

Sanità regionale e domanda di mobilità

RICONOSCIMENTI

Questa attività è svolta nell'ambito della collaborazione con Regione Toscana e Agenzia di coesione Nucleo di Valutazione CPT. Lo studio è stato curato da Lisa Grazzini (Università di Firenze), Patrizia Lattarulo (IRPET), Marika Macchi (Università di Firenze).

Le autrici desiderano ringraziare il dott. Silvano Castangia (Regione Sardegna), per i preziosi consigli alla prima stesura del lavoro.

Indice

1.	Introduzione	5
2.	I principi del sistema sanitario e l'organizzazione delle risorse: libertà di scelta del luogo di cura e compensazioni di mobilità	6
3.	I dati della mobilità sanitaria	8
4.	<i>No one fits all.</i> Mobilità come scelta, necessità o fallimento del sistema	10
5.	Procreazione Medicalmente Assistita: differenze regionali nell'evoluzione normativa del servizio sanitario	14
6.	La mobilità sanitaria infra-regionale: il caso della Toscana	16
7.	Considerazioni conclusive	19
8.	Bibliografia	20

1. Introduzione

L'evento pandemico ha rimesso in discussione non solo l'organizzazione sanitaria a livello nazionale ma, soprattutto, la capacità di risposta e i modelli organizzativi delle singole Regioni. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (da ora in poi PNRR), che oggi rappresenta il principale strumento della politica di sviluppo del sistema sanitario, ha evidenziato non solo la necessità di aumentare la dotazione infrastrutturale delle regioni più deficitarie, ma anche la necessità di colmare gli squilibri territoriali con un'attenzione particolare alla medicina di prossimità. Questo lo si può leggere negli investimenti destinati alle case della salute, alla telemedicina e al rafforzamento della continuità assistenziale.

Queste diseguaglianze territoriali tra regioni e, come vedremo, a volte perfino tra province o aree vaste, oltre a minare il principio di equità, concorrono alla creazione della *mobilità sanitaria*, ossia l'attivazione di flussi migratori che portano la popolazione a scegliere un percorso di cure in regioni diverse da quelle di residenza.

Come definiscono Agenas e Gimbe, i due principali istituti che osservano il fenomeno della mobilità sanitaria, il fenomeno è in crescita e continua a rinforzare le aree con saldi di attrazione positivi e ad aumentare l'esodo da regioni con elevata mobilità in uscita. Il Rapporto Agenas (2021) ha evidenziato questa tendenza nel decennio 2008-2018, mettendo in evidenza come le Regioni in piano di rientro presentassero un tasso di emigrazione maggiore rispetto alle regioni del nord Italia che registrano tassi di mobilità attiva elevatissimi.

Chiaramente le motivazioni che possono spingere il cittadino a ricercare cure in contesti diversi da quello in cui è residente possono essere molteplici: un elevato livello di reddito, propensione agli spostamenti, il livello di istruzione, la vicinanza al sistema di supporto familiare, la scelta per reputazione di un sistema ospedaliero, la tipologia di cure di cui si necessita e la frequenza delle cure, l'età del paziente e il genere (Fotaki et al., 2008; Williams e Rossiter, 2004; Popper et al., 2006). Questo tipo di motivazioni, legate alle preferenze soggettive, sono quanto viene garantito dal principio di libertà di scelta che il servizio sanitario nazionale deriva direttamente dalle disposizioni costituzionali (art. 32), e che tratteremo nei suoi risvolti organizzativi nel secondo paragrafo in relazione al bilanciamento tra un sistema universalistico che garantisce assistenza sanitaria a ogni cittadino e un sistema regionalizzato.

Tuttavia, volendo focalizzare la nostra attenzione sui forti squilibri che stanno polarizzando le regioni meno attrattive e quelle con mobilità attiva prevalente, che verranno descritti brevemente nel terzo paragrafo, è importante porre l'accento sugli elementi determinanti gli spostamenti della popolazione derivanti dalla strutturazione dell'offerta.

In particolare, sono due i fattori che spingono verso forze di concentrazione: il primo è quello che spinge ad aggregare competenze e risorse verso la cura di malattie che hanno economie di scala e specializzazione significative; il secondo è congenito nella sotto-dotazione (infrastrutturale, organizzativa e organica) dell'offerta sanitaria di alcune regioni.

Nel primo caso siamo di fronte, per esempio, a centri di eccellenza specializzati, come possono essere gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) che proprio per l'elevata specializzazione (in termini di personale e in termini di attrezzature), per gli elevati costi della ricerca, e per l'unione dell'attività di ricerca con l'attività clinica, riescono a sviluppare protocolli sperimentali e di avanguardia in alcune aree diagnostiche e di cura¹. Oltre alla funzione di ricerca clinica tuttavia gli IRCCS dovrebbero essere anche l'elemento da cui nuove conoscenze, protocolli e procedure riescono a diffondersi su tutto il territorio, iniziando la loro funzione "traslazionale" con gli altri IRCCS, e proseguendo con le Aziende Ospedaliere Universitarie, fino a diventare patrimonio comune e condiviso del SSN. Questo effetto di "trickle down" è

¹ In questo momento è in discussione in Parlamento il DDL recante delega al Governo per il riordino della disciplina degli IRCCS, di cui al d.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

quanto ad oggi sembra essere meno efficace, e per il quale esistono proposte di miglioramento che proiettano il sistema della ricerca in un migliore raccordo di governance multilivello (Lorusso, 2022).

Nel secondo caso invece si tratta di veri e propri problemi strutturali che, di fatto, non hanno ancora permesso un'omogenea ed equa distribuzione nazionale dei servizi sanitari. Su questo punto, mentre la definizione dei LEA ha cercato di garantire che tutte le regioni fossero in grado di offrire il livello minimo di servizi, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, la presenza comunque di sistemi sanitari regionali (SSR) con una propria autonomia sia organizzativa, sia normativa, sia finanziaria, ha evidenziato le differenti capacità territoriali di attuare modelli di offerta sanitaria. A partire da questa osservazione, nel quarto paragrafo si affronterà il tema della disparità di accesso alle cure a cui la compresenza di differenti sistemi ha dato origine, e che non riguarda, come spesso si è portati a pensare il solo numero di posti letto o l'accesso a cure specialistiche, ma abbraccia anche il sistema della prevenzione, dell'informazione e della diffusione di corretti stili di vita. Un indicatore particolarmente significativo in questo caso può essere la *mortalità evitabile* così come descritta nel par. 4. Infine, verrà presentato un caso particolare che rappresenta la difficoltà di rendere omogenea l'offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale senza politiche centrali che mirino ad uniformare l'accesso alle cure. A questo scopo, è stato preso a riferimento l'esempio della procreazione medicalmente assistita (PMA), fino a pochi anni fa esclusa dai LEA e, anche ora, pur inserita nella revisione dei LEA nel 2017² ma orfana dei decreti attuativi, non trova nei sistemi regionali un'identica risposta. Il diritto alla prestazione, inteso come *entitlement* formale, se non sostenuto da risorse e direttive sulle tariffe a livello di SSN, non viene garantito in tutti i territori e, anche tra gli enti erogatori, non vengono assicurati gli stessi standard e le stesse prestazioni.

2. I principi del sistema sanitario e l'organizzazione delle risorse: libertà di scelta del luogo di cura e compensazioni di mobilità

Uno dei principi cardine del nostro sistema sanitario attuale è quello della libertà di scelta. Come è noto è la stessa Costituzione che all'art. 32 sancisce la tutela della salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e quindi la inserisce tra i cosiddetti diritti primari che devono essere garantiti a tutti i cittadini del Paese. Del resto, sia il modello alla Bismarck che quello alla Beveridge successivo alle riforme dei primi anni 2000 (in Gran Bretagna ma anche in Svezia e Norvegia) hanno fatto propria l'idea che gli individui dovrebbero avere libertà di scelta rispetto ai fornitori dei servizi sanitari³.

Tale principio si completa poi con la condizione che l'accesso a cure mediche di qualità dovrebbe essere garantito a tutti alla stessa maniera indipendentemente dalla propria ricchezza personale, allo scopo di non discriminare individui con diverse possibilità economiche. Il criterio della ricchezza personale, tuttavia, non è l'unico che deve essere preso in considerazione perché anche altri aspetti, quali ad esempio genere, età, etnia, orientamento sessuale o luogo di residenza sono importanti caratteristiche dell'individuo che non dovrebbero incidere sulla sua capacità di accedere ai servizi sanitari⁴. Tra gli aspetti richiamati sopra, la collocazione geografica dell'individuo è di particolare interesse ai fini di questo lavoro perché, se da un lato, nel contesto europeo, è ampiamente riconosciuta la necessità di avere un sistema sanitario universale che preveda un accesso equo a servizi sanitari di qualità, dall'altro lato, tali proprietà, pur essendo garantite da un punto di vista formale, possono non esserlo da un punto di vista sostanziale. Laddove, infatti, per coloro

² <https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?area=fertilita&id=4570&lingua=italiano&menu=medicina>

³ In Gran Bretagna, tra il 2002 e il 2008, le riforme attuate dal Partito Laburista in quel periodo al potere avevano introdotto la libertà di scelta per i pazienti della struttura ospedaliera a cui rivolgersi su tutto il territorio nazionale, superando il precedente meccanismo cosiddetto "post-code lottery", in base al quale i pazienti erano assegnati a determinati ospedali sulla base del loro indirizzo di residenza e che poteva essere modificato solo in casi eccezionali. L'introduzione di tale principio era stata accompagnata da meccanismi incentivanti per stimolare la concorrenza (sulla qualità e non sul prezzo) tra le strutture ospedaliere pubbliche e private allo scopo di incentivarle a migliorare le proprie performance e quindi la propria reputazione.

⁴ Si veda, ad esempio, quanto enunciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Equity is the absence of unfair, avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically or by other dimensions of inequality (e.g. sex, gender, ethnicity, disability, or sexual orientation). Health is a fundamental human right. Health equity is achieved when everyone can attain their full potential for health and well-being." https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1

che risiedono in alcune aree del Paese si interpongono ostacoli all'ottenimento di cure sanitarie di qualità il principio di equità nell'accesso ai servizi sanitari non è garantito.

Come sottolineato nell'ambito della letteratura economica, è particolarmente difficoltoso definire l'equità di un sistema sanitario (Williams e Cookson, 2000). In prima approssimazione, sembrerebbe ragionevole richiedere che un sistema sanitario equo sia quello in grado di fare in modo che gli individui ricevano l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Del resto, proprio l'approccio extra-welfarista in sanità si basa sull'idea che il disegno delle politiche pubbliche dovrebbe essere guidato dal concetto di *salute* rispetto a quello di *utilità*, e dal concetto di *bisogno* rispetto a quello di *domanda*. Tuttavia, mentre nell'ambito dell'approccio neoclassico dell'Economia del Benessere la domanda di beni e servizi, e quindi anche di quelli sanitari, è individuabile perché dipende dalle preferenze e dal vincolo di bilancio dell'individuo, nell'ambito dell'approccio extra-welfarista, i bisogni sanitari non sono di facile definizione. In pratica, nell'ambito del settore sanitario, non solo è difficile definire il concetto di equità ma anche quello di bisogno.

Ovviamente i due concetti sono strettamente collegati e, in particolare, riguardo all'equità, la letteratura economica ha suggerito tre distinti concetti declinati in termini di equità distributiva: il primo richiede che sia garantita equità nell'accesso ai servizi sanitari, il secondo che le risorse siano allocate in linea con i bisogni e il terzo che si raggiunga un'equa distribuzione della salute nella popolazione (Williams e Cookson, 2000). Il terzo è certamente il criterio più esigente mentre il primo e il secondo fanno riferimento proprio ai due aspetti messi in evidenza sopra, ossia accesso e bisogni. Riguardo a questi ultimi, sembrerebbe largamente condivisibile l'idea che, per avere equità nell'accesso alle cure mediche, servirebbe che per tutti i cittadini fosse ugualmente possibile utilizzare i servizi sanitari; in pratica, che a tutti fossero garantite le stesse opportunità di cura⁵. Più nello specifico, sulla base del requisito riconducibile al concetto di equità orizzontale, un sistema sanitario dovrebbe garantire ugual accesso per uguali bisogni mentre, sulla base del requisito dell'equità verticale, dovrebbe garantire un accesso differenziato per bisogni differenti (come, ad esempio, la determinazione delle priorità nell'accesso al pronto soccorso sulla base della gravità dello stato di salute del paziente).

Del resto anche se le caratteristiche dei diversi sistemi sanitari nazionali non dipendono solo da aspetti di carattere economico dato che anche questioni più prettamente etiche o ideologiche sono alla base delle scelte politiche effettuate dai vari Paesi, le performance di un sistema sanitario sono spesso valutate facendo riferimento ai due concetti di efficienza ed equità tenendo in considerazione anche indicatori che tentano di misurare la capacità dei pazienti di accedere ai servizi sanitari, il costo per la loro fornitura e la loro qualità (Sloan e Hsieh, 2016). Con riguardo agli indicatori di accesso, ad esempio è possibile fare riferimento a dati come la percentuale di popolazione coperta dal servizio sanitario e la generosità della copertura assicurativa ricevuta dal paziente, sia in termini di quali sono i servizi sanitari coperti dall'assistenza sanitaria che eventuali compartecipazioni al costo da pagare *out of pocket*. Questo tipo di informazioni permette quindi non solo di confrontare sistemi sanitari di diversi Paesi ma anche di valutare se, all'interno dello stesso Paese, ai residenti di diversi territori sono garantite le stesse opportunità di cura (Roemer e Trannoy, 2016). La verifica di questo requisito da parte del sistema sanitario italiano risulta quindi essere di fondamentale importanza, da un lato, perché come noto esso è organizzato su base regionale e, dall'altro lato, perché come sottolineato inizialmente, l'ordinamento giuridico italiano, tramite l'art. 32 della Costituzione, riconosce la tutela della salute come un diritto primario dell'individuo che deve essere garantito a tutti e, quindi, su tutto il territorio nazionale. L'ampia evidenza empirica a questo proposito mostra però l'esistenza di sistemi sanitari regionali che differiscono anche sensibilmente quanto a capacità di garantire accesso alle cure che di qualità dei servizi offerti. Come sarà mostrato in quanto segue, tali differenze sono alla base della mobilità sanitaria che registriamo nel nostro Paese e la cui analisi risulta essere di fondamentale importanza per comprendere fino a che punto il dettato costituzionale sopra richiamato sia effettivamente messo in pratica oppure no.

⁵ Per approfondimenti si veda Fleurbaey e Schokkaert (2011) e, più in generale, Roemer, J.E., Trannoy (2016).

3. I dati della mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria tra regioni viene regolata attraverso un sistema di compensazione interregionale inizialmente definito 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. del 28 gennaio 1997 e a cui hanno fatto seguito accordi specifici in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e in Commissione Salute, dove sono stati approvati i documenti che hanno integrato e modificato le note ministeriali.

Le Regioni e Province Autonome assumono il Testo Unico (aggiornato ogni anno) quale Accordo per disciplinare la compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Ad oggi è in vigore l'Accordo approvato nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2021, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2020 - Regole tecniche" che definisce le prestazioni oggetto di compensazione e le tariffe, le modalità di comunicazione dei dati attraverso il portale della Regione Veneto, diventato il punto di riferimento nazionale⁶.

Anche se non sono ancora disponibili i dati degli ultimi due anni, è abbastanza facile prevedere una diminuzione della mobilità sanitaria generata però non da una ristrutturazione del sistema, ma da una ridotta possibilità di spostamento sul territorio nazionale e da una ridotta offerta di cure di specialistica ambulatoriale e ospedaliera. La diffusione della pandemia da SarsCov2 ha infatti ridotto, quando non interrotto, le prestazioni non di emergenza e non legate al Covid19. Pertanto, le analisi di tendenza più significative vengono effettuate sui dati disponibili negli anni precedenti. In particolare, Agenas (2020) restituisce un quadro di riferimento per il decennio 2008-2018, da cui emerge come le Regioni con saldi positivi più elevati (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto), pur registrando un aumento di residenti che acquistano servizi di cura fuori regione, sono riuscite a più che compensare con un adeguato aumento dell'attrazione di flussi in entrata. Al contempo le Regioni con performance peggiori (Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Puglia) non sono riuscite a compensare l'aumento della fuga con un adeguato aumento dell'attrazione. Non solo, la regione Calabria, oltre ad essere ancora sotto il regime del Piano di Rientro denota anche una diminuzione ulteriore dell'attrazione. Siamo di fronte ad un fenomeno autorinforzante, per cui le Regioni con un saldo positivo risultano nel tempo sempre più attrattive, mentre quelle con saldo negativo subiscono sempre più il fenomeno di emigrazione sanitaria.

La mobilità sanitaria coinvolge nel 2018 uno spostamento di risorse pari a 4,6 miliardi che, nel complesso rappresentano poco più del 4% delle risorse destinate alla sanità⁷, ma che, per la concentrazione della mobilità in poche regioni, diventano un elemento distorsivo nella distribuzione territoriale.

Per evidenziare la differente distribuzione dei saldi di migrazione sanitaria, abbiamo messo in relazione i saldi 2008 e 2018, evidenziando quale sia la posizione delle regioni sia in termini di presenza o meno dei piani di rientro che di livelli LEA complessivi raggiunti (Figura 1). Questa classificazione mette in luce la presenza di tre macro gruppi di regioni:

(i) il primo gruppo è costituito da Regioni che hanno saldi negativi nel 2008, mantengono o aumentano la mobilità passiva nel 2018 e, nel 2019, rimangono quasi tutte tra i livelli LEA meno elevati. Sono tutte Regioni dove nel 2019 hanno ancora attivi i Piani di Rientro

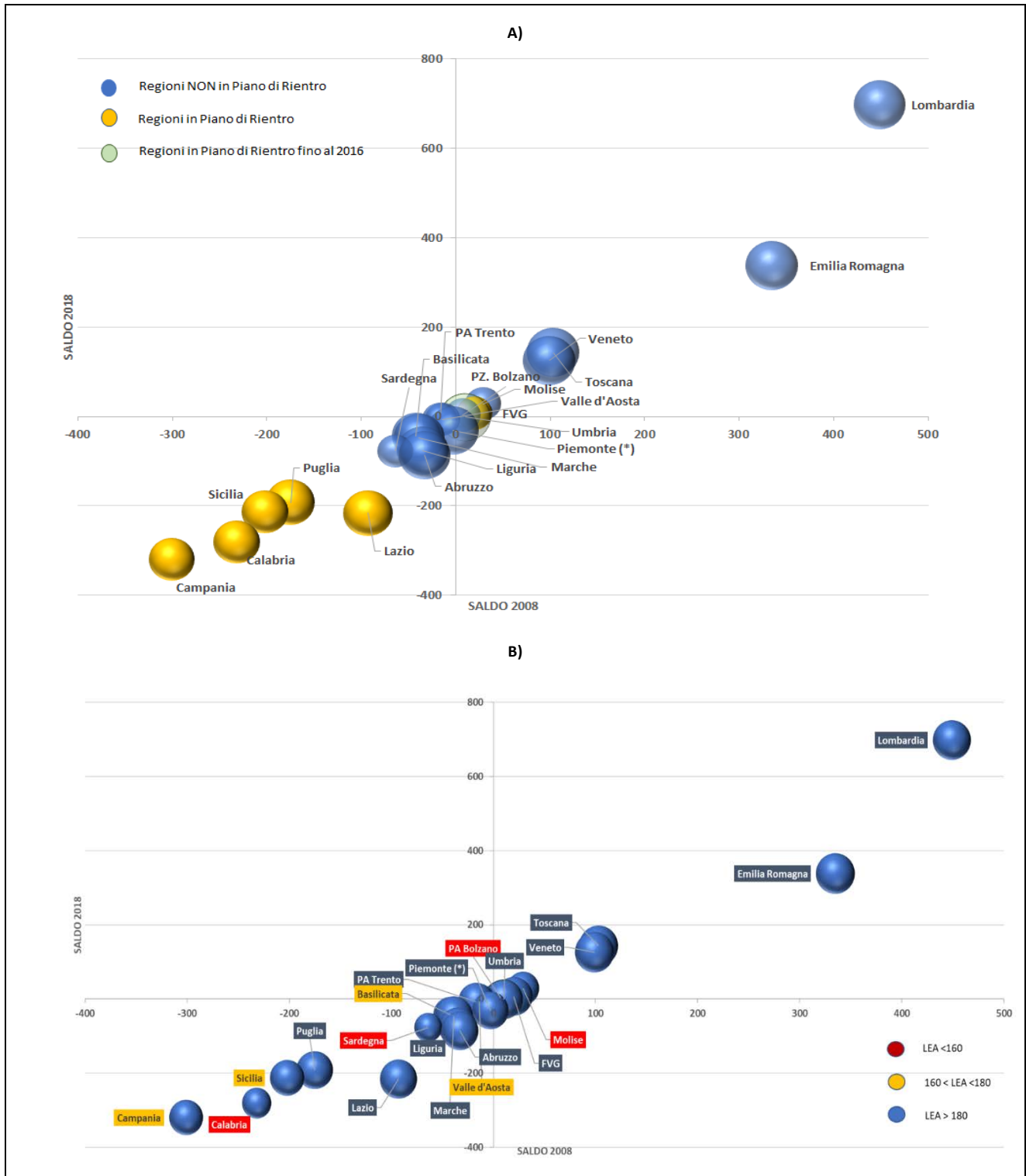
(ii) Il secondo gruppo ha saldi (positivi o negativi) più ridotti, per metà sono ancora regioni in cui il livello dei LEA nel 2019 è al di sotto del livello minimo (Sardegna, Molise e la PA di Bolzano), solo il Molise è nei Piani di Rientro e il Piemonte lo è stato fino al 2016.

(iii) il terzo gruppo è formato dalle quattro regioni che non solo hanno saldi attivi elevati per tutto il decennio e non appartengono alle Regioni in Piano di Rientro, ma hanno anche il livello LEA più elevato di tutte: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto.

⁶ https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/mobh1?p_p_id=20&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_20_struts_action=%2Fdocument_library%2Fview&_20_folderId=1026074

⁷ Dati del Report Osservatorio GIMBE 2/2020.

Figura 1: Saldo Mobilità Sanitaria 2008 e 2018. Piani di Rientro (A) e Livelli LEA 2019 (B)



Fonte: Nostra elaborazione su dati Agenas (2020), https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/2020/novembre/slide_mobilita.pdf; e su dati Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4747&lingua=italiano&menu=monitoraggioLea#:~:text=Analizzando%20il%20trend%202012%2D2019,regioni%20in%20Piano%20di%20rientro.>

Oltre al dato complessivo è possibile notare differenze anche nella tipologia di prestazioni e nelle patologie prevalenti. Utilizzando i dati del Ministero della Salute per i ricoveri ospedalieri (SDO 2019) è possibile evidenziare come i ricoveri acuti in regime ordinario siano quasi i due terzi della mobilità per ricovero ospedaliero, i ricoveri per acuti in regime diurno sono il 21%, la riabilitazione in regime ordinario il 3%, la

riabilitazione in regime diurno lo 0,3% e la lungodegenza il 6%. Chiaramente più il ricovero ospedaliero rientra in una fase non acuta e più si allungano i tempi della degenza e minori sono le richieste fuori regione.

Per quanto riguarda invece le patologie, le cure oncologiche e quelle a più elevata complessità sono quelle che più spesso vedono il ricorso a centri ospedalieri fuori regione: su queste in particolare, Calabria e Sicilia sono le regioni che per valore assoluto (rispettivamente 5.707 e 5.270 pazienti) detengono il primato di mobilità passiva e, nel caso della Calabria questo valore rappresenta il 36,4% dei pazienti ricoverati per patologia oncologica. Questo caso particolare ci mostra anche che questo tipo di cure non si lega alla cosiddetta mobilità di confine, poichè le principali regioni di cura per i pazienti calabresi risultano la Lombardia (26%), il Lazio (21%), l'Emilia-Romagna (9%).

4. *No one fits all.* Mobilità come scelta, necessità o fallimento del sistema

Esiste una vasta letteratura sulla centralità della scelta del paziente come elemento discriminante la mobilità sanitaria. Dal tentativo di rendere più competitivi i sistemi sanitari locali, iniziato negli anni '90 in diversi sistemi nazionali, l'attenzione sulle politiche di attrattività dei sistemi di cura non in emergenza si è infatti focalizzata sulle scelte dei pazienti e su quelle dei loro medici di medicina generale che, per il loro ruolo nella valutazione delle varie opzioni, possono essere considerate come scelte del paziente stesso.

Tuttavia è bene comprendere quanto la mobilità sia il frutto di "differenti preferenze", oppure sia ingenerata da fattori non di scelta ma di necessità, e che potrebbero determinare forme di disuguaglianza nell'accesso alle cure tra i residenti di diverse regioni.

Nelle fattispecie ricomprese nel primo ambito rientrano i flussi di mobilità tra regioni che possiamo definire come egualmente attrattive, e in cui esiste un interscambio di flussi tale da non far presupporre una differente "qualità" nel servizio di cura. Un ulteriore caso è dato anche da scelte di prossimità che travalicano i confini regionali, laddove il presidio ospedaliero più vicino al paziente è in realtà nel territorio di una regione diversa da quella di residenza. Quest'ultimo caso è di particolare interesse per le Regioni che, a tal proposito, hanno iniziato a stipulare accordi di confine come definiti in precedenza, ma rimane comunque nell'ambito di quella che viene chiamata "mobilità fisiologica".

Fino a questo punto, però, possiamo considerare la scelta del paziente quasi un problema di teoria del consumatore: date le proprie preferenze, il proprio budget e la propria localizzazione, l'individuo decide quale servizio acquisire. Purtroppo però non è solo questo. Se consideriamo alcuni indicatori significativi per definire l'offerta sanitaria nelle regioni ci rendiamo conto che esistono ancora divari rilevanti che possono avere un impatto diretto sulle possibilità di cura.

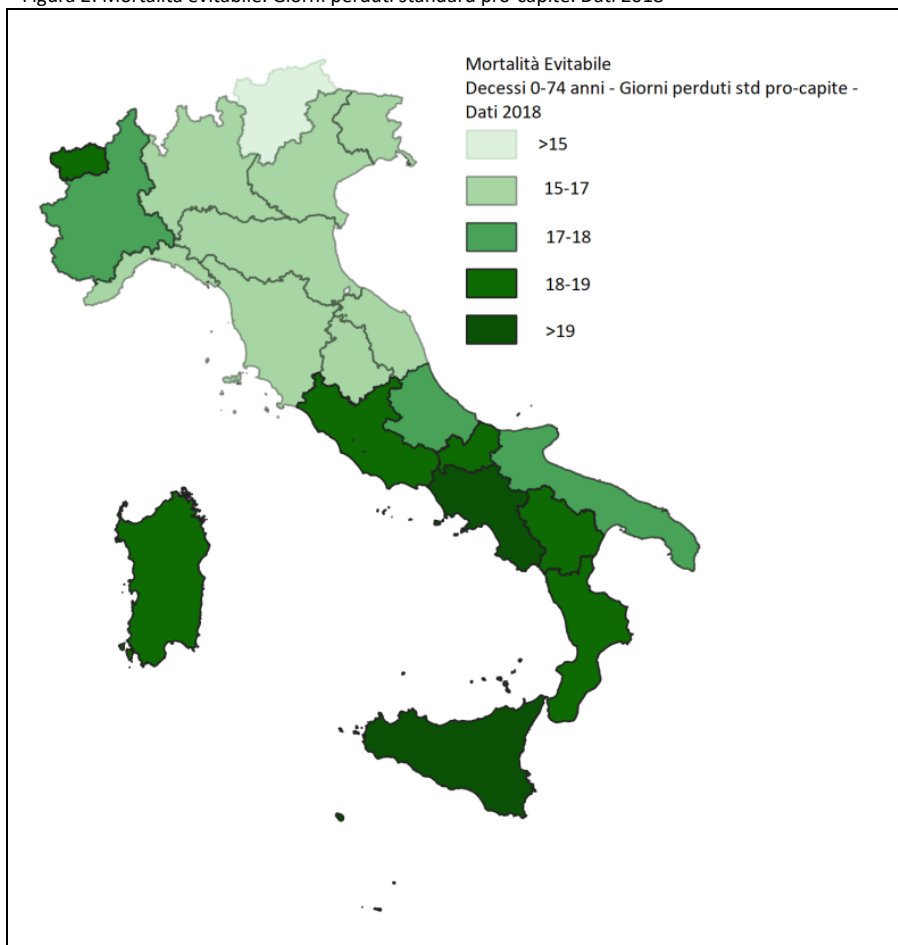
Un modo per appurare queste differenze è quello di considerare l'indice di *mortalità evitabile*, un indicatore complesso che considera le cause di morte e le classifica come "evitabili" quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto, se non annullato, dal buon funzionamento dei Servizi; la mortalità evitabile, infatti, è correlata con le abitudini di vita, lo stato dell'ambiente e con l'accessibilità dei servizi sanitari⁸. La Figura 2 riporta i dati per regione e purtroppo evidenzia in maniera netta come l'indicatore, proxy della qualità dell'offerta del servizio sanitario, registri valori significativamente differenti tra le regioni del centro-nord e quelle del centro-sud. Eurostat⁹, ha confermato la lettura del dato sulle morti evitabili ed ha aggiunto mappe territoriali che evidenziano livelli più alti delle cosiddette "morti trattabili" nel centro-sud del paese, ed una distribuzione più omogenea per le morti prevenibili. Si tratta di valori tra 33,1 e 31,3 morti evitabili per 100.000 abitanti (media nazionale 32,8) per le trattabili, e tra 52,3 e 46,7 per le prevenibili, la differenziazione tra morti prevenibili e morti trattabili. Questo significa che l'intero Paese necessita di un miglioramento nella cultura della prevenzione (e purtroppo questo è parte

⁸ Per una disanima articolata dell'indicatore di vedano i Rapporti MEV di Nebo Ricerche PA.

⁹ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

della discussione pubblica), ma che non tutte le Regioni hanno raggiunto gli stessi livelli di appropriatezza e tempestività di diagnosi e cure.

Figura 2: Mortalità evitabile. Giorni perduti standard pro-capite. Dati 2018



Fonte: Nostra elaborazione su dati Nabo Ricerche PA, Mev 2021

Oltre ai flussi di mobilità definiti come “fisiologici” si verificano però almeno altre due casistiche in cui lo spostamento dalla regione di residenza non è determinato da una libera scelta del paziente, ma dal fatto che il luogo di cura è forzatamente lontano dalla propria abituale residenza. La prima di queste possibilità si verifica laddove si sia di fronte a malattie rare o a cure sperimentali o a una malattia che per il grado di complessità richiede centri specializzati che, per la natura stessa di concentrazione di competenze e per la propria sostenibilità economica, difficilmente potrebbero essere distribuiti su tutto il territorio nazionale. In questi casi, ciò a cui dovrebbe mirare un sistema nazionale efficiente, non è tanto quello di diffondere centri iperspecializzati su tutto il territorio nazionale, ma quello di fare propri i principi che sottostanno, per esempio, alla creazione delle Reti Europee di Riferimento (ERN). La Commissione europea ha avviato una politica di integrazione tra i paesi dell’Unione che contemperi la libera circolazione dei pazienti (e quindi tuteli il diritto di scelta del luogo di cura) affetti da malattie rare o da patologie che richiedono interventi complessi, con la necessità di accentrare le risorse per investimenti ad elevato contenuto tecnologico e di competenze. Le ERN tentano quindi di riunire i centri altamente specializzati dei diversi Stati membri favorendo l’erogazione di un’assistenza sanitaria accessibile e di qualità¹⁰.

In altri casi, invece, il paziente è costretto a scegliere un presidio di cura esterno alla propria regione di residenza a causa di una risposta inadeguata (sia in termini di prestazione erogata che in termini di tempistica di accesso alla prestazione) di prossimità. Questo secondo tipo di mobilità non solo alimenta flussi che mettono in dubbio il concetto di equità sopra descritto, ma rinforzano anche meccanismi di

¹⁰ Sono 24 le ERN ad oggi e l’elenco completo può essere trovato qui https://health.ec.europa.eu/european-reference-networks/overview_it

polarizzazione tra regioni. In questo caso, infatti, le regioni strutturalmente meno dotate e non in grado di far fronte ai fabbisogni della popolazione si troveranno a destinare parte delle proprie risorse non per lo sviluppo del proprio sistema regionale, ma a compensazione delle cure erogate dalle regioni più virtuose. Dal VII rapporto Rbm-Censis (2017) si evince poi che quasi il 60% dei cittadini che usufruiscono di cure in regioni diverse da quelle di residenza lo fanno per la qualità delle cure e solo il 25% per le liste di attesa troppo lunghe. Questo non è solo un dato di contesto, ma esprime una necessità di politiche molto differenti. Se, nel caso delle liste di attesa, potrebbe essere sufficiente pensare alle politiche in termini quantitativi (più risorse, più posti letto, più slot di visita), la differente qualità delle cure porta con sé la necessità di investimento nell'appropriatezza organizzativa, nella formazione di nuove o diverse competenze del personale, di sviluppo di nuovi protocolli.

In questo panorama si inserisce poi il settore pediatrico, che potremmo considerare come una forma ibrida in cui, la necessità di concentrazione iperspecialistica fa da contraltare alla particolare onerosità della mobilità sanitaria. Infatti, da un lato i principali ospedali pediatrici del paese sono inseriti in Aziende Ospedaliero-Universitarie o negli IRCCS, mentre dall'altro è bene comprendere come la cura del paziente coinvolge anche i *care-givers* del minore, che obbligatoriamente si spostano con lui. Nonostante questo i pazienti da 0 a 17 anni hanno un tasso di ricovero per acuti in regime ordinario in regioni diverse da quella di residenza più elevata rispetto alla media generale (si passa dall'8,3% generale al 9,4% pediatrico), e quasi il 70% è concentrato in 5 regioni: Lazio (20%, Bambin Gesù), in Emilia-Romagna (14%, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi), in Lombardia (11%, IRCCS Ospedale San Raffaele), in Liguria (11%, Istituto Pediatrico a carattere Scientifico Gaslini) e in Toscana (11%, Azienda ospedaliero-universitaria Meyer).

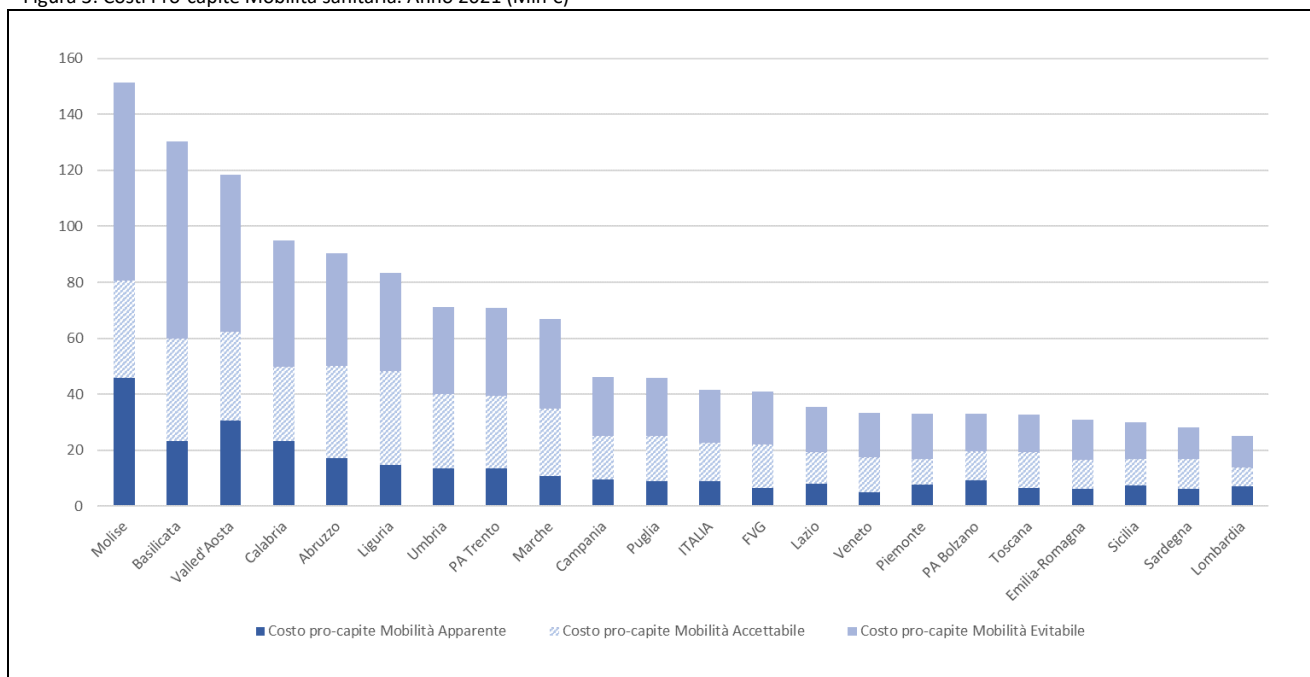
Per rispondere alle esigenze di "governo" della mobilità, introdotte con la Legge di Bilancio n. 178/2020 e definite già nel patto per la Salute 2019-2021¹¹ AGENAS ha introdotto una nuova metodologia che mira a discriminare le motivazioni che portano allo spostamento dei pazienti e che nella propria metodologia riconduce a tre categorie:

- a. Mobilità apparente (persone domiciliate in regioni differenti da quelle di residenza e ricoveri casuali).
- b. Mobilità Accettabile (la differente regione è dettata da una prossimità accettabile, oppure la necessità di raggiungere punti per cure ad alta complessità).
- c. Mobilità evitabile (inappropriatezza, prossimità non accettabile altre tipologie di determinanti (Mobilità di media e bassa complessità)).

Ridefiniti in base alla nuova classificazione, il 47% dei 2.463 Mln di euro trasferiti per mobilità sanitaria nel 2021 risultano appartenere alla categoria "mobilità evitabile". A livello regionale, pur registrando differenze consistenti nei livelli di spesa, in termini percentuali sui costi "inappropriati" oscilla in un range che va dal 54% dell'Umbria al 40% di Toscana e Basilicata, definendosi quindi come elemento determinante della spesa.

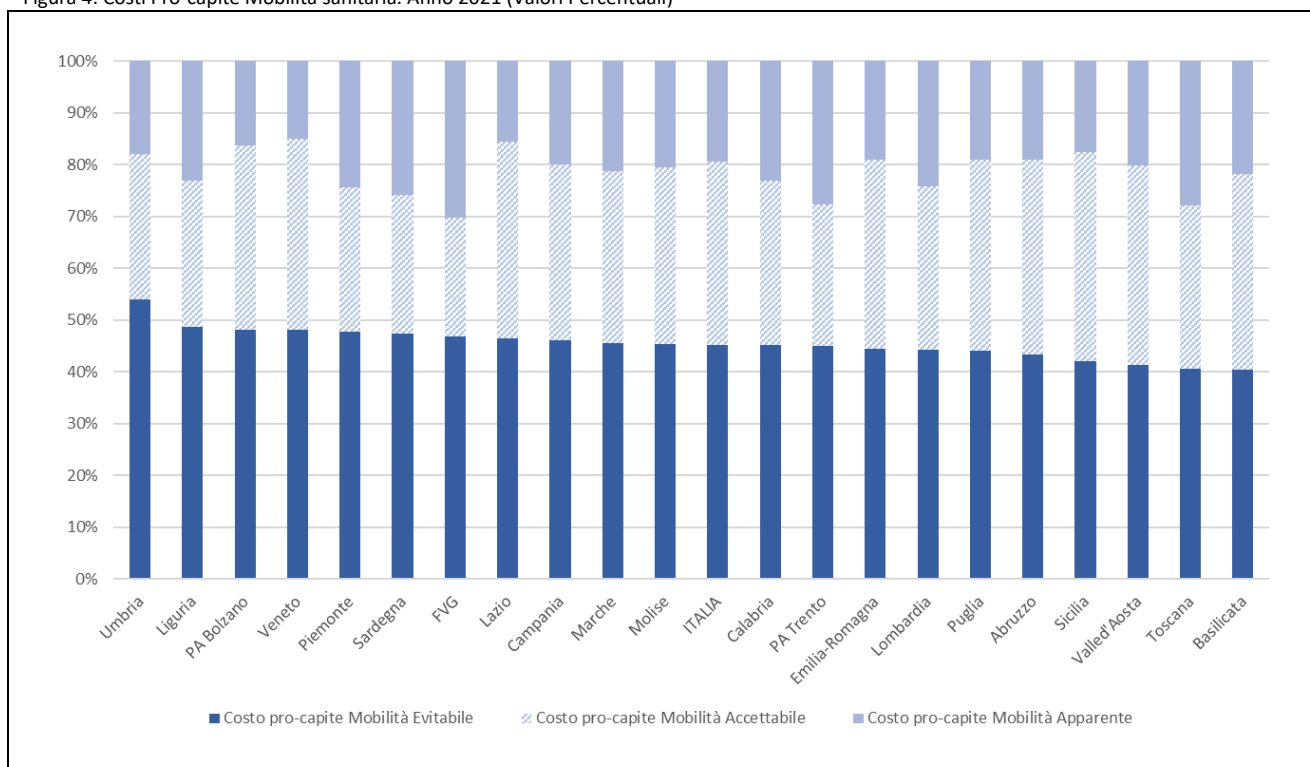
¹¹ Nel Patto della Salute è infatti esplicitata la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui "elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi."

Figura 3: Costi Pro-capite Mobilità sanitaria. Anno 2021 (Mln €)



Fonte Dati: AGENAS, stat.agenas.it

Figura 4: Costi Pro-capite Mobilità sanitaria. Anno 2021 (Valori Percentuali)



Fonte Dati: AGENAS, stat.agenas.it

Nei dati appena visti, “l’accettabilità” o meno dei costi viene considerata in base a tempi (>50 minuti) e alla distanza (>60km) da percorrere, dalla residenza al presidio ospedaliero. Questo definisce però “l’assenza di offerta” come mera presenza fisica di un presidio sul territorio. Come ben sappiamo, e come i dati AGENAS mostrano in parte (Agenas, 2022), la possibilità di ricevere una determinata prestazione ospedaliera o specialistica risente anche dell’aspetto temporale: il presidio e l’offerta “esistono” sul territorio, ma la possibilità di accesso viene dilazionata nel tempo. I tempi di attesa, aspetto esasperato sicuramente dalla

pandemia degli ultimi anni, rappresenta quindi un ulteriore elemento di cui si dovrebbe tenere conto nella definizione dei criteri di accettabilità.

5. Procreazione Medicalmente Assistita: differenze regionali nell'evoluzione normativa del servizio sanitario

Quest'ultimo paragrafo è dedicato a un caso studio che può essere significativo ai nostri fini per le sue peculiarità: l'introduzione della Procreazione Medicalmente Assistita (da ora PMA) nei servizi di cura. La PMA risulta particolarmente interessante nell'evidenziare le differenze interregionali per quattro motivi:

- (i) la PMA è entrata da poco all'interno delle prestazioni mediche riconosciute dal nostro ordinamento e solo nel 2017 è stata riconosciuta nei LEA;
- (ii) la PMA pur essendo riconosciuta come "diritto" a livello nazionale sconta la mancanza dei decreti attuativi per la definizione di risorse e tariffe (mancano i decreti attuativi) che la consegnano alle decisioni (politiche, economiche e normative) delle singole regioni;
- (iii) non è una prestazione di emergenza, pertanto non ha la necessità indifferibile di essere trattata sul territorio, ma contemporaneamente è *time-sensitive* in termini di accesso alle liste di attesa;
- (iv) le coppie che decidono di intraprendere questo percorso sanitario hanno la possibilità fisica di spostarsi sul territorio nazionale (sono persone adulte in età al di sotto dei 50 anni).

La disciplina della PMA in Italia è affidata alla legge 40 del 2004, che regola l'accesso a queste tecniche e stabilisce come, per risolvere i problemi di fertilità, sia possibile fare ricorso alla fecondazione assistita¹². In particolare, la normativa stabilisce che "il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità" aggiungendo all'articolo 5 che "possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi". Questa definizione è per noi importante per capire come lo spazio legislativo abbia lasciato elementi di potenziale arbitrarietà alle regioni nella definizione e come alcuni di questi elementi abbiano portato a situazioni di disomogeneità, ancor prima che nella dotazione strutturale delle regioni, nella loro disciplina normativa.

Iniziamo con il considerare due degli elementi non normati: la definizione di "età fertile" e il numero di cicli di fecondazione assistita a cui una coppia può decidere di sottoporsi. Analizzando i dati in Tabella 1 se consideriamo l'età della donna è evidente la disparità di opportunità di trattamento tra regioni come l'Umbria che mantiene un'età massima di 42 anni, a regioni come il Veneto che permettono lo stesso tipo di trattamento fino ai 50 anni.

¹² Originariamente l'articolo 4 della legge 40 determinava espressamente il divieto relativo alla fecondazione eterologa, ma questo limite è stato superato nel 2014 dalla sentenza 162 della Corte Costituzionale che ha espressamente consentito il ricorso alla fecondazione eterologa in Italia.

Tabella 1: Età massima della donna e Cicli di PMA effettuabili per Regione

	ETEROLOGA ⁽²⁾	OMOLOGA ⁽²⁾	CICLI
PIEMONTE	46	46	6
VAL D'AOSTA	43	43	3
LOMBARDIA	46	non vi sono limiti di tentativi	3
LIGURIA	43	43	3
BOLZANO	43	43	3
TRENTO (*)	46	46	6
VENETO	50	50	4
FRIULI	43	43	3
EMILIA ROMAGNA	46	46	6
TOSCANA	46	43	4
UMBRIA	42	42	3
MARCHE	43	43	6
LAZIO	43	43	3
ABRUZZO	46	46	6
MOLISE	43	43	3
CAMPANIA	46	46	6
PUGLIA	43	43	3
BASILICATA	43	43	3
CALABRIA	43	43	3
SICILIA	43	43	3
SARDEGNA	46	46	3

Fonte: RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA 2021(*) Dato aggiunto dagli autori. Fonte: VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE 16 marzo 2018.

Tuttavia, le differenze non si strutturano solo in questo ma pervadono l'intero iter delle prestazioni di PMA che, proprio perché inserite solo formalmente nei LEA, rappresentano un chiaro esempio di come le differenze interregionali possano spingere alla mobilità sanitaria pazienti delle regioni con minori dotazioni o maggiori ostacoli all'accesso alle cure. La PMA è stata infatti inserita nei LEA solo a partire dal 2017 e, a causa della mancata emanazione del cosiddetto "Decreto Tariffe", non vede a tutt'oggi un'omogeneità di attuazione sul territorio nazionale. La Legge di Bilancio 2018 (L. 205/2017, art.1c.420) prevedeva di fatto l'emanazione delle tariffe massime delle prestazioni di PMA e i vincoli dell'accesso alle prestazioni¹³ entro febbraio 2018: a distanza di 5 anni, la mancata emanazione ha come conseguenza diretta una maggiore disomogeneità di accesso alle cure per i cittadini che richiedono prestazioni extra-regione. Esiste dunque un *entitlement*, un diritto formale per il cittadino ed un dovere delle regioni di garantirlo, ma senza la definizione chiara delle tariffe, questo non si traduce in un accesso concreto, l'*entitlement* non si traduce in reale *capability*.

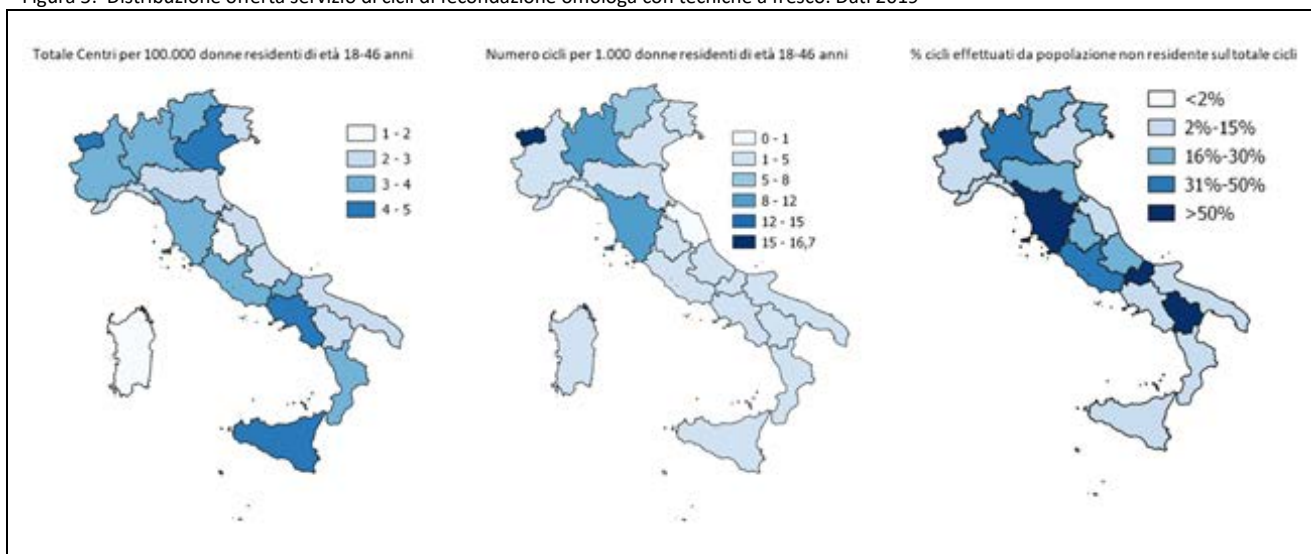
In Italia, le tecniche di PMA vengono effettuate in centri specializzati che si dividono in centri di I livello e centri di II e III livello in base alle tipologie di fecondazione assistita che vengono eseguite e alle tipologie di anestesia a cui verrà sottoposta la paziente¹⁴. Se si osservasse semplicemente il numero dei centri per regione potrebbe essere rappresentata un'idea non corretta dell'offerta del servizio sul territorio: in linea con l'anno precedente, la maggior parte dei centri italiani (61,0%) nel 2019 risulta concentrata in sole 5 Regioni: la Lombardia con 58 centri pari al 16,8% del totale, la Campania con 45 centri pari al 13,0%, Sicilia, Lazio e Veneto tutti con 36 pari al 10,4%. Se però andiamo a verificare il numero di cicli effettuati ponderato per la popolazione femminile residente di età compresa tra i 18 e 46 anni è chiaro come le regioni che offrono il servizio quantitativamente superiore siano la Lombardia con oltre 15.000 cicli di

¹³ Uno dei limiti introdotti dalla Bozza del Decreto Tariffe è sull'età massima della donna (46 anni) che può accedere alla prestazione di PMA. Su questo punto in particolare ci sono forti critiche da parte delle associazioni di pazienti che contrastano la definizione ex lege che indica genericamente "età fertile"; tale presupposto viene visto dalle associazioni di pazienti come non definibile per legge, ma valutabile soggettivamente in sede di consulto medico.

¹⁴ I centri di I livello sono strutture in cui vengono applicate solamente procedure di Inseminazione Intrauterina Semplice (IUI) ed offrono la tecnica di crioconservazione dei gameti maschili. I centri di II e III livello, oltre alle tecniche di IUI, usano metodologie più sofisticate con protocolli di fecondazione in vitro, tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi e di crioconservazione dei gameti maschili, femminili e di embrioni. I dati relativi ai centri di II e III livello vengono considerati congiuntamente e la distinzione è dovuta al tipo di anestesia che deve essere applicata per eseguire le tecniche di fecondazione assistita. I centri di II livello applicano "procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda", mentre i centri di III livello applicano anche "procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione".

fecondazione omologa con tecniche a fresco (9,93 cicli per 1.000 donne residenti in età 18-46) e la Toscana con poco meno di 6.000 cicli (8,98 cicli per 1.000 donne residenti in età 18-46)¹⁵.

Figura 5: Distribuzione offerta servizio di cicli di fecondazione omologa con tecniche a fresco. Dati 2019



Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Non solo, la distribuzione regionale mostra differenze quantitative, ma se analizziamo anche le diverse scelte di politica sanitaria adottate dalle singole Regioni italiane è facile verificare come la presenza di centri pubblici sia maggiore in alcune Regioni del Nord (Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia) e del Centro (Marche); come i centri privati siano presenti in numero maggiore in quasi tutte le Regioni del Sud e in alcune del Nord (Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna) e del Centro (Lazio); e come i 18 centri privati convenzionati sono quasi esclusivamente presenti in Lombardia (10) ed in Toscana (5).

E sono Toscana e Lombardia insieme al Lazio¹⁶ le regioni con il numero più significativo di mobilità sanitaria attiva: in Toscana il 55% dei cicli (3.274) è effettuato su persone non residenti in regione, nel Lazio è il 40% (1900) e in Lombardia è il 33% (5.027). Se andiamo poi a verificare nel dettaglio regionale secondo il tipo di servizio del centro rileviamo che la mobilità nella maggior parte dei casi avviene verso i centri pubblici o privati convenzionati della Toscana e della Lombardia e verso i centri privati del Lazio.

Chiaramente il problema della mancanza di tariffe coordinate a livello centrale pone ulteriori ostacoli e una competizione non virtuosa, laddove l'offerta è sottodimensionata rispetto alla domanda e la domanda è "time sensitive" come nel caso della fecondazione assistita. Inoltre, come già evidenziato nel paragrafo 2 si pone un problema di rispetto dell'equità nell'accesso alla cura.

6. La mobilità sanitaria infra-regionale: il caso della Toscana

La mobilità sanitaria non avviene tuttavia solo tra regioni, ma esistono importanti flussi di mobilità anche all'interno delle regioni stesse (tra aziende sanitarie), e anche questi flussi rappresentano un elemento critico a cui fare attenzione. Abbiamo individuato il caso della Toscana come interessante per evidenziare i differenti tipi di flussi che possono manifestarsi e comprendere come questi possano essere regolati.

La Regione Toscana ha avviato il processo di trasformazione della propria organizzazione territoriale con la Riforma del 2015¹⁷ da cui è nato l'accorpamento delle Aziende sanitarie (da 12 sono diventate 3): Azienda

¹⁵ Chiaramente la Valle d'Aosta rappresenta la percentuale maggiore in assoluto, ma la dimensione regionale è difficilmente comparabile.

¹⁶ Anche in questo caso Valle d'Aosta (245), Molise (47) e Basilicata (191), pur avendo oltre il 50% dei cicli effettuato da persone non residenti in regione, sono comunque poco rilevanti dal punto di vista dei numeri in valore assoluto.

¹⁷ Legge regionale n. 84 del 28 dicembre 2015.

USL Toscana Centro (da ora AUSL TC)¹⁸, Azienda USL Toscana Nord Ovest (da Ora AUSL NO)¹⁹, Azienda USL Toscana Sud Est (da ora AUSL SE)²⁰. L'obiettivo principale della Riforma era quello di uniformare la sanità toscana nell'organizzazione e nelle risposte ai bisogni della popolazione ed evitare duplicazioni e sprechi, realizzando, dove possibile, economie di scala.

La Toscana rappresenta un caso di particolare interesse in questo ambito per la strutturazione territoriale delle 3 AUSL attuali. La AUSL TC comprende il capoluogo di regione e rappresenta, per popolazione servita, la seconda asl più popolosa d'Italia (1,6 mln di abitanti) dopo l'ATS della Città Metropolitana di Milano (3,4 mln di abitanti). Oltre alla numerosità della popolazione residente, la TC ha sul proprio territorio due Aziende Ospedaliere Universitarie, di cui una, l'AOU Meyer, che si caratterizza per la specializzazione pediatrica e che la rende sicuramente il punto di riferimento regionale per il trattamento dei pazienti acuti (35.956 ricoveri di residenti in toscana nel 2021, Fig. 6(b)) ed extraregionale per DRG ad elevata complessità. L'altra, l'AUC Careggi che rappresenta anche il Trauma Center regionale, tale per cui il ricovero acuto di traumi maggiori viene effettuato sul polo fiorentino (nel 2019 sono stati 167, Fig. 6 (b)). La AUSL SE si caratterizza in un senso quasi diametralmente opposto: il territorio è scarsamente popolato e, togliendo i tre capoluoghi di provincia (Arezzo, Siena, Grosseto), si caratterizza per la presenza di piccoli borghi sparsi, comprendendo anche due zone montane (Casentino e Monte Amiata). Questi elementi socio-geografici incidono in maniera significativa nella gestione dei presidi rispetto alle distanze sia per quanto riguarda l'ambito dell'emergenza-urgenza che nella gestione degli ambiti specialistici e di diagnostica. La AUSL NO, ha una caratterizzazione intermedia per quanto riguarda la popolazione, ed ha nel proprio territorio sia la gestione di zone montane che quella delle Isole. La peculiarità di questa AUSL si riscontra sicuramente nel periodo estivo, ricoprendo essa due terzi della costa toscana e i comuni con il maggiore afflusso. I principali elementi di mobilità si hanno però nelle zone di confine con la Liguria.

Tabella 2: AUSL toscane. Dati strutturali

	AUSL TC	AUSL NO	AUSL SE
Superficie Territoriale Km ²	5.000	6.586	11.560
Abitanti (in migliaia)	1.620	1.271	838
Densità abitativa (ab per Km2)	324	193	72,5
Dipendenti	14.000	13000	9.438
Ospedali	13	13	13
Zone Distretto	8	10	13
Società della Salute	7	4	17
Presenza AUO	2	1	1

Mentre i rapporti con le altre regioni sono definiti annualmente attraverso gli Accordi Interregionali²¹, all'interno della regione esistono "accordi di confine" che servono a regolamentare alcune situazioni peculiari interne. Una di queste riguarda la zona Empolese e la zona Val d'Elsa e in particolar modo l'ospedale di Campostaggia della Asl Toscana sud est. In questo caso, la prossimità fisica dei comuni dell'Empolese rende più appropriata l'ospedalizzazione nella provincia di Siena anziché nell'area fiorentina

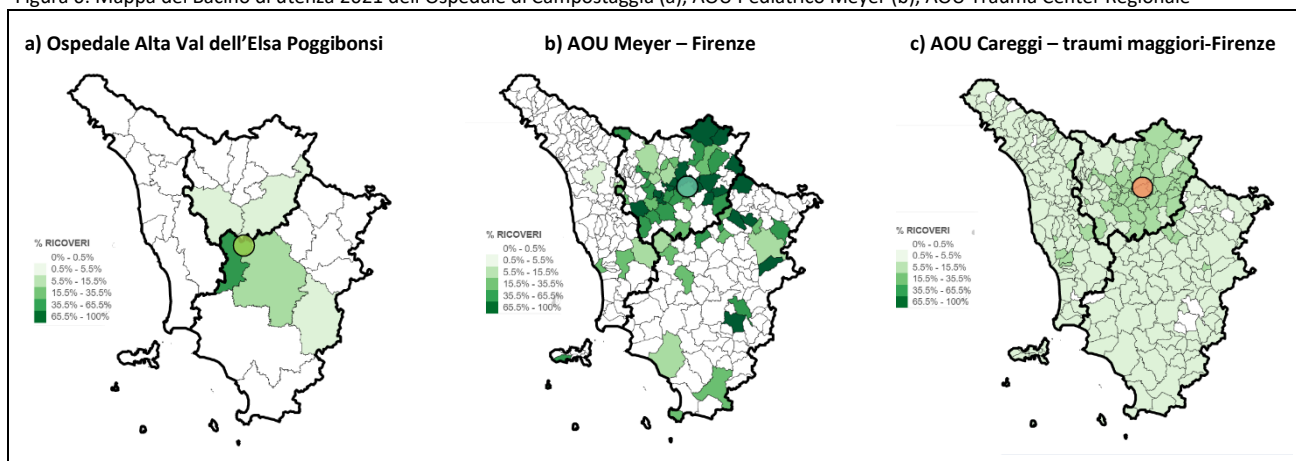
¹⁸ La AUSL TC riunisce le precedenti aziende dell'area vasta centro Asl 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli.

¹⁹ La AUSL NO riunisce Asl 1 di Massa Carrara, Asl 2 di Lucca, Asl 5 di Pisa, Asl 6 di Livorno, Asl 12 di Viareggio.

²⁰ La AUSL SE riunisce le Asl 7 di Siena, 8 di Arezzo, 9 di Grosseto.

²¹ Attualmente è in vigore l'Accordo interregionale del 3 giugno 2021 per ciò che riguarda le compensazioni 2020

Figura 6: Mappa del Bacino di utenza 2021 dell'Ospedale di Campostaggia (a), AOU Pediatrico Meyer (b), AOU Trauma Center Regionale



In generale è possibile vedere tre tipologie di attrattività (Tabella 3): la prima è data dalla presenza dei poli ospedaliero-universitari che oltre a registrare un'attrazione nei confronti della popolazione residente fuori dall'area superiore alla media regionale, attraggono un numero rilevante di la popolazione residente extra-regione. È questo il dato della zona Fiorentina (11,9% e 9,7%), della zona Pisana (11,68% e 16,23%) e di quella Senese (10,04% e 15,99%).

Tabella 3: Attrazione Ospedaliera fuori AUSL e fuori regione per zona-distretto

Luogo di ricovero	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione
AUSL CENTRO	8,19	8,14
Empolese Valdelsa Valdarno	4,76	2,93
Fiorentina	11,9	9,78
Fiorentina Sud-Est	7,39	11,26
Mugello	0,93	2,66
Pistoiese	1,59	5,11
Pratese	1,92	7,37
Val di Nievole	11,83	2,43
AUSL NORD-OVEST	6,4	9,61
Alta Val di Cecina - Val d'Era	7,54	2,57
Apuane	3,22	13,97
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3,47	2,87
Elba	1,44	8,97
Livornese	1,75	2,76
Lunigiana	0,73	14,54
Piana di Lucca	5,46	4,1
Pisana	11,68	16,23
Valle del Serchio	1,25	1,61
Versilia	2,42	5,39
AUSL SUD-EST	6,35	12,57
Alta val d'elsa	20,35	2,25
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	3,44	5,03
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	0,72	9,18
Colline dell'Albegna	1,14	8,99
Senese	10,04	15,99
Val di Chiana Aretina	1,54	3,92
Valdarno	9,21	2,96
REGIONE TOSCANA	7,18	9,62

La seconda tipologia di presidi ospedalieri evidenziati ha un'attrattività verso i confini extraregionali, ma non nei confronti delle altre aree vaste. In questo caso più che la presenza di centri ad alta complessità o di rinomata fama, siamo di fronte ad componente geografica e di prossimità che spinge la popolazione di altre regioni verso la Toscana (un esempio in questo potrebbe esser l'Ospedale di Sant'Antonio Abate in Lunigiana rispetto al confine con la Liguria).

Infine la terza tipologia di attrattività riguarda quei centri, come abbiamo visto in precedenza che per prossimità attraggono la popolazione residente in altre ASL ma per cui la collocazione geografica interna

alla regione, e la tipologia del presidio, non sono predisposti ad attrarre popolazione extra-regionale (Il caso appunto dell'Alta Val d'Elsa).

7. Considerazioni conclusive

Il tema della mobilità sanitaria porta con sé due elementi ugualmente importanti nel dibattito regionale: il primo è quello più strettamente finanziario, mentre il secondo comprende la sfera dell'equità di accesso alle cure e alla possibilità di scelta del paziente.

Quello che il nostro lavoro ha cercato di mettere in luce è che, da un lato, una mobilità che incide per circa il 5% della spesa ospedaliera (a cui vanno aggiunte la spesa specialistica e quella farmaceutica) ha riverberi significativi sui flussi finanziari tra le regioni, avvantaggiandone e rinforzandone alcune a scapito di altre che, non solo non hanno al tempo attuale un'offerta sufficiente (per volumi o per livelli qualitativi), ma che si trovano depauperate delle risorse aggiuntive che potrebbero sostenere il proprio SSR nello sviluppo futuro.

Tuttavia, per comprendere quanta parte dell'aspetto finanziario influisca sull'equità dell'accesso alle cure è bene poter scindere la mobilità data per sotto-dotazione strutturale e quella che in realtà può essere declinata come una "falsa mobilità". Un primo elemento che appartiene a questa categoria, e che rappresenta il 50% dei flussi ospedalieri, intercetta una mobilità data da prossimità di confine o da una domiciliazione differente dalla residenza. In questi casi non sarebbe corretto parlare di mobilità e difficilmente potrebbero essere apportati dei correttivi che salvaguardassero le decisioni dei pazienti.

Dall'altro lato, un secondo elemento che cattura tra il 17% e il 22% della mobilità regionale è quello legato agli ospedali di rilievo nazionale²². Riguardo a questa fattispecie la scelta da parte del paziente di un certo ospedale potrebbe perfino non risultare una scelta se per competenze, strumentazioni o protocolli l'unica cura disponibile per la sua patologia fosse in una struttura ospedaliera extraregionale. Il caso più evidente è quello degli ospedali pediatrici come l'Ospedale Bambin Gesù di Roma o come il Gaslini di Genova. Non a caso questi due ospedali hanno ottenuto, anche nel recente passato, una dotazione finanziaria direttamente dal bilancio dello stato. In questo, l'idea che le strutture di rilievo nazionale possano attingere ad un Fondo che non va ad incidere sulla regione di localizzazione potrebbe costituire un elemento di policy da discutere e considerare rispetto ai flussi per la mobilità.

Ciò che invece dovrebbe catturare in maniera sensibile l'attenzione degli interventi di policy regionali è sicuramente la mobilità dettata dall'impossibilità di trovare una risposta sanitaria adeguata nella prossimità più immediata.

Questa parte di "domanda" insoddisfatta è il fulcro della discussione sulla mobilità sanitaria che mette in discussione il principio di equità e che sconta ad oggi due particolari problemi per essere affrontata in maniera sistematica e strutturale. Il primo, evidenziato anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali²³ è la mancanza di microdati puntuali e aggiornati che permettano di mettere in relazione le prescrizioni (soprattutto in ambito di visite specialistiche e farmaceutico) con le prenotazioni e le reali erogazioni²⁴. Il secondo è la necessità di aggiornare il sistema dei LEA che eviti situazioni di difformità tanto palesi quanto quella che abbiamo illustrato nel paragrafo sulla PMA, e che riguarda ovviamente anche altri ambiti.

La risposta alla riorganizzazione della mobilità sanitaria non è un tema di semplice risoluzione ma sembrano emergere sempre più elementi che mirano a riformulare la prospettiva, forse semplicistica, della presenza di regioni performanti e regioni sotto-strutturate. Le tematiche legate all'appropriatezza delle prescrizioni,

²² https://agenas.gov.it/images/agenas/mobilita/Presentazione_Randazzo.pdf

²³ Tema dibattuto durante il Convegno 22 ottobre 2022, <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/atti-eventi>

²⁴ Un primo utilizzo del *catchment index*, è stato fatto ad esempio in Toscana dove è già attivo sia l'utilizzo delle ricette elettroniche dematerializzate che l'infrastruttura tecnologica unica del CUP (L. 30.12.2018 art.1 co 510).

la trasparenza delle liste di attesa²⁵, l'utilizzo e la configurazione del privato convenzionato in rapporto con il pubblico, sono elementi che fino ad ora sono rimasti sullo sfondo della discussione ma che necessiterebbero di dati e approfondimenti volti a sostenere le politiche pubbliche regionali.

8. Bibliografia

- Dixon, A., Robertson, R., & Bal, R. (2010). The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), 295-317.
- Fleurbaey, M., Schokkaert, E. (2011), Equity in Health and Health Care, in Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, Pedro P. Barros (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 2, Elsevier.
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of health services research & policy*, 13(3), 178-184.
- Gimbe (2020), *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, Report osservatorio 2/2020
- Lorusso, S. (2022), AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE. RIORGANIZZARE LA RETE DEGLI IRCCS, *Monitor* n. 45, Agenas, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf
- Mafrolla, E., & D'amico, E. (2013). Patients' mobility as an indicator for (in) efficiency: a panel data analysis on Italian health care authorities. *Health economics review*, 3(1), 1-13.
- Magee, H., Davis, L. J., & Coulter, A. (2003). Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(7), 338-342.
- Nante, N., Guarducci, G., Lorenzini, C., Messina, G., Carle, F., Carbone, S., & Urbani, A. (2021, September). Inter-Regional Hospital Patients' Mobility in Italy. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 9, p. 1182). MDPI.
- Propper, C., Wilson, D., & Burgess, S. (2006). Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence. *Journal of social policy*, 35(4), 537-557.
- Roemer, J.E., Trannoy, A. (2016), Equality of Opportunity: Theory and Measurement, *Journal of Economic Literature*, 54:4, 1288-1332.
- Seghieri, C., Calovi, M., & Ferrè, F. (2018). Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy. *Plos one*, 13(8), e0203018.
- Sloan, F.A., Hsieh, C.R. (2016), *Health Economics*, MIT Press.
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12(1), 1-16.
- Williams, A., Cookson, R. (2000), Equity in Health, in A.J. Culyer e J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, North Holland, p. 1863-1889.
- Williams, J., & Rossiter, A. (2004). Choice: the evidence. *The operation of choice systems in practice: national and international evidence*. London: Social Market Foundation.

²⁵ Si veda a tal proposito il lavoro di Hi – Healthcare Insights, Osservatorio Indipendente sull'Accesso alle Cure a opera di Fondazione The Bridge, <https://www.hiosservatorio.it/>.