

LA MOBILITÀ SANITARIA

Seconda parte

Come anticipato nello scorso numero di *CARE* (6 2014), in questa sede verranno approfonditi gli aspetti normativi e regolatori della mobilità sanitaria, quelli economici, le implicazioni per quanto concerne l'accessibilità ai servizi e gli esiti di salute.

Aspetti normativi e regolatori

Con i decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 si modifica il ruolo e la percezione della domanda nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sotto tre punti di vista: la maggiore responsabilizzazione finanziaria delle Regioni; l'aziendalizzazione, intesa come strumento per realizzare obiettivi di efficienza ed autonomia gestionale; il finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, come nuovo meccanismo competitivo tra i mercati interni. In precedenza alle suddette innovazioni, la parziale attribuzione della responsabilità finanziaria alle Regioni riduceva la percezione dei rischi. L'obiettivo della tutela sanitaria era perseguito in modo indipendente dalla ricerca di una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse. In questo contesto di disavanzi strutturali, il fenomeno della mobilità sanitaria era percepito come possibile compensazione per la non uniforme distribuzione dei servizi sul territorio (e in tal senso molto assecondato). Ma la crescente pressione ad irrigidire i vincoli di bilancio ha messo in crisi questo indirizzo implicito e le Regioni sono state chiamate a far fronte con risorse proprie ai disavanzi derivanti dai saldi negativi di mobilità.

Con l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 502/92, la compensazione derivante dai processi di mobilità sanitaria diviene una componente significativa per l'equilibrio dei bilanci delle Regioni e tale provvedimento segna la fine del sistema di finanziamento del SSN basato sulla copertura a piè di lista dei costi sostenuti avviando un sistema di finanziamento prospettico. Il decreto introduce il sistema di remunerazione a tariffa degli erogatori di prestazioni sanitarie come strumento che risulta efficace per il controllo dell'offerta, quindi utile per il contenimento della spesa. Il nuovo modello di pagamento trova applicazione proprio sulle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre Regioni: la

compensazione della mobilità avviene sulla base di contabilità analitiche per ogni singolo caso e non più sui saldi complessivi delle prestazioni erogate*.

Alla fine del 1993 la Conferenza Stato-Regioni fissa le regole in base alle quali si deve effettuare la compensazione della mobilità sanitaria. In primo luogo, è stabilito che le procedure di rimborso non riguardino più soltanto i ricoveri, ma anche il settore farmaceutico, la medicina di base, quella specialistica e la termale (ove riconosciuta dal SSR). Ma il tema principale della Conferenza è se i ricoveri vadano addebitati sulla base delle tariffe regionali o se vadano definite tariffe uniche valide per tutte le Regioni. La decisione verte su quest'ultima soluzione**. La circolare del Ministero della Sanità 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, in attuazione di quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, indica le procedure che ogni Regione deve seguire. Ai fini della valorizzazione dei ricoveri ordinari, la circolare sancisce che i casi siano identificati sulla base della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e classificati in raggruppamenti diagnostici (DRG). Dal 1995 al 2002, con l'applicazione dei tariffari regionali, si verifica un incremento dei saldi di mobilità di oltre il 60% superiore all'incremento che nello stesso periodo ha avuto il

*L'art. 12, c. 3, d.lgs. n. 502/1992, come sostituito dall'art. 14, d.lgs. n. 517/1993, nel disporre le modalità di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, specifica che "la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'art. 1", con riferimento ad alcuni elementi, tra cui la "mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome". L'art. 8-sexies, co. 8, d.lgs. n. 502/1992, inserito dall'art. 8, co. 4, d.lgs. n. 229/1999, prevede che "Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale".

**Si introduce un corrispettivo unico nazionale, precisando che esso assume significato, nell'ambito di un accordo tra le Regioni, solo per la compensazione della mobilità e non costituisce alcun riferimento rispetto a tariffe e a costi reali di prestazioni. Il nuovo modello di compensazione deve incentivare le Regioni ad attuare l'organizzazione dei servizi che possa soddisfare le esigenze della propria popolazione evitando i disagi della migrazione sanitaria.

fondo sanitario. L'evidente incapacità del sistema nel contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, unita alla disomogeneità dei tariffari regionali, sono i motivi determinanti che inducono le Regioni al ritorno all'originaria tariffa unica (TUC). In tal modo è stato recuperato il concetto per il quale la compensazione della mobilità sanitaria avviene sulla base di un accordo tra Regioni volto a governare il fenomeno nel rispetto di alcuni principi, quali:

- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità (soprattutto se ricompresi nei 43 DRG dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui LEA e di altre tipologie di ricovero ad alto rischio di inappropriately);
- garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
- prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta specializzazione.

MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA FRA LE REGIONI ITALIANE, ANNO 2009

Regioni	Mobilità		
	Attiva	Passiva	Saldo
Piemonte	230	227	3
Valle d'Aosta	9	25	-16
Lombardia	766	325	441
Bolzano	28	23	5
Trento	45	62	-17
Veneto	304	205	99
Friuli-Venezia Giulia	87	64	23
Liguria	137	177	-40
Emilia-Romagna	563	210	353
Nord	2169	1318	851
Toscana	283	167	116
Umbria	94	86	8
Marche	103	135	-32
Lazio	390	274	116
Centro	870	662	208
Abruzzo	100	160	-60
Molise	85	53	32
Campania	83	399	-316
Puglia	100	285	-185
Basilicata	53	91	-38
Calabria	30	257	-227
Sud	451	1245	-794
Sicilia	55	262	-207
Sardegna	17	75	-58
Isole	72	337	-265
Totale	3562	3562	0

Fonte: Zocchetti (2012).

Aspetti economici

L'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei non residenti non può che essere considerata rilevante per i bilanci regionali. La tematica della mobilità sanitaria interregionale è strettamente connessa a quella riguardante i tetti di spesa delle prestazioni sanitarie: non a caso, tra le questioni più dibattute dalla giurisprudenza amministrativa, vi è la legittimità del provvedimento del Presidente della Regione (anche nella qualità di Commissario ad acta) che, attribuendo il budget complessivo alle singole strutture pubbliche e private, include le prestazioni che non gravano sull'Amministrazione regionale di riferimento, quali quelle per i residenti fuori Regione. Altro fattore rilevante in materia è quello relativo alla legittimità del provvedimento regionale con cui viene stabilita la preventiva autorizzazione dell'Azienda sanitaria di appartenenza del paziente a poter usufruire delle prestazioni fuori Regione e al conseguente diniego di remunerazione delle prestazioni erogate in assenza di autorizzazione. Infatti, la spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti è inizialmente a carico delle Regioni di residenza degli assistiti; solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre Regioni, corrisposti a consuntivo e dopo un'operazione di compensazione che, data la sua complessità, è disciplinata da apposite linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Per sottolineare la delicatezza e l'importanza della voce mobilità sanitaria per il bilancio dei servizi sanitari regionali è opportuno menzionare il Patto per la Salute 2010-2012, che si qualifica come un accordo finanziario e programmatico, di valenza triennale, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Costituisce un'intesa che il Governo può promuovere, ex art. 8, co. 6, l. n. 131/2003, con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema. L'art. 19 del Patto citato, riguardo alla mobilità interregionale, dispone che, nel rispetto dell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica e del perseguimento del livello di appropriatezza nell'erogazione, le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

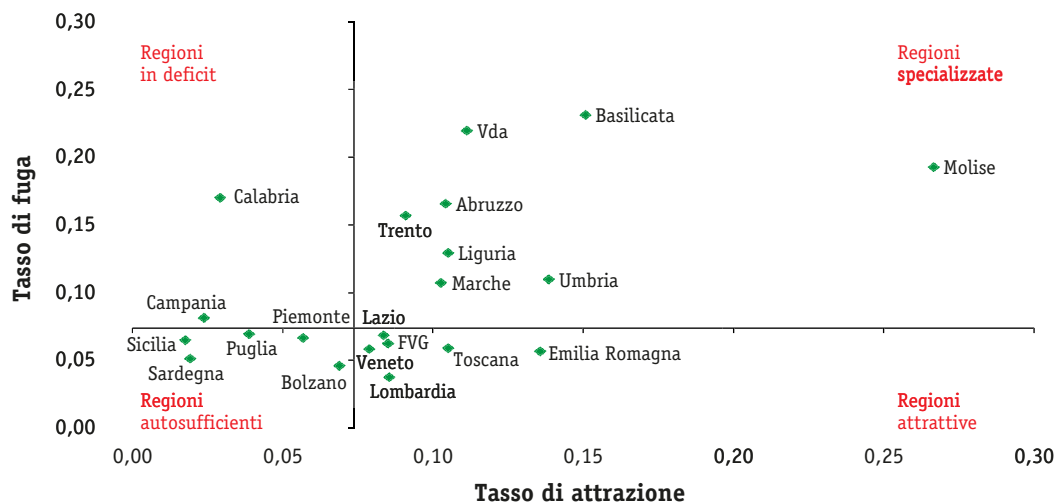
a. evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e

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

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute.



- da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b. favorire collaborazioni interregionali per attività, la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c. facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai Piani di rientro;
- d. individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Una recente analisi, svolta dal Cergas Bocconi, mette in evidenza come tale percorso di omogeneizzazione regionale nel perseguimento dell'appropriatezza e dell'accessibilità alle cure sia ancora ben lontano dall'essere realizzato. La Figura 1 mette in relazione i tassi di attrazione e di fuga delle Regioni italiane (dati 2011), evidenziando un chiaro gradiente Nord-Sud: le Regioni maggiormente attrattive sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e il Lazio, a fronte di Calabria, Sicilia, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Puglia, che invece vedono un alto tasso di fuga.

La mobilità sanitaria muove complessivamente oltre 3500 milioni di euro e per alcune Regioni questa attività è una quota rilevante del proprio volume di attività: per alcuni territori il saldo è marcatamente positivo (Lombardia, Emilia-Romagna), mentre per altre è decisamente negativo (Campania, Calabria e Sicilia).

Dai dati appare evidente la tendenza che porta i pazienti a

spostarsi dal Sud al Nord del Paese con saldi positivi per il Nord e negativi per le Regioni del Sud, con conseguente aumento della variabilità nei finanziamenti fra le Regioni. Guardando poi alle tipologie di attività per le quali ci si sposta da una Regione all'altra, si osserva che negli anni il ricovero ospedaliero è comunque la ragione maggioritaria, seguita dall'attività ambulatoriale e da quella farmaceutica.

Aspetti legati all'accessibilità e all'equità

L'accessibilità alle cure dovrebbe essere garantita in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale ma poiché non tutti i cittadini dispongono delle stesse risorse nell'affrontare le cure, lo Stato dovrebbe tener conto di queste differenze e farsi carico delle spese di coloro che hanno bisogno di spostarsi dalla propria Regione o dal proprio Paese, a maggior ragione per coloro che hanno un reddito basso.

Il fenomeno della mobilità sanitaria di questi ultimi anni ha fatto emergere una situazione molto iniqua perché in alcune Regioni i pazienti hanno tutta l'assistenza di qualità che si aspettano e in altre no. Non solo, nelle Regioni con strutture di qualità inferiore alcuni pazienti possono percorrere vie alternative e altri invece devono accettare quello che viene loro offerto.

Da tenere poi in considerazione che la migrazione coinvolge prevalentemente pazienti oncologici, soggetti quindi estremamente fragili. Molto spesso vengono intrapresi questi viaggi della speranza affinché vi sia anche una minima

possibilità di cura o di miglioramento dello stato di salute. È proprio per questi motivi che numerose associazioni di pazienti oncologici si sono unite per la definizione di un Manifesto, in cui si chiede che venga sancito a livello costituzionale il ruolo dello Stato come garante dell'uniformità sul territorio nazionale delle prestazioni sanitarie. Decidere di andare altrove a curarsi ha sempre un impatto drammatico, economico e umano, su pazienti 'fragili' come quelli oncologici e le loro famiglie, soprattutto al Sud.

La migrazione sanitaria è causa di disagi enormi per il paziente e per le famiglie, a maggior ragione quando non è il frutto di una libera scelta, ma è resa necessaria dalle carenze nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sul territorio di residenza.

Mobilità ed esiti delle cure

Quali sono gli esiti effettivamente associati ai "viaggi per la salute"?

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) può tentare di fornire una valutazione in tal senso. In particolare una recente analisi del PNE ha evidenziato come i pazienti che si muovono alla ricerca

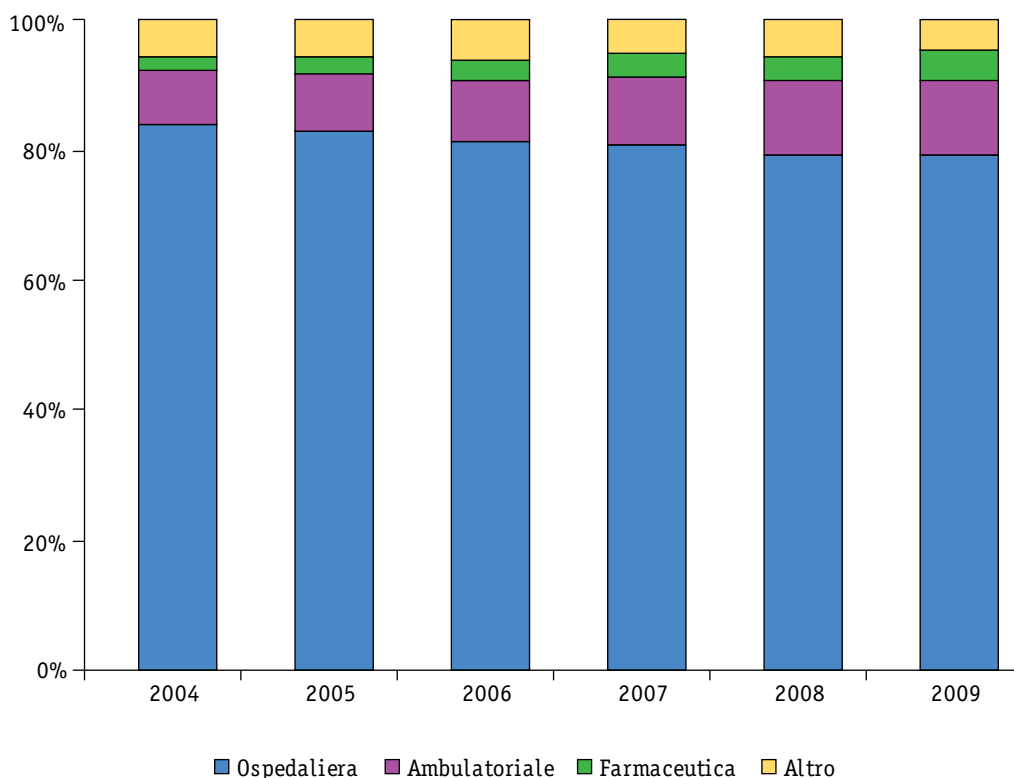
di assistenza sanitaria lontano dalla propria area di residenza riescono a trarre un concreto beneficio dallo spostamento solo per quei problemi di salute che è possibile trattare in modo efficace con le cure disponibili.

Infatti, per alcuni trattamenti cardiocirurgici di provata efficacia (l'intervento di bypass aorto-coronarico e la valvuloplastica) i malati che si spostano su lunghi percorsi, soprattutto dalle Regioni del Mezzogiorno, hanno risultati di sopravvivenza marcatamente migliori rispetto ai pazienti che rimangono a farsi curare nelle strutture vicine alla propria residenza.

Analizzando gli effetti della mobilità sanitaria sulle malattie per le quali il trattamento non riesce ad apportare un rilevante beneficio in termini di sopravvivenza (il tumore del polmone), non emerge alcuna differenza tra i pazienti che migrano e quelli che rimangono vicini al proprio domicilio. Queste differenze, se ben analizzate, potrebbero rendere inutili i tradizionali spostamenti verso il nord del Paese.

Laddove le strutture regionali non offrono sufficienti garanzie di efficacia, perché il volume di attività è ridotto, la possibilità per i cittadini di recarsi verso centri di eccellenza di altre Regioni può essere vista in maniera solo che positiva. Di contro, la programmazione sanitaria (che sia nazionale o

Figura 2. Andamento della composizione percentuale delle attività sanitarie in mobilità (2004-2009).
Fonte: Zocchetti, 2012.



regionale) dovrebbe stabilire se questo ricorso a un'offerta sanitaria a distanza sia davvero la soluzione più efficiente o possa, invece, essere "corretto" attraverso una revisione della rete dell'offerta regionale. Quote rilevanti di mobilità, in assenza di logiche aziendali di sostegno e governo della medesima, infatti, non possono che peggiorare la qualità dei servizi per gli utenti, l'efficacia complessiva del sistema e probabilmente la sua tenuta economica.

L'imperativo diventa quindi adattare degli schemi strategici, organizzativi e operativi delle aziende, affinché i processi di mobilità sanitaria infra e inter-regionale, eventualmente potenziati, garantiscano i benefici positivi sperati. Purtroppo le aziende del SSN non sembrano, invece, ancora del tutto attrezzate culturalmente e operativamente per governare la mobilità, né in entrata, ma soprattutto in uscita.

Conclusioni

Nel quadro attuale di razionalizzazione dell'uso delle risorse e di razionamento della domanda, la libertà di scelta e la mobilità sanitaria assumono una valenza dirimpente. In particolare la libertà di scelta opera come elemento di competizione tra le aziende e come garanzia del mantenimento di elevati livelli di qualità, nonché di soddisfacenti livelli di equità. Infatti, laddove il paziente riscontri differenze significative nei livelli qualitativi dell'assistenza, l'opzione di uscita degli assistiti sanziona tali differenze, determinando uno spostamento dei flussi di domanda e, conseguentemente, dei flussi finanziari a favore dei produttori di alta qualità. In questo contesto le aziende e i produttori verrebbero incentivati a competere per trattenere o attrarre la domanda, operando in primo luogo sulla qualità della prestazione. In presenza di un sistema di pagamento prospettico delle prestazioni, i produttori ed i programmatori sono indotti a tenere nella massima considerazione le valutazioni qualitative espresse dagli assistiti non solo per una finalità esclusivamente finanziaria ma anche al fine di ripensare l'offerta e riprogettare la rete di assistenza in termini di qualità.

Il fenomeno della mobilità sanitaria nel suo complesso è oggi sicuramente un fenomeno imprescindibile e difficilmente comprimibile per l'attuale architettura del SSN, salvo qualche importante modifica istituzionale o di regolazione. Esiste una mobilità *sana*, che garantisce un certo gradiente di

competizione inter-aziendale e inter-regionale necessario per tenere in tensione il sistema e che offre gradi di libertà ai pazienti (colmando le lacune di offerta per alcune aree del Paese) anche se purtroppo è evidente come questa opportunità venga sfruttata solo dai segmenti sociali più forti. Esiste, di contro, anche una mobilità *distorcente*, fatta di consumi inappropriati e incontrollati, caratterizzata dalla presenza, da un lato, di istituzioni paganti non autorizzate a monitorare i produttori, e i loro regolatori regionali, dall'altro, non interessate a controllare i produttori dell'attrazione, perché il fenomeno garantisce risorse aggiuntive alle proprie aziende e al proprio sistema. Attrezzare le strutture alla mobilità ha sicuramente dei costi aggiuntivi (istituzionali, organizzativi, di orientamento dei comportamenti dei professionisti), che dipendono dalle competenze delle aziende nella scelta e nello sviluppo delle logiche e degli strumenti necessari per governare la mobilità e dall'efficacia stessa degli strumenti, che determinano l'impatto della mobilità. Si tratta pertanto di valutare se esista un bilanciamento tra i potenziali benefici che il SSN trae dalla presenza della mobilità e il suo costo sistemico.

Letizia Orzella

BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA

- Dossier sulla migrazione sanitaria, CARE 2014; 4: 9-22.
- Circolare Ministero della Sanità 100/scps/44583 del 23 marzo 1994.
- D.lgs. n. 502/1992.
- D.lgs. n. 571/1993.
- D.lgs. n. 229/1999.
- Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 24 del 9 marzo 2011.
- DPCM 29/11/2001, Allegato 2.
- Fattore G, La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante, Position paper, Forum 10 luglio 2014, Roma.
- Fusco D, DiMartino M, D'Ovidio M, Sorge C, Davoli M, Perucci CA, Mobilità ospedaliera ed esiti dei ricoveri, in Agenas, La mobilità sanitaria, I quaderni di monitor 2012, suppl. 9, n. 29.
- Baldessarelli G, Gli aspetti normativi e statistici della mobilità sanitaria e i problemi organizzativi ed economici ad essa legati, Provincia Autonoma di Trento, Punto Omega, anno 7, n. 17: 66-71.
- Longo F, Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali. Agenas, La mobilità sanitaria, I quaderni di monitor 2012, suppl. 9, n. 29.
- Ministero della Salute, [http://www.salute.gov.it/portale/temi/Patto per la Salute 2010-2012](http://www.salute.gov.it/portale/temi/Patto%20per%20la%20Salute%202010-2012).
- Regolamento CE n. 987 del 16 settembre 2009, Modalità di applicazione del Regolamento CE n. 883/2004.
- Zocchetti C, La mobilità sanitaria tra Regioni: quanto, dove, per fare cosa? Statistica e società, anno 1, n. 2: 27-29.