

9° Supplemento al numero 29 2012 di Monitor

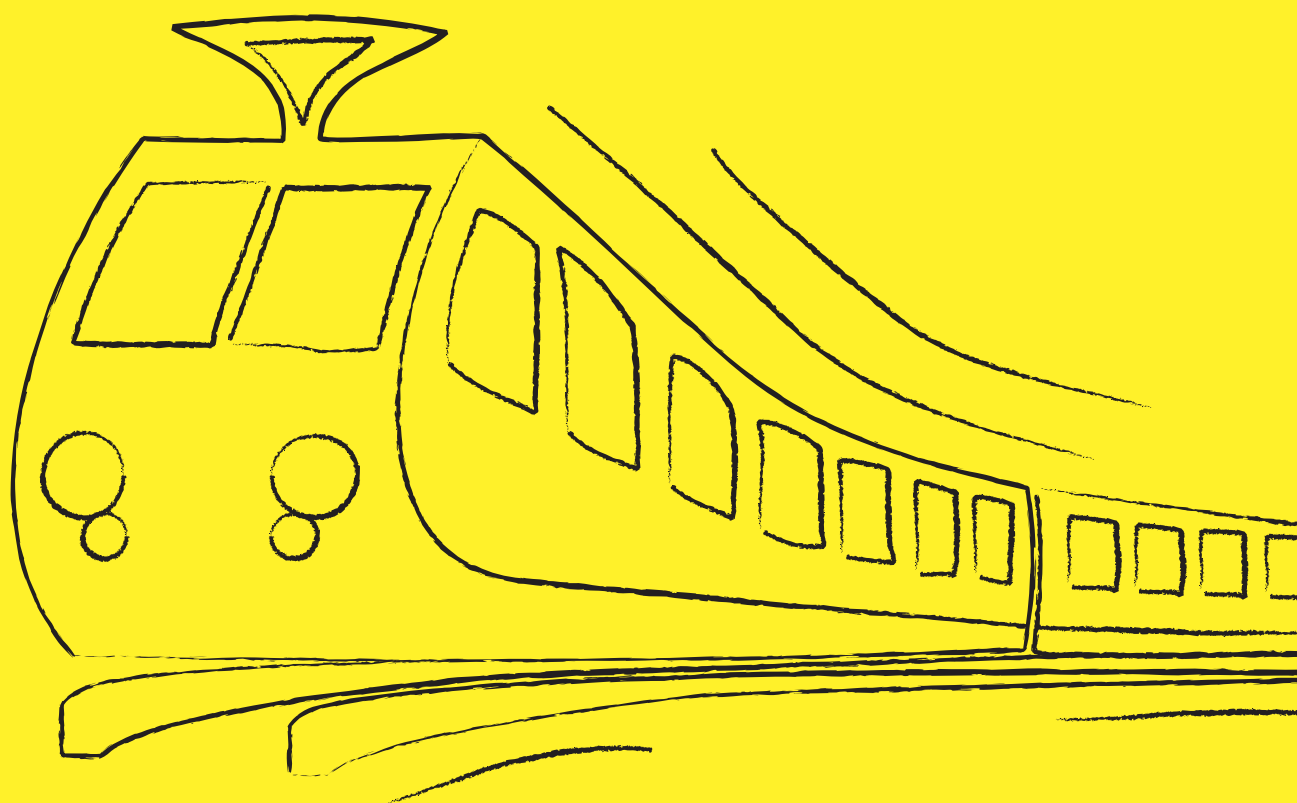
Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI

monitor

➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



LA MOBILITÀ SANITARIA

I QUADERNI DI

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

## LA MOBILITÀ SANITARIA

Quaderno di Monitor n. 9

**Elementi di analisi  
e osservazione  
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari regionali

Anno XI Numero 29 2012

**Direttore**

Fulvio Moirano

**Direttore responsabile**

Chiara Micali Baratelli

**Comitato scientifico**

Coordinatore: Gianfranco Gensini  
Componenti: Aldo Ancona, Anna Banchemo,  
Antonio Battista, Norberto Cau,  
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,  
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,  
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,  
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,  
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

**Editore**

Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari regionali  
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA  
Tel. 06.427491  
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing  
e impaginazione**



**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18  
00147 Roma

**Stampa**

Cecom  
Bracigliano (Sa)

Registrazione  
presso il Tribunale di Roma  
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare  
nel mese di marzo 2012



*L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.*

**L'Agenzia oggi** | Presidente f.f. Giuseppe Zuccatelli

Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi, Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente), Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

**I settori di attività dell'Agenzia** | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Formazione - Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina ECM • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

**www.agenas.it**

Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 

# LA MOBILITÀ SANITARIA

|  |     |
|--|-----|
| LA MOBILITÀ SANITARIA: UN FENOMENO DA GOVERNARE<br><i>Giuseppe Zuccatelli</i> .....  | 4   |
| LA MOBILITÀ SANITARIA NEL QUADRO DELLA RIORGANIZZAZIONE<br>DELLA RETE OSPEDALIERA<br><i>Fulvio Moirano</i> .....   | 7   |
| VIAGGIARE PER LA SALUTE: UN FENOMENO POCO STUDIATO<br><i>Giuseppe Costa, Cesare Cislaghi</i> .....   | 9   |
| DEFINIZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA<br><i>Carlo Zocchetti</i> .....   | 11  |
| LA MOBILITÀ SANITARIA COME PROBLEMA SOCIALE<br><i>Carla Collicelli</i> .....   | 19  |
| LA MOBILITÀ SANITARIA NEL BREVE E NEL LUNGO PERIODO<br><i>Giovanni Fattore</i> .....   | 24  |
| GLI STRUMENTI PER MISURARE LA MOBILITÀ<br><i>Cesare Cislaghi, Francesca Giuliani</i> .....   | 28  |
| IL QUADRO ITALIANO DELLA MOBILITÀ REGIONALE<br><i>Ombretta Checconi</i> .....  | 38  |
| LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI NEI CONTI ECONOMICI<br>DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE<br><i>Eugenio Anessi Pessina, Francesca Ferrè, Mariafrancesca Sicilia</i> .....                                    | 45  |
| IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ NELL'ULTIMO DECENNIO<br><i>Paolo Di Loreto</i> .....   | 56  |
| MOBILITÀ OSPEDALIERA ED ESITI DEI RICOVERI<br><i>Danilo Fusco, Mirko Di Martino, Mariangela D'Ovidio, Chiara Sorge,<br/>Marina Davoli, Carlo Alberto Perucci</i> .....                               | 61  |
| VIAGGIARE PER LA SALUTE: NECESSITÀ O OPPORTUNITÀ?<br><i>Alessio Petrelli, Tania Landriscina, Giuseppe Costa, Emanuela Bologna,<br/>Manila Bonciani, Chiara Marinacci, Gabriella Sebastiani</i> ..... | 67  |
| MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA: IMPLICAZIONI MANAGERIALI<br><i>Francesco Longo</i> .....  | 74  |
| MOBILITÀ DEI RICOVERI: ELEMENTI DI COMPLESSITÀ E INCENTIVI<br>DELLE POLITICHE SANITARIE<br><i>Paolo Sciattella, Federico Spandonaro</i> .....  | 84  |
| IL FENOMENO DELLA MOBILITÀ OSPEDALIERA EXTRAREGIONALE IN SARDEGNA<br><i>Rosanna Porcu, Antonello Antonelli</i> .....   | 96  |
| LA MOBILITÀ SANITARIA PER LA SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA AORTICA<br>E LA NEURO STIMOLAZIONE<br><i>Giuseppina Petrarca, Maria Cristina Bussone, Giovanni Fattore</i> .....                             | 102 |

# MOBILITÀ DEI RICOVERI: ELEMENTI DI COMPLESSITÀ E INCENTIVI DELLE POLITICHE SANITARIE

84

I QUADERNI DI **MOBILIOR**

di **Paolo Sciattella\*** e **Federico Spandonaro\*\***

\*CEIS Università di Roma Tor Vergata

\*\*Università di Roma Tor Vergata

La mobilità sanitaria interregionale rappresenta un fenomeno complesso, che coinvolge considerazioni tanto di efficienza allocativa e tecnica, quanto di equità; la complessità del fenomeno è, altresì, aggravata da non banali problemi di misura.

Malgrado l'indiscutibile complessità del fenomeno, nel dibattito corrente di politica sanitaria la questione è per lo più trattata con un approccio sostanzialmente unilaterale che, in sostanza, si limita a leggere il fenomeno quale dimostrazione di una scarsa qualità dell'assistenza erogata in alcune Regioni. Secondo questo approccio, il saldo della mobilità in pratica assume il significato di un indicatore di inefficienza e inefficacia dei sistemi sanitari (e quindi ovviamente di iniquità); ne segue, logicamente, che la mobilità passiva va disincentivata dalle politiche sanitarie.

Questo approccio appare, però, troppo semplicistico e, quindi, limitativo per varie ragioni che proveremo ad argomentare.

Intanto, una parte della mobilità può essere considerata un fenomeno "positivo": ad esempio, che i pazienti si concentrino in centri di eccellenza per ricevere prestazioni di alta specialità, è fenomeno che andrebbe piuttosto incentivato, sulla base di considerazioni di efficacia ed efficienza (qualità delle prestazioni ed economie di specializzazione).

Analoghe considerazioni (che in parte si intre-

ciano con la precedente) possono farsi sottolineando l'opportunità di sfruttare forme di economia di scala: per alcuni ambiti assistenziali, si è sviluppata, ancorché non sempre possa considerarsi consolidata, una letteratura che correla quantità e qualità delle prestazioni erogate.

Aggiungiamo, ancora, che in un contesto federalista, quale quello che caratterizza oggi il Paese, sovrapposto ad una struttura istituzionale (le Regioni) caratterizzata da dimensioni molto diverse, le considerazioni sopra richiamate si applicano a maggior ragione: è, infatti, del tutto probabile che le reti assistenziali (tipicamente quelle di alta specialità) abbiano dimensioni efficienti sovraordinate rispetto a quelle regionali, generando così una mobilità "naturale", valutabile positivamente.

Infine, nel fenomeno mobilità si "nascondono" componenti di difficile interpretazione: è il caso delle prestazioni potenzialmente inappropriate. Il fatto che i pazienti si muovano per ricevere prestazioni potenzialmente inappropriate può, infatti, essere letto tanto come un fallimento delle politiche sanitarie dei sistemi regionali da cui i pazienti provengono, quanto come il frutto di comportamenti opportunistici (non facilmente contrastabili, come vedremo) da parte dei sistemi riceventi. Analoghe considerazioni, legate all'appropriatezza, rilevano la presenza di ricoveri di alta specialità con degenze medie

ridottissime (inferiori alle quattro giornate). Alle note sopra esposte che, senza pretese di esaustività<sup>1</sup>, suggeriscono ottiche di lettura del fenomeno alternative a quella che abbiamo sopra definito “corrente”, si aggiungono ulteriori considerazioni legate alle misure utilizzate.

Intanto, è evidente che il saldo della mobilità nasconde il contributo separatamente generato dalle sue due componenti: è evidente che un saldo negativo può essere il frutto tanto di un eccesso di mobilità passiva, quanto di una scarsa o nulla mobilità attiva, con conseguenze ovviamente non sovrapponibili.

Altro elemento critico è quello della mobilità di confine, che rimane confusa nel dato di mobilità fornito. Questa componente non è facilmente calcolabile, ma è evidente che per un paziente può essere più conveniente (in termini di costi di spostamento ecc.) recarsi in una struttura situata fuori della propria Asl di afferenza ed, eventualmente, anche in un'altra regione. Il “valore” di tale mobilità non è quindi assimilabile a quello delle altre componenti. Il fenomeno è presumibilmente più forte nelle regioni piccole e dotate di minore sviluppo delle reti di trasporto.

In questo ambito rileva anche la fattispecie, la cui consistenza non è nota, di persone residenti in una regione ma domiciliate in un'altra, che quindi costituiscono una fonte fittizia di mobilità. Strettamente connesso è il caso (anch'esso di consistenza non nota) di persone che si spostano perché hanno familiari (tipicamente i figli) in un'altra regione, e che quindi trovano più conveniente trasferirsi per poter contare sull'assistenza dei familiari durante un ricovero.

Sempre senza pretesa di esaustività, fra i problemi di misura, si annovera anche la questione della corretta valorizzazione delle tariffe di scambio. Il problema è stato risolto in sede istituzionale con accordi fra le Regioni, che hanno progressiva-

mente modificato l'impianto iniziale della cosiddetta TUC (Tariffa Unica Convenzionale, Circolare Ministero della Sanità 100/SCPS/4.4583, Stato-Regioni 25 novembre 1993).

Non è però chiaro se il sistema tariffario che ne è scaturito adottò come principio della valorizzazione il costo marginale o il costo medio (o forme intermedie): la scelta dipende dal “valore” attribuito al fenomeno e quindi dagli incentivi che si vogliono dare al sistema.

Tra l'altro, come si vedrà, l'attuale tariffario appare in molti casi incoerente con quelli delle singole Regioni.

Nei paragrafi seguenti si propongono semplici analisi descrittive, finalizzate a valutare l'ordine di importanza delle singole componenti della mobilità interregionale sopra esposte per poterne poi desumere alcune considerazioni di politica sanitaria.

## IL SALDO DELLA MOBILITÀ INTERREGIONALE

La geografia della mobilità ospedaliera (per comodità, nonché completezza e affidabilità dei dati ci limitiamo a considerare l'area delle acuzie) è ormai stabile da anni: le Regioni del sud in media presentano un saldo di ricoveri negativo e quindi, ovviamente, quelle del nord positivo. Le eccezioni sono limitate: nel sud il Molise, che ha un saldo positivo, mentre nel nord gli unici saldi negativi significativi sono quelli del Piemonte e della P.A. di Trento.

Evidentemente l'analisi può essere ripetuta considerando non il numero, quanto il valore della mobilità, ottenendo risultati significativamente diversi. Considerando i saldi in termini di valore della produzione<sup>2</sup> dei ricoveri possiamo, infatti, osservare come in Piemonte il gap tra mobilità passiva e attiva si dimezzi (dal 22,4% all'11,4%). Un altro caso significativo è quello della Liguria, per la quale i ricoveri in mobilità passiva sono supe-

<sup>1</sup> Ad esempio nel presente contributo non consideriamo la mobilità naturale di coloro che hanno visto insorgere una malattia o un infortunio mentre erano fuori della propria regione di residenza: componente peraltro non trascurabile, che secondo stime del CENSIS potrebbe sfiorare il 9% del totale dei casi.

<sup>2</sup> Il valore della produzione è calcolato sulla base della Tariffa Unica Convenzionale 2008 ([www.regioni.it](http://www.regioni.it)) a meno di approssimazioni dovute alla non considerazione della tipologia di struttura di ricovero e dei codici di intervento o dimissione. Come noto, infatti, le regole di applicazione della TUC prevedono per alcuni Drg associati a determinati codici di intervento un'aggiunta tariffaria o una tariffa Drg particolare per singolo episodio di ricovero.

riori solo dell'1,4% rispetto a quelli in mobilità attiva in termini di numero, ma del 19,8% in termini di valore.

Le differenze sono evidentemente determinate dal case-mix dei ricoveri, ma anche dalle tariffe con cui vengono valorizzati i ricoveri: l'analisi di questa tematica sarà affrontata nel seguito.

I saldi della mobilità sono rilevanti: complessivamente i cittadini si spostano da sud al centro-nord

per 365.135 ricoveri (pari all'8,3% dei ricoveri dei residenti nella ripartizione geografica), che attualmente vengono valorizzati in € 1,10 Mld. (pari al 3,2% del finanziamento complessivo spettante alle Regioni del sud).

### LA MOBILITÀ REGIONALE PASSIVA

I saldi regionali nascondono le diverse dinamiche della mobilità attiva e passiva.

FIGURA I - Saldo mobilità regionale. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Numero di ricoveri

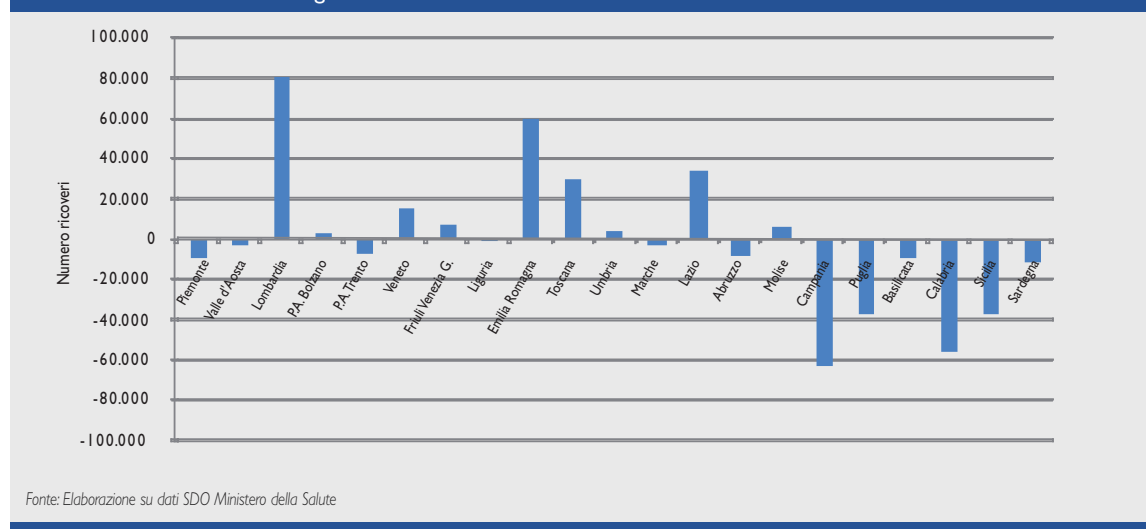


TABELLA I - Saldo della mobilità regionale. Numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie - 2008 - Valori percentuali

| Regione               | Ricoveri | Valore della produzione |
|-----------------------|----------|-------------------------|
| Piemonte              | 22,4%    | 11,4%                   |
| Valle d'Aosta         | 145,7%   | 168,4%                  |
| Lombardia             | -54,8%   | -66,2%                  |
| P.A. di Bolzano       | -42,4%   | -25,0%                  |
| P.A. di Trento        | 100,6%   | 127,9%                  |
| Veneto                | -26,0%   | -32,2%                  |
| Friuli Venezia Giulia | -34,5%   | -30,5%                  |
| Liguria               | 1,4%     | 19,8%                   |
| Emilia Romagna        | -55,6%   | -60,8%                  |
| Toscana               | -44,4%   | -39,5%                  |
| Umbria                | -18,0%   | -21,4%                  |
| Marche                | 11,8%    | 36,2%                   |
| Lazio                 | 33,4%    | -21,2%                  |
| Abruzzo               | 23,7%    | 17,8%                   |
| Molise                | -30,9%   | -27,6%                  |
| Campania              | 248,7%   | 399,5%                  |
| Puglia                | 135,1%   | 143,8%                  |
| Basilicata            | 63,4%    | 77,0%                   |
| Calabria              | 541,8%   | 742,7%                  |
| Sicilia               | 197,7%   | 338,5%                  |
| Sardegna              | 240,6%   | 436,1%                  |

Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

Come si evince dalla figura 2, le quote di mobilità passiva più elevata sono associate alle Regioni di dimensione minore (Basilicata, Molise, ma anche Abruzzo e Calabria nel meridione; Valle d'Aosta e P.A. di Trento nel settentrione). L'eccezione più significativa è rappresentata dalla P.A. di Bolzano. La mobilità passiva minore si registra in Lombardia, ma la Sicilia e la Sardegna (caratterizzate dall'isolamento geografico tipico delle isole) non sono distanti, soprattutto se si considera il numero di ricoveri anziché il valore. Tale evidenza sembra, quindi, supportare l'importanza di scorporare la mobilità di confine, per poter effettuare confronti omogenei.

Rimandiamo ad un successivo paragrafo il tentativo di valutare nel dettaglio le varie componenti della mobilità passiva.

### LA MOBILITÀ REGIONALE ATTIVA

La mobilità attiva può essere considerata come un indicatore della capacità di attrazione da parte dei sistemi sanitari regionali.

Le quote di mobilità più elevate, se si escludono le Regioni di dimensioni ridotte come Molise, Umbria e Basilicata, si registrano in Emilia Romagna, Toscana e Liguria, seguite da Lazio e Lombardia; di contro, le Regioni con minor mobilità attiva sono Calabria, Campania e le Isole.

FIGURA 2 - Mobilità passiva: numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti

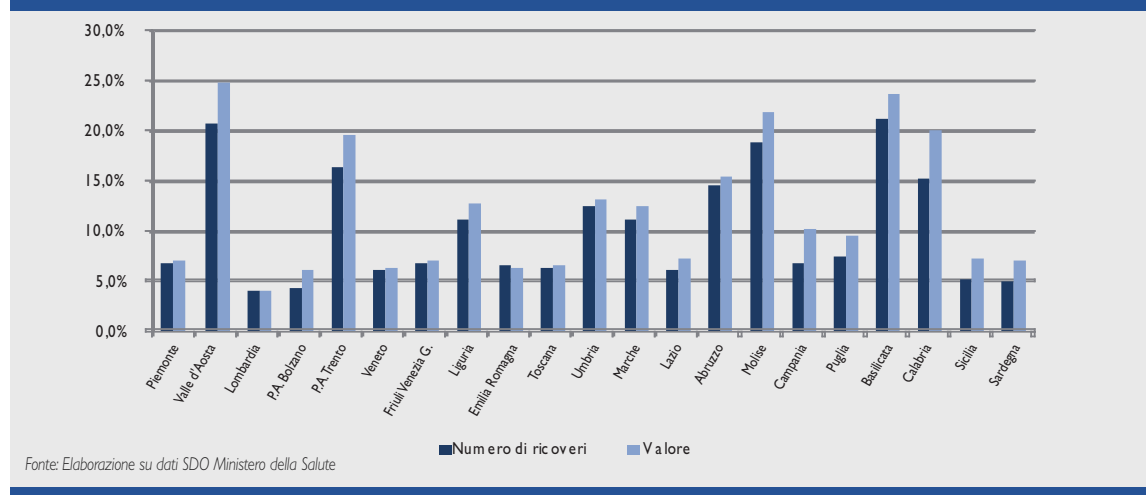
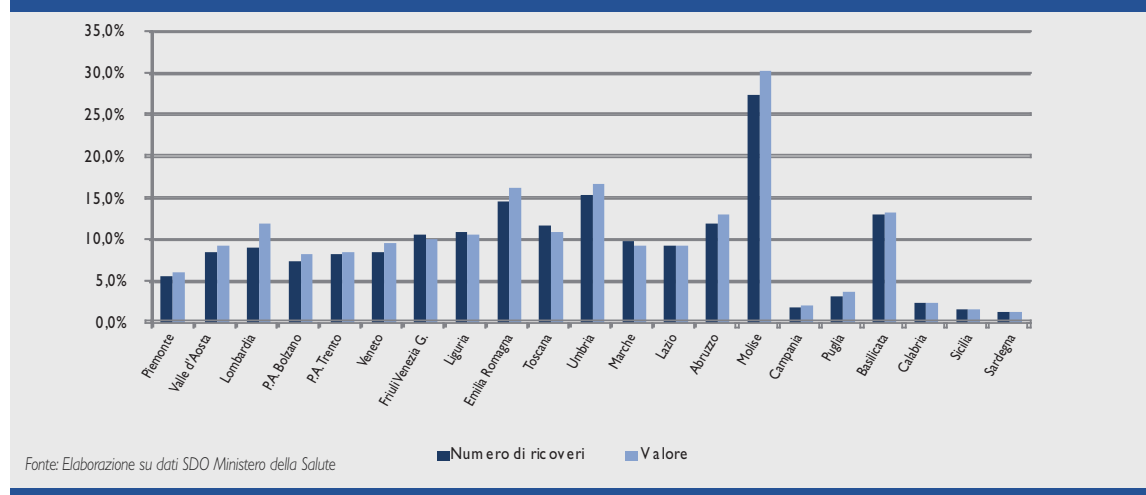


FIGURA 3 - Mobilità attiva: numero di ricoveri e valore della produzione. Ricoveri in acuzie. Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti





Anche nel caso della mobilità attiva, una corretta analisi richiede una maggiore scomposizione, che tenga conto della quota di ricoveri da incentivare (alta specialità) e di quelli di dubbio valore (inappropriati); anche la natura delle strutture riceventi può fornire elementi interessanti di valutazione. Come nel caso della mobilità passiva, rimandiamo ad un successivo paragrafo l'analisi delle singole componenti di mobilità attiva.

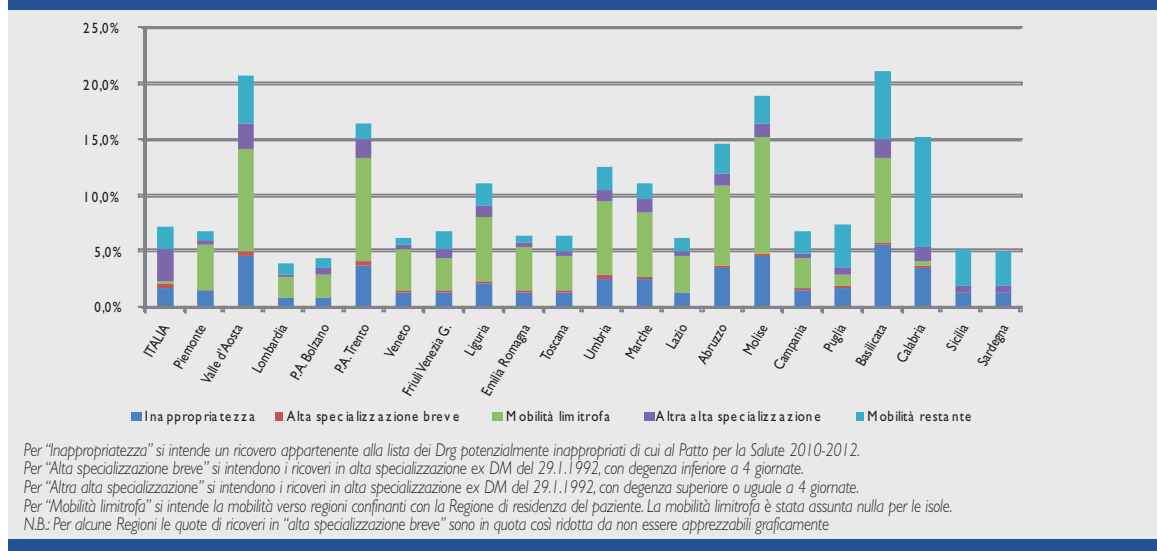
**LE COMPONENTI DELLA MOBILITÀ PASSIVA**

Come detto, esula dagli obiettivi del presente con-

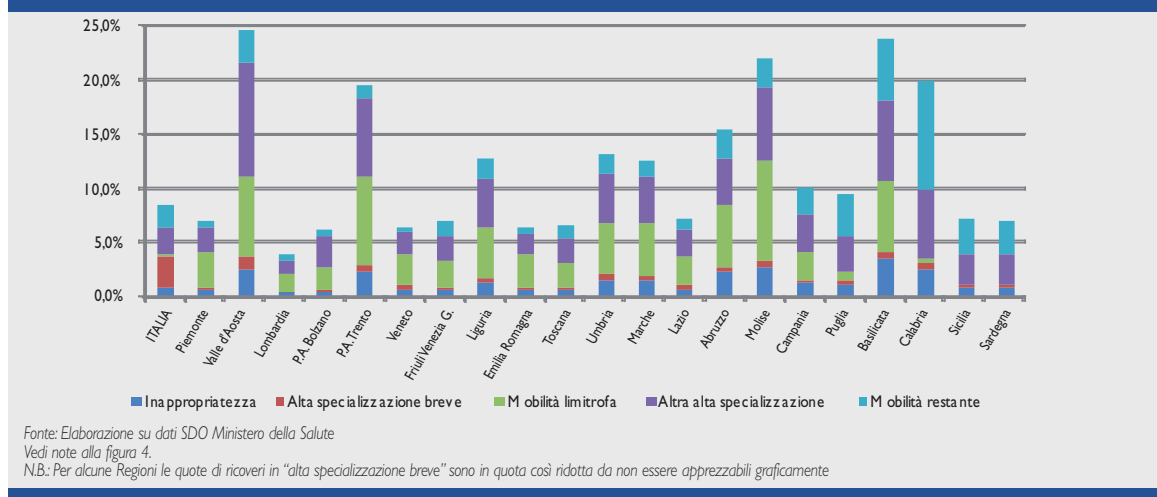
tributo giungere ad una corretta stima della mobilità di confine. Non di meno, per apprezzare (con larga approssimazione) il fenomeno, si è provato a isolare la quota di mobilità passiva verso le regioni limitrofe.

La figura 4 mostra come la maggior parte della mobilità passiva regionale derivi proprio da ricoveri in regioni limitrofe, all'interno delle quali si "nasconde" (non conosciamo la quota) la mobilità di confine o, meglio, quella giustificata dalla convenienza economica delle persone (costi diretti e indiretti dello spostamento e simili) a re-

**FIGURA 4 - Mobilità passiva. Scomposizione del numero di ricoveri in aziende - Anno 2008**  
Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti



**FIGURA 5 - Mobilità passiva. Scomposizione del valore della produzione dei ricoveri in aziende.**  
Anno 2008 - Valori percentuali sul totale del valore dei ricoveri dei residenti



carsi in strutture non afferenti alla propria Asl di appartenenza.

Il fenomeno è evidente nelle Regioni di piccole dimensioni come Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Molise, mentre è stato assunto assente per le isole.

Un'altra fetta importante della mobilità passiva riguarda ricoveri potenzialmente inappropriati (elenco dei 108 Drg nel *Patto per la Salute 2010-2012*): in media il 22,7% dei ricoveri in mobilità sono inappropriati, percentuale che assume valori maggiori man mano che si scende verso sud (il valore massimo si registra in Basilicata con il 26,7%).

Si osserva ancora che la componente relativa ai ricoveri ad alta specializzazione (nel DM del 29.1.1992) caratterizzati da degenza breve (inferiore a 4 giornate) rappresenta un ulteriore 1,5% della mobilità passiva in termini di ricoveri e 3,5% in termini di valore della produzione.

Pur con le approssimazioni sopra richiamate, l'analisi della mobilità residua ("mobilità restante" + "altra alta specializzazione") evidenzia come essa sia in media pari al 37,1% del totale della mobilità passiva, di cui il 21,4% attribuibile a ricoveri per "altra alta specialità" che hanno una valenza quanto meno "non negativa". Sul totale dei ricoveri dei residenti rappresenta il 7,9%.

Quindi la quota di mobilità certamente da contrastare, ovvero quella nettata da componenti di mobilità naturale come quella verso le regioni limitrofe, o la mobilità non giustificata per ragioni di inappropriatazza, o quella "positiva" che muove alla ricerca dell'alta specialità, si riduce di molto, e per alcuni versi potrebbe considerarsi "frizionale".

In termini finanziari ammonta a € 1,36 mld. (di cui € 798 mln. per l'alta specialità), ovvero poco più della metà (il 55,8%) del valore complessivo della mobilità passiva.

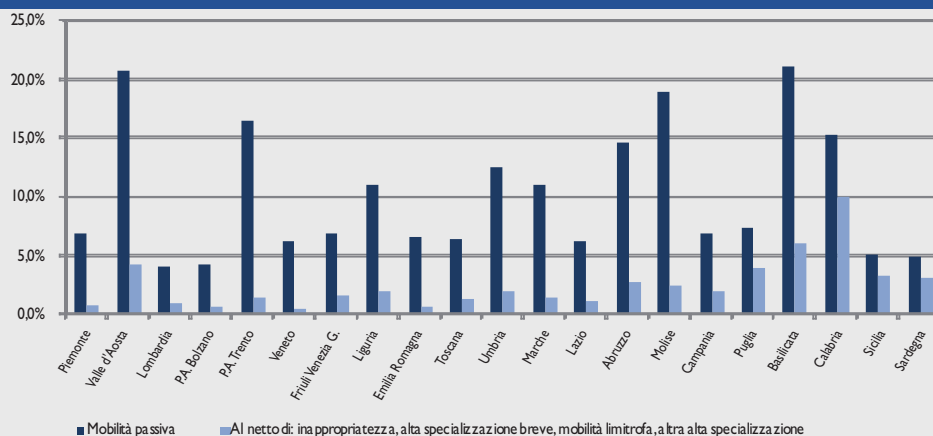
La mobilità passiva per alta specialità è fondamentalmente concentrata nelle Regioni del sud (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) e si indirizza prevalentemente verso Veneto, Emilia Romagna e Lombardia.

### MOBILITÀ PER STRUTTURA DI RICOVERO

Nell'analizzare la capacità attrattiva delle Regioni, assunta come determinante della mobilità attiva, non si può trascurare che insieme alla qualità effettiva delle prestazioni erogate e alla contiguità geografica, in un contesto di asimmetria informativa quale quello che caratterizza diffusamente la Sanità, possono convivere elementi di induzione di domanda da parte dell'offerta.

Qualche indicazione indiretta (sempre con larga

**FIGURA 6 - Confronto tra mobilità passiva totale e mobilità passiva al netto di: inappropriatazza, alta specializzazione breve, mobilità limitrofa, altra alta specializzazione. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali sul totale ricoveri dei residenti**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute  
Vedi note alla figura 4.

approssimazione) del fenomeno può trarsi dall'analisi della natura delle strutture di ricovero a cui si rivolge la mobilità.

Risulta immediatamente evidente il ruolo che, in quasi tutte le Regioni, giocano le case di cura private: in media il 21,5% dei ricoveri in mobilità si rivolge a questa tipologia di struttura (contro una media del 14,4% per il totale dell'attività di ricovero); in alcune Regioni tale quota è significativamente superiore, rappresentando più di un terzo del totale: Emilia Romagna (33,7%), Marche (34,3%), Abruzzo (46,2%).

La quota di ricoveri in mobilità potenzialmente inappropriati (ivi compresi quelli in alta specialità con degenza "incongrua") in queste strutture è mediamente pari al 29,2%, verso il 22,9% della mobilità delle strutture pubbliche (ivi compresi Irccs e Policlinici).

I dati esposti, a meno di non voler sostenere che le strutture private hanno una qualità significativamente maggiore di quelle pubbliche, suggeriscono la necessità di un approfondimento della genesi dell'attrattività regionale. L'osservazione è anche coerente con l'idea che sia opportuno valutare se non sia il caso di rivedere i criteri di automatica estensione dell'accreditamento regiona-

le alle attività svolte per pazienti in mobilità: tale opportunità è, ovviamente, strettamente legata alle esigenze di governo regionale degli erogatori e in particolare al controllo dell'inappropriatezza, che è necessario in generale, e comunque condizione necessaria nei Piani di rientro.

### CONFRONTI TARIFFARI

Un ultimo aspetto considerato in questo contributo riguarda le tariffe con le quali avviene la valorizzazione dei ricoveri. In particolare si è confrontata la TUC 2009 (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 27.01.2010) con i tariffari regionali vigenti, allo scopo di valutarne la coerenza.

Il confronto è stato effettuato con i tariffari<sup>3</sup> delle Regioni che assorbono circa il 50% della mobilità: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana<sup>4</sup>.

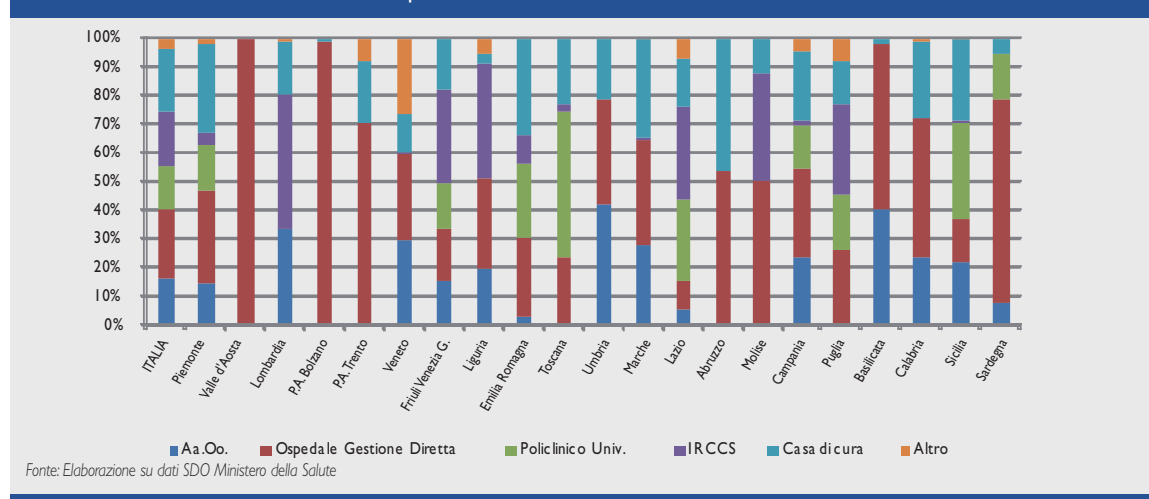
Il confronto tariffario è stato effettuato suddividendo i Drg in 3 classi:

- alta complessità (91 Drg);
- potenzialmente inappropriati (45 Drg);
- restanti Drg (402 Drg).

I confronti dimostrano come le tariffe della TUC siano nel complesso leggermente inferiori ri-

3 Lombardia: D.G.R. 8-10804 del 16.12.2009; Veneto: D.G.R. 204 del 03.02.2009; Emilia Romagna: D.G.R. 2079 del 14.12.2009 (fascia A); Toscana: D.G.R. 1184 del 29.12.2008 (fascia A)  
 4 Per le Regioni che prevedono tariffe differenziate in base alla tipologia di struttura, sono state selezionate quelle relative alle strutture più complesse.

**FIGURA 7 - Mobilità attiva per tipologia di struttura di ricovero. Ricoveri in acuzie - Anno 2008 - Valori percentuali**



petto a quelle delle regioni analizzate, ad eccezione del Veneto che presenta valori inferiori in media del 9,6%.

In particolare le differenze più significative si riscontrano nei Drg a rischio di inappropriatezza: tutte le Regioni ad eccezione della Lombardia presentano tariffe decisamente più alte, fino al massimo dell'Emilia Romagna (+39,4%). Anche per i restanti Drg, le tariffe TUC risultano in media più basse (con l'eccezione del Veneto), mentre per i Drg ad alta complessità la Tariffa Unica Convenzionale risulta leggermente più alta rispetto ai singoli tariffari regionali, Emilia Romagna esclusa.

Complessivamente, sembra ragionevole ipotizzare che la valorizzazione dei ricoveri inappropriati sia nell'attuale TUC allineata con i costi medi, coerentemente con una logica di penalizzazione delle Regioni gravate da saldo passivo: come anticipato nell'introduzione, e giustificato dalle analisi precedenti, si potrebbero, però, avanzare legittime istanze per valutare tutta o larga parte della mobilità in base al costo marginale, presumibilmente minore di quello attualmente adottato.

Se poi si confronta la TUC con i singoli tariffari regionali, insieme alle significative e difficilmente giustificabili differenze, si evidenzia come una logica di benchmarking coerente con la logica di costi standard, dovrebbe portare ad abbattere la TUC in media di circa il 10% (ovvero al tariffario della Regione "più efficiente") e ancor di più per i ricoveri di alta specialità<sup>5</sup>.

## DISCUSSIONE

Le analisi che precedono, pur gravate da limiti significativi e comunque meramente descrittive, sembrano confermare la complessità del fenomeno mobilità, suggerendo come varie distorsioni pesino sulle attuali politiche sanitarie.

In primo luogo, i saldi sembrano del tutto inadatti a rappresentare la reale natura della mobilità regionale. Posizionando le Regioni in un grafico centrato sui valori medi della mobilità passiva e attiva (figura 8), si evince come i saldi dipendano da caratteristiche regionali profondamente diverse. Le Regioni posizionate al di sopra della bisettrice hanno tutte un saldo positivo, ma quelle che si collocano nel secondo quadrante (in alto a sinistra), ovvero Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, seguite da Lazio, Lombardia e Veneto, sono caratterizzate da una mobilità attiva superiore rispetto alla media e da una mobilità passiva inferiore, ad indicare una reale attrattività regionale.

Molise e Umbria invece hanno un saldo positivo a fronte di una mobilità passiva rilevante, non permettendo di evincere dal dato grezzo se prevale (se non numericamente) l'attrattività o una condizione di mobilità legata alle piccole dimensioni regionali.

Le Regioni posizionate al di sotto della bisettrice presentano, di contro, un saldo negativo: nel quarto quadrante si trova fondamentalmente la Calabria, che registra una mobilità attiva inferiore alla media e contemporaneamente una forte mobilità passiva: evidentemente è il caso mag-

<sup>5</sup> Tralasciamo qui di considerare l'ipotesi che le tariffe non siano in effetti rappresentative dei costi, ma che vengano stabilite in mera coerenza con finalità di incentivazione di specifiche politiche regionali.

TABELLA 2 - Confronti fra TUC 2009 e tariffari regionali. Valori % rispetto alla TUC 2009

| Classe DRG                   | Lombardia    | Veneto       | Emilia Romagna | Toscana      |
|------------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| Alta complessità             | -1,7%        | -5,2%        | +5,5%          | -11,9%       |
| Potenzialmente inappropriati | -4,9%        | +7,6%        | +7,0%          | +39,4%       |
| Restanti DRG                 | +6,2%        | -12,6%       | +3,4%          | +10,6%       |
| <b>TOTALE</b>                | <b>+3,9%</b> | <b>-9,6%</b> | <b>+4,0%</b>   | <b>+9,2%</b> |

Fonte: Elaborazione su TUC 2009 e tariffari regionali.  
Le variazioni riportate sono ottenute come media aritmetica delle variazioni Drg-specifiche per classe di appartenenza.

giormente preoccupante, in termini di disaffezione dal sistema sanitario regionale.

Per la P.A. di Trento, la Valle d'Aosta e la Basilicata, in cui la mobilità attiva è maggiore della media, il saldo negativo sembra l'effetto fondamentalmente della mobilità passiva legata alle ridotte dimensioni regionali.

Analogo discorso vale (a maggior ragione) per Abruzzo, Liguria e Marche, dove mobilità attiva e passiva sostanzialmente si equivalgono. Lo stesso vale per il Piemonte, con una mobilità attiva leggermente inferiore alla media.

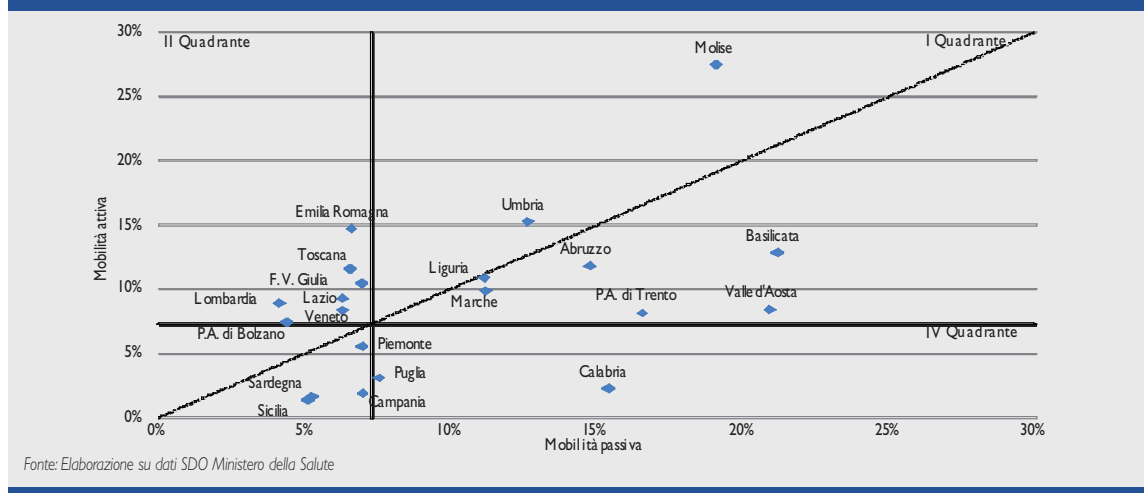
Per le restanti Regioni, il deficit è fondamentalmente di mobilità attiva, avendo quella passiva

praticamente in media; d'altra parte per Sardegna e Sicilia, che sono difficilmente raggiungibili, la cosa sembra scontata. Rimane il caso di Campania e Puglia, dove sembrerebbe che si debba lavorare fondamentalmente sulla capacità di attrazione.

Seppure con numeri diversi, le analisi sostanzialmente si confermano se condotte sul valore della mobilità e non sul numero di ricoveri.

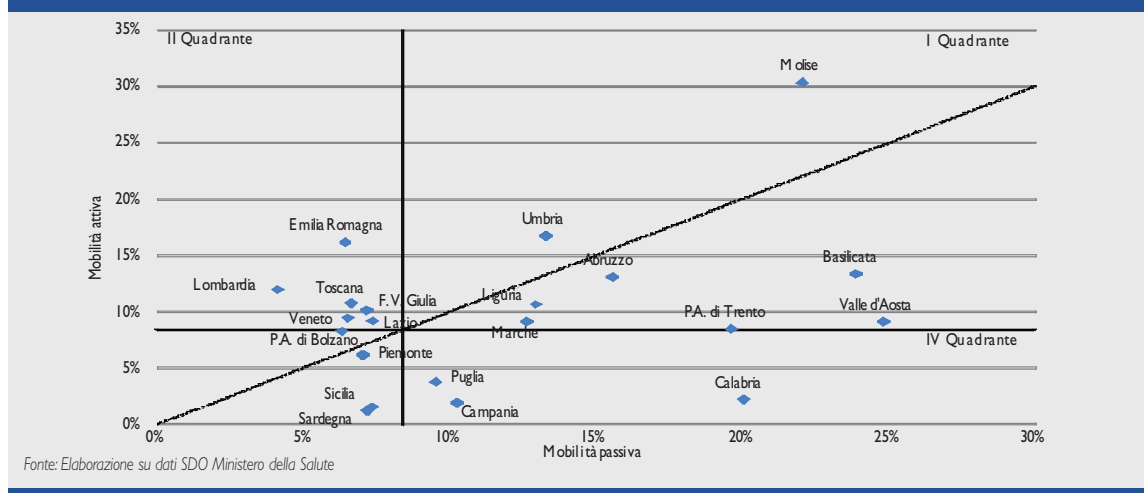
La valorizzazione si dimostra comunque un elemento chiave in termini distributivi, in quanto i saldi della mobilità sono fortemente influenzati dal valore del tariffario adottato: ricordiamo come le analisi del paragrafo sui Confronti Tariffa-

**FIGURA 8 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

**FIGURA 9 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

ri mostrino che la TUC, pur frutto di un accordo regionale, contenga incentivi non facilmente giustificabili alla luce delle differenze riscontrate con i singoli tariffari regionali.

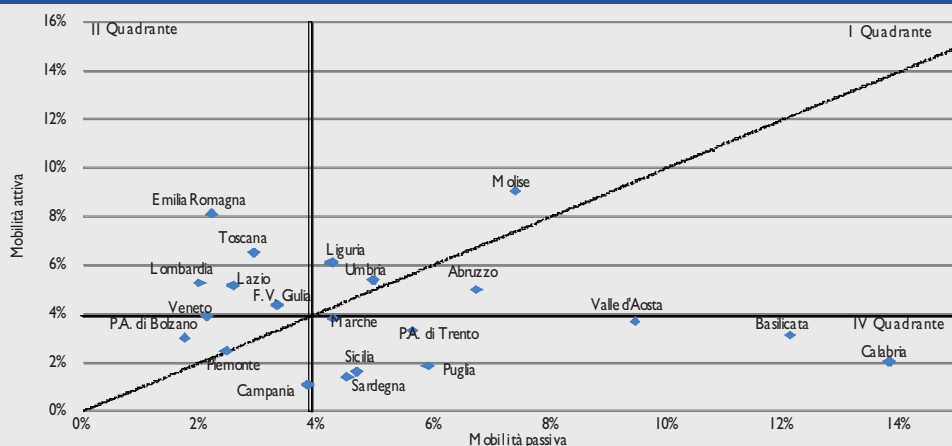
Isolando nella mobilità le sue diverse componenti, si giunge a risultati sostanzialmente diversi. La mobilità passiva stigmatizzabile “senza dubbio alcuno”, ovvero quella nettata tanto della componente di mobilità naturale verso le regioni limitrofe, quanto dalla mobilità inappropriata<sup>6</sup>, e ancora da quella “positiva” che muove alla ricerca

dell’alta specialità, si ferma a circa un quarto di quella comunemente calcolata (29,2% del totale della mobilità complessiva in termini di ricoveri). La figura 10 ripete le analisi sopra esposte, utilizzando la sola mobilità “negativa”, ovvero quella sopra definita residua, più la mobilità per prestazioni inappropriate.

Si nota come ci sia una “migrazione” delle regioni dal I al IV quadrante, ove si collocano la maggior parte delle Regioni del sud, quelle ove è evidente si concentra il “problema mobilità”.

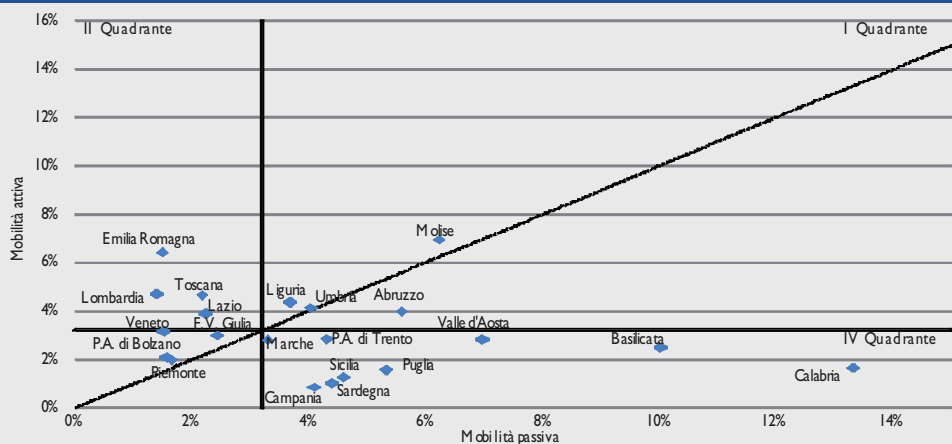
6 La mobilità inappropriata è in realtà di difficile “valutazione”, in quanto pur stigmatizzabile in una logica di tutela dei pazienti, assume connotati diversi ai fini della regolazione finanziaria fra Regioni, a seconda di chi sia (o meglio a chi “risponda”) l’induttore di inapproprietezza: alla Regione di provenienza o a quella di arrivo.

**FIGURA 10 - Mobilità attiva e passiva residua regionale - Anno 2008 - comprensiva di mobilità inappropriata. Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

**FIGURA 11 - Mobilità attiva e passiva residua regionale - Anno 2008 - comprensiva di mobilità inappropriata. Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

Le analisi si ripetono ancora nella figura 12, questa volta utilizzando la sola mobilità residua, immaginando quindi che adeguate politiche sanitarie possano eliminare le migrazioni per prestazioni inappropriate.

Si conferma che il problema è delle Regioni meridionali, non dimenticando però che le dimensioni del fenomeno si riducono fortemente.

Si nota altresì che tutte le Regioni, sempre ricordando le approssimazioni insite nelle elaborazioni, in questa ultima rappresentazione si posizionano in una “nuvola” intorno al centro degli assi, a confermare la natura sostanzialmente residuale del fenomeno. Fanno eccezione solo Basilicata e

Calabria; per quest’ultima la mobilità passiva residua supera il 10% dei ricoveri dei residenti.

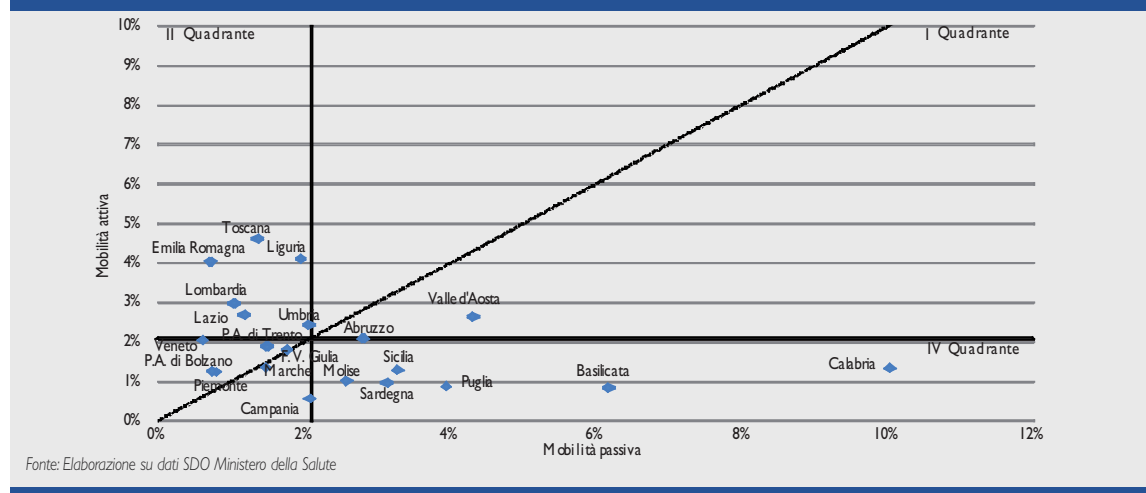
È interessante anche notare come per la mobilità residua sia ben definita la natura dei saldi: tutte le Regioni che presentano un saldo positivo, infatti, sono caratterizzate da una mobilità passiva inferiore rispetto alla media.

Anche in questo caso le analisi condotte sul valore della mobilità sostanzialmente confermano quanto visto per il numero di ricoveri.

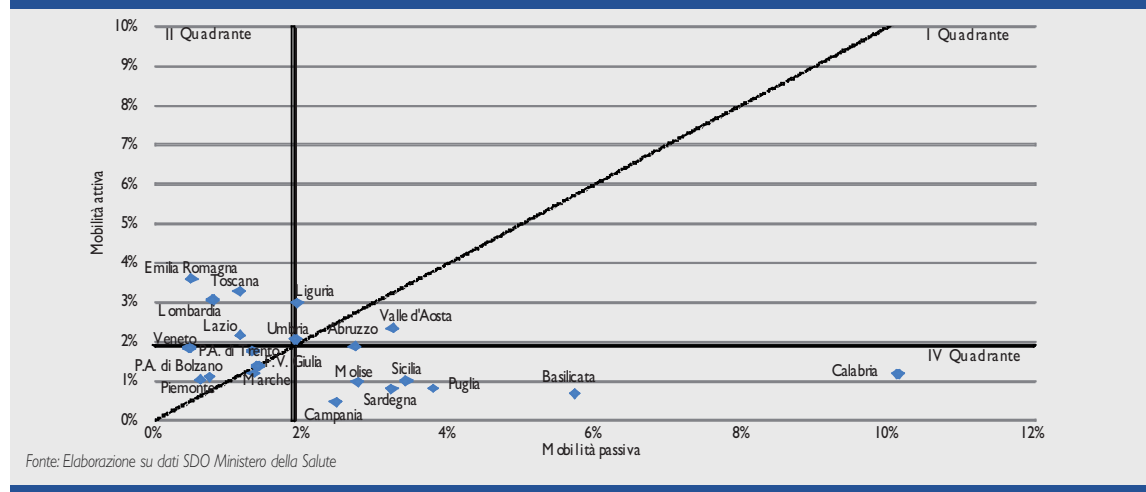
### RIFLESSIONI FINALI

In conclusione, l’analisi svolta ha evidenziato come gran parte della mobilità sia costituita da mo-

**FIGURA 12 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - al netto delle componenti analizzate. Numero di ricoveri in acuzie - Valori % sui ricoveri dei residenti**



**FIGURA 13 - Mobilità attiva e passiva regionale - Anno 2008 - al netto delle componenti analizzate. Valore della produzione - % sul valore dei ricoveri in acuzie dei residenti**



bilità intorno ai confini (38,6%), quindi da ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (22,7%); i ricoveri di alta specialità si fermano al 9,4% del totale, di cui il 15,9% dei quali affetti da problemi di appropriatezza. Anche senza considerare la mobilità naturale derivante da patologie e infortuni in Regioni diverse da quella di residenza, la mobilità residua si ferma dunque a meno di un terzo (29,2%) di quella comunemente calcolata.

Le case di cura private accolgono il 21,5% dei ricoveri in mobilità, con una percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatezza pari al 29,2% del totale.

Infine, l'analisi dei livelli tariffari ha evidenziato significative problematiche nell'interpretazione

degli incentivi impliciti nella TUC, la quale regola finanziariamente il fenomeno.

Ci sembra, quindi, giustificato affermare che sarebbe necessario un investimento significativo per risolvere alcuni problemi di misura insiti nelle statistiche grezze di mobilità e anche per definire quali (dis)incentivi debbano contenere le regolamentazioni finanziarie della mobilità adottate; a tal fine è opportuna l'apertura di un confronto politico sulla valenza da attribuire alle varie componenti del fenomeno, finalizzato a chiarire quali obiettivi le politiche sanitarie debbano effettivamente perseguire, nell'interesse dei cittadini (e quindi tesi al miglioramento dell'assistenza e delle opportunità terapeutiche), nonché della coerente tenuta del sistema sanitario in un contesto federalista.