



Il presente documento non è riproducibile, è ad uso esclusivo del committente e non è divulgabile a terzi.

Peso:26-91%,27-75%,28-79%

564-001-001

# MIGRARE PER CURARSI

Dalla mobilità interregionale  
ai casi legati a patologie  
rare:

ma riguarda  
soprattutto la qualità e  
l'organizzazione dei servizi  
sanitari regionali



Peso:26-91%,27-75%,28-79%

di GIOVANNI MONCHIERO

In sanità, la mobilità è un problema grave. O, almeno, così viene percepita. In realtà le dimensioni del fenomeno sono meno ampie di quanto comunemente si creda. Ci riferiamo alla mobilità fra regioni della quale molto si dibatte, mentre a quella interna – regolarmente contabilizzata e con significative ricadute sui bilanci delle Asl – gli amministratori regionali non attribuiscono soverchia importanza. Dal

loro punto di vista, è una partita di giro. Ospitiamo in questo numero i contributi di accademici (Pina Puntillo, Federico Spandonaro), ricercatori (Nino Cartabellotta), manager (Serena Santagata), rappresentanti dei pazienti (Annalisa Scopinaro) e di due esponenti regionali, l'Assessore della Sicilia, Daniela Faraoni e il Direttore dell'Assessorato al Welfare della Lombardia, Mario Melazzini. Ci sono i

numeri, le questioni giuridico-contabili, le esigenze degli assistiti e il punto di vista – meno lontano di quanto si potesse supporre – di chi dalla mobilità trae beneficio e di chi la subisce. **A sparigliare le carte del nostro mazzo di convinzioni era intervenuto, qualche mese fa, un accordo fra la Calabria e l'Emilia-Romagna volto a ridurre sensibilmente il flusso di pazienti dalla prima alla seconda.** L'episodio è richiamato nel bell'intervento della prof. Pina Puntillo, cui rimando. Vorrei soltanto sottolineare la singolarità. È la pri-

ma volta che due regioni si accordano per contenere un fenomeno di migrazione sanitaria, nel quale si ritiene abbiano interessi contrastanti. Comprensibile che cerchi di limitare il flusso chi ci perde, ma perché dovrebbe farlo chi ci guadagna?

La mobilità, evidentemente, è un fenomeno complesso. Nasce con la territorializzazione della responsabilità di tutela della salute: ogni Asl e, di conseguenza, ogni regione sostiene i costi sanitari per i residenti nel proprio territorio. Il cittadino, però, può scegliere il luogo di cura: è un diritto ispirato ai principi costituzionali e sancito nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Spesso si tratta di una necessità assoluta (trapianti, patologie rare), talvolta di sfiducia nelle strutture di casa, talaltra di avvicinarsi ai figli o a parenti che vivono in città. Oppure di scegliere la struttura più comoda, anche se "oltre confine" o di essere soggetti a mobilità "amministrativa", più formale che sostanziale. Ci sono anche i casi curiosi. Come quello, citato da Cartabellotta, dell'Ospedale Pediatrico del Bambino Gesù, proprietà del Vaticano ed extraterritoriale. A differenza del Gemelli e delle strutture convenzionate appartenenti a Ordini religiosi italiani, tutte le prestazioni finiscono in mobilità.

**Dal punto di vista economi-**

**co, gli effetti della mobilità non sono sempre facili da interpretare. Mi spiego con un esempio che riguarda la mobilità endoregionale.**

Al tempo dell'aziendalizzazione, la normativa riconosceva alle aziende sanitarie pubbliche "autonomia imprenditoriale" e vigeva il principio, non dichiarato, della "quasi concorrenza". Le Asl che gestivano ospedali generalisti di dimensioni medio-grandi erano sfavorite nei confronti di quelle nel cui territorio insisteva una Azienda Ospedaliera. Certo, sui bilanci di queste ultime incideva pesantemente la mobilità passiva. Ma poiché le tariffe di ricoveri e prestazioni risultavano inferiori ai costi reali dalle aziende pubbliche si creava un paradosso: era più vantaggioso comperare che produrre in proprio.

**Il centralismo regionale ha**

**sepolto la concorrenza e il problema non esiste più.**

Per tornare alla mobilità interregionale, tariffe sempre meno remunerative potrebbero scoraggiare le Regioni più attrattive dallo svolgere prestazioni a favore di non residenti. In realtà, nelle attività di ricovero prevalgono i costi fissi e quindi i Drg consentono una significativa utilità marginale. E c'è da aggiungere che la mobilità attiva è prodotta soprattutto da strutture private convenzionate che riescono a ge-

stire con costi minori.

Come osservato in molti interventi, un eccesso di mobilità attiva rischia di comprimere i diritti dei residenti nella regione che si vedono allungare i tempi d'attesa, anche presso i privati. **La stipula di accordi per contenere le migrazioni sanitarie ha dunque le sue motivazioni.**

Insomma, le ricadute economiche non sono così rilevanti e gli eventuali scompensi non irrisolvibili. **Rimane la questione di fondo: la mobilità passiva è un indicatore dei limiti del servizio sanitario regionale che inducono gli utenti a sobbarcarsi viaggi onerosi, costellati di disagi e varie difficoltà.** Il tema non è nuovo. Da anni le regioni debitorie si pongono l'obiettivo di migliorare l'offerta, come conferma il lucido intervento dell'Assessore Faraoni. E non mancano segnali positivi.

Concluderei con la mobilità necessitata, quella che riguarda le specialità più elevate e le patologie meno note, raccomandando la lettura dell'articolo della presidente di Uniamo, la federazione delle Malattie Rare. Vi si legge di persone costrette a continui viaggi, anche solo per ritirare farmaci non compresi nel prontuario della regione di provenienza.

**A questa vergogna burocratica, occorre porre rimedio.** L'esperienza delle Reti cliniche, ampiamente



sviluppata in molte regioni, potrebbe essere estesa all'intero territorio nazionale. Per certe malattie rare basterebbe anche un solo centro di riferimento, collegato ad uno o più ospedali per regione, per cambiare

radicalmente la situazione. In questo caso ridurre la mobilità sarebbe un grande merito.

**Categorie saldi mobilità sanitaria 2023**

<b>Saldo positivo rilevante:</b> Lombardia 645,8 mil, Emilia-Romagna 564,9 mil, e Veneto 212,1 mil
<b>Saldo positivo moderato:</b> Toscana 47,2 mil
<b>Saldo positivo minimo:</b> Molise 18,6 mil, Provincia autonoma di Trento 8 mil
<b>Saldo negativo minimo:</b> PA Bolzano -3,9 mil, Friuli Venezia Giulia -10 mil, Valle d'Aosta -12,8 mil, Piemonte -20,7 mil
<b>Saldo negativo moderato:</b> Marche -54,7 mil, Umbria -55,8 mil, Liguria -74,4 mil, Basilicata -77,9 mil, Abruzzo -86,9 mil
<b>Saldo negativo rilevante:</b> Sardegna -101,9 mil, Lazio -191,7 mil, Sicilia -246,7 mil, Puglia -253,2 mil, Campania -306,3 mil, Calabria -326,9 mil

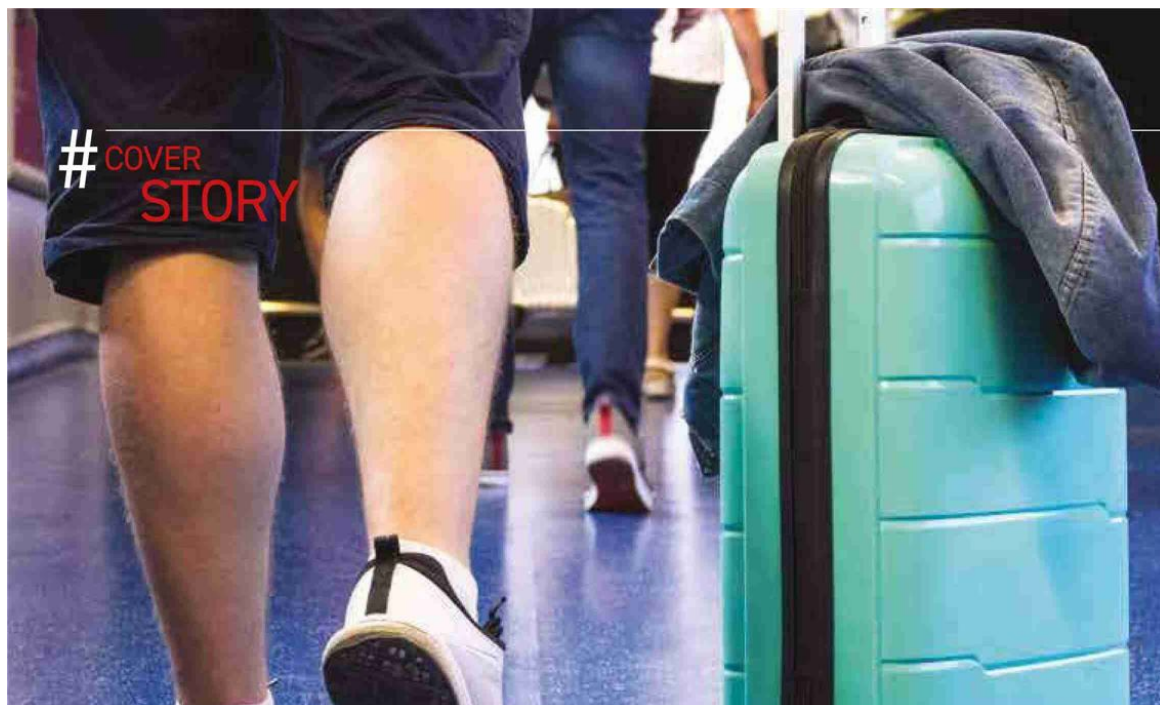
Fonte: Fondazione Gimbe

**UN ECCESSO DI MOBILITÀ ATTIVA RISCHIA DI COMPRIMERE I DIRITTI DEI RESIDENTI**



I saldi regionali evidenziano un'enorme frattura strutturale tra Nord e Sud. **Le sole Regioni con un saldo positivo superiore a € 100 milioni si trovano tutte al Nord**, mentre quelle con un saldo negativo oltre 100 milioni di Euro appartengono tutte al Mezzogiorno, con l'eccezione del Lazio

**LE RICADUTE ECONOMICHE NON SONO COSÌ RILEVANTI E GLI EVENTUALI SCOMPENSI NON IRRISOLVIBILI**



Peso:26-91%,27-75%,28-79%

Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

## VALORE PERCENTUALE DELLA MOBILITÀ SANITARIA 2023 erogata da strutture private accreditate: ricoveri e specialistica ambulatoriale Dati %

