del Nord, un saldo negativo per quelle del Sud e un incremento delle differenze nei finanziamenti tra le Regioni.
- Negli ultimi 15 anni è aumentato il divario tra le Regioni del Nord e quelle del Sud in termini di capacità di attrarre pazienti da altre Regioni.
- Malgrado i forti incentivi a non perdere risorse per pagare la mobilità, molte Regioni del Sud non hanno saputo investire per rafforzare i loro sistemi sanitari. La mobilità sanitaria ha svolto un ruolo controproducente: dando una via d'uscita ai pazienti di fronte a servizi locali di qualità modesta, ha ridotto la pressione sociale affinché si investisse nei contesti locali.
- La storia della mobilità sanitaria di questi anni mette in risalto una situazione molto ingiusta perché in alcune Regioni i pazienti trovano tutta l'assistenza di qualità che si aspettano e in altre no. Ma almeno altrettanto ingiusta perché nelle Regioni con strutture di qualità inferiore (o ritenuta tale) alcuni pazienti possono "scappare" e altri invece devono accettare quello che è loro offerto.

*Nel Rapporto del 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità presentò un modello di valutazione complessiva dei sistemi sanitari di quasi tutte le nazioni e lo applicò, tramite una raccolta sistematica di dati, così da giungere ad un ranking globale (WHO, 2000). In sintesi, il rapporto prese in considerazione alcuni criteri fondamentali: il livello di salute, l'equità nella sua distribuzione, l'equità del sistema di finanziamento e la capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei pazienti. Con dati relativi alla fine degli anni '90, l'Italia si posizionò come il 6° Paese per livello di salute e il 2° nella graduatoria complessiva che tenne conto anche delle risorse impiegate dal sistema. Prima dell'Italia si posizionò solo la Francia mentre tutti gli altri Paesi più sviluppati si collocarono in posizioni più basse.*

*Sono passati quasi quindici anni dalla pubblicazione del rapporto dell'OMS e gli indicatori di salute della popolazione italiana sono ulteriormente migliorati. In questi anni il sistema ha mantenuto la sua natura universalistica e solidaristica, riducendo i pagamenti diretti per l'assistenza farmaceutica ma aumentando, per una fascia ridotta di pazienti, quelli per l'assistenza specialistica e diagnostica in regime di ricovero. Il sistema sanitario italiano non sembra comunque un'istituzione pubblica sgradita alla popolazione e le riforme importanti del SSN non sono nell'agenda politica da tempo.*

*Certamente, il quadro della finanza pubblica ha imposto al sistema sanitario importanti politiche di contenimento della spesa, che hanno ridotto gli spazi per investimenti nel settore della salute. Dal 2000 la spesa sanitaria in Italia è cresciuta a tassi più ridotti di quelli della media dei paesi OCSE e nel 2011 la spesa procapite complessiva (pubblica e privata) era di 3,012 US\$ in parità di potere d'acquisto, il valore più basso tra i principali Paesi sviluppati. Anche in termini di percentuali del Prodotto Interno Lordo l'Italia ha una spesa relativamente bassa, con una percentuale di circa il 9%, mentre Francia e Germania sono sopra l'11%. È utile fare presente che nell'ultimo decennio non si è registrata una crescita del settore privato sanitario, che sarebbe stato un chiaro segnale di indebolimento del SSN.*

*Nonostante la difficile congiuntura, il sistema sanitario italiano sembra in discreta salute. Non vi è dubbio però che il problema più importante per la sanità italiana è il divario tra Regioni del Centro-Nord e Regioni del Centro-Sud. Un tema centrale, ma per diversi aspetti non sufficientemente analizzato, è quello della mobilità sanitaria, uno dei sintomi più evidenti di questo divario ma allo stesso tempo anche degli effetti delle politiche sanitarie, implicite od esplicite, degli ultimi 20 anni.*

## **La mobilità sanitaria in Italia: ragioni e fatti**

Il Servizio Sanitario Nazionale è ispirato al cosiddetto modello Beveridge, dal politico inglese che promosse la creazione del National Health Service inglese poco dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale. Questo modello, nella sua versione originaria, risentiva in modo molto forte di un'impostazione tradizionale dell'intervento pubblico ispirato al controllo da parte dello Stato sia del finanziamento sia dell'offerta di servizi pubblici nell'ambito di un sistema territoriale fortemente integrato e organizzato gerarchicamente. L'Italia, 30 anni dopo, riprese questo modello ma disegnò un sistema maggiormente pluralistico sul lato dell'offerta prevedendo, ad esempio, uno spazio esplicito per il settore privato di produzione.

La riforma del 1992 andò ulteriormente nella direzione di un sistema meno integrato e pianificato secondo modelli gerarchici e, aspetto molto rilevante, rafforzò il principio della libertà di circolazione dei pazienti, togliendo ogni vincolo alla scelta della struttura specialistica di assistenza sull'intero territorio nazionale e includendo anche il settore privato accreditato. È bene segnalare che questo modello di libera scelta non è comune nei Paesi con un modello alla Beveridge e che solo recentemente Inghilterra e Paesi nordici hanno aumentato i gradi di libertà nella scelta delle strutture specialistiche da parte dei pazienti.

Si possono rintracciare due motivazioni principali sottostanti al modello di libera scelta del paziente previsto dalla legislazione italiana. La prima, forse la più importante, fa riferimento ad un principio di equità territoriale: **in una situazione di forti differenze tra i contesti, permettere ai pazienti di ottenere l'assistenza senza restrizioni territoriali è sempre apparso utile per offrire pari opportunità ai cittadini, evitando discriminazioni legate al territorio di appartenenza.** La seconda motivazione riguarda il tentativo di promuovere un quasi-mercato all'interno del SSN in grado di sfruttare i potenziali benefici della competizione tra le strutture di offerta; in sintesi, l'idea è stata di utilizzare la libera scelta del paziente con un collegato sistema tariffario di rimborso per incentivare gli ospedali a migliorare qualità ed efficienza. In teoria, il dispiegarsi delle forze competitive avrebbe favorito le strutture migliori, portando alla chiusura (o ridimensionamento) di quelle peggiori (secondo le scelte dei pazienti). Sempre in teoria, la competizione avrebbe spinto tutte le istituzioni a perseguire progetti di miglioramento, eventualmente alzando il livello di tutte le strutture del sistema. Ma nei fatti la storia di quasi 20 anni è stata significativamente diversa da quella proposta dalla teoria.

## La libertà di scelta e la mobilità sanitaria nel modello Italiano

Se il modello di quasi-mercato sulla carta (il decreto legislativo 512/92) si presentava radicale nel collegare il finanziamento dell'assistenza ospedaliera alla scelta dei pazienti (Fattore, 1999), sin da subito le Regioni reagirono con una certa cautela e con importanti differenze. La maggior parte delle Regioni del Centro-Nord individuaronò dei dispositivi per controllare il rischio sia di espansione dei ricoveri sia di ri-allocazione degli stessi, e quindi delle risorse, tra gli ospedali. Invece, le Regioni del Sud ritardarono l'applicazione del sistema tariffario, nei fatti mantenendo un controllo diretto sull'allocazione delle risorse alle strutture ospedaliere e, in particolare, al settore privato (Jommi et al., 2001). L'unica Regione che cercò di valorizzare, se non addirittura di estremizzare, il modello della libertà di scelta associato alla parità pubblico-privato fu la Lombardia, che separò completamente l'offerta specialistica dalle Asl e promosse con vigore il finanziamento a tariffa. Tuttavia, anche la Regione Lombardia sin dai primi anni 2000 attivò una serie di misure per limitare la competizione, inserendo dispositivi per governare direttamente il finanziamento degli ospedali.

**Attualmente, tutte le Regioni italiane, sebbene rispettino il principio della libera scelta, pongono dei tetti o degli incentivi ai singoli ospedali in modo che non possano variare significativamente i volumi complessivi di attività o il finanziamento tra un esercizio e l'altro** (Anessi Pessina et al., 2004). Nei fatti il modello di quasi-mercato è stato addomesticato alle necessità di controllo della spesa o addirittura, come sostiene Taroni, non c'è mai stato (Taroni, 2011).

L'applicazione del principio di libera scelta anche al di fuori dei territori regionali ha tuttavia avuto una storia diversa. Per realizzarla sono state definite a livello nazionale delle tariffe uniche (TUC) per le quali le Regioni devono compensare i flussi netti di mobilità, anche se con un certo ritardo temporale. Se quindi la competizione dentro i sistemi regionali ha finito per essere fortemente governata e quindi limitata, la competizione tra le Regioni è stata istituzionalizzata con un sistema di finanziamento specifico senza dispositivi tesi a gestirla. Il risultato di questa dinamica divergente tra la competizione interna alle Regioni e quella tra Regioni è quasi paradossale.

**Dentro i sistemi regionali il livello di competizione è molto modesto, ma in molte Regioni gli ospedali hanno chiari incentivi per attrarre pazienti da altre Regioni perché generano ricavi aggiuntivi non soggetti a tetti.**

## I flussi di mobilità

Come si può notare dalla tabella 1 i flussi di pazienti tra le Regioni sono consistenti e generano trasferimenti significativi tra le Regioni italiane, tendenzialmente da Sud verso Nord. Nel 2011 la Regione Calabria ha trasferito alle altre Regioni circa 120 Euro procapite per l'assistenza ospedaliera dei suoi pazienti, mentre la Lombardia, con un saldo positivo procapite di 45 Euro per circa 9 milioni di pazienti, ha avuto finanziamenti aggiuntivi per circa 400 Milioni di Euro. Si noti anche che i dati si riferiscono alla sola assistenza ospedaliera e che pertanto non registrano trasferimenti collegati alla mobilità per assistenza specialistica ambulatoriale, farmaci ad alto costo e altre prestazioni. Il risultato finanziario dei flussi netti di mobilità è un saldo positivo per le Regioni del Nord, un saldo negativo per quelle del Sud e un incremento delle differenze nei finanziamenti tra le Regioni (si veda il coefficiente di variazione).

**Tabella 1.** Spesa procapite delle Regioni italiane a flussi di mobilità per le prestazioni ospedaliere nel 2011

|               | Spesa procapite (€) al lordo della mobilità | Numero indice | Spesa procapite (€) al netto della mobilità | Numero indice | Valore della mobilità netta (€ procapite) |
|---------------|---------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|
| Piemonte      | 1.897                                       | 102.5         | 1.897                                       | 102.5         | 0,60                                      |
| Valle d'Aosta | 2.236                                       | 120.8         | 2.343                                       | 126.6         | - 105,70                                  |
| Lombardia     | 1.872                                       | 101.2         | 1.826                                       | 98.7          | 46,00                                     |
| Bolzano       | 2.234                                       | 120.7         | 2.224                                       | 120.2         | 8,30                                      |
| Trento        | 2.209                                       | 119.4         | 2.239                                       | 121.0         | - 28,80                                   |
| Veneto        | 1.782                                       | 96.3          | 1.763                                       | 95.3          | 20,00                                     |
| Friuli VG     | 2.076                                       | 112.2         | 2.056                                       | 111.1         | 21,00                                     |
| Liguria       | 2.043                                       | 110.4         | 2.062                                       | 111.5         | - 18,90                                   |
| Emilia R      | 1.926                                       | 104.1         | 1.847                                       | 99.8          | 79,00                                     |
| Toscana       | 1.914                                       | 103.4         | 1.882                                       | 101.7         | 31,80                                     |
| Umbria        | 1.841                                       | 99.5          | 1.828                                       | 98.8          | 10,70                                     |
| Marche        | 1.793                                       | 96.9          | 1.812                                       | 97.9          | - 18,60                                   |
| Lazio         | 1.965                                       | 106.2         | 1.959                                       | 105.9         | 4,90                                      |
| Abruzzo       | 1.751                                       | 94.7          | 1.798                                       | 97.2          | - 47,30                                   |
| Molise        | 2.037                                       | 110.1         | 1.934                                       | 104.5         | 103,50                                    |
| Campania      | 1.710                                       | 92.4          | 1.759                                       | 95.1          | - 49,00                                   |
| Puglia        | 1.731                                       | 93.5          | 1.769                                       | 95.6          | - 38,90                                   |
| Basilicata    | 1.818                                       | 98.3          | 1.867                                       | 100.9         | - 47,40                                   |
| Calabria      | 1.697                                       | 91.7          | 1.816                                       | 98.1          | - 114,60                                  |
| Sicilia       | 1.717                                       | 92.8          | 1.757                                       | 94.9          | - 39,80                                   |
| Sardegna      | 1.932                                       | 104.4         | 1.967                                       | 106.3         | - 38,70                                   |
| <b>Totale</b> | <b>1.850</b>                                | <b>100.0</b>  | <b>1.850</b>                                | <b>100.0</b>  |                                           |
| Nord          | 1.902                                       | 102.8         | 1.871                                       | 101.1         | 31,60                                     |
| Centro        | 1.917                                       | 103.6         | 1.906                                       | 103.0         | 10,70                                     |
| Sud e Isole   | 1.743                                       | 94.2          | 1.791                                       | 96.8          | - 47,80                                   |
| Coeff. Var.   | 7,9%                                        |               | 8,8%                                        |               |                                           |
| Diff max/min  | 29,3%                                       |               | 33,4%                                       |               |                                           |

**Fonte:** Elaborazioni su dati del Rapporto Sanità della Relazione sulla Situazione Economica del Paese (RGSP) del 2012

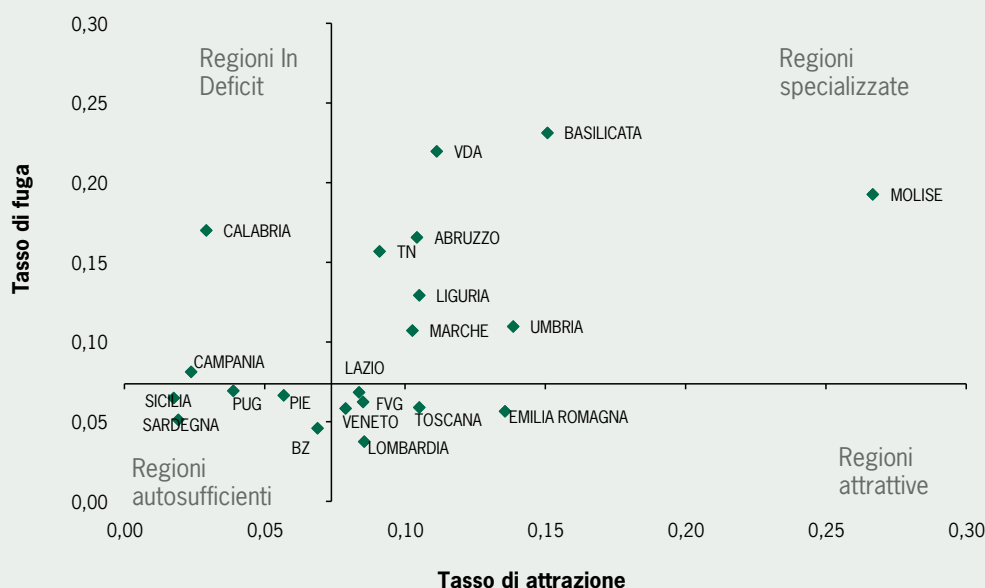
## Il caso della sostituzione della valvola aortica

In un recente lavoro (Fattore et al., 2014) si è misurata e valutata la mobilità per una prestazione cardiocirurgica, la sostituzione della valvola aortica, che sebbene considerabile di alto livello, dovrebbe essere offerta quasi in tutte le Regioni italiane. In Lombardia e Emilia-Romagna più di un quarto degli interventi effettuati nel 2009 sono stati fatti per pazienti non residenti. Di converso, quasi il 30% dei pazienti della Regione Campania sono stati ricoverati fuori Regione. Lo studio mette in luce anche due ulteriori elementi importanti sulla mobilità inter-regionale. Il primo è che le strutture che attraggono di più sono di natura privata: le prime 4 strutture per capacità di attrazione sono situate in Lombardia ed Emilia Romagna e sono Centri di eccellenza a proprietà privata. Il secondo elemento è che i pazienti che vengono trattati fuori Regione sono più giovani e, verosimilmente, con condizioni meno severe. I pochi elementi tracciati nelle schede di dimissione ospedaliera non permettono di fare analisi più approfondite sulle differenze tra pazienti residenti e non residenti. Appare tuttavia plausibile ritenere che i pazienti in mobilità non siano pienamente sovrapponibili a quelli assistiti nella Regione di residenza e che queste differenze siano principalmente ascrivibili a fattori socio-economici piuttosto che clinici.

## I tassi di attrazione e fuga

Oltre che in termini statici, le dinamiche competitive vanno considerate in termini dinamici. È infatti possibile, e auspicabile, che nel tempo le Regioni “perdenti” recuperino in capacità attrattiva. Se così fosse, la competizione tra le Regioni avrebbe un effetto di bilanciamento nel medio-lungo periodo. Purtroppo così non è. Le Regioni con forte capacità di attrazione hanno incrementato il saldo netto di pazienti e quelle con scarsa capacità di attrazione hanno perso ulteriormente terreno. Tra il 1997 e il 2011 la Regione Lombardia ha incrementato il tasso di attrazione dal 6,4% al 9%. Risultati ancora più positivi vengono registrati in Piemonte, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna. Invece, Puglia, Campania, Calabria e Sardegna hanno registrato un aumento dei tassi di fuga. L'analisi temporale dei saldi di mobilità mette chiaramente in luce che la competizione ha finito per favorire le Regioni generalmente ritenute con i sistemi sanitari migliori, non inducendo alcun recupero da parte delle Regioni più deboli. In altre parole, la competizione non ha messo in moto un ri-equilibrio ma ha invece rafforzato le divaricazioni preesistenti.

**Figura 1.** Posizionamento delle Regioni in base agli indici di attrazione\* e di fuga\*\* (2011)



\* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta.

\*\* Si considerano solo i ricoveri in altre Regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché questi dati sono rilevati in un altro flusso informativo.

È possibile classificare le Regioni in base ai tassi di attrazione e fuga come evidenziato nella figura 1.

- **Regioni SPECIALIZZATE** (quadrante I) **con forte mobilità in uscita e in entrata** (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica dei territori confinanti o dalla mancanza di determinate specialità nelle strutture Regionali. Allo stesso tempo, si tratta di Regioni che riescono ad attrarre pazienti dalle zone confinanti per alcune specialità).
- **Regioni IN DEFICIT** (quadrante II) **con elevata mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata** (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- **Regioni AUTOSUFFICIENTI** (quadrante III) **con bassa mobilità in entrata ed in uscita.**
- **Regioni ATTRATTIVE** (quadrante IV) **con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita** (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui Servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).

**Tabella 2.** Tassi regionali di fuga e attrazione per le prestazioni ospedaliere nel 1997 e nel 2011

|               | Tasso di Fuga 1997 | Tasso di Fuga 2011 | Differenza tra 2011 e 2007 nel tasso di Fuga | Tasso di attrazione 1997 | Tasso di Attrazione 2011 | Differenza tra 2011 e 1997 nel tasso di Attrazione |
|---------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| Piemonte      | 7,5%               | 6,6%               | -0,8%                                        | 1,6%                     | 5,8%                     | 4,1%                                               |
| Valle d'Aosta | 7,0%               | 20,8%              | 13,8%                                        | 11,0%                    | 10,4%                    | -0,6%                                              |
| Lombardia     | 3,9%               | 3,8%               | -0,1%                                        | 6,4%                     | 9,0%                     | 2,6%                                               |
| Bolzano       | 1,4%               | 4,3%               | 2,8%                                         | 7,3%                     | 6,7%                     | -0,6%                                              |
| Trento        | 7,4%               | 15,5%              | 8,1%                                         | 1,4%                     | 8,9%                     | 7,6%                                               |
| Veneto        | 4,1%               | 6,2%               | 2,1%                                         | 2,3%                     | 7,8%                     | 5,6%                                               |
| Friuli VG     | 1,6%               | 6,3%               | 4,7%                                         | 6,9%                     | 8,5%                     | 1,6%                                               |
| Liguria       | 4,2%               | 13,7%              | 9,4%                                         | 9,5%                     | 10,3%                    | 0,8%                                               |
| Emilia R      | 2,9%               | 5,7%               | 2,8%                                         | 9,4%                     | 13,8%                    | 4,4%                                               |
| Toscana       | 3,7%               | 5,9%               | 2,2%                                         | 5,2%                     | 10,7%                    | 5,5%                                               |
| Umbria        | 6,0%               | 10,8%              | 4,8%                                         | 13,0%                    | 14,7%                    | 1,7%                                               |
| Marche        | 8,9%               | 11,1%              | 2,2%                                         | 8,1%                     | 10,6%                    | 2,4%                                               |
| Lazio         | 4,3%               | 7,5%               | 3,2%                                         | 7,5%                     | 8,3%                     | 0,9%                                               |
| Abruzzo       | 8,1%               | 16,5%              | 8,3%                                         | 6,9%                     | 10,9%                    | 4,0%                                               |
| Molise        | 18,4%              | 20,7%              | 2,2%                                         | 21,3%                    | 25,8%                    | 4,5%                                               |
| Campania      | 5,7%               | 8,3%               | 2,5%                                         | 2,0%                     | 2,5%                     | 0,5%                                               |
| Puglia        | 3,9%               | 7,3%               | 3,4%                                         | 4,6%                     | 3,9%                     | -0,7%                                              |
| Basilicata    | 31,8%              | 22,2%              | -9,6%                                        | 7,9%                     | 15,6%                    | 7,7%                                               |
| Calabria      | 10,4%              | 17,2%              | 6,9%                                         | 3,5%                     | 2,9%                     | -0,5%                                              |
| Sicilia       | 16,4%              | 6,7%               | -9,7%                                        | 0,5%                     | 1,8%                     | 1,2%                                               |
| Sardegna      | 2,6%               | 5,3%               | 2,7%                                         | 1,4%                     | 2,0%                     | 0,6%                                               |
| <b>Totale</b> | <b>7,5%</b>        | <b>6,6%</b>        | <b>-0,8%</b>                                 | <b>1,6%</b>              | <b>5,8%</b>              | <b>4,1%</b>                                        |
| Nord          | 7,0%               | 20,8%              | 13,8%                                        | 11,0%                    | 10,4%                    | -0,6%                                              |
| Centro        | 3,9%               | 3,8%               | -0,1%                                        | 6,4%                     | 9,0%                     | 2,6%                                               |
| Sud e Isole   | 1,4%               | 4,3%               | 2,8%                                         | 7,3%                     | 6,7%                     | -0,6%                                              |
| Coeff. Var.   | 7,4%               | 15,5%              |                                              | 1,4%                     | 8,9%                     |                                                    |
| Diff max/min  | 4,1%               | 6,2%               |                                              | 2,3%                     | 7,8%                     |                                                    |

Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

## Mobilità inter-regionale ed equità

È utile tornare sul tema dell'equità. Senza dubbio offrire l'opportunità di essere trattato in una struttura di eccellenza a prescindere dal luogo di residenza è un meccanismo favorente l'uguaglianza dei cittadini. Se effettivamente il cittadino calabrese ha strutture di qualità inferiori, garantirgli di accedere in strutture di qualità eccellente favorisce il principio di pari trattamento tra i cittadini. Tuttavia, è riduttivo fermare l'analisi a questo livello. Un primo dato da mettere in risalto è che, **nelle Regioni con significativi tassi di fuga, una parte dei cittadini, anzi la maggioranza, rimane assistita nelle strutture delle loro Regioni. Si crea pertanto una disuguaglianza di trattamento all'interno delle Regioni con sistemi sanitari più deboli: se le differenze di qualità esistono, alcuni cittadini possono trarre beneficio dalla mobilità ma altri no.**

In teoria, se questa mobilità fosse concentrata nei casi più critici queste differenze di trattamento sarebbero giustificabili. Data la concentrazione dei centri di eccellenza in poche Regioni, la mobilità si indirizzerebbe sui pazienti più gravi o che comunque ne beneficiano di più. Ma le evidenze disponibili non vanno assolutamente in questa direzione. Nei fatti non c'è nessun dispositivo che dia precedenza alla mobilità per casi più gravi (o a maggiore beneficio atteso) e anzi il sistema degli incentivi prodotti dal finanziamento per caso trattato favorisce i casi meno complicati, come mostrato nell'esempio della sostituzione della valvola aortica.

## L'impatto delle spese di viaggio per i pazienti

La mobilità di lungo raggio comporta elevati costi non coperti dal SSN e significative risorse relazionali. A titolo di esempio si pensi a un ricovero di 10 giorni per un paziente campano a Milano. **Si supponga che il paziente con un accompagnatore viaggi in seconda classe da Napoli (€ 150 X 2), che si debbano sostenere costi di trasporto locali (€ 100) e che ogni giorno dell'accompagnatore costi € 60 (€600). In base a quest'ipotesi, veramente conservativa, l'intervento fuori Regione costerebbe € 1.000.** È facile immaginare che per molti pazienti questo costo potrebbe facilmente moltiplicarsi, ad esempio se fosse necessario un trasporto in ambulanza o se l'accompagnatore dovesse trovarsi un alloggio in albergo (o nelle strutture residenziali che effettivamente lavorano su accompagnatori e pazienti post-acuti). Sicuramente sono importi significativi per pazienti delle fasce meno abbienti, i cui soli costi di trasferta potrebbero assorbire diverse mensilità della pensione minima o dell'assegno di accompagnamento.

Non vi è pertanto dubbio che questi costi rappresentino una violazione del principio di equità di fronte al diritto di assistenza. È importante segnalare anche il tema delle risorse relazionali. Sia i percorsi di accesso alle strutture lontane dal luogo di residenza (raccolta di informazioni, accesso al sistema di prenotazione, accesso alle stesse prestazioni) sia il supporto logistico (accompagnatore, residenza dell'accompagnatore, eventuale luogo per la gestione post-ricovero) richiedono anche reti di supporto. Senza il contributo di familiari e amici l'effettivo accesso alla prestazione "distante" è difficile. La mobilità extra-regionale pone pertanto un tema di disuguaglianza di risorse relazionali che sono tendenzialmente correlate a quelle socio-economiche, ma che possono anche avere dinamiche indipendenti. Ad esempio, è molto probabile che le persone sole, con deboli legami familiari e senza capacità informatiche di base abbiano maggiori difficoltà di accesso all'assistenza extra-regionale.

**Malgrado le migliori intenzioni del principio della libera scelta del luogo di cura, la storia della mobilità sanitaria di questi anni mette in risalto una situazione potenzialmente molto ingiusta perché in alcune Regioni i pazienti trovano tutta l'assistenza di qualità che si aspettano e in altre no. Ma almeno altrettanto ingiusta perché nelle Regioni con strutture di qualità inferiore (o ritenuta tale) alcuni pazienti possono "scappare" e altri invece devono accettare quello che è loro offerto.**

## Mobilità e risorse economiche

In questi anni è stato fatto un notevole progresso nel sistema di allocazione delle risorse per far sì che siano meglio distribuite in base ai bisogni delle Regioni. In sostanza, si è gradualmente riequilibrata la ripartizione delle risorse pubbliche per ridurre le differenze nei finanziamenti procapite (con vari aggiustamenti per tenere conto della struttura della popolazione) (Mapelli, 2012). Tuttavia, la più equa distribuzione delle risorse finanziarie non ha corrisposto ad indicatori più omogenei nei livelli di offerta dei servizi: è evidente che la spesa pubblica in alcune Regioni è nettamente meno produttiva che in altre. Indicatori di efficienza ospedaliera, di appropriatezza delle prestazioni (compresi i farmaci), di riequilibrio tra ospedale e territorio, di composizione del mix di personale e di numero di ospedali di piccole dimensioni segnalano che le risorse nelle Regioni meridionali sono meno efficienti ed efficaci che in quelle del Nord. Diverse sono le ragioni di questo divario, tendenzialmente collegabili ad un contesto istituzionale, economico e sociale sfavorevole nel Mezzogiorno. **L'esperienza della mobilità è per certi aspetti desolante: malgrado i forti incentivi a non perdere risorse per pagare la mobilità, molte Regioni del Sud non hanno saputo investire per rafforzare i loro sistemi sanitari, creando un danno ai pazienti ma anche alle economie locali.** Forse, esagerando un po', si può arrivare addirittura a sostenere che la mobilità sanitaria ha svolto un ruolo controproducente: dando una via d'uscita ai pazienti di fronte a servizi locali di qualità modesta ha ridotto la pressione sociale affinché si investisse nei contesti locali.

La mobilità sanitaria è quindi un dispositivo a doppio taglio per il Mezzogiorno: un mezzo di salvaguardia, ma con pesanti ripercussioni di giustizia sociale e significativi effetti socio-economico negativi.

## Che fare?

Malgrado le considerazioni presentate sopra, non è auspicabile togliere la libertà di scelta del paziente. In un momento in cui si cerca di aprire i confini dell'assistenza e di specializzarla, mirando al contempo a costruire reti in grado di distribuire meglio competenze, specializzazioni e funzioni assistenziali, appare anacronistico creare limiti territoriali alla mobilità dei pazienti. Inoltre, è indubbio che la mobilità generi segnali importanti sulla qualità assistenziale, potenzialmente in grado di indurre interventi di miglioramento.

Tuttavia non è neanche sostenibile lasciare il tema della mobilità sullo sfondo, fingendo che sia equa e funzionale alla salute dei cittadini. L'analisi della mobilità sanitaria deve essere il punto di partenza per politiche attive in grado di governarla, con l'obiettivo sia di ridurla (perché a parità di condizioni è meglio essere assistito vicino a casa) sia per distribuirla in modo meno diseguale tra le Regioni. Di seguito si propongono alcune indicazioni in questa direzione.

- 1. Fare risorgere una pianificazione sanitaria nazionale.** La speranza che regole, principalmente finanziarie, potessero governare bene un sistema sanitario si è spenta. Lo Stato, ai diversi livelli in cui è organizzato, deve governare con una molteplicità di strumenti, che includono forme moderne di programmazione, l'offerta di prestazioni in base ai bisogni della popolazione, eventualmente valorizzando forme di competizione. Non si tratta di tornare a vecchi e desueti modelli di pianificazione gerarchica e analitica, che da tempo hanno mostrato pesanti limiti, ma di riconoscere che è compito delle istituzioni pubbliche assumere decisioni razionali in grado di orientare gli altri attori sociali.
- 2. Accettare e potenziare il ruolo suppletivo del livello nazionale in caso di evidente fallimento delle politiche regionali.** Il livello nazionale deve avere lo spazio per intervenire in sostituzione alle Regioni inadempienti con poteri, risorse finanziarie e soprattutto risorse reali. I piani di rientro hanno sicuramente segnato un passo in avanti in questo senso. Ma hanno anche avuto il limite di fermarsi alle dinamiche economico-finanziarie trascurando, sia nell'analisi sia negli interventi, i



“deficit assistenziali”. I piani di rientro dovrebbero essere potenziati e riconfigurati come strumenti complessivi d'intervento nel medio periodo per potenziare le capacità istituzionali e realizzare interventi mirati a ridurre le differenze tra le Regioni.

- 3. Risorse reali, non finanziarie.** Proprio il fatto che le Regioni maggiormente in dissesto finanziario siano state anche quelle con indicatori di qualità assistenziale peggiori suggerisce che il problema non sia di natura finanziaria. Non è un problema di risorse, ma di loro qualità e impiego. La solidarietà tra le Regioni dovrebbe essere ripensata dando spazio al trasferimento di professionalità, esperienze, modelli organizzativi tra le Regioni. Serve un flusso di risorse reali verso il Sud.
- 4. Reti e cooperazione.** Per diverse aree assistenziali si stanno affermando reti tra strutture, sia istituzionalizzate che informali, basate sulla cooperazione tra professionisti. Queste reti favoriscono la concentrazione e specializzazione di alcune fasi assistenziali, al contempo rimanendo vicini ai pazienti tramite antenne locali. La medicina è sempre più fatta da conoscenze spesso standardizzate e pertanto codificabili e trasferibili. Un ospedale di generale di medie dimensioni può non avere le condizioni per specializzazioni, attività di ricerca e sperimentazioni, ma può essere in rete con altre strutture per applicare protocolli assistenziali messi a punto da Centri di eccellenza. Le reti migliori prevedono anche forme governate di mobilità, dei pazienti ma anche dei professionisti perché, malgrado la crescente standardizzazione, i processi di trasferimento delle conoscenze, e quindi anche delle pratiche assistenziali, passano sempre più anche da forme di socializzazione tra i professionisti.

## Conclusioni

L'analisi dei flussi di mobilità, i cui dati sono disponibili grazie ad un sistema informativo nazionale potente e rodato, permette di conoscere meglio il fenomeno per identificare, per aree assistenziali e per Regioni, dove sono le situazioni più gravi e quindi dove intervenire. È proprio da queste analisi che dovrebbero partire le proposte per iniziative specifiche e con interventi di politica sanitaria radicati nelle evidenze, nella progettazione a partire dai problemi e con una forte attenzione alle misure concrete, al loro monitoraggio e a logiche di sperimentazione. Per tornare all'introduzione dello scritto, se il sistema sanitario italiano è complessivamente in buona salute ma con significative differenze tra le Regioni, è dentro il sistema che si progetta e gestisce il cambiamento per cercare di ridurre il divario tra i sistemi sanitari del Sud e Nord Italia.

### Riferimenti bibliografici

- Anessi-Pessina E, Cantù E, Jommi C. Phasing Out Market Mechanisms in the Italian National Health Service. *Public Money and Management* 2004; 24(5): 309-316.
- Fattore G, “Cost-containment and reforms in the Italian National Health Service”. In: Mossialos E, Le Grand J, editors. *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate 1999; 513-546.
- Fattore G, Petrarca G, Torbica A. Traveling for care: Inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy. *Health Policy* 2014.
- Jommi, C., Cantù, E. and Anessi-Pessina, E. New funding arrangements in the Italian National Health Service. *International Journal of Health Planning and Management* 2001; 16(4): 347-68.
- Mapelli V. *Il Sistema Sanitario in Italia*. Bologna: Il Mulino. 2012.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
- Taroni F. Politiche Sanitarie in Italia. *Il Futuro del Ssn in una Prospettiva Storica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Tediosi F, Gabriele S, Longo F. Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy* 2009; 90 (2), 303-31
- Toth F. *La Sanità in Italia*. Bologna: Il Mulino. 2014
- Toth F. How health care regionalisation in Italy is widening the North-South gap. *Health Economics Policy and Law* 2014; 9: 231-249.
- WHO. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO. 2000.