LUISS Guido Carli
LIBERA UNIVERSITÀ INTERNAZIONALE DEGLI STUDI SOCIALI

Dipartimento di Scienze Politiche

**Cattedra di Politiche della Sanità**

# LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE: ANALISI DEL FENOMENO MIGRATORIO E POSSIBILI STRATEGIE D'INTERVENTO IN CALABRIA

Relatore:
**Prof. Antonio La Spina**

Candidato:
**Rachele Canale**
Matricola 627312

Correlatore:
**Prof. Vincenzo Antonelli**

Anno Accademico 2016/2017

*Alla mia terra, bella e inerme,*
*alla mia gente, solida e silente,*
*al futuro di questa gente in questa terra*
*in cui ripongo il mio impegno e la mia speranza*

Questo lavoro nasce dalla seguente riflessione: il Servizio Sanitario Nazionale, stando all'OMS (2000), Bloomberg (2014) e molti altri, rientrerebbe tra i primi cinque al mondo per qualità dell'assistenza; tuttavia, ogni anno migliaia di pazienti di uno dei migliori sistemi sanitari al mondo attraversa da Sud a Nord l'intero Paese alla ricerca di cure adeguate. Per quale motivo?

A stimolare tale studio ha contribuito, poi, il profondo amore che nutro per la mia terra natia, la Calabria, una regione che nel 2015 ha lasciato emigrare 50.602 pazienti, circa il 30% dei cittadini ricoverati in quell'anno, rendendola la regione con il saldo di mobilità relativo peggiore di tutta Italia.

Pertanto, ho provato ad indagare le cause più profonde della migrazione sanitaria, individuando, a partire dall'analisi del fenomeno, possibili strategie di intervento al fine di contenere e regolare la mobilità.

Nelle prossime righe intendo ringraziare chi ha contribuito alla stesura di questa tesi.

In primis, ringrazio il mio relatore, il Professore La Spina, la cui dedizione all'insegnamento sarà per me d'esempio sempre. I suoi preziosi consigli hanno fatto da bussola nel caos della ricerca.

Ringrazio il Dottore Candela, il Dottore Gallucci, la Dottoressa Meringolo, la Dottoressa Minella, il Dottore Rio e il Dottore Schito per le generose interviste o gli efficaci chiarimenti. La voce di questi professionisti è stata essenziale per la comprensione dei dati e delle dinamiche del mondo della salute.

Un "grazie" sincero va anche a tutti i pazienti che ho intervistato e che hanno voluto condividere con me il dramma della malattia e della lontananza durante la malattia. Grazie perché certe esperienze, a volte, sono solo da dimenticare, eppure loro hanno voluto ricordarle con l'onorevole ambizione di contribuire ad un cambiamento.

Grazie a Renzo e a tutte le mie amiche che hanno sostenuto il mio morale con pazienza, donandomi il loro ascolto e la loro comprensione.

Infine, ringrazio soprattutto la mia famiglia, che con sacrifici e privazioni mi ha concesso il prezioso dono dell'istruzione. A loro devo tutto ciò che ho conquistato fin ora, anche questo lavoro.

# INDICE

**INTRODUZIONE**.....7

**CAPITOLO PRIMO- Analisi economica e sociale della mobilità sanitaria in Italia**.....13

1. **La mobilità sanitaria: definizioni, configurazioni e strumenti di misurazione**.....13
   - 1.1 La mobilità internazionale.....15
   - 1.2 La mobilità interregionale.....18
   - 1.3 La mobilità intra-regionale.....22
   - 1.4 Strumenti di misurazione.....24
2. **Il diritto alla salute**.....27
   - 2.1 Cenni sull'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.....29
   - 2.2 La regionalizzazione e il sistema di compensazione.....32
3. **La mobilità sanitaria interregionale: una prospettiva storica del fenomeno**.....37
   - 3.1 Il saldo finanziario.....38
   - 3.2 Il saldo ospedaliero.....44
   - 3.3 Flussi migratori: indici di attrazione e di emigrazione per patologie e prestazioni.....49
4. **Mobilità fisiologica e mobilità evitabile: le cause**.....54
   - 4.1Grado di adeguatezza dell'offerta sanitaria.....55
   - 4.2 Tempi di attesa.....59
   - 4.3 Le motivazioni sociali della migrazione.....62
     - 4.3.1 La percezione della qualità.....65
     - 4.3.2 Figure chiave nella scelta della struttura di cura.....70
     - 4.3.3 La propensione all' *autocura*.....71
5. **I costi economici e organizzativi della mobilità**.....74
6. **Le conseguenze sul piano dell'equità**.....78

**CAPITOLO SECONDO- Migranti da sempre: la mobilità passiva del sistema di salute calabrese**.....82

1. **Un quadro storico generale**.....83
2. **La configurazione del Servizio Sanitario Regionale Calabrese: ASP e AO**.....91
   - 2.1 Il quadro economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale e il peso della mobilità.....95

2.2 Trasparenza....98
2.3 Tempi di attesa....102
2.4 Centri di eccellenza e strutture ad alto volume di attività....103
**3. I flussi di migrazione sanitaria in Calabria**....111
3.1 Le principali mete di cura dei pazienti calabresi....116
3.2 Emigrazione per gruppi di patologie ed efficienza dei DRG....119
3.3 Tre casi di fuga sanitaria: pediatria, oncologia, ortopedia....124
3.3.1 Il caso dell'oncologia....125
3.3.2 Il caso della pediatria....130
3.3.3 Il caso dell'ortopedia....134
**4. L'impatto della mobilità sulla politica sanitaria regionale**....138
4.1 La Rete Oncologica Regionale....142
**5. Riflessione sullo *status quo***....146

**CAPITOLO TERZO- L'indagine statistica: voce ai cittadini**....149
**1. Aspettative, valutazioni e credenze sul Servizio Sanitario Regionale**....152
**2. La consultazione come strumento di coinvolgimento e metodo di indagine per la valutazione delle politiche pubbliche**....157
2.1 Metodologia e strumenti per la comprensione dei dati....159
2.1.1 La struttura del campione....160
2.1.2 La traccia di intervista....161
2.2 Le caratteristiche dei ricoveri....163
2.3 Le motivazioni dell'emigrazione sanitaria: *chi* e *cosa* muove il paziente nella scelta del luogo di cura?....166
2.4 Le valutazioni dei pazienti....169
2.5 Due esperienze a confronto....172
**3. Rafforziamo gli argini: strategie di intervento limitative dell'emigrazione ospedaliera**....175
3.1 Il risanamento del rapporto tra politica e amministrazione....177
3.2 Gli accordi interregionali per il governo della mobilità: verso una rete di programmazione nazionale....182
3.3 Un sistema integrato di comunicazione e informazione....184
3.3.1 L'area della comunicazione sanitaria....185
3.3.2 L'area della comunicazione istituzionale....188
3.4 Una nuova reputazione a partire dalle Università....189

**APPENDICE 1**.....191

**APPENDICE 2**.....197

**BIBLIOGRAFIA**.....199

**SITOGRAFIA**.....203

**RIASSUNTO**.....204

# INTRODUZIONE

Non è raro nel contesto di studi delle scienze sociali imbattersi in concetti o fenomeni complessi che non possiedono una definizione univoca. Questo è anche il caso della mobilità sanitaria. L'OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) riporta a riguardo la distinzione di Carrera e Lunt tra *medical tourism* ed *health tourism*. Con la prima espressione si indica il trasferimento programmato di un soggetto in una giurisdizione sanitaria differente dalla propria al fine di ricevere una prestazione medica che migliori il suo stato di salute. Per *health tourism*, invece, si intende un fenomeno che ha origini antiche, ovvero il viaggio programmato di un soggetto al di fuori della propria giurisdizione sanitaria volto alla rigenerazione della salute del corpo e della mente[1]. Con riferimento a quest'ultima espressione si pensi alle acque termali Albule di Tivoli o agli stabilimenti del golfo di Napoli, che fin dai tempi della Roma Antica attraevano turisti e viaggiatori in cerca di benessere. È evidente che lo *health tourism* è strettamente correlato alle caratteristiche climatiche e geografiche di un dato territorio, ma non solo. In certi casi, luoghi come il Giappone, che esaltano la meditazione e la preghiera nella propria cultura, sono considerati a loro volta luoghi di cura per la mente, dunque, mete di turismo salutare.

Oggetto della nostra indagine sarà il *medical tourism,* che tradurremo con "turismo sanitario" o "mobilità sanitaria", in quanto afferente all'erogazione di una prestazione medico-sanitaria da parte di una struttura di cura ad un soggetto appartenente ad una giurisdizione sanitaria differente. Pertanto, due elementi essenziali caratterizzano l'oggetto di ricerca: il primo è il "movimento" del paziente nello spazio, più precisamente, lo spostamento dalla propria area di cura ad un'altra giurisdizione sanitaria; il secondo elemento è che quest'ultimo benefici, di fatto, di una prestazione sanitaria.

[1] Cfr. N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy, S. T. Green, D. Horsfall e R. Mannion, *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, OECD, Parigi, 2011, pp. 6-7.

La configurazione del traffico migratorio segnala quale principale fenomeno lo spostamento dei pazienti da una regione all'altra entro i confini nazionali. La mobilità interregionale costituisce, oramai, un fenomeno strutturale in Italia, avente radici antiche e una corteccia robusta. Fin dai tempi in cui vigeva il sistema mutualistico (1943-1978), la storia clinica di molti pazienti italiani, specialmente di quelli provenienti dal Sud della penisola, narrava di almeno un viaggio fuori regione per le prestazioni più complesse. Dopotutto, il saldo di mobilità (differenza tra flussi di mobilità in entrata e flussi in uscita) costituisce un importante indicatore della percezione della qualità del servizio sanitario. Escludendo, difatti, i casi di ricoveri extra-regionali dovuti al verificarsi di emergenze al di fuori del territorio di residenza, quella di andarsi a curare fuori regione, nella gran parte dei casi, rappresenta una scelta deliberata del paziente, motivata dall'impossibilità di reperire le prestazioni necessarie nella propria ASL o dalla sfiducia nei riguardi dei presidi territoriali. Dunque, analizzando i flussi della mobilità sanitaria tra regioni, è possibile ricalcare la mappa dei territori da cui i pazienti fuggono, poiché insoddisfatti dell'offerta di prestazioni sanitarie, e delle regioni da cui questi ultimi sono attratti, nella speranza di ricevere un trattamento migliore.

Dallo studio delle caratteristiche dei ricoveri –mediante le schede di dimissione ospedaliera (SDO)- e dei flussi finanziari di compensazione della mobilità sanitaria emerge con chiarezza l'istantanea di un'Italia divisa in due sul piano dell'adeguatezza del servizio sanitario: con le regioni del Sud che registrano dei saldi di mobilità profondamente negativi e le regioni del Nord che, oramai regolarmente, contano nel novero dei propri assistiti una quota rilevante di pazienti in fuga dalle proprie regioni.

Tra i sistemi sanitari a più alta intensità di fuga spicca la Calabria, una terra che nel 2015 ha lasciato emigrare 50.602 pazienti, circa il 30% del totale dei cittadini calabresi ricoverati in quell'anno, rendendola la regione con il saldo di mobilità relativo peggiore di tutto il Paese. Tuttavia, la fuga di massa dagli ospedali della Calabria rappresenta la manifestazione più evidente di un Servizio Sanitario Regionale profondamente inadeguato, segnato da una gestione improntata sulla cosiddetta "metodologia del disservizio" e storicamente intrecciata con gli affari della criminalità organizzata locale.

Le caratteristiche della mobilità sanitaria calabrese, pertanto, costituiranno il perno della seguente trattazione. Nell'intento di redigere un'analisi completa, si è proceduto assumendo differenti prospettive per l'osservazione del fenomeno: quella istituzionale della

classe politica e dirigente, che è chiamata a gestire il complesso equilibrio tra globalità delle prestazioni, uguaglianza di trattamento ed economicità del sistema sanitario; quella degli operatori della salute (medici e professionisti sanitari), che, provvedendo alla salute dell'assistito, rappresentano una figura chiave nell'orientarlo verso il luogo di cura; quella del paziente, che, nel tentativo di assicurarsi il trattamento migliore –entro i limiti delle proprie disponibilità economiche e familiari-, decide di emigrare, fondando tale scelta talvolta sulla negativa valutazione dell'esperienza di ricovero vissuta in regione, talaltra sulla pessima reputazione di un presidio o dell'intero Servizio Regionale, alimentata dal "passaparola" di professionisti e utenti.

Può essere utile, a questo punto, un sintetico accenno ai contenuti delle sezioni che seguiranno.

Dopo aver operato nella prima parte del capitolo I un inquadramento generale del fenomeno mediante la determinazione degli strumenti definitori necessari per affrontare la trattazione, si procederà approfondendo le tre dimensioni geografiche della mobilità sanitaria: internazionale, interregionale, intra-regionale. A seguire, una presentazione degli strumenti normativi che lo Stato ha messo in campo al fine di tutelare il diritto alla salute, assumendo alla base dell'intervento pubblico in sanità due argomentazioni: la protezione della collettività e l'uguaglianza, intesa come parità di opportunità. Conclude la sezione una rassegna relativa agli assetti organizzativi e giuridici che hanno segnato la cura della salute in Italia dagli anni Trenta del Novecento fino ai giorni nostri, approfondendo il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione avviato negli anni Novanta, funzionale alla comprensione dei meccanismi di compensazione finanziaria della mobilità interregionale.

La terza parte del capitolo I presenta una configurazione fortemente analitica, proponendo una panoramica storica della mobilità sanitaria interregionale sul piano finanziario e ospedaliero. Completa l'analisi uno studio sui flussi migratori per DRG, atto ad individuare le mete privilegiate dai pazienti a seconda delle patologie e delle prestazioni richieste. Segue un'indagine sulle cause della cosiddetta "mobilità evitabile", quella quota di migrazione sanitaria dovuta all'inadeguatezza dell'offerta, ovvero all'assenza di prestazioni di medio/bassa complessità, alla lunghezza delle liste d'attesa e all'insoddisfacente qualità dell'assistenza (carenza di professionalità e umanizzazione, scarsa organizzazione dei reparti, difficoltà comunicative). Tuttavia, a queste cause di ordine "sanitario" si aggiungono

le motivazioni sociali della mobilità, come la reputazione degli ospedali regionali e la propensione all'*autocura* del paziente.

Il capitolo I si conclude con la trattazione delle implicazioni organizzative ed economiche della mobilità, distinguendo tra mobilità "fisiologica", necessaria per sfruttare l'iper-specializzazione e l'affidabilità derivante dalla concentrazione dell'offerta, e mobilità "patologica", responsabile di inefficienze e sprechi per l'intero sistema sanitario. Infine, si valuteranno le conseguenze sul piano equitativo della migrazione sanitaria, rispondendo alle seguenti domande: "tutti i cittadini hanno le stesse opportunità di spostarsi al fine di ottenere prestazioni sanitarie? Se così non fosse, esistono delle iniquità nell'esercizio del diritto alla salute, data la disparità di accesso alle prestazioni in regime di mobilità?".

Il capitolo II entra nel merito della mobilità passiva del sistema di salute calabrese. Nel ripercorrere la storia recente del Servizio Sanitario Regionale, si esamineranno i sistemi di *governance* succedutesi nel tempo, ponendo attenzione, altresì, agli scandali di corruzione e malaffare che hanno fatto da sfondo.

La seconda sezione del capitolo propone un'analisi attenta della configurazione del sistema calabrese, una sorta di check-up dell'offerta sanitaria regionale relativo ai seguenti aspetti: dimensione territoriale e caratteristiche delle ASP/AO; struttura del dipartimento di tutela della salute; situazione finanziaria, tenendo conto del peso economico della mobilità; stato di adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza; tempi di attesa per ASP e prestazione; valutazione della qualità dei servizi a partire dai volumi di intensità delle prestazioni.

A seguire, ricavando i dati dalla trattazione statistica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) trasmesse dal Ministero della Salute, saranno esposte, con l'aiuto di grafici e tabelle, le principali mete di cura dei pazienti calabresi e le patologie per cui risulta più evidente il fenomeno migratorio. L'attenzione si concentrerà, poi, su tre aree sanitarie che presentano elevati tassi di fuga e gravi rischi per lo stato di salute della popolazione: l'oncologia, la pediatria e l'ortopedia; riportando, altresì, la testimonianza di tre medici specialisti del settore.

Infine, il capitolo passa in rassegna gli interventi di programmazione e gestione disposti dalla Regione Calabria per il contenimento della mobilità interregionale, ponendo particolare enfasi sui contenuti del "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera" e, più nel dettaglio, sul progetto della Rete Oncologica regionale.

Il capitolo III, muovendo dall'importanza della partecipazione attiva degli *stakeholders* ai fini della determinazione delle scelte di politica sanitaria e in linea con le esperienze istituzionali e associative di consultazione del paziente, riporta l'esito di un'indagine condotta su un modesto campione di pazienti che hanno vissuto un'esperienza di mobilità sanitaria. Pertanto, dopo aver presentato la metodologia d'indagine impiegata e la struttura del campione, si esporranno le motivazioni che hanno spinto gli intervistati a recarsi fuori regione, approfondendo, inoltre, la fonte (persona o strumento informativo) che ha orientato il paziente nella scelta del luogo di cura. Le sezioni successive presentano il giudizio degli intervistati circa il ricovero extraregionale, comprendendo una valutazione delle prestazioni ricevute, della qualità degli operatori medico-sanitari e dei disagi personali vissuti durante la mobilità; in più, si propongono le principali differenze riscontrate dai pazienti tra l'esperienza di ricovero in regione e quella fuori regione.

Nella sezione finale del capitolo, da cui è possibile trarre le considerazioni conclusive sul tema, sono riportate alcune proposte di *policy* che mirano alla limitazione della mobilità, attraverso l'adeguamento dei servizi sanitari ai bisogni del territorio e la fidelizzazione di medici e pazienti. Anzitutto sarà trattato il decreto della Regione Campania, recante l'obbligo per gli assistiti del Servizio Sanitario Regionale di acquisire preventivamente dalla ASL di appartenenza un'autorizzazione per la fruizione di alcuni tipi di prestazioni sanitarie presso strutture extraregionali, e la relativa sentenza del Consiglio di Stato. Successivamente, in contrasto con la politica autorizzatoria adottata dalla Campania, si proporranno delle strategie di contenimento dell'emigrazione meno restrittive, che vanno dall'ambizioso obiettivo del risanamento del rapporto tra politica e amministrazione, alla previsione di un sistema di accordi interregionali, funzionale ad una programmazione su scala nazionale dell'offerta sanitaria per le prestazioni più complesse. A completare il quadro degli interventi, la previsione di un sistema integrato di comunicazione e informazione rivolto agli utenti del servizio (area sanitaria) e al personale medico-sanitario (area istituzionale), volto ad eliminare i casi di mobilità dovuti alla disinformazione e a consolidare nei pazienti il senso di appartenenza nei riguardi del sistema sanitario locale.

La tesi che verrà supportata in questo studio attiene alle cause della mobilità sanitaria, dunque alle strategie di *policy* volte a contenere e orientare favorevolmente il fenomeno. Oltre che all'inadeguatezza dell'offerta sanitaria, una quota rilevante della mobilità è imputabile alla debole relazione di fiducia esistente tra pazienti, professionisti medico-

sanitari e sistema sanitario regionale, aggravata dalla disinformazione e dallo scarso coinvolgimento degli *stakeholders* nella valutazione dei servizi. Pertanto, parallelamente ad azioni di riorganizzazione dell'offerta territoriale, si ritiene necessario un programma di comunicazione diretto a informare il paziente sui servizi offerti, consolidando il senso di appartenenza nei riguardi del sistema sanitario locale. Inoltre, ritenendo la mobilità per prestazioni ad alta specializzazione compatibile con le esigenze di economicità ed efficienza del Servizio Sanitario Nazione, si propone un'azione di programmazione da realizzare mediante accordi interregionali, volta alla costituzione di strutture di riferimento per aree territoriali sovra-regionali cui convogliare i ricoveri di maggiore complessità.

# CAPITOLO PRIMO

## Analisi economica e sociale della mobilità sanitaria in Italia

### 1. LA MOBILITÀ SANITARIA: DEFINIZIONI, CONFIGURAZIONI E STRUMENTI DI MISURAZIONE

L'espressione "mobilità sanitaria" può essere declinata assumendo prospettive differenti. Difatti, la mobilità può intendersi, in primis, come "il diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza"[2]. Tale diritto in Italia è garantito, da un lato, dall'articolo 32 della Costituzione che sancisce il fondamentale diritto alla salute dell'individuo e, dall'altro, dal principio della "portabilità" del diritto stesso su tutto il territorio nazionale, come previsto nei fondamentali della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)[3]. Stando, dunque, a tale definizione con l'espressione "mobilità sanitaria" si fa riferimento alla facoltà, vigente per ogni individuo[4], di muoversi sul territorio italiano al fine di ottenere prestazioni sanitarie, indipendentemente dalla Azienda sanitaria locale (ASL) o regione di residenza, godendo, così, senza alcun vincolo geografico, del proprio di diritto alla salute.

La mobilità sanitaria, però, oltre a configurarsi come diritto, rappresenta anche un sistema di flussi, come diretta conseguenza della "spendibilità" sul territorio nazionale del diritto ad ottenere prestazioni sanitarie. I flussi della mobilità sanitaria hanno ad oggetto sia persone che risorse finanziarie: persone che rinunciano, volontariamente o involontariamente, ad ottenere le cure di cui necessitano presso la propria ASL di residenza (o regione o giurisdizione di residenza, con riferimento rispettivamente alla mobilità interregionale e internazionale) recandosi altrove, e risorse finanziarie che, in modo più o meno evidente, si trasferiscono dall'ente di tutela responsabile della salute dei residenti (ASL, Regioni, Stati)

[2] L. Orzella, *Mobilità sanitaria. Prima parte*, in CARE 6, 2014, p.32, cit.
[3] Cfr. *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, a cura del centro studi Bachelet, Luiss Guido Carli, Roma, 2008, p. 6.
[4] Il termine "individuo" è utilizzato appositamente, nell'intento di evidenziare il carattere di universalità della copertura assicurativa fornita mediante il Servizio Sanitario Nazionale. Il sistema sanitario italiano, difatti, non solo garantisce una quasi-globale copertura per le prestazioni sanitarie erogate, ma assicura l'assistenza sanitaria a tutti gli individui presenti sul territorio, indipendentemente dal loro status di cittadino. Per ulteriori approfondimenti sull'universalità del SSN si veda Federico Toth, *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna, 2014, pp. 36-37.

al fornitore della prestazione sanitaria. I flussi finanziari più noti e documentati sono quelli legati alla compensazione interregionale della mobilità, che vedremo in seguito, ma anche per i casi di mobilità sanitaria internazionale, programmata e non programmata, sono previste forme di compensazione della mobilità, disciplinate dai regolamenti dell'UE, per i cittadini dell'Unione, e dagli accordi di sicurezza sociale per i cittadini dei Paesi con cui l'Italia è convenzionata.

I flussi della mobilità sanitaria, intesi come persone e risorse finanziarie, possono assumere la forma di flussi in entrata e in uscita, da qui la distinzione tra due categorie di mobilità sanitaria:

- la mobilità attiva, che rappresenta l'ammontare delle prestazioni medico-sanitarie erogate da una giurisdizione sanitaria a pazienti non residenti;
- la mobilità passiva, che esprime l'ammontare delle prestazioni medico-sanitarie a favore dei residenti in una giurisdizione erogate al di fuori di quest'ultima.

La mobilità attiva, quindi, indicherebbe l'attrattività di un territorio dal punto di vista sanitario, mentre quella passiva rappresenterebbe la tendenza dei pazienti a fuggire da un'area geografica per ricevere cure altrove. In realtà, intendere mobilità attiva e mobilità passiva come indicatori di attrazione e di fuga di una giurisdizione è semplificatorio poiché, come vedremo, esistono delle forme di mobilità involontaria, che, dunque, non implicano la ponderazione da parte del paziente di recarsi in un'altra giurisdizione. Dal punto di vista dei flussi finanziari, invece, le due categorie di mobilità indicano una voce di credito (la mobilità attiva) e una voce di debito (la mobilità passiva) del sistema sanitario di riferimento.

Come già precisato, la mobilità sanitaria è un fenomeno complesso, che può essere categorizzato sulla base delle dimensioni geografiche dei flussi e dei fattori che ne sono la causa. Per questo ci accingiamo, nei prossimi sotto-paragrafi, a descrivere la mobilità internazionale, la mobilità interregionale e quella intra-regionale e ad analizzarne gli elementi di rilievo. Infine, tratteremo gli strumenti e le metodologie più adeguate per la misurazione del fenomeno a seconda delle sue caratteristiche.

## 1.1 LA MOBILITÀ INTERNAZIONALE

Per mobilità internazionale si intende l'erogazione di un trattamento sanitario ad un soggetto ufficialmente residente in una nazione straniera. Nel caso italiano, con tale espressione si ci riferisce alla possibilità che un cittadino italiano possa ricevere cure all'estero (mobilità passiva) o che un cittadino straniero ottenga prestazioni sanitarie in Italia (mobilità attiva)[5].

A seconda delle circostanze che determinano l'eventualità di ricevere cure all'estero, possiamo distinguere tra mobilità sanitaria internazionale programmata e occasionale. Nel caso della mobilità programmata, un cittadino italiano può decidere di recarsi all'estero per ricevere prestazioni sanitarie ad alta specializzazione, a causa dell'impossibilità di ottenere tali cure all'interno dei confini nazionali o degli eccessivi tempi di attesa previsti per la loro erogazione. In tal caso, la legge 23 ottobre 1985, n. 595 garantisce a tutti i cittadini residenti in Italia il diritto di recarsi all'estero per ricevere cure che non siano disponibili tempestivamente o adeguatamente rispetto al caso in specie, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, previa autorizzazione della ASL di appartenenza. La copertura finanziaria della prestazione può avvenire sotto forma di assistenza diretta o indiretta. Nel primo caso, il paziente non è tenuto a pagare per le cure che riceve, se non per eventuali oneri di ticket previsti dalla giurisdizione in cui riceve il trattamento. Sarà direttamente il Servizio Sanitario Nazionale a garantirne la copertura. Nel secondo caso, il soggetto è tenuto ad anticipare il pagamento delle prestazioni ottenute, per poi essere rimborsato dalla ASL di appartenenza[6]. L'assistenza diretta è garantita nei Paesi UE[7], nello Spazio Economico Europeo, in Svizzera e nei Paesi con cui l'Italia ha sottoscritto convenzioni per la sicurezza sociale, mentre per tutti gli alti Stati si applica, di norma, la formula dell'assistenza indiretta.

I numeri della mobilità sanitaria internazionale passiva, relativamente all'Italia, sono piuttosto contenuti. Recentemente, però, il fenomeno è in aumento, come riportato dal XIX Rapporto Pit Salute. Del 10,2% del totale dei pazienti italiani che hanno presentato

[5] Così C. Zocchetti, *Definizione della mobilità sanitaria*, in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2012, p. 12.
[6] Cfr. *Cure programmate e di alta specializzazione in Europa*, Cittadinanzattiva, 2012.
[7] La Direttiva 2011/24/UE, estendendo i benefici relativi alle cure transfrontaliere, disciplinate dai Regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883/2004 e n. 987/200, prevede una riduzione degli oneri burocratici a carico dei pazienti che intendano programmare il proprio ricovero negli "Stati comunitari", declassando la richiesta di autorizzazione a mera eccezione. Per ulteriori approfondimenti si veda la Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

all'associazione Cittadinanzattiva segnalazioni in merito alla mobilità sanitaria, il 36,9% nel 2015 ha avuto un'esperienza di cura programmata all'estero, circa l'8% in più dell'anno precedente, e il 40% dei cittadini ha segnalato difficoltà nell'ottenere i rimborsi delle spese sostenute per le cure.[8]

Assumendo una prospettiva più globale, è evidente l'esistenza di flussi definiti e continuativi di mobilità sanitaria internazionale programmata, non necessariamente imputabile alla migliore qualità della prestazione sanitaria o ai ridotti tempi d'attesa, come segnala l'OECD[9] . Ad esempio, è sempre più chiaro il flusso che vede i cittadini dell'Europa Occidentale spostarsi verso i Paesi dell'Europa Orientale, per ricevere cure odontoiatriche[10] a costi contenuti. Altro esempio sono le cliniche di medicina riproduttiva in America Latina che attraggono pazienti dagli USA e dall'Europa. In questi casi, oltre alla prossimità geografica, che continua ad essere una determinante significativa della mobilità internazionale, un ruolo rilevante è ricoperto dai costi della sanità, specialmente per quelle prestazioni non coperte finanziariamente dall'assicurazione sanitaria (pubblica o privata). Vanno ricordati anche i mediatori che, per professione, si occupano di organizzare viaggi della salute, lucrando, tristemente, su questi ultimi.

Un'altra categoria di mobilità internazionale è quella occasionale, data dalla necessità di ottenere cure all'estero per motivi non strettamente correlati all'adeguatezza dell'offerta sanitaria nazionale, come una vacanza in un paese straniero, un viaggio all'estero per motivi di lavoro o di studio o nel caso in cui un soggetto risieda solo ufficialmente in Italia, ma, di fatto, si sia stabilizzato all'estero. In questo caso, per i cittadini italiani, in possesso dal 2004 della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), è possibile ricevere tutte le cure medicalmente necessarie nei Paesi dell'Unione, dello Spazio Economico Europeo e in Svizzera, semplicemente esibendo la tessera sanitaria. Anche nei Paesi extraeuropei convenzionati con l'Italia i cittadini hanno diritto ad ottenere assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nei limiti previsti dalle singole convenzioni, mentre, nei Paesi non convenzionati solo i lavoratori o gli studenti in possesso di una borsa di studio presso un

[8] Per ulteriori approfondimenti si veda *XIX Rapporto Pit Salute: Accesso di Lusso*, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2016.
[9] Cfr. N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy, S. T. Green, D. Horsfall e R. Mannion, *op. cit.* pp. 13-15.
[10]Nel SSN, le cure odontoiatriche rientrano nella categoria delle prestazioni "parzialmente escluse" [Toth 2014]. L'assistenza sanitaria è garantita solo ai bambini fino a 14 anni e ad alcune categorie di adulti che versino in condizioni di disagio sanitario e/o sociale. In tutti gli altri casi la copertura sanitaria non è fornita; si garantiscono esclusivamente il trattamento delle urgenze e le visite in caso di tumori alla cavità orale.

istituto estero hanno diritto ad essere rimborsati per le cure ricevute (assistenza indiretta), previo espletamento di specifiche procedure burocratiche. In tutti gli altri casi le prestazioni sanitarie sono, di norma, completamente a carico del paziente[11].

Ci sono, poi, tre casi di mobilità internazionale, che non possono essere propriamente considerati tali, per via dei rapporti di convenzionamento vigenti tra queste giurisdizioni sanitarie e l'Italia. Si tratta di Città del Vaticano, nello specifico dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma, dello Stato di San Marino e del Comune di Campione d'Italia, exclave italiana in Svizzera. In queste tre fattispecie, i legislatori degli Stati coinvolti hanno provveduto a regolamentare nel dettaglio i sistemi di tutela dei pazienti e i meccanismi di compensazione finanziaria della mobilità sanitaria.

Guardando ora alla mobilità internazionale attiva in Italia, sarà bene individuare quali sono le condizioni di tutela garantite dal Servizio Sanitario Nazionale per le varie tipologie di "pazienti immigrati". Come i cittadini italiani in Europa, tutti i cittadini europei in Italia hanno diritto ad usufruire della medesima assistenza sanitaria garantita agli italiani, semplicemente esibendo la tessera sanitaria (TEAM). Si garantisce altrettanta reciprocità nell'assistenza medica anche per i cittadini degli Stati in rapporto di convenzione con l'Italia: questi hanno diritto, nella gran parte dei casi, ad un'assistenza sanitaria completa. Infine, anche tutti gli stranieri extracomunitari e non appartenenti a Paesi convenzionati possono, di fatto, godere di una pressoché completa assicurazione sanitaria. Gli stranieri in possesso di un regolare permesso di soggiorni possono iscriversi gratuitamente al Servizio Sanitario Nazionale, godendo, fino alla durata del permesso, dello stesso trattamento garantito ai cittadini italiani. Anche gli stranieri presenti irregolarmente sul territorio nazionale possono usufruire dell'assistenza sanitaria necessaria (dunque non solo d'emergenza) semplicemente sottoscrivendo una dichiarazione di indigenza, che testimoni la loro incapacità di provvedere al pagamento delle cure. Se per i casi di mobilità attiva internazionale occasionale esiste una regolamentazione univoca, per la mobilità programmata non esiste una sola disciplina, ma questa varia a seconda degli accordi e delle relazioni specifiche vigenti tra Stati per quel che riguarda l'accoglienza del paziente e la compensazione finanziaria.

[11] Data la complessità del sistema di tutela sanitaria all'estero, il Ministero della Salute ha istituito la guida interattiva "Se parto per…", che indica, a seconda della destinazione e della tipologia del trasferimento, di quali diritti di assistenza sanitaria può godere il soggetto, a chi rivolgersi per ottenere eventuali documentazioni necessarie e le procedure per il riconoscimento delle spese sanitarie sostenute. Per ulteriori informazioni si veda il sito www.salute.gov.it.

## 1.2 LA MOBILITÀ INTERREGIONALE

In una scala di progressione geografica discendente, la mobilità sanitaria internazionale è seguita dalla mobilità sanitaria interregionale: il ricorso da parte di un cittadino residente in una regione ad una prestazione sanitaria erogata da una struttura pubblica o privata accreditata ubicata in un'altra regione.[12] Attualmente, questa forma di mobilità è senza dubbio la più conosciuta e studiata, grazie a dati aggregati e di dettaglio che sono costantemente prodotti, ai fini della calibratura dell'offerta sanitaria e della compensazione finanziaria tra regioni. Queste ultime sin dalla riforma sanitaria del 1992-1993[13], hanno visto rafforzate le proprie competenze in materia di organizzazione e programmazione del sistema sanitario regionale, divenendo responsabili, peraltro, della ripartizione del fondo sanitario regionale tra Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere. Dunque, sulla base del processo di regionalizzazione, le regioni rappresentano oggi le principali "garanti" dell'assistenza sanitaria per i cittadini italiani, ma di questo tratteremo in seguito più approfonditamente.

Per comprendere le motivazioni alla base della "libera circolazione sanitaria" sul territorio nazionale sarà utile approfondire i principi di fondo che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale: l'universalismo e l'equità. Il Servizio Sanitario Nazionale, sin dalle sue origini, è stato calibrato sul modello cosiddetto beveridgeano o universalistico[14]: ossia uno schema di assicurazione sanitaria universale rivolto a tutti i cittadini, indipendentemente dallo status economico e sociale, quasi completamente finanziato mediante la fiscalità generale. Alla base del modello di libera scelta della struttura di cura da parte del paziente, vi è proprio la volontà di garantire una copertura sanitaria adeguata ed equa a tutti, indipendentemente dall'area geografica di residenza. In un contesto economico e sociale così disomogeneo, come l'Italia degli anni '70, "permettere ai pazienti di ottenere l'assistenza senza restrizioni territoriali è sempre apparso utile per offrire pari opportunità ai cittadini, evitando discriminazioni legate al territorio di appartenenza"[15]. Oltre alla motivazione dell'equità, che rappresenta senza dubbio la ragione che più ha pesato nell'escludere vincoli

[12] Cfr. C. Zocchetti, *La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa?,* in *Statistica & Società*/ Anno 1, N. 2, 2012.
[13] Si fa riferimento al d.lgs. n. 502 del 1992 e al d.lgs. N. 517 del1993.
[14] Per ulteriori approfondimenti sulle tipologie di welfare state si veda M. Ferrara (a cura di), *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2012, pp. 33-54.
[15] G. Fattore, *La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante*, in *CARE online*, 2014, p. 3, cit.

di mobilità territoriale, la libertà di circolazione del paziente si fonda anche sulla volontà di promuovere un sistema di quasi-mercato efficiente nell' offerta dei servizi sanitari. La libera scelta del paziente, da un lato, avrebbe favorito la competizione tra strutture ospedaliere, inducendo queste ultime a migliorare in qualità e funzionalità, dall'altro, avrebbe naturalmente indotto le strutture non recuperabili sul piano dell'adeguatezza e dell'efficienza alla chiusura o al ridimensionamento. Peraltro, l'impossibilità di offrire alcuni tipi di prestazioni specialistiche complesse, con bacini di utenza limitati, in modo efficiente ed efficace, anche sul piano finanziario, impone, necessariamente, di limitare il numero di erogatori di questo tipo di trattamenti sul piano nazionale. Dunque, per le attività programmate complesse, per le quali non è efficiente ed economico fornire una copertura capillare, la mobilità sanitaria sarebbe stata non solo una prerogativa del paziente, ma una necessità dell'intero sistema.

Guardando alla realtà, il progetto di realizzare un sistema di quasi-mercato all'interno delle regioni, che premiasse le strutture ospedaliere più virtuose, è andato scemando definitivamente. Per quanto si continui a garantire il diritto di scegliere liberamente la struttura di cura, la maggior parte dei presidi ospedalieri tendono a mantenere costanti i volumi di offerta e, dunque, il bacino di utenza da soddisfare. Ciò non toglie che, sul piano interregionale, invece, si sia sviluppata una forte competitività, al punto che i flussi della mobilità sanitaria interregionale rappresentano oggi, innegabilmente, degli indicatori dell'adeguatezza e della qualità percepita dei Servizi sanitari regionali, oltre ad avere un forte impatto sui risultati economici delle ASL e, soprattutto, dei sistemi sanitari regionali. Nel 2016 la mobilità sanitaria interregionale ha coinvolto tra gli 800 e i 900 mila pazienti e ha assunto un valore finanziario di circa 3,9 miliardi di euro[16], con un' incidenza differente sulle regioni italiane, a seconda delle loro maggiore o minore attrattività.

Come per la mobilità sanitaria internazionale, anche per la mobilità interregionale possiamo distinguere diverse tipologie, a seconda delle circostanze in cui avviene il ricovero (in regime ordinario e di day hospital[17]) fuori regione:

[16] L. Fassari, *Mobilità sanitaria 2016. In totale un giro d'affari di quasi 4 mld. E 13 regioni ci "rimettono". Campania, Calabria e Lazio in testa*, in *quotidianosanità.it*, 2016.

[17] Il Ministero della Salute definisce la degenza ordinaria come "la prestazione assistenziale di ricovero per acuti erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato, rivolta all'assistenza di soggetti che presentando patologie/problemi acuti di varia gravità necessitano di inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici e strumentali; che, in relazione alla condizione clinica, abbisognano di assistenza medico infermieristica prolungata nel corso della giornata; osservazione infermieristica per 24 ore; immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e

- mobilità programmata o di lunga distanza[18]: il paziente decide volontariamente e accuratamente di recarsi in una regione diversa da quella di residenza perché possa ricevere una prestazione assente nell'offerta sanitaria del proprio servizio sanitario regionale, perché si attende di ottenere una prestazione o un risultato qualitativamente superiore, per evitare liste d'attesa troppo lunghe;
- mobilità occasionale e stagionale: il paziente che si trova fuori regione per motivi di studio, lavoro o vacanza può trovarsi nella condizione di dover usufruire delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture ospedaliere della regione ospitante. In alcuni casi, questo tipo di mobilità può divenire stagionale. Si pensi alle ondate di villeggianti che durante l'estate si riversano sulle spiagge del Sud Italia e costituiscono una potenziale voce di mobilità attiva per queste regioni;
- mobilità di confine o di prossimità: il paziente si reca in una regione confinante per ottenere prestazioni ospedaliere, visite specialistiche o anche prescrizioni farmaceutiche. Questo tipo di mobilità presenta una certa ambiguità poiché, in certi casi, può derivare da una scelta legata alla qualità dell'offerta del servizio sanitario regionale, mentre in altri rappresenta un'opzione di comodo: può accadere che il presidio sanitario più prossimo geograficamente ad un paziente appartenga al territorio di un'altra regione;
- mobilità fittizia: il paziente ricorre alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario di un'altra regione poiché dimora stabilmente in questa, per motivi di studio o di lavoro, ma risulta ufficialmente residente in un'altra regione.

La mobilità occasionale e stagionale, quella fittizia e la mobilità di confine (legata alla prossimità geografica) sono determinate da fattori accidentali e indipendenti da valutazioni legate alla salute del paziente e alla qualità del servizio sanitario regionale. Per questo motivo non rilevano ai fini dell'analisi della qualità dell'offerta sanitaria di una regione.

---

tecnologiche; permanenza continuativa all'interno della struttura in un stanza di degenza, con l'attribuzione di un posto letto attrezzato". La degenza in day hospital, invece, si configura come "la prestazione assistenziale di ricovero erogata da un Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato, limitata ad una sola parte della giornata, volta ad affrontare patologie/problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici diagnostici e strumentali, assistenza medico infermieristica prolungata, e non sono eseguibili in ambulatorio". Il ricovero in regime di day hospital, dunque, rispetto al ricovero tradizionale in regime ordinario, non prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera. Non è mai un ricovero di emergenza, ma programmato e, di norma, è destinato allo svolgimento di accertamenti diagnostici, preparazioni ad interventi chirurgici e terapie di vario genere. Per ulteriori approfondimenti si veda *Mattoni SSN-Mattone 3- Evoluzione del sistema DRG Nazionale*, Ministero della Salute, 2007.

[18] Così, C. Zocchetti, *Definizione della mobilità sanitaria*, pp. 13-14.

Di fatto, la mobilità di prossimità, molto diffusa in alcune regioni, costituisce un fenomeno peculiare e differenziato. Per questo, molte regioni hanno stipulato accordi bilaterali con le regioni confinanti con l'intento di governare il fenomeno migratorio, assecondandolo in certi casi, e prevedendo delle forme di compensazioni specifiche.

Differente è il discorso relativo alla mobilità interregionale programmata, così come anche per la mobilità di confine, nel caso in cui non avvenga soltanto per ragioni di prossimità geografica. Questi rappresentano, effettivamente, degli indicatori di qualità ed efficienza dei Servizi sanitari regionali. Nello specifico, la mobilità attiva funge da indice di attrazione sanitaria di una regione, mentre la mobilità passiva costituisce l'indice di fuga sanitaria. La differenza tra mobilità attiva e mobilità passiva esprime il saldo di mobilità interregionale, che può risultare positivo o negativo: positivo quando il numero di pazienti che la regione attrae è superiore rispetto al numero dei residenti che fuggono dalla stessa, negativo quando la quota dei residenti curati in altre regioni supera il numero dei pazienti attratti. È piuttosto complesso scorporare i numeri della mobilità "involontaria" da quella programmata nella misurazione degli indici di fuga, di attrazione e nei saldi migratori. Per farlo sarebbe necessario valutare singolarmente ciascun caso di migrazione sanitaria, indagarne le ragioni e le circostanze: un processo complesso e, talvolta, irrealizzabile. Questo limite informativo costituisce, sicuramente, un fattore di cui tener conto nell'analisi dei dati della mobilità sanitaria. Ad ogni modo, conoscere i numeri della mobilità sanitaria, specialmente di quella programmata, risulta essenziale per valutare la qualità percepita ed effettiva dei Servizi sanitari regionali e delle singole strutture di ricovero, nonché al fine di programmare l'offerta sanitaria sul pano qualitativo e quantitativo in base al bacino di utenza atteso.

## 1.3 LA MOBILITÀ INTRA-REGIONALE

Discendendo la scala delle giurisdizioni sanitarie, dopo le regioni, troviamo le Aziende sanitarie locali (ASL) e la mobilità corrispondente a questo livello istituzionale. La mobilità sanitaria intra-regionale si può definire come il movimento del paziente, entro l'area della propria regione, verso una struttura ospedaliera appartenente al territorio di una ASL diversa dalla ASL di residenza. A riguardo sarà bene chiarire il concetto di Azienda sanitaria

locale. Le ASL sono aziende territoriali [19], responsabili di garantire sul territorio di propria competenza il rispetto dei livelli essenziali di assistenza mediante l'erogazione diretta di prestazioni sanitarie o l'esternalizzazione della produzione alle Aziende ospedaliere (AO) e ai fornitori privati accreditati. Nel corso del tempo queste aziende hanno subito delle modificazioni nel nome in alcune regioni. Ragion per cui si può sentir parlare di Azienda sanitaria provinciale (ASP) in Basilicata, Calabria e Sicilia, di Azienda per la tutela della salute (ATS) in Sardegna, di Azienda-Unità locale socio sanitaria (AULSS) in Veneto, e così via.

In molti casi, il territorio di competenza della ASL corrisponde con quello della provincia, anche se non mancano eccezioni. Ad esempio, il Veneto conta ben 22 ASL, nonostante sia diviso in 7 province; all'opposto, la regione delle Marche, con 5 province, ha costituito una sola ASL sull'intero territorio regionale[20]. Il numero e l'ampiezza delle ASL, dunque, non è strettamente correlato con la popolazione residente in un dato territorio, ma varia in modo discrezionale a seconda delle strategie di programmazione regionali. Questo produce, senz'altro, delle dinamiche di migrazione intra-regionale differenti da regione a regione: il Molise e le Marche, ad esempio, disponendo entrambe di una sola ASL, non registrano alcuna forma di mobilità intra-regionale, mentre in Veneto o in Lombardia, in cui le ASL sono numerose, è più probabile osservare questo tipo di fenomeno. Certamente, non solo il numero e le dimensioni delle ASL incidono sulla mobilità intra-regionale, ma anche l'ampiezza del territorio regionale e la densità della popolazione. Per cui, in Basilicata il fenomeno risulterà, inevitabilmente, più contenuto rispetto a regioni più estese e densamente popolate come la Lombardia o il Lazio.

Anche per la mobilità intra-regionale possiamo individuare diverse tipologie di movimento. La prima è la mobilità concernente ASL lontane tra loro[21] in questo caso il

[19] Così F. Toth, op. cit., p. 49.
[20] Oltre ai casi di Veneto e Marche, in altre regioni troviamo incongruenze tra l'area di competenza delle ASL e quella provinciale. Il Molise, come le Marche, pur avendo due province, ha una sola ASL, detta "sovraprovinciale". Altra eccezione è costituita dal Servizio sanitario della regione Toscana che, con la legge n. 84 del 28 dicembre 2015, è stato interessato da una profonda riorganizzazione nella dimensione delle Aziende Usl, che da 12 sono divenute 3, nonostante le 10 province. Di contro, la Sardegna, pur essendo suddivisa in 9 province è organizzata in 5 aziende. Peculiari sono, invece, i casi di Lazio (10 ASL), Piemonte (13 ASL), Lombardia (15 ASL) e Campania (6 ASL), che presentano un numero di ASL superiore rispetto alle province in cui si spartisce il loro territorio per via della presenza, in tali regioni, di grandi città. Nella provincia di Roma, infatti, troviamo ben 6 ASL, in quella di Torino 5, e nelle aree di Milano e Napoli 3. Una leggera incongruenza si registra anche in Emilia Romagna (9 province e 8 ASL), Friuli (4 Province e 5 ASL) e Liguria (4 province e 5 ASL).
[21] Così C. Zocchetti, *Definizione della mobilità sanitaria*, p. 13.

paziente valuta lo "spostamento sanitario", come per la mobilità interregionale programmata, sulla base di fattori quali il proprio stato di salute, la disponibilità presso la propria ASL della prestazione di cui si necessita, la qualità percepita dei servizi e del personale sanitario, i tempi d'attesa. Il secondo tipo di mobilità intra-regionale riguarda ASL di confine: qui le motivazioni che spingono il paziente a rivolgersi ad una ASL diversa dalla propria non sempre sono legate alla valutazione del servizio, ma possono attenere a questioni di carattere geografico. Ad esempio, nelle grandi città metropolitane è piuttosto frequente che un soggetto residente in una ASL si rechi nel territorio di un'altra ASL in caso di urgenza o per un esame diagnostico, poiché più prossimo al proprio luogo di lavoro. Oppure si pensi a come un cittadino residente al confine tra due province, possa facilmente recarsi nella struttura ospedaliera a lui più vicina, pur non rientrando quest'ultima nella propria ASL di residenza.

Pur essendo meno studiato, il fenomeno della mobilità sanitaria intra-regionale risulta rilevante poiché è causa di una riallocazione delle risorse finanziare tra le ASL rispetto alla ripartizione originaria del fondo sanitario regionale, che avviene su base capitaria. Inoltre, un'analisi di questo tipo di mobilità consentirebbe di avanzare valutazioni relativamente all'accessibilità dei servizi (tempi di attesa, sovraffollamento delle strutture, gestione delle prenotazioni…) e all'adeguatezza dell'offerta di cure primarie sul territorio.

## 1.4 STRUMENTI DI MISURAZIONE

Lo scopo di questo paragrafo è di rendere noti i principali strumenti di analisi della mobilità sanitaria e, al contempo, di fungere da nota metodologica per l'intero lavoro, indicando le tecniche di misurazione adottate, gli strumenti statistici impiegati e le fonti cui si è fatto ricorso per il reperimento dei dati quantitativi.

Come molteplici sono le tipologie di mobilità sanitaria, altrettanto numerosi sono gli strumenti per la misurazione della mobilità, la cui scelta dipende dalle caratteristiche del fenomeno e delle risorse informative di cui si dispone. Per rilevare un evento come la mobilità, che implica l'atto del movimento da un punto di origine ad un punto di destinazione, sarà, prima di ogni cosa, necessario precisare cosa intendiamo per origine e cosa per destinazione. Cesare Cislaghi, coordinatore scientifico presso l'Agenas, individua delle possibili configurazioni dell'origine della mobilità sanitaria su brevi distanze (la mobilità

intra-regionale)[22]: il domicilio (per contravvenire alle distorsioni dovute ai casi di residenza fittizia), la residenza o il medico di base presso cui il paziente è iscritto. Di contro, per l'analisi delle migrazioni su lunga distanza, come quella interregionale o internazionale, può fungere da origine il comune di residenza, la ASL, la regione, l'area geografica di appartenenza (Sud, Centro e Nord Italia) o lo Stato. Speculare è il discorso relativo alla determinazione delle destinazioni della mobilità: può considerarsi destinazione il comune in cui si trova la struttura ospedaliera in cui avviene il ricovero o la regione, e così via.

Una volta definiti chiaramente il punto di origine e di destinazione della mobilità, per stabilire la significatività del fenomeno sarebbe bene misurarne l'intensità. Un modo piuttosto semplice e diffuso per valutare l'intensità della migrazione è calcolare la distanza che intercorre tra il punto di partenza del paziente e il luogo di ricovero. In tal caso, sarebbe opportuno stabilire un limite di distanza oltre il quale la mobilità possa considerarsi "importante"[23] o significativa. Altra tecnica di misurazione è quella che tiene in considerazione il numero di "aree" (comuni, ASL, regioni, Stati) attraversate dal paziente per giungere al punto di destinazione. È chiaro che misurare l'intensità della mobilità può risultare utile, se non essenziale, per lo studio del fenomeno quando il numero dei casi è circoscritto. Quando, invece, si ragiona su aggregati numerosi ed eterogenei risulta complicato valutare la distanza percorsa dai pazienti o le "aree" attraversate, a meno che non si esamini ciascun episodio di mobilità singolarmente. Per cui, sarà sufficiente esaminare le principali mete di cura scelte dai pazienti e calcolare i valori medi delle distanze percorse.

Passando al vaglio le destinazioni e le cifre della mobilità sanitaria, un elemento che emerge immediatamente è la differenziazione delle distanze percorse in funzione del tipo di prestazione sanitaria o, per essere più precisi, del DRG[24]. Teoricamente, i pazienti dovrebbero spostarsi su lunghe distanze per i DRG più complessi, che richiedono competenze altamente specializzate e strumentazioni all'avanguardia, mentre dovrebbero percorrere distanze più brevi per le emergenze, le cure primarie e le procedure di medio/bassa

[22] Cfr. C. Cislaghi, *Gli strumenti per misurare la mobilità*, in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2012, pp. 28-29.
[23] *Ivi* p. 37, cit.
[24] Il sistema dei DRG (*diagnosis related groups*) è stato introdotto per la prima volta nel sistema sanitario statunitense negli anni Novanta, a seguito di una ricerca del 1967 condotta da un gruppo di ricercatori dell'Università di Yale, guidati da Robert Fetter. Si tratta di un sistema di categorizzazione delle diagnosi sulla base della loro significatività clinica e del volume delle risorse assistenziali richieste (interventi chirurgici, trattamenti diagnostici e terapeutici, durata della degenza, ecc.). Attualmente, nel sistema sanitario italiano sono presenti 538 DRG [Toth 2014], a ciascuno dei quali è associata una tariffa predeterminata. Per ulteriori informazioni si veda il sito del Ministero della Salute, www.salute.gov.it .

complessità. Nella maggior parte dei casi, di fatto, è così. Può accadere, però, che un paziente decida di spostarsi dall'altra parte del Paese per DRG di bassa difficoltà, per via di una carenza dell'offerta sanitaria sul proprio territorio o per sfiducia nel sistema sanitario locale. È in questi casi che lo studio della mobilità risulta essenziale per valutare la performance delle strutture sanitare e correggerne eventuali aspetti problematici. Per questa ragione, nell'esaminare i flussi di migrazione sanitaria è fondamentale realizzare un'analisi degli spostamenti per tipo di patologia o per peso relativo del DRG[25], in modo da stabilire l'eventuale presenza di criticità nell'adeguatezza e nella qualità dell'offerta per certi tipi di prestazioni.

Graficamente, la mobilità sanitaria può essere efficacemente rappresentata mediante tabelle riportanti indici di attrazione e di fuga per le giurisdizioni sanitarie prese in esame, oppure attraverso istogrammi che rappresentino i saldi di mobilità, se l'intento è quello di comparare il risultato ottenuto da diversi sistemi sanitari. Uno strumento di rappresentazione grafica piuttosto utilizzato nell'epidemiologia e, in particolare, nell'analisi della mobilità, è il nomogramma di Gandy. Si tratta di un sistema di assi cartesiani in cui i valori sull'asse delle ascisse (X) sono ottenuti dividendo il numero dei residenti in quell'area sanitaria (ASL, regione, Stato), ivi ricoverati, per il numero dei pazienti "attratti"; mentre, i valori posti sull'asse delle ordinate (Y) sono ottenuti dividendo il numero dei pazienti residenti, ricoverati nella giurisdizione sanitaria, per il numero dei residenti "fuggiti". Il piano cartesiano, così, può configurarsi come uno spazio unico o può essere suddiviso in quattro quadranti diversi, nelle cui aree si collocano le unità sanitarie esaminate a seconda della loro maggiore o minore capacità di attrarre pazienti "da fuori" e trattenere i pazienti residenti.[26]

Abbiamo descritto le metodologie di misurazione della mobilità sanitaria e i principali strumenti utili alla rappresentazione del fenomeno, non resta che trattare le fonti da cui trarre i dati relativi ai flussi ospedalieri da elaborare e analizzare. Con riferimento ai flussi migratori che si verificano nel sistema sanitario nazionale, lo strumento informativo più appropriato è la scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Si tratta di una raccolta di dati sulle caratteristiche

[25] Il peso relativo del DRG è una rappresentazione delle risorse assistenziali associate a quella tipologia di ricovero. Stabilendo una correlazione positiva tra impiego di risorse assistenziali e complessità clinica, il peso relativo può considerarsi, dunque, un indicatore della complessità medico-sanitaria di quel tipo di ricovero. Per ulteriori informazioni si veda il sito del Ministero della Salute, www.salute.gov.it .

[26] Cfr. N. Nante, G. Messina, L. Lispi, A. Serafini, G. Prisco, F. Moirano, *Mobility trends of Patients across Italian Regions: implications for planning and evaluation of hospital services*, in *Annali di Igiene 2016*; 28: 328-338.

dei ricoveri che avvengono nei presidi ospedalieri pubblici e privati. Il Ministero della Salute pubblica annualmente sul proprio sito[27] dei rapporti sull'attività di ricovero ospedaliero, in cui sono descritte, per indicatori, le attività di ricovero che avvengono sul territorio italiano. Ai fini dello studio della mobilità interregionale, nei rapporti annuali sono riportate delle tavole indicanti i saldi di mobilità per regione, per tipologia di ricovero e, nei più recenti, per alcuni gruppi di patologie. Oltre ai dati resi pubblici sul sito del Ministero, è anche possibile richiedere dati più dettagliati sulle dimissioni ospedaliere, mediante procedure apposite. Un'altra fonte indispensabile ai fini dello studio del fenomeno è il Programma Nazionale Esiti (PNE)[28], uno strumento di valutazione della qualità e dell'efficacia delle strutture del SSN, realizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) per conto del Ministero della Salute. Nel PNE, database preziosissimo per chi si occupa dello studio delle politiche sanitarie nazionali, oltre ai dati relativi alle performance delle singole strutture ospedaliere e ASL, sono riportati dettagliatamente i flussi ospedalieri per regione e per prestazione. Anche l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) pubblica annualmente più rapporti relativi allo stato di salute dei cittadini e al Servizio Sanitario Nazionale. Nello specifico, nella sezione del sito "noi Italia"[29] dell'Istituto, alla voce "salute e welfare" è possibile scaricare dei file in cui sono riportati dati aggregati sulla mobilità ospedaliera.

Infine, per esaminare il valore finanziario della migrazione in campo sanitario, si può ricorrere ai rapporti concernenti la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, in cui sono riportati, nelle tabelle in allegato, crediti, debiti e saldi della mobilità interregionale.

[27] www.salute.gov.it .
[28] http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.phpp .
[29] www.noi-italia.istat.it .

## 2. IL DIRITTO ALLA SALUTE

Trattando di mobilità sanitaria, non si può prescindere dall'affrontare sinteticamente il tema del diritto alla salute, anche mediante un riepilogo degli strumenti normativi che lo Stato ha posto in campo al fine di tutelarlo.

Il diritto alla tutela della salute è fondamentalmente basato su due argomentazioni: la protezione della collettività e l'uguaglianza, intesa come parità di opportunità[30]. Per quanto concerne la prima motivazione, la tutela della salute corrisponde ad una forma di tutela della società, sia poiché necessaria a preservare l'efficienza delle strutture produttive di quest'ultima, sia in quanto fattore essenziale di conservazione e, al contempo, di progresso sociale. Rispetto alla seconda argomentazione, invece, è utile partire dal presupposto che la salute di un individuo sia essenziale per il suo "funzionamento" in quanto essere umano[31]. Dunque, la mancanza di salute degenererebbe in una condizione di disuguaglianza, essendo quest'ultima essenziale per l'integrazione sociale e produttiva della persona.

Alla luce di simili argomentazioni risulta indispensabile l'intervento dello Stato a garanzia del diritto alla salute. Per questo, la Costituzione italiana, all'articolo 32, sancisce che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". La tutela della salute è, dunque, qualificata come diritto "fondamentale", ovvero direttamente attivabile dinanzi ai pubblici poteri ed ai privati[32]. Peraltro, esso si configura quale diritto sociale o diritto a prestazione: lo Stato è, quindi, tenuto a mettere in atto una serie di azioni positive necessarie a realizzarne l'effettivo godimento.

Al fine di individuare i contenuti concreti del fondamentale diritto alla salute, sarà bene guardare alla giurisprudenza della Corte Costituzionale. Secondo quest'ultima, "nucleo irriducibile" del diritto alla salute è il diritto "pieno e incondizionato" ai trattamenti sanitari, entro i limiti stabiliti dal legislatore data la necessità di bilanciare i valori costituzionali e rispettare il limite delle risorse disponibili[33]. Inoltre, con le sentenze n.356 e n.485 del 1991

---

[30] A. Dell'Erba e V. Fineschi, *La tutela della salute. Compatibilità economiche e garanzie sociali*, Giuffrè, Milano, 1993, pp. 37-55.
[31] *Ibidem*.
[32] M. S. Bonomi, *Il diritto alla salute e il sistema sanitario nazionale*, in federalismi.it, 2014, pp. 1-2, disponibile su http://www.federalismi.it/ApplOpenFilePDF.cfm?artid=27102&dpath=document&dfile=30072014170627.pdf&content=Il+diritto+alla+salute+e+il+sistema+sanitario+nazionale+-+stato+-+dottrina+-.
[33] Sentenze n. 267 del 1998, n. 309 del 1999, n. 509 del 2000, n 252 del 2001, n. 233 del 2003, n. 432 del 2005.

si è stabilito che oggetto di tutela dell'articolo 32 fosse, oltre all'integrità fisica dell'individuo, anche l'integrità psico-fisica dello stesso. Il ché ha comportato importanti risvolti sul piano della tutela risarcitoria del diritto alla salute. A completamento, troviamo anche il diritto dell'individuo alla salubrità dell'ambiente, giustificato dalla ormai nota correlazione tra le condizioni ambientali e lo stato di salute della persona. In quanto "elemento determinativo della qualità della vita"[34], la salubrità dell'ambiente è, dunque, indicato dalla Corte come diritto rivendicabile anche alla luce dell'articolo 32 della Costituzione.

Un aspetto del diritto alla salute già incontrato e, allo stesso tempo, utile da approfondire, essendo particolarmente pertinente all'oggetto di questa trattazione è la libertà di scelta della cura. All'interno di tale prerogativa è contenuta la scelta del medico, del presidio sanitario (pubblico o privato), del luogo di cura (ASL, regione, Stato o estero) e del tipo di prestazione. La persona è, così, libera di decidere la condizione a suo avviso più adeguata in cui godere del proprio diritto alla tutela della salute. Con riferimento al diritto di scelta del luogo di cura (oggetto di questo studio) si deve ritenere che l'origine di tale prerogativa derivi dalla combinazione degli artt. 3,2 e 32, della Costituzione. Difatti, il diritto alla salute deve essere riconosciuto in condizioni di equità e universalità a tutti gli individui, indipendentemente dallo status socio-economico e del luogo di residenza. È proprio da tale riflessione che la mobilità sanitaria interregionale diviene una libertà costituzionalmente garantita.

La giurisprudenza della Corte Costituzionale, però, ha negato il valore assoluto del diritto alla salute, data la necessità da parte del legislatore di bilanciare quest'ultimo con altri principi costituzionali, come quello di "un'efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario"[35]. I vincoli finanziari che l'autorità pubblica incontra nel rendere effettiva la tutela della salute, possono impedire il completo esercizio delle libertà annesse all'art. 32. Ciò rende il diritto alla salute un diritto condizionato dalle esigenze di bilancio del sistema di salute pubblico[36]. La "non trattabilità" di tale diritto resta ferma esclusivamente per le prestazioni volte a garantire il "nucleo essenziale" della salute. Stando ai fatti, rispetto alla libertà di scelta del luogo di cura a livello nazionale, si deve ritenere che, fino ad ora, il legislatore non

[34] Sentenze n. 210 e n. 641 del 1987.
[35] Corte Costituzionale, sentenza n. 236 del 2012.
[36] Così S. Sileoni, *La cura è mobile. La mobilità sanitaria interregionale tra il diritto alla libera scelta del luogo di cura e le esigenze finanziarie delle regioni*, in IBL Briefing Paper, 2013.

ha posto alcuna limitazione al suo esercizio, andando, talvolta, contro, come avremo modo di vedere nei capitoli a seguire, i valori di gestione efficace ed efficiente del sistema sanitario.

Nel sotto-paragrafo successivo si procederà con una breve narrazione della storia del sistema di tutela della salute italiano, accennando ai principali interventi di riforma che hanno interessato il suo funzionamento e alle implicazioni che questi hanno avuto sulla garanzia del fondamentale diritto alla salute. Nel secondo sotto-paragrafo, poi, si approfondirà la questione della regionalizzazione del SSN e del sistema di tariffazione, utile per la comprensione del meccanismo di compensazione finanziaria della mobilità sanitaria.

## 2.1 CENNI SULL'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La storia della tutela della salute in Italia può essere scomposta in tre fasi successive[37]. La prima fase si protrae fino alla fine degli anni Trenta, quando l'unica forma di garanzia contro il rischio di malattia era l'assicurazione volontaria. Segue, nel 1943, l'introduzione del sistema mutualistico, basato sull' istituto dell'assicurazione obbligatoria di malattia. La terza fase, infine, prende avvio nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Seguendo l'ordine appena descritto, passeremo in rassegna questi tre periodi, evidenziandone gli elementi normativi e l'effettivo funzionamento.

Fino all'avvento del sistema mutualistico nel 1943 la gran parte della popolazione non godeva di alcuna forma di garanzia per la cura della propria salute. Solo i pochi iscritti alle società di mutuo soccorso e i cittadini indigenti potevano contare su di una copertura sanitaria. Le società di mutuo soccorso, originariamente, erano delle associazioni volontarie di ausilio reciproco, la cui adesione poteva avvenire su base territoriale o categoriale: il lavoratore iscritto ad una società mutualistica, a fronte del versamento periodico di una quota del salario, otteneva un'indennità in caso di malattia per il rimborso dei costi sostenuti (medicinali e giornate di lavoro perse). L'unica categoria protetta dall'autorità pubblica era quella degli indigenti, la tutela della cui salute era affidata ai municipi. Questi erano tenuti a redigere un registro degli indigenti del proprio territorio, assicurando loro le cure mediche necessarie e il ricovero presso gli ospedali pubblici e le opere pie[38]. Dunque, durante il

[37] Così F. Toth, op. cit. pp. 11-14.
[38] Cfr. F.Toth, op. cit., pp. 14-16.

periodo pre-mutualistico i non indigenti e tutti coloro che non aveva aderito ad una società di mutuo soccorso, in caso di malattia, pagavano per ciascuna prestazione sanitaria ottenuta. D'altronde, in molti casi, erano le associazioni caritative cristiane, come le opere pie, a farsi carico dell'assistenza di anziani, disabili, e di chiunque non avesse gli strumenti per provvedere alla propria salute autonomamente, pur non essendo iscritto al registro degli indigenti.

A partire dagli anni Quaranta si instaurò un sistema di tutela della salute fondato sull'assistenza pubblica e la previdenza sociale[39]. Per assistenza pubblica si intendeva la cura delle cosiddette malattie sociali (malaria, lebbra, ecc.), ovvero delle patologie potenzialmente dannose per la salute e per la sicurezza collettiva, dato il loro potenziale di contagio, e l'assistenza dei malati indigenti mediante i comuni, come nel periodo pre-mutualistico. Diversamente, la previdenza sociale riguardava l'assistenza sanitaria dei lavoratori e dei loro familiari attraverso la sottoscrizione di assicurazioni obbligatorie contro il rischio di malattia[40]. Con la legge n. 138 del 1943 fu istituito l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro le Malattie (INAM), in cui si unificavano tutte le casse mutue preesistenti rivolte ai lavoratori dipendenti. Negli anni successivi l'assicurazione obbligatoria è stata estesa anche ai lavoratori autonomi e ai liberi professionisti, arrivando a coprire tutte le categorie professionali. Ciascuna di queste categorie faceva riferimento ad una gestione mutualistica distinta, con proprie regole e condizioni: il valore della quota di salario da versare come contributo, il tipo di prestazioni sanitarie garantite e la qualità dell'assistenza variavano da mutua a mutua. Difatti, la frammentazione istituzionale e organizzativa e la disomogeneità di trattamento dei lavoratori costituivano i principali limiti del sistema di salute dell'epoca, che, peraltro, non garantiva alcuna copertura a chi non partecipasse effettivamente al mercato del lavoro (disoccupati e inoccupati). A queste criticità si deve aggiungere il rapido declino finanziario del sistema, dovuto agli elevati costi di gestione e all'aumento della domanda di assistenza, imputabile, peraltro, ad un ricorso improprio alle prestazioni da parte degli assicurati.

[39] Così M. Pasquini e D. Pasquini Peruzzi, *Il servizio sanitario nazionale. Profili funzionali e strutturali*, Jovene, Napoli, 1979, pp. 3-14.

[40] Per assicurazione obbligatoria contro il rischio di malattia si intende la sottoscrizione di un contratto in cui, a fronte del versamento di una quota prestabilita da parte dell'assicurato, si riconoscono a quest'ultimo e ai suoi familiari prestazioni economiche e sanitarie in caso di malattia. Per ulteriori approfondimenti si veda M. Pasquini e D. Pasquini Peruzzi, *op. cit.*, pp. 1-23.

Proprio a causa di tali lacune, alla metà degli anni Sessanta può considerarsi ormai fallito il sistema mutualistico italiano, non più in grado di garantire l'esercizio del diritto alla salute in condizioni di equità ed efficienza economico-finanziaria. Difatti, nel 1968 con la cosiddetta riforma ospedaliera[41], si fa un primo passo verso il definitivo smantellamento delle casse mutue. La riforma, oltre a ripianare i debiti contratti dagli istituti mutualistici con gli ospedali, prevedeva una generalizzazione del diritto all'assistenza ospedaliera per tutti i cittadini, compresi i non assicurati, e sottraeva alla gestione delle mutue i presidi di ricovero, affidandoli alla competenza delle regioni.

Così giungiamo all'istituzione del Servizio Sanitario Universale con legge 23 dicembre 1978, n.833[42]. L'idea alla base di quest'ultimo risiede nella necessità di garantire una copertura equa ed universale, "superando il concetto di una assistenza sanitaria differenziata per categorie sociali"[43]. Perciò, si prevedeva che il sistema sarebbe stato finanziato mediante la fiscalità generale: il costo dell'assistenza sanitaria si sarebbe distribuito sull'intera collettività.

I principi informatori del SSN, nella sua forma originaria, erano i seguenti: l'universalità dei destinatari, intesa come garanzia di copertura assistenziale dell'intera popolazione, ovvero di tutti gli individui presenti sul territorio nazionale, indipendentemente dalla cittadinanza; l'eguaglianza di trattamento, nell'intento di superare le disparità socio-economiche del sistema mutualistico previgente; la globalità delle prestazioni, dunque la previsione di tutte le procedure sanitarie necessarie al fine di garantire la salute dell'individuo e della collettività; la partecipazione democratica dei cittadini al governo del sistema sanitario; il rispetto della dignità e della libertà personale, cui consegue il diritto alla libera scelta del medico e della struttura di cura; il pluralismo organizzativo, inteso come compartecipazione dei diversi livelli amministrativi (statale, regionale e comunale) alla gestione del servizio[44].

Dal punto di vista istituzionale, il SSN ha assunto un assetto decentrato[45], attribuendo alle regioni il compito di programmare l'assistenza sanitaria sul territorio e ai comuni la gestione diretta delle Unità Sanitarie Locali (USL). Il governo manteneva, invece, l'onere

[41] Legge n. 132 del 12 febbraio 1968, Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.
[42] Legge 23 dicembre 1978, n.833, Istituzione del servizio sanitario nazionale.
[43] Così M. Pasquini e D. Pasquini Peruzzi, *op. cit.*, pp. 12, cit.
[44] *Ivi* pp. 111-124.
[45] Cfr. F. Toth, op cit., pp. 48-51.

del finanziamento del sistema e della definizione di linee guida, cui le regioni erano chiamate ad attenersi nella programmazione.

Le riforme sanitarie dei primi anni Novanta (d.lgs. n. 502 del 1992 e d.lgs. n. 517 del 1993)[46] hanno modificato profondamente l'assetto organizzativo e istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale, nell'intento di migliorarne le prestazioni, l'efficienza e la qualità. Innanzitutto, le USL venivano trasformate in aziende con propria personalità giuridica, Aziende Sanitarie Locali (ASL), gestite da direttori generali responsabili della performance aziendale. Anche i principali ospedali divenivano aziende autonome, Aziende Ospedaliere (AO), dotate di una personalità giuridica e di un direttore generale, entrambi distinti da quelli delle ASL; mentre tutti i piccoli presidi ospedalieri restavano sotto la gestione delle ASL, come stabilimenti produttivi di prestazioni sanitarie. Secondo il nuovo quadro normativo, le ASL sono responsabili di assicurare ai cittadini l'assistenza sanitaria, avvalendosi dei propri presidi ospedalieri, delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate. Si introduce, dunque, un modello contrattuale[47] tale per cui le ASL possono decidere quali servizi erogare direttamente ai propri assistiti e quali esternalizzare a fornitori terzi (pubblici e privati). Così facendo, è venuto ad instaurarsi un regime di concorrenza amministrata tra fornitori, finalizzato ad "assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta", come precisato dalla legge n.421 del 1992[48].

## 2.2 LA REGIONALIZZAZIONE E IL SISTEMA DI COMPENSAZIONE

Un'ulteriore sostanziale innovazione introdotta dalle riforme degli anni 1992-1993 è la regionalizzazione del SSN, mediante l'attribuzione alle regioni di importanti poteri di programmazione e controllo di gestione. Concretamente, queste ultime assumono il ruolo di "capigruppo"[49] nel sistema sanitario italiano, in quanto responsabili di organizzare

[46] D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421, e d.lgs. 7 dicembre 1993, n.517, modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.
[47] Così F. Toth, op. cit, pp. 27-28.
[48] Cfr. G. France, *La via Italiana alla concorrenza amministrata*, in George France (a cura di), *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato,* Giuffrè, Milano, 1999, pp. 33-61.
[49] F.S. Coppola, S. Capasso e L. Russo, *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, in *Società italiana di economai pubblica-XX Conferenza*, 2008, p. 7 cit.

l'assistenza sul territorio, ad esempio attraverso la determinazione del numero delle ASL o la nomina dei vertici, e di stabilire le quote e le modalità di finanziamento delle ASL e delle AO.

Il grado massimo di regionalizzazione del sistema è raggiunto nel 2000, con il d.lgs. 56/2000[50], attuativo del federalismo fiscale. L'intento è quello di rendere le regioni finanziariamente autonome e, al contempo, responsabili della gestione dei SSR, mediante la previsione di una serie di entrate proprie. Le fonti di finanziamento regionali sono:

- i tributi propri: IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e IRPEF (addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche);
- una compartecipazione al getto dell'IVA (imposta sul valore aggiunto);
- una compartecipazione alle accise sui carburanti;
- le entrate proprie di ASL e AO, ottenute mediante i ticket e i ricavi dovuti allo svolgimento di attività intramoenia da parte dei medici.

Ogni anno, la legge finanziaria stabilisce il fabbisogno sanitario nazionale, ovvero la quota di risorse necessarie per assicurare sull'intero territorio i livelli essenziali di assistenza "in condizioni di efficienza e appropriatezza"[51]. Da qui, in sede di Conferenza Stato-Regioni, un accordo determina la quota di fabbisogno per ciascuna regione, sulla base del numero di abitanti e della composizione della popolazione per età. Il valore del fabbisogno standard è così rapportato all'ammontare dei costi standard, cioè il costo medio pro-capite sostenuto dalle regioni benchmark[52] per garantire il servizio. Qualora le regioni non dovessero essere in grado di finanziare autonomamente il proprio intero fabbisogno, lo Stato ha istituito un Fondo perequativo nazionale che viene utilizzato per compensare la differenza tra costi standardizzati ed entrate proprie, in modo da garantire la copertura dei LEA anche per le regioni con minore capacità fiscale.[53]

A questo punto, le regioni sono responsabili della ripartizione del fondo sanitario regionale tra le ASL. Queste ultime sono finanziate su base capitaria, ovvero sulla base della popolazione rientrante nel territorio di competenza dell'ASL. Le ASL, in seconda battuta,

[50] D.lgs. 18 febbraio 200, n.56, Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.
[51] *Ibidem.*
[52] Il 2 febbraio 2017, l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni ha individuato Marche, Umbria e Veneto come regioni benchmark per il 2017. Per ulteriori approfondimenti si veda la nota metodologica attuativa dell'articolo 27, comma 5, del d.lgs. 6 maggio 2011, n.68.
[53] Cfr. H. S. Rosen e T. Gayer, *Scienza delle finanze*. *Terza edizione,* edizione italiana a cura di C. Rapallini, McGraw-Hill, Milano, 2010, pp. 168-171.

finanziano le prestazioni che fornitori interni (presidi ospedalieri posti sotto la gestione dell'ASL) e fornitori esterni (AO e cliniche private accreditate) erogano ai propri assistiti, mediante un sistema tariffario. È stato grazie alle riforme degli anni 1992-1993 che si è superato il precedente regime convenzionale di pagamento delle prestazioni, approdando ad un sistema di pagamento basato sulla remunerazione del prodotto. I criteri[54], indicati alle regioni, per la determinazione delle tariffe sono i seguenti: regionalizzazione, data la responsabilità delle regioni nel fissare il valore delle tariffe; flessibilità, data la possibilità di modulare le tariffe verso l'alto e verso il basso, a seconda della complessità e della gamma dei servizi offerti da ASL e AO; riferimento ai costi standard di produzione; uniformità nella determinazione delle prestazioni finanziate; introduzione del sistema dei diagnosis related groups (DRG) per il pagamento delle prestazioni ospedaliere[55]. Dunque, escludendo il sistema di tariffazione delle prestazioni delle AO, basato sui DRG, le regioni sono responsabili della fissazione delle proprie tariffe sul territorio, tenendo conto dei costi standard sostenuti dagli erogatori (per questo sono stati avviati sistemi di rilevazione e valutazione dei costi)[56]e di un tariffario di indirizzo stabilito a livello nazionale. Resta ferma la possibilità di rivedere le "condizioni di scambio" con ogni singolo fornitore, comprese le tariffe di pagamento delle prestazioni. Ciò implica che, sulla base del principio di flessibilità, nella stessa ragione possiamo imbatterci in tariffe differenti da ASL ad ASL e da AO ad AO.

Il meccanismo tariffario vale sia per il pagamento dei fornitori regionali, sia anche per il pagamento dei fornitori extraregionali che prestino servizio a pazienti residenti nella regione committente, seppur con delle differenze. Il d.lgs. n.517/1993, nel disciplinare i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, stabilisce che la mobilità interregionale debba essere compensata analiticamente sulla base di ogni singolo caso di ricovero fuori regione e non più sulla base dei saldi complessivi dei servizi erogati. L'art. 8-sexies, co. 8, d.lgs. n. 502/1992, inserito dall'art. 8, co. 4, d.lgs. n. 229/1999, precisa 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

[54] D. m. 15 aprile 1994, Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera.
[55] G. France, *op. cit.*, pp. 101-104.
[56] Per ulteriori approfondimenti sulla regionalizzazione delle tariffe di pagamento vedi I. Morandi, *Prestazioni specialistiche ambulatoriali-Confronto tra le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10.2014*, AGENAS, Roma, 2014.

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".

Nel 1993, la Conferenza nel fissare i criteri generali per la compensazione stabilì che le prestazioni sottoposte a compensazioni fossero così distinte: attività di ricovero (flusso A), medicina generale (flusso B), specialistica ambulatoriale (flusso C), farmaceutica (flusso D), cure termali (flusso E), somministrazione diretta di farmaci (flusso F), trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G). Peraltro, in deroga al meccanismo tariffario vigente per il pagamento delle prestazioni erogate nel territorio regionale, che vede ciascuna regione stabilire autonomamente le proprie tariffe, per la compensazione della mobilità sanitaria si decide di definire tariffe uniche (TUC- Tariffa Unica Convenzionale) valide per tutte le regioni, in modo da prevenire un'eccessiva penalizzazione delle regioni con elevati saldi di mobilità; fermo restante che, in difformità dai criteri generali per la compensazione fissati annualmente nell'ambito della Conferenza, le regioni possano prevedere dei regimi di tariffazione "speciali" alla luce di accordi interregionali: questo è il caso della compensazione della mobilità tra regioni confinanti.

L'utilizzo della TUC, d'altronde, non è stato accolto con ampio favore. Molti ritenevano che la compensazione della mobilità dovesse fungere per i fornitori da rimborso per la quota capitaria regionale venuta meno. Indi, una tariffa unica, che fosse inferiore o superiore alla tariffa regionale, appariva una ricompensa iniqua. Per questa ragione, dal 1995 al 2002, si decise di applicare i tariffari regionali per la compensazione della mobilità, con il conseguente aumento del fenomeno di circa il 60%[57]. La già incerta congruità delle tariffe rispetto ai costi sostenuti dai produttori, annessa alla disomogeneità dei tariffari regionali, aveva contribuito ad innescare "politiche opportunistiche" volte ad incentivare la mobilità. Dunque, nel 2002 le regioni decidono congiuntamente di ripristinare il modello della tariffa unica. Il modello di remunerazione introdotto nel 2002 aveva lo scopo di ridimensionare il fenomeno migratorio per le prestazioni di medio-bassa complessità, mediante l'uso di tariffe ridotte per 43 DRG ritenuti ad alto rischio di inappropriatezza. Invece, si prevedevano tariffe

[57] P. Di Loreto, *Il governo della mobilità nell'ultimo decennio*, in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2014, pp. 56-60.

più alte per prestazioni ad alta specialità, in modo da remunerare adeguatamente questo tipo di servizi, per i quali la mobilità è ritenuta fisiologica.

Assumendo una prospettiva più pratica, è bene precisare che la spesa relativa alle cure prestate ai pazienti non residenti è coperta inizialmente dalla regione ospitante e solo al momento della ripartizione del Fondo sanitario nazionale si procede con il rimborso da parte della regione debitrice. Ogni tre mesi, le regioni sono tenute ad inviare i dati analitici delle prestazioni erogate ai non residenti, in modo da consentire il monitoraggio della spesa da parte della regione debitrice. Ciascun caso di mobilità è identificato sulla base della scheda di ricovero ospedaliero (SDO) e del gruppo diagnostico di riferimento (DRG): questo sistema consente alle regioni, per i casi di mobilità passiva, di rimborsare la regione ospitante solo ed esclusivamente per la prestazione che ha erogato al paziente.

In conclusione, l'attuale sistema di governo della mobilità sanitaria si può dire sufficientemente idoneo a regolare i meccanismi di compensazione tra regioni, data la puntualità con cui annualmente, al momento della ripartizione del fondo sanitario, si procede al ripianamento di crediti e debiti. Un po' meno efficace risulta, invece, l'attuale sistema TUC, volto alla riduzione della mobilità interregionale, specialmente per le prestazioni a medio-bassa complessità. Per quanto siano evidenti i miglioramenti intervenuti rispetto al sistema di tariffazione regionale antecedente al 2002, i tassi di mobilità passiva per le regioni del Sud e le isole risultano ancora molto elevati, come avremo modo di apprendere dal capitolo successivo.

## 3. LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE: UNA PROSPETTIVA STORICA DEL FENOMENO

La mobilità sanitaria interregionale costituisce, oramai, un fenomeno strutturale in Italia, avente radici antiche e una corteccia robusta. Fin dai tempi in cui vigeva il sistema mutualistico (1943-1978), la storia clinica di molti pazienti italiani, specialmente di quelli provenienti dal Sud della penisola, narrava di almeno un viaggio fuori regione per le prestazioni più complesse. Ad incidere fortemente sull' evoluzione del fenomeno migratorio in sanità, e non solo, è stato il processo di infrastrutturazione del Paese: la realizzazione dell'Autostrada del Sole, la ristrutturazione della rete ferroviaria nel dopoguerra, i primi progetti di treni a più alta velocità negli anni '70, l'ammodernamento delle navi-traghetto che collegavano le due isole, e così via. Da un lato, dunque, le politiche dei trasporti realizzate tra gli anni '50 e '70 del Novecento hanno reso possibile lo spostamento dei pazienti sul territorio nazionale, dall'altro, però, l'arretratezza infrastrutturale di gran parte del Mezzogiorno ha contribuito a calmierare un fenomeno che, molto probabilmente, avrebbe assunto altrimenti connotati più significativi.

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazione nel 1978 e il decentramento delle funzioni di programmazione alle regioni, si ponevano le basi per quel processo di regionalizzazione del sistema sanitario del Paese che avrebbe fornito, paradossalmente, la spinta più decisiva al fenomeno della mobilità. Difatti, le riforme degli anni 1992-1993, con cui si realizzò un rafforzamento del livello regionale[58], utilizzarono il principio di libera circolazione del paziente per promuovere un sistema di competizione virtuoso tra regioni, con l'obiettivo di indurre le strutture sanitarie a migliorarsi in qualità ed efficienza. Sebbene, come già scritto in precedenza, questo sistema di quasi-mercato non si sia mai davvero realizzato all'interno dei Servizi sanitari regionali, il livello di concorrenza tra regioni, invece, è andato aumentando: attualmente "gli ospedali hanno chiari incentivi per attirare pazienti da altre regioni perché generano ricavi aggiuntivi non soggetti a tetti"[59]. La mobilità sanitaria diventa, così, un'importante fonte di guadagno per le regioni in grado di attrarre pazienti, ma anche una voce di debito non trascurabile per le regioni con alti tassi di fuga.

[58] Cfr. F. Toth, *op. cit*. pp. 25-29.
[59] G. Fattore, *op. cit.*, p. 3, cit.

Dal lato della domanda, la crescita infrastrutturale del Sud ha reso più agevole, seppur limitatamente, la "fuga sanitaria" dei pazienti meridionali verso il Nord: si pensi all'alta velocità che collega il Paese in tempi brevi o alle tratte aeree che permettono di raggiungere le principali città italiane a prezzi sempre più accessibili. Ad ogni modo, la variabile dei trasporti è da tenere bene a mente nell'analisi della mobilità sanitaria, essendovi, ad oggi, regioni realisticamente mal collegate con il resto del Paese, sia per motivi geografici sia per motivi infrastrutturali.

Nei prossimi sotto-paragrafi sarà presentata una panoramica storica della mobilità sanitaria internazionale sul piano finanziario e ospedaliero. È bene precisare che i dati riportati di seguito non vogliono assurgere al ruolo di indicatori della qualità effettiva dei sistemi sanitari regionali, né tanto meno a strumenti di classificazione. Si noti che, tutti i dati, comprendono, oltre alla mobilità dovuta alla carenza di offerta, la mobilità di confine, quella occasionale e la mobilità per interventi ad alta complessità, che, per motivi di efficienza, è bene che vengano erogati da pochi presidi di eccellenza. Senza alcun dubbio, però, nella maggior parte dei casi, la scelta di spostarsi fuori regione è basata sulla convinzione del paziente di trovare un servizio migliore altrove; per cui, seppur con una certa cautela, possiamo interpretare questi dati come "indicatori dell'efficacia e della qualità percepita dei sistemi sanitari regionali"[60][61].

## 3.1 IL SALDO FINANZIARIO

Come anticipato, la mobilità sanitaria è un fenomeno dal notevole impatto finanziario sui bilanci sanitari regionali: 3,9 miliardi di euro è il valore economico delle compensazioni avvenute nel 2016 (4,1 miliardi nel 2015).

La Tabella 1, alla pagina successiva, indica il valore dei saldi di mobilità in euro dal 2008 al 2016. I saldi, ottenuti dalla differenza tra il totale dei crediti e dei debiti di mobilità

[60] F. Toth, *op. cit.,* p. 80, cit.

[61] La differenza tra qualità effettiva e qualità percepita di una prestazione o di un prodotto risiede nella natura della valutazione. La qualità effettiva rappresenta la concreta capacità di una prestazione di soddisfare il bisogno per cui era stata preposta; la qualità percepita, invece, è legata al giudizio dei destinatari di quella prestazione. Qualità effettiva e qualità percepita possono coincidere, ma, in certi casi, la percezione della qualità da parte degli utenti può subire distorsioni, in quanto influenzata da fattori esterni alla prestazione. Per ulteriori approfondimenti sulle "dimensioni della qualità" si veda A. La Spina e E. Espa, "*Analisi e Valutazione delle politiche pubbliche*", il Mulino, Bologna, 2011, pp. 144-148.

Tabella 1

| Anno | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regioni e P.A.** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** | **saldo** |
| Piemonte | -6.622 | 2.344 | 7.166 | 7.412 | 6.509 | -7.508 | -26.186 | -57.231 | -29.265 |
| Valle D'Aosta | -18.415 | -16.189 | -11.205 | -15.727 | -12.816 | -10.752 | -9.647 | -5.467 | -9.314 |
| Lombardia | 420.547 | 461.011 | 464.268 | 433.028 | 457.499 | 555.183 | 533.960 | 584.902 | 538.426 |
| P.A. Bolzano | 4.987 | 9.087 | 6.668 | 1.665 | 3.597 | 10.629 | 18.217 | 8.338 | 7.846 |
| P.A. Trento | -19.178 | -17.400 | -13.619 | -15.438 | -15.992 | -15.488 | -16.830 | -20.740 | -18.115 |
| Veneto | 104.612 | 79.705 | 84.635 | 93.741 | 95.180 | 75.790 | 75.357 | 84.128 | 85.359 |
| Friuli V. G. | 7.834 | 15.100 | 28.470 | 31.914 | 30.467 | 30.076 | 33.444 | 30.066 | 28.807 |
| Liguria | 1.618 | -28.797 | -37.866 | -40.029 | -43.967 | -56.743 | -51.770 | -39.793 | -39.135 |
| Emilia Romagna | 344.159 | 367.316 | 366.754 | 376.985 | 358.525 | 336.690 | 327.978 | 325.015 | 333.102 |
| Toscana | 107.011 | 100.731 | 99.435 | 121.082 | 131.927 | 132.294 | 151.214 | 148.442 | 135.028 |
| Umbria | 777 | -2.946 | 9.722 | 9.886 | 2.649 | 9.411 | 3.295 | 11.176 | 9.806 |
| Marche | -44.491 | -46.099 | -32.507 | -19.644 | -22.472 | -33.677 | -46.146 | -26.745 | -29.871 |
| Lazio | -62.869 | -108.361 | -99.562 | -55.149 | -118.979 | -199.100 | -201.575 | -256.000 | -198.262 |
| Abruzzo | -6.334 | -34.647 | -71.692 | -124.377 | -101.407 | -69.559 | -70.715 | -76.873 | -72.151 |
| Molise | 36.328 | 36.353 | 28.196 | 37.548 | 35.839 | 30.109 | 25.722 | 25.152 | 27.861 |
| Campania | -313.066 | -318.434 | -308.213 | -331.542 | -299.132 | -310.810 | -270.403 | -252.933 | -281.676 |
| Puglia | -222.316 | -103.002 | -139.981 | -177.009 | -171.737 | -180.058 | -187.265 | -187.029 | -184.464 |
| Basilicata | -30.188 | -37.429 | -40.348 | -33.211 | -19.140 | -19.111 | -38.796 | -34.658 | -31.519 |
| Calabria | -224.172 | -239.292 | -257.493 | -233.992 | -250.009 | -251.654 | -251.687 | -274.688 | -256.291 |
| Sicilia | -209.720 | -224.162 | -203.788 | -208.590 | -203.844 | -188.774 | -161.682 | -162.250 | -179.279 |
| Sardegna | -70.476 | -74.401 | -67.050 | -50.956 | -64.796 | -68.787 | -70.564 | -65.886 | -66.281 |
| Osp. Bambino Gesù | 178.974 | 148.781 | 149.903 | 157.854 | 165.859 | 192.720 | 194.527 | 206.355 | 192.322 |
| A.C.I.S.M.O.M. | 21.001 | 30.730 | 38.108 | 34.549 | 36.241 | 39.120 | 39.552 | 37.321 | 37.066 |
| Italia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: elaborazione su dati intese Stato-Regioni- Riparto Fondo Sanitario Nazionale anni 2008-2016

per regione, contemplano i conguagli per i flussi standard (ricoveri in regime ordinario e di day hospital, medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, servizi di ambulanza ed elisoccorso) per i residui manicomiali e hanseniani, per la ricerca e il reperimento di cellule staminali e per la plasmaderivazione, riferiti ai due anni precedenti. In linea di massima, la componente più importante del saldo è rappresentata dai flussi standard. In fondo alla tabella sono indicati anche i crediti accumulati per l'anno in questione dall'Ospedale Bambin Gesù di Roma e dall'Associazione Italiana Militare Ordine di Malta (ACISMOM), entrambe in regime di convenzione con il SSN.

Come si può notare dalla tabella, tutte le regioni del Sud[62], con la sola eccezione del Molise, e le isole hanno conservato un saldo negativo tendenzialmente stabile negli otto anni presi in esame. Particolarmente preoccupante è la situazione della Campania, che ha mantenuto un saldo negativo attorno ai -300 milioni, seppur lievemente in declino tra il 2014 e il 2015, e che, attualmente, detiene il peggior risultato tra le regioni italiane. Altrettanto grave è il conguaglio per Calabria, Sicilia e Puglia. La prima mostra un saldo negativo strutturale e sostanzialmente invariato nel periodo preso in esame. La Sicilia, invece, ha assistito ad una modesta riduzione della negatività del saldo a partire dal 2010. La Puglia, infine, mostra uno storico sui generis: nel 2010 ha, di fatto, dimezzato il proprio saldo negativo, ma, a partire dallo stesso anno, quest'ultimo ha ripreso a crescere inesorabilmente, tanto che, ad oggi, il saldo ammonta a -184 milioni, circa 38 milioni in meno del 2008. All'opposto, appare piuttosto stabile nel tempo, seppur negativo, il risultato di Basilicata e Sardegna. Di contro, l'Abruzzo, che nel 2008 poteva contare su un saldo negativo relativamente contenuto (-6 milioni), ha visto peggiorare negli anni il proprio risultato, presentandosi al 2016 con il sesto saldo negativo più elevato (-72 milioni).

Risalendo la penisola, ci imbattiamo nel caso del Lazio, il cui saldo risente fortemente della mobilità passiva diretta all'Ospedale Bambin Gesù e all'Ospedale S. G. Battista di proprietà dell'ACISMOM. Dunque, per quanto il risultato della regione sia peggiorato consistentemente negli ultimi otto anni, gran parte della mobilità passiva che ne è causa può imputarsi ai flussi rivolti alle due strutture extraterritoriali presenti nel Lazio. Proseguendo, notiamo il risultato della regione Marche, negativo (-30 milioni circa nel 2016) e altalenante

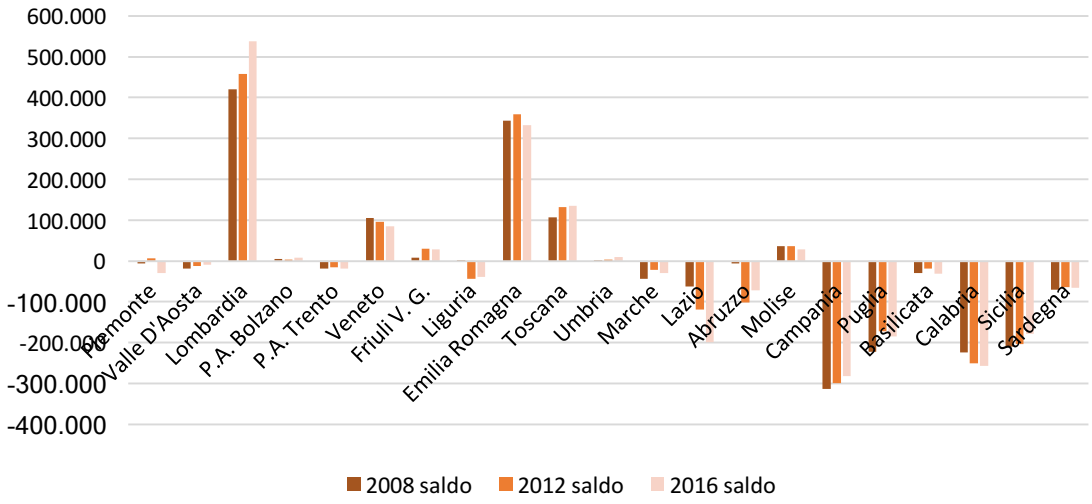
[62] Per regioni del Sud (territorio di livello NUTS 1) si intendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria, secondo lo schema unico di ripartizione geografica istituito dall'Eurostat nel 1988, e seguito anche dall'Istat.

nel tempo, mentre ha potuto contare costantemente su un saldo positivo l'Umbria (10 milioni circa nel 2016).

Osservando la parte superiore della tabella, noteremo, in linea di massima, dei saldi di mobilità positivi. Il risultato più rilevante è quello della Lombardia (538 milioni nel 2016), che ha migliorato il proprio saldo di circa 120 milioni in meno di dieci anni. Seguono alla Lombardia, seppur con andamenti diversi, Emilia Romagna, Veneto e Toscana: Emilia e Toscana hanno migliorato il proprio risultato, mentre il Veneto ha subito un modesto declino. Altrettanto positivo è il risultato del Friuli Venezia Giulia, che ha incrementato significativamente, in termini relativi, il proprio saldo finanziario: da 8 milioni circa nel 2008 a 29 milioni circa nel 2016. Anche al Nord, però, non mancano casi di saldi negativi. Il Piemonte e la Liguria hanno peggiorato drasticamente la loro performance dal 2008, mentre la Valle D'Aosta, pur mantenendo un saldo di mobilità negativo (-9 milioni), ha mostrato dei miglioramenti. Opposti sono, invece, i risultati delle due province autonome di Trento e Bolzano: per la prima l'esito della mobilità è marcatamente negativo, per la seconda il saldo risulta essere positivo e tendenzialmente stabile nel tempo.

La figura 1 rappresenta, attraverso un istogramma, i saldi ospedalieri per regioni, prendendo in esame gli anni 2008, 2012 e 2016. L'immagine è piuttosto esplicativa: da un lato, risulta evidente come le regioni che presentano gravi saldi negativi si collochino al Sud, dall'altro, salta all'occhio lo straordinario risultato positivo conseguito dalla Lombardia e dall'Emilia. È come se queste ultime compensassero quasi del tutto i saldi negativi di Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Dunque, più che parlare, come comunemente avviene, di una compensazione strutturale da parte delle regioni del Sud nei confronti delle regioni del Centro-Nord, sarebbe più corretto specificare che i flussi finanziari per il rimborso dei ricoveri fuori regione sono rivolti principalmente a due regioni su tutto il territorio nazionale, quattro se includiamo anche la Toscana e il Veneto.

Figura 1-Mobilità sanitaria. Saldi anni 2008-2012-2016




Fonte: elaborazione su dati intese Stato-Regioni- Riparto Fondo Sanitario Nazionale anni 2008-2012-2016

Venendo ora ad un esame più dettagliato della mobilità ospedaliera per il 2016, approfondiamo distintamente la composizione di crediti e debiti per regione. La tabella 2 riporta il totale dei crediti dell'anno in questione e il valore standardizzato "crediti su posto letto", che consente di operare un confronto tra regioni di dimensioni diverse, ponendo in relazione l'offerta ospedaliera (posti letto pubblici e posti letto accreditati)[63] la mobilità attiva. Si può osservare che il 60% del totale dei crediti si concentra nell'Italia Settentrionale. A riguardo troviamo in testa la Lombardia, seguita dall'Emilia Romagna, dal Veneto e dal Piemonte. Il resto dei crediti sono distribuiti tra Italia Centrale, Italia Meridionale e Isole, per un valore rispettivamente del 21%, 13% e 6%. Come anticipato, la Toscana costituisce un'eccezione per il Centro, presentando valori simili alle principali regioni dell'Italia Settentrionale. I crediti più bassi sono registrati dalle regioni del Sud e dalle Isole: il primato negativo appartiene alla Calabria con lo 0,7% sul totale dei crediti, seguita dalla Basilicata (1,7%) e dalla Sicilia (1,8%).

[63] Il numero dei posti letto per regione è tratto dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 alla voce "Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati- anno 2013". I dati si riferiscono al 2013 poiché non è stato possibile rintracciare dati ufficiali più recenti. Si tenga conto che i crediti e i debiti si riferiscono ai flussi standard (ricoveri), ai residui manicomiali e hanseniani, alla ricerca e al reperimento di cellule staminali e per la plasmaderivazione. Dunque, una parte di quelle risorse non sono impiegate per il conguaglio dei ricoveri (posti letto). Essendo, però, la quota dei flussi standard la componente più significativa di crediti e debiti, si ritiene corretto mettere in relazione tali valori con i posti letto per regione.

Guardando il valore standardizzato "crediti su posti letto" (in migliaia di euro), possiamo constatare uno scenario in parte differente rispetto a quello emerso dall'analisi dei crediti in valore assoluto. Per quanto il Nord presenti il valore di credito relativo più elevato (20,86), l'Emilia Romagna e la Liguria, sorprendentemente, ottengono un risultato superiore rispetto alla Lombardia; il che è indicativo di un migliore rapporto offerta ospedaliera/attrattività in termini finanziari. L'Italia Centrale segue le regioni del Nord, con un valore di crediti su posto letto pari a 18,17, trainata dagli ottimi risultati di Umbria e Toscana. Simile è il risultato conseguito dalle regioni del Sud e dalle Isole, rispettivamente 10,91 e 10,8. Ancora una volta, i crediti più bassi appartengono a Sicilia e Calabria; mentre è da segnalare lo straordinario risultato positivo conseguito dal Molise, che con il credito relativo più alto dimostra un'ottima capacità di attrarre pazienti provenienti da altre regioni, in proporzione all'offerta ospedaliera regionale. Altrettanto elevata, in termini relativi, risulta

Tabella 2

| Regioni e P.A. | Totale crediti | Posti letto 2013 | Crediti su posti letto |
|---|---|---|---|
| Piemonte | 222.309 | 18.234 | 12,19 |
| Valle D'Aosta | 11.338 | 565 | 20,07 |
| Lombardia | 870.820 | 38.888 | 22,39 |
| P.A. Bolzano | 32.419 | 2.124 | 15,26 |
| P.A. Trento | 45.068 | 2.235 | 20,16 |
| Veneto | 318.863 | 18.594 | 17,15 |
| Friuli V. G. | 101.709 | 5.026 | 20,24 |
| Liguria | 149.131 | 6.102 | 24,44 |
| Emilia Romagna | 569.627 | 19.495 | 29,22 |
| It. Settentrionale | 2.321.284 | 111.263 | 20,86 |
| Toscana | 310.141 | 13.175 | 23,54 |
| Umbria | 100.030 | 3.261 | 30,67 |
| Marche | 112.690 | 6.043 | 18,65 |
| Lazio | 291.849 | 22.351 | 13,06 |
| It. Centrale | 814.710 | 44.830 | 18,17 |
| Abruzzo | 99.568 | 4.949 | 20,12 |
| Molise | 86.932 | 1.418 | 61,31 |
| Campania | 117.836 | 18.986 | 6,21 |
| Puglia | 115.492 | 13.345 | 8,65 |
| Basilicata | 67.603 | 2.055 | 32,90 |
| Calabria | 26.046 | 6.225 | 4,18 |
| It. Meridionale | 513.477 | 46.978 | 10,93 |
| Sicilia | 70.555 | 17.006 | 4,15 |
| Sardegna | 181.222 | 6.310 | 28,72 |
| Isole | 251.777 | 23.316 | 10,80 |

Tabella 3

| Regioni e P.A. | Totale debiti 2016 | Residenti al 1°gennaio 2016 | Debiti su residenti (euro) |
|---|---|---|---|
| Piemonte | 251.573.793 | 4.404.246 | 57,12 |
| Valle D'Aosta | 20.651.919 | 127.329 | 162,19 |
| Lombardia | 332.393.617 | 10.008.349 | 33,21 |
| P.A. Bolzano | 24.572.586 | 520.891 | 47,17 |
| P.A. Trento | 63.182.958 | 538.223 | 117,39 |
| Veneto | 233.503.962 | 4.915.123 | 47,51 |
| Friuli V. G. | 72.901.825 | 1.221.218 | 59,70 |
| Liguria | 188.266.507 | 1.571.053 | 119,83 |
| Emilia Romagna | 236.524.614 | 4.448.146 | 53,17 |
| It. Settentrionale | 1.423.571.781 | 27.754.578 | 51,29 |
| Toscana | 175.113.801 | 3.744.398 | 46,77 |
| Umbria | 90.223.867 | 891.181 | 101,24 |
| Marche | 142.560.611 | 1.543.752 | 92,35 |
| Lazio | 490.111.029 | 5.888.472 | 83,23 |
| It. Centrale | 898.009.308 | 12.067.803 | 74,41 |
| Abruzzo | 171.719.735 | 1.326.513 | 129,45 |
| Molise | 59.071.040 | 312.027 | 189,31 |
| Campania | 399.512.470 | 5.850.850 | 68,28 |
| Puglia | 299.956.304 | 4.077.166 | 73,57 |
| Basilicata | 99.121.927 | 573.694 | 172,78 |
| Calabria | 282.336.573 | 1.970.521 | 143,28 |
| It. Meridionale | 1.311.718.049 | 14.110.771 | 92,96 |
| Sicilia | 249.834.444 | 5.074.261 | 49,24 |
| Sardegna | 84.403.127 | 1.658.138 | 50,90 |
| Isole | 334.237.571 | 6.732.399 | 49,65 |

Fonte: elaborazione su dati intese Stato-Regioni- Riparto Fondo Sanitario Nazionale anno 2016 e Istat

la mobilità attiva di Basilicata, Sardegna e Abruzzo. Le differenze che emergono dall'analisi dei crediti standardizzati mette in evidenza l'inesorabile correlazione che sussiste tra posti letto disponibili e crediti, segnalando la necessità di riflettere su valori relativi, che relazionano i crediti con il volume di offerta ospedaliera, inevitabilmente più contenuto per le regioni di piccole dimensioni.

La tabella numero 3 riporta il totale dei debiti per mobilità ospedaliera accumulati dalle regioni nel 2016, indicativo della mobilità passiva in termini finanziari. Tenendo conto della popolazione, il debito si distribuisce piuttosto equamente sul territorio nazionale: il 36% è concentrato nelle regioni del Nord Italia, il 23% al Centro, il 33% al Sud e l'8% riguarda le Isole. Il Lazio è la regione d'Italia con il più alto debito per mobilità, seguita dalla Campania e dalla Lombardia. Mentre i valori più bassi sono quelli registrati dalle piccole regioni: Valle d'Aosta, province autonome di Bolzano e Trento, Molise e Basilicata. Se, però, abbandoniamo, anche qui, i valori assoluti per dedicarci all'analisi dei valori standardizzati "debiti su residenti" (in euro), potremo osservare un quadro totalmente differente. Difatti, la Lombardia, che rientra tra le regioni con debito totale più elevato, presenta il debito relativo (distribuito sul numero dei residenti) più basso (33,21). In linea di massima, tutte le regioni del Centro-Nord presentano un debito su residenti vicino alla media nazionale (86,64). Fanno eccezione la Valle D'Aosta, la Liguria, la P.A. di Trento e l'Umbria, che superano tutte il valore di 100 euro per residente. Anche l'Italia Meridionale totalizza un debito relativo complessivamente superiore alla media. Tale risultato può essere attribuito principalmente al grave debito su residenti di Molise, Basilicata, Calabria e Abruzzo. Da notare che le prime due, come già visto, registrano un debito in valore assoluto tra i più bassi nel Paese, ma la ridotta popolazione di queste regioni, fa schizzare verso l'alto il valore della mobilità passiva standardizzata. Infine, con riferimento alle Isole, il debito su residenti risulta circa la metà della media, probabilmente a causa del loro isolamento territoriale.

## 3.2 IL SALDO OSPEDALIERO

Si è visto fin ora l'impatto finanziario che la mobilità sanitaria ha avuto ed ha sui bilanci dei Servizi Sanitari Regionali e sui contribuenti, specialmente per le regioni con più alti tassi di fuga. È necessario, però, tenere bene a mente che la migrazione sanitaria interregionale è un fenomeno che, prima di ogni cosa, riguarda i pazienti, persone che nel dramma della malattia sono costrette, in certi casi, ad allontanarsi da casa propria in cerca di cure adeguate. Dunque, sarà utile tradurre i dati relativi alla mobilità finanziaria, in numeri che indichino, concretamente, il numero di pazienti che, di anno in anno, hanno usufruito di prestazioni sanitarie fuori regione.

Nella tabella 4, alla pagina successiva, è riportato uno storico dei saldi di mobilità ospedaliera tra regioni (ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital, ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e day hospital, ricoveri di lungodegenza) dal 1996 al 2014. Partendo dall'Italia Meridionale e le Isole, prendiamo in esame le regioni che hanno registrato le performance peggiori: Campania, Calabria, Sicilia e Puglia. La prima, che esordiva nel 1996 con un saldo negativo di -32.002, ha visto peggiorare il proprio risultato, arrivando, nel 2014, a -54.086, con una differenza di circa 20.000 ricoveri. La Calabria, allo stesso modo, tra il 1996 e il 2014 ha registrato una perdita di quasi 25.000 ricoveri. La Sicilia, invece, che inizialmente registrava una differenza pari a -53.312, pur mantenendo un saldo negativo, ha migliorato significativamente la propria prestazione, raggiungendo quota -33.021 (circa il 38% in più). Senz'altro avrà inciso su tale risultato il piano di rientro sottoscritto dalla regione nel 2007. La Puglia, infine, che nel 1996 contava su un modesto saldo positivo (5.391) ha registrato un forte declino, ottenendo nel 2014 un risultato simile a quello della Sicilia. Abruzzo e Sardegna, che nel 1996 registravano un saldo dello stesso valore, hanno perso circa il 16% dei ricoveri, con la sola differenza che l'Abruzzo tra il 2000 e il 2007 aveva ottenuto saldi positivi, mentre la Sardegna ha subito un costante declino. La Basilicata, invece, nel giro di 18 anni ha ridotto di più del 70% il proprio saldo negativo, con un risultato, nel 2014, di -5.710. Da ultimo, il Molise, l'unica regione del Sud ad aver mantenuto un saldo positivo nel corso di questi anni, e che attualmente registra un attivo di +3.064 ricoveri.

Spostandoci al Centro, incontriamo la regione delle Marche che, partendo da un passivo di -2.197, ha aggravato negli anni la propria performance, quadruplicando il proprio saldo negativo nel 2004. Dal 2005, però, si sono registrati dei miglioramenti, tanto che nel 2014 la regione ha potuto contare su un saldo simile a quello del 1996. Ragionando, invece, su saldi di valore positivo, prendiamo in esame Umbria e Toscana: la prima ha peggiorato il proprio risultato del 75% circa nel corso del periodo in esame, mentre la seconda ha conosciuto una crescita significativa, passando da +2.440 nel 1996 a +32.156 nel 2014.

Muovendoci verso il Nord, esaminiamo le due regioni i cui saldi hanno raggiunto i valori positivi maggiori: Lombardia ed Emilia Romagna. La prima, che partiva già da un attivo pari a +41.712 ricoveri, ha raggiunto quota +122.767 nel 2002 (il 194% in più). Attualmente registra il saldo più alto in Italia (+78.935), seppur inferiore rispetto al 2002.

Tabella 4

| Regioni e P.A./anno | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Piemonte** | -19.732 | -37.729 | -14.860 | -5.873 | -4.983 | -2.915 | -7.418 | -8.293 | -15.169 | -14.647 | -13.555 | -8.012 | -6.998 | -7.708 | -7.343 | -6.211 | -5.825 | -7.011 | -7.438 |
| **Valle D'Aosta** | 640 | 1.017 | -1.413 | -2.271 | -2.705 | -2.691 | -2.909 | -3.196 | -3.712 | -3.594 | -3.692 | -3.443 | -3.403 | -3.358 | -2.961 | -2.718 | -1.875 | -1.177 | -1.095 |
| **Lombardia** | 41.712 | 44.377 | 96.139 | 96.130 | 111.804 | 122.509 | 122.767 | 117.329 | 99.479 | 98.019 | 97.182 | 90.233 | 86.586 | 85.137 | 78.806 | 81.197 | 76.016 | 75.755 | 78.935 |
| **P.A. Bolzano** | 2.518 | 5.534 | 5.936 | 4.901 | 6.066 | 6.443 | 2.965 | 7.826 | 3.075 | 2.920 | 3.069 | 3.241 | 2.982 | 2.660 | 2.467 | 2.340 | 2.461 | 2.127 | 1.953 |
| **P.A. Trento** | 1.080 | -5.641 | 701 | 331 | 16 | -986 | -2.944 | -3.768 | -5.801 | -4.893 | -5.160 | -4.295 | -4.361 | -4.752 | -4.106 | -3.635 | -2.849 | -3.250 | -2.960 |
| **Veneto** | -22.252 | -14.169 | 54.193 | 42.785 | 38.362 | 41.446 | 37.423 | 37.275 | 27.559 | 25.978 | 23.441 | 19.229 | 16.253 | 15.645 | 14.177 | 8.613 | 5.483 | 6.418 | 9.018 |
| **Friuli Venezia Giulia** | 13.009 | 13.453 | 11.214 | 8.525 | 7.826 | 6.234 | 5.216 | 4.202 | 3.544 | 3.478 | 3.321 | 4.648 | 6.355 | 6.772 | 6.648 | 7.781 | 10.176 | 9.172 | 8.124 |
| **Liguria** | 10.700 | 20.635 | 21.118 | 17.566 | 16.733 | 12.386 | 8.345 | 7.487 | 2.089 | 1.322 | 693 | -1.896 | -1.763 | -1.576 | -952 | -3.319 | -4.384 | -4.437 | -4.570 |
| **Emilia Romagna** | 50.284 | 58.521 | 63.837 | 65.749 | 62.959 | 62.128 | 58.192 | 59.685 | 54.443 | 53.976 | 57.837 | 63.662 | 66.452 | 67.667 | 69.341 | 71.896 | 67.368 | 67.695 | 65.607 |
| **Toscana** | 2.440 | 10.755 | 49.353 | 37.532 | 40.685 | 40.935 | 39.502 | 35.494 | 27.827 | 28.669 | 29.095 | 30.027 | 29.666 | 30.921 | 30.727 | 30.722 | 33.872 | 31.527 | 32.156 |
| **Umbria** | 18.786 | 16.285 | 13.840 | 14.624 | 11.919 | 14.031 | 13.862 | 13.582 | 10.081 | 6.408 | 5.743 | 5.009 | 4.268 | 4.279 | 3.446 | 4.295 | 3.918 | 4.069 | 4.774 |
| **Marche** | -2.197 | -2.740 | -2.459 | -2.721 | -1.052 | -1.365 | -3.047 | -7.131 | -8.229 | -8.814 | -7.725 | -6.903 | -3.701 | -2.371 | -1.969 | -2.189 | -4.542 | -2.362 | -3.716 |
| **Lazio** | 41.420 | 34.920 | 21.379 | 28.020 | 33.647 | 40.245 | 26.290 | 37.099 | 26.853 | 34.938 | 34.568 | 30.770 | 33.077 | 35.614 | 32.124 | 24.952 | 22.129 | 17.194 | 12.534 |
| **Abruzzo** | -9.620 | -4.882 | -4.149 | -3.777 | 1.975 | 2.336 | 8.566 | 9.391 | 10.247 | 10.564 | 10.789 | 3.248 | -6.664 | -13.482 | -15.267 | -14.119 | -11.947 | -13.110 | -12.509 |
| **Molise** | 4.436 | 309 | 1.087 | -848 | -1.028 | -643 | -306 | -696 | -283 | 948 | 3.432 | 6.123 | 4.415 | 4.696 | 5.834 | 4.600 | 3.690 | 3.318 | 3.064 |
| **Campania** | -32.002 | -42.201 | -58.768 | -62.476 | -59.594 | -62.680 | -62.606 | -61.026 | -65.429 | -66.298 | -68.419 | -67.832 | -64.302 | -63.200 | -63.987 | -60.761 | -56.775 | -53.942 | -54.086 |
| **Puglia** | 5.391 | 1.620 | -13.716 | -14.181 | -11.700 | -15.948 | -23.229 | -28.957 | -38.089 | -43.516 | -45.503 | -41.084 | -38.846 | -37.933 | -33.243 | -34.396 | -32.316 | -30.970 | -30.691 |
| **Basilicata** | -19.412 | -25.891 | -23.129 | -22.876 | -18.922 | -18.834 | -17.217 | -16.491 | -15.570 | -13.435 | -12.203 | -11.517 | -10.321 | -8.498 | -8.553 | -7.388 | -8.297 | -7.599 | -5.710 |
| **Calabria** | -24.522 | -28.823 | -43.317 | -44.425 | -42.911 | -46.970 | -49.742 | -51.346 | -56.744 | -58.265 | -57.599 | -57.706 | -57.664 | -56.387 | -54.195 | -52.562 | -51.668 | -50.341 | -49.936 |
| **Sicilia** | -53.312 | -41.280 | -54.640 | -15.740 | -53.642 | -48.547 | -44.275 | -46.476 | -45.964 | -43.139 | -43.424 | -41.196 | -40.093 | -38.837 | -39.878 | -38.232 | -34.059 | -32.686 | -33.021 |
| **Sardegna** | -9.367 | -4.070 | -7.900 | -7.604 | -7.410 | -9.866 | -4.536 | -8.676 | -10.207 | -10.619 | -11.890 | -12.306 | -11.938 | -15.289 | -11.116 | -10.866 | -10.576 | -10.390 | -10.433 |

Fonte: elaborazione dati annuali SDO

L'Emilia Romagna ha riportato un percorso più regolare rispetto alla Lombardia: partendo da un attivo già piuttosto alto (+50.284), ha incrementato la propria performance del 30% circa fino al 2014. Anche il Veneto e il Friuli Venezia Giulia hanno riportato saldi pressoché positivi nel tempo, attestandosi nel 2014 rispettivamente a +9.018 e +8.124 ricoveri. La Liguria, invece, partiva nel 1996 da un saldo positivo pari a 10.700, ma nel tempo ha perso all'incirca il 142% del proprio risultato originario. Anche per il Piemonte rileviamo un saldo negativo, in questo caso, però, più che dimezzato nel tempo (da -19.732 a -7.438). Infine, abbiamo i SSR di più piccole dimensioni del Nord Italia: Valle D'Aosta, P.A di Trento e P.A. di Bolzano. I primi due riportano nel tempo un saldo negativo, seppur contenuto (rispettivamente -1.095 e -2.960), mentre l'ultima registra un andamento positivo, con dei picchi tra il 1997 e il 2003, attestandosi nel 2016 a +1.953.[64]

Fin ora abbiamo considerato i saldi ospedalieri di ciascuna regione, ma è bene ricordare che questi ultimi derivano da due dimensioni distinte della mobilità, la mobilità attiva e la mobilità passiva. Dunque, un risultato negativo può imputarsi alla scarsa capacità di attrazione di una regione, oppure ad un eccessivo tasso di fuga. Per questa ragione, ora passeremo ad esaminare nel dettaglio le componenti di mobilità attiva e passiva per regione con riferimento all'anno 2014.

Osservando la tabella 5[65], notiamo immediatamente che le regioni più attrattive, in valore assoluto, sono la Lombardia e l'Emilia Romagna, seguite dal Lazio e dal Veneto. Mentre le regioni di medio/grande dimensione con mobilità attiva più bassa sono quelle del Sud, in particolare la Sardegna, la Calabria e la Sicilia. Senza dubbio, tale esito è attribuibile, in parte, all'isolamento geografico e infrastrutturale che sono chiamate a scontare tali regioni. Guardando, però, al rapporto tra mobilità attiva e totale dei ricoveri in percentuale, indice che consente di tener conto della dimensione dell'offerta ospedaliera dei diversi SSR, lo scenario si modifica parzialmente. È il Molise, infatti, a risultare la regione più attrattiva (26,69%), seguita dalla Basilicata (18,72%) e dall'Umbria (15,87%). Restano, comunque, vicine alla media nazionale (9,67%) la gran parte delle regioni dell'Italia Centro-Settentrionale, con la sola eccezione del Piemonte (6,01%) e della P.A. di Bolzano (6,51%). Bassissimi, invece, risultano gli indici di attrazione relativa delle regioni del Sud e delle Isole.

[64] Sono riportati in appendice (Appendice 1) i grafici rappresentanti lo storico (1996-2014) della mobilità ospedaliera per ciascuna regione.
[65] I saldi della tabella 5 sono leggermente differenti da quelli riportati nella tabella 4, in quanto comprendenti anche i ricoveri afferenti al DRG 391 (Neonati sani - Tipo attività Nido) in Regime ordinario.

Tabella 5

| Regioni e P.A. anno 2014 | Mobilità attiva | Totale ricoveri erogati | % | Mobilità passiva | Totale residenti | %2 | Saldo mobilità, n. ricoveri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Piemonte | 38.962 | 648.303 | 6,01 | 47.191 | 656.532 | 7,19 | -8.229 |
| Valle D'Aosta | 2.761 | 24.804 | 11,13 | 3.784 | 25.827 | 14,65 | -1.023 |
| Lombardia | 144.475 | 1.506.412 | 9,59 | 65.061 | 1.426.998 | 4,56 | 79.414 |
| P.A. Bolzano | 5.825 | 89.418 | 6,51 | 3.669 | 87.262 | 4,20 | 2.156 |
| P.A. Trento | 8.913 | 87.418 | 10,20 | 12.109 | 90.614 | 13,36 | -3.196 |
| Veneto | 55.410 | 678.362 | 8,17 | 46.785 | 669.737 | 6,99 | 8.625 |
| Friuli Venezia Giulia | 20.473 | 191.659 | 10,68 | 12.244 | 183.430 | 6,68 | 8.229 |
| Liguria | 31.081 | 277.383 | 11,21 | 35.956 | 282.258 | 12,74 | -4.875 |
| Emilia Romagna | 108.869 | 794.040 | 13,71 | 43.340 | 728.511 | 5,95 | 65.529 |
| Toscana | 67.232 | 580.176 | 11,59 | 34.851 | 547.795 | 6,36 | 32.381 |
| Umbria | 23.971 | 151.083 | 15,87 | 18.709 | 145.821 | 12,83 | 5.262 |
| Marche | 24.967 | 238.312 | 10,48 | 28.791 | 242.136 | 11,89 | -3.824 |
| Lazio | 82.892 | 953.417 | 8,69 | 70.850 | 941.375 | 7,53 | 12.042 |
| Abruzzo | 23.915 | 212.244 | 11,27 | 36.519 | 224.848 | 16,24 | -12.604 |
| Molise | 16.585 | 62.148 | 26,69 | 13.707 | 59.270 | 23,13 | 2.878 |
| Campania | 25.441 | 1.011.729 | 2,51 | 78.579 | 1.064.867 | 7,38 | -53.138 |
| Puglia | 26.763 | 628.810 | 4,26 | 57.319 | 659.366 | 8,69 | -30.556 |
| Basilicata | 15.330 | 81.871 | 18,72 | 20.897 | 87.438 | 23,90 | -5.567 |
| Calabria | 6.020 | 242.959 | 2,48 | 56.278 | 293.217 | 19,19 | -50.258 |
| Sicilia | 12.925 | 669.012 | 1,93 | 45.718 | 701.805 | 6,51 | -32.793 |
| Sardegna | 3.852 | 269.732 | 1,43 | 14.305 | 280.185 | 5,11 | -10.453 |
| | | | | | | | |
| Italia | 746.662 | 9.399.292 | 9,67 | 746.662 | 9.399.292 | 10,72 | 0 |

Fonte: elaborazione dati annuali SDO

Passiamo ora alla mobilità passiva, rappresentativa della propensione dei pazienti a "fuggire" dalle strutture ospedaliere regionali. In valore assoluto, l'indice di fuga più elevato appartiene alla Campania, cui seguono, in ordine, il Lazio, la Lombardia e la Calabria. Nel caso del Lazio e della Lombardia questi dati risentono significativamente della mobilità di confine, che vede i cittadini laziali rivolgersi all'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma e i lombardi confluire in Piemonte e in Emilia Romagna[66]. Ad ogni modo, anche in questo caso, sembra più appropriato guardare al rapporto tra mobilità passiva e numero di residenti, per relazionare l'indice di fuga sanitaria alla popolazione di ciascuna regione. Ed è qui che possiamo notare un'elevata mobilità passiva per le regioni di dimensioni minori: Basilicata (23,90%), Molise (23,13%) e Valle D'Aosta (14,65%). Tale risultato spiega il motivo per cui queste regioni, pur contando su un'elevata mobilità attiva, presentino saldi in equilibrio o

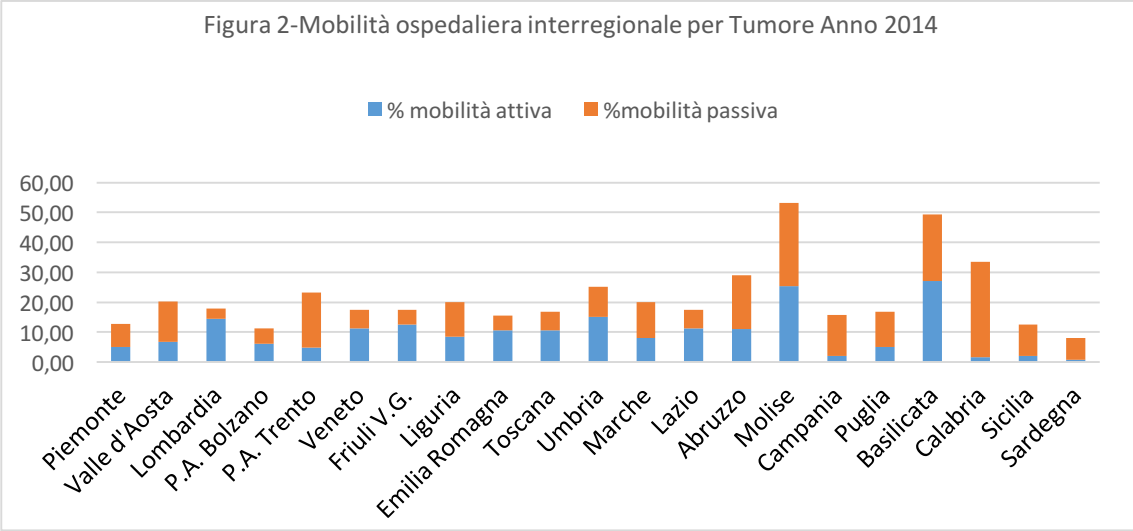
[66] Cfr. C. Zocchetti, *Definizione della mobilità sanitaria*, p. 14-16.

moderatamente negativi: sono molti i ricoveri di pazienti provenienti da fuori regione, ma altrettanti i cittadini che fuggono. Le regioni minori, però, non sono le sole a veder emigrare, per ragioni sanitarie, i propri pazienti. In Calabria, il 19,19% dei residenti si rivolge a strutture di ricovero di altre regioni, in Abruzzo il 16,24%, in Umbria e in Liguria più del 12%. Lombardia, Emilia Romagna, Sardegna e Sicilia, invece, riportano indici di fuga relativa molto contenuti. Per le ultime due, come già detto per la mobilità attiva, parte della scarsa emigrazione sanitaria è imputabile al loro isolamento geografico.

## 3.3 FLUSSI MIGRATORI: INDICI DI ATTRAZIONE E DI EMIGRAZIONE PER PATOLOGIE E PRESTAZIONI

Come precisato più volte, la mobilità sanitaria è un fenomeno articolato, che presenta caratteristiche differenti a seconda della regione presa in esame e della patologia cui si riferisce il flusso migratorio. Con riferimento a quest'ultima dimensione, nella gran parte dei casi, la mobilità di lunga distanza riguarda prestazioni sanitarie importanti, mentre è raro che per prestazioni a bassa complessità, come un'appendicectomia o un parto vaginale privo di complicazioni, il paziente decida di spostarsi in un'altra regione, fermo restando una possibile mobilità di prossimità per i residenti in zone di confine. Complessivamente, i DRG che presentano una distanza media percorsa superiore ai 60 minuti sono i trapianti (di midollo osseo, di pancreas e rene, di polmone, di fegato, cardiaci, renali), gli interventi cardiochirurgici, alcune prestazioni ortopediche complesse (artrodesi vertebrale e cervicale), gli interventi pediatrici e il trattamento di ustioni estese[67]. Le distanze percorse per questo genere di patologie aumentano spostandosi dal Nord al Sud della penisola. Ad esempio, i residenti in Puglia percorrono distanze medie superiori alle sei ore per il trapianto di midollo osseo, i pazienti calabresi scelgono di compiere viaggi della durata media di circa sette ore per subire un intervento su valvole cardiache, i sardi percorrono in media undici ore di tragitto per l'artrodesi vertebrale. Ma questi sono solo alcuni esempi di un fenomeno che, per questo tipo di prestazioni, riguarda l'intero Meridione.

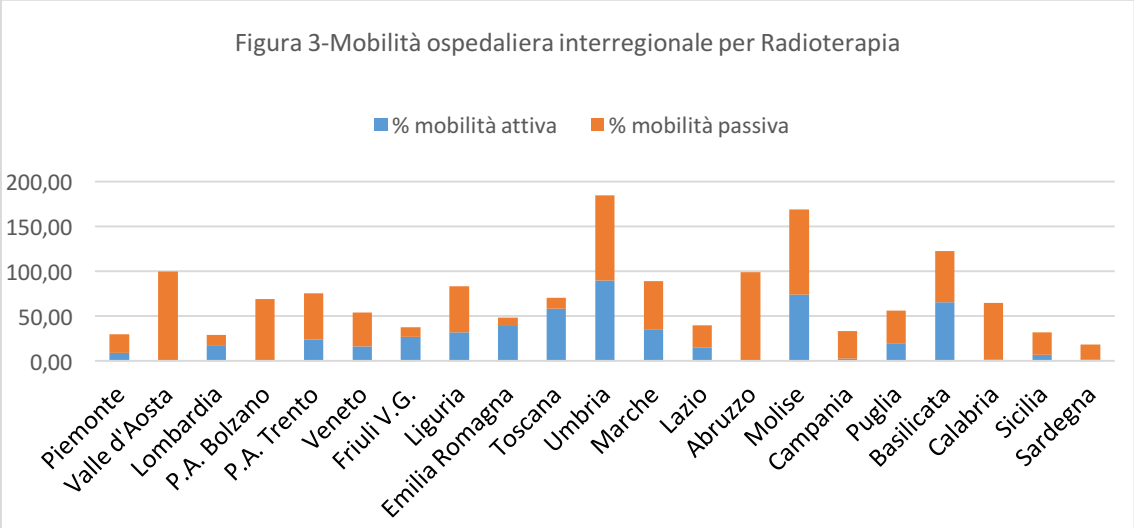
[67] Cfr. C. Cislaghi, *op. cit.*, pp. 28-37.




Fonte: elaborazione dati annuali SDO

Prendendo in esame i dati dei rapporti annuali SDO pubblicati dal Ministero della Salute, siamo in grado di approfondire la riflessione sulla mobilità sanitaria per alcune tipologie di prestazione. La figura 2 rappresenta la mobilità attiva standardizzata (colonna azzurra), ottenuta rapportando i ricoveri dei non residenti con il totale dei ricoveri erogati, e la mobilità passiva standardizzata (colonna arancione), data dal rapporto tra i ricoveri fuori regione e la popolazione residente, per regione con riferimento agli interventi chirurgici per tumori. Le regioni più attrattive, in valore relativo, sono la Basilicata (27,03%), il Molise (25,43%), seguite da Umbria (15,21%) e Lombardia (14,37%). Quest'ultima risulta anche la regione con la più alta mobilità attiva in valore assoluto con 17.483 ricoveri di pazienti non residenti; a seguire troviamo Lazio (8.602) ed Emilia Romagna (7.207).

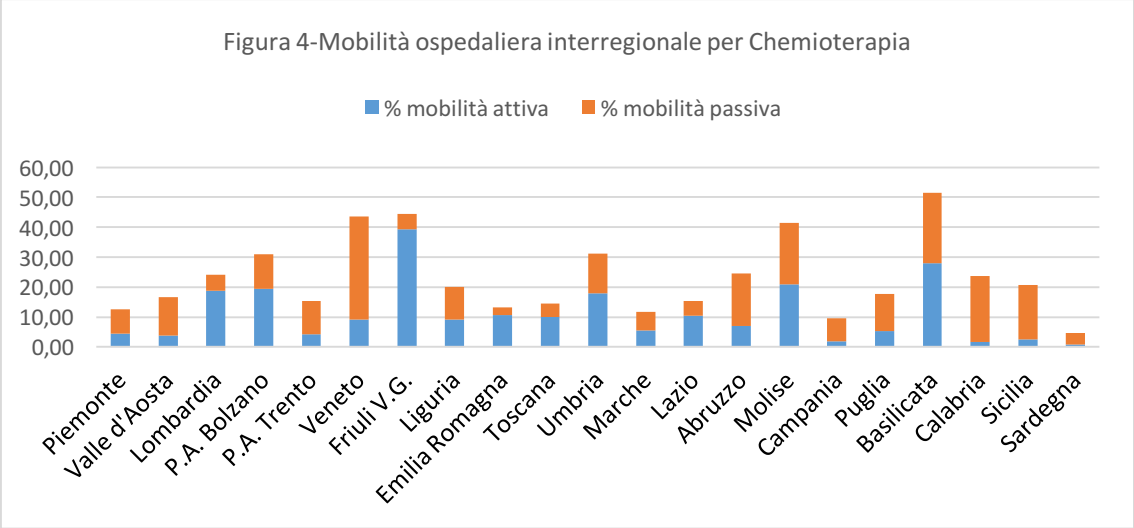
In linea di massima, gran parte delle regioni presenta tassi di attività superiori o uguali ai tassi di fuga per gli interventi di chirurgia oncologica. Solo in cinque regioni il saldo risulta essere assolutamente negativo, data la bassa o nulla attrattività, e, ancor più grave, l'elevatissima emigrazione. Si tratta di Calabria, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna. La Calabria presenta lo scenario più drammatico, con il 31,72% dei residenti che ha deciso di emigrare, dirigendosi principalmente verso la Lombardia e il Lazio. Anche per gli altri pazienti dell'Italia Meridionale le principali mete di cura per gli interventi di carattere oncologico sono la Lombardia e il Lazio, seguite da Toscana e Veneto.




Fonte: elaborazione dati annuali SDO

La figura 3 presenta i tassi di fuga e di attrazione per la radioterapia, un trattamento che può durare da una a più di sei settimane e, in linea di massima è svolto in regime ambulatoriale. Questo costituisce un grave disagio per i pazienti provenienti da altre regioni, che, solo in straordinari casi, possono contare su ostelli e residenze messe a disposizione dalla struttura ospedaliera ospitante. Per questa prestazione lo scenario è differente da quello precedente: prevalgono le regioni con alte percentuali di mobilità passiva. In testa troviamo la Valle D'Aosta, con il 100% dei pazienti emigrati in altre regioni, seguita da Abruzzo (99,21%), Molise (95,12%) e Umbria (94,55%). Non meno grave è la condizione di Liguria, Marche, Basilicata e Calabria, in cui la percentuale di fuga per radioterapia supera il 50%. Le mete scelte dai pazienti sono, nella gran parte dei casi, strutture appartenenti a regioni limitrofe o comunque prossime rispetto alla regione di residenza, data la ciclicità del trattamento. Nonostante gli elevati tassi di fuga, la regione con maggiore attrattività relativa è l'Umbria (89,93%), che raccoglie pazienti da Toscana e Marche. In valore assoluto, invece, le regioni con la più alta mobilità attiva sono la Toscana e l'Emilia Romagna, che contano rispettivamente 1.679 e 1.136 pazienti provenienti da altre regioni.

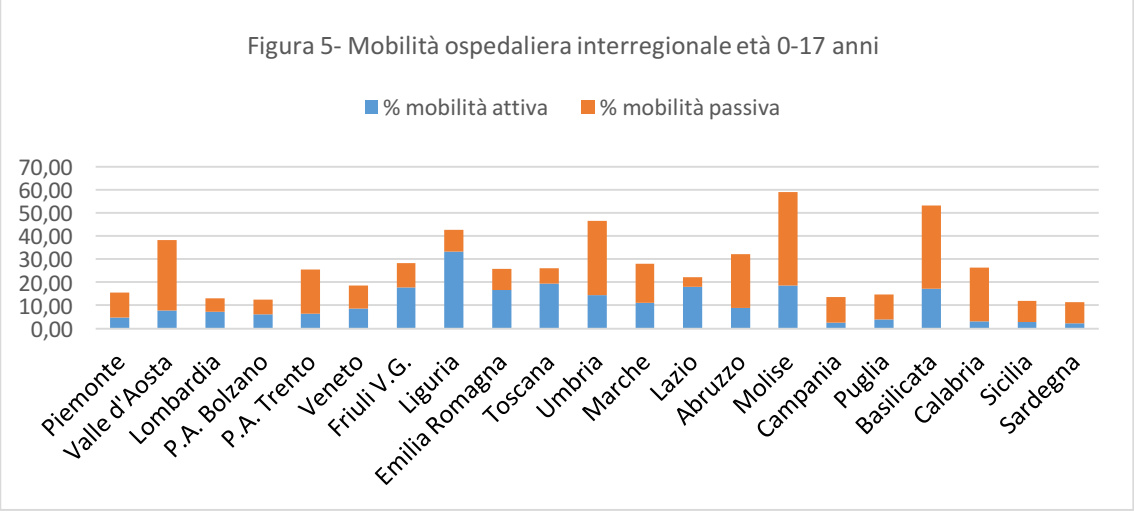
Rispetto a quanto osservato per la radioterapia, i saldi di mobilità per la chemioterapia (figura 4) risultano significativamente più contenuti, il che è sintomatico di un'offerta territoriale più adeguata e soddisfacente, anche in ragione della maggiore diffusione di questa pratica rispetto a quella radioterapica. In valore assoluto, la Campania presenta la mobilità passiva più elevata: 2.818 pazienti nel 2014 hanno scelto di effettuare i cicli di chemioterapia




Fonte: elaborazione dati annuali SDO

altrove, prediligendo come mete la Basilicata e il Lazio. Invece, il Veneto presenta il più elevato indice di fuga relativo (34,41%): il 22% dei pazienti preferisce spostarsi in Friuli Venezia Giulia. Anche lucani, calabresi e molisani scelgono, nella misura del 20% circa, di recarsi in altre regioni: Lazio, Emilia Romagna e Abruzzo sono le destinazioni principali.

L'ultimo caso di mobilità che siamo in grado di analizzare, considerati i dati forniti dal Ministero della Salute, è quello che riguarda la fascia di età 0-17 anni. Si tratta di ricoveri per patologie di vario genere, compresi nell'area pediatrica per quanto concerne l'assistenza ospedaliera[68]. Anche in questo caso, la più alta mobilità passiva in valore assoluto è registrata




Fonte: elaborazione dati annuali SDO

[68] L'assistenza del pediatra, nell'ambito delle cure primarie, è prevista per i bambini/adolescenti da 0 a 14 anni al massimo. Mentre, relativamente all'assistenza ospedaliera, per i ragazzi fino ai 18 anni è consigliato il ricovero in reparti pediatrici. Per ulteriori approfondimenti si veda M. Tucci (2001), "Pediatra-medico: a che età il passaggio?", in www.corriere.it.

dalle regioni del Sud: la Campania in testa con 8.780 bambini/ragazzi emigrati nel 2014, a seguire abbiamo la Puglia (8.780), la Calabria (7.793) e la Sicilia (7.150). Di contro, sono le regioni di medio-piccole dimensioni a presentare i valori più elevati di mobilità passiva in percentuale: Molise, Basilicata, Umbria e Valle D'Aosta. Le patologie che contano il maggior numero di ricoveri pediatrici in altre regioni attengono alla gastroenterologia ed epatologia, alla chirurgia ortopedica, all'endocrinologia e all'oncologia.

Passando ad esaminare la mobilità attiva, Lazio, Liguria, Emilia Romagna e Toscana, sono le regioni che attraggono il maggior numero di pazienti pediatrici da fuori regione, grazie anche a strutture di grande prestigio ivi collocate come l'Ospedale Bambin Gesù di Roma, l'Istituto Pediatrico Gaslini di Genova e l'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze.

## 4. MOBILITÀ FISIOLOGICA E MOBILITÀ EVITABILE: LE CAUSE

Una volta definito un quadro generale dei flussi della mobilità sanitaria attraverso l'analisi dei grandi numeri di questo fenomeno, possiamo riflettere sulle ragioni che inducono un soggetto a trasferirsi in un'altra regione per ricevere prestazioni medico-sanitarie. Abbiamo già precisato che in alcune circostanze la mobilità non deriva da scelte mirate da parte del paziente, ma è imputabile a fattori contingenti, come una vacanza fuori regione, o ai sempre più frequenti casi di residenza fittizia. Queste due fattispecie non dovrebbero essere computate nello studio della mobilità interregionale, se finalizzato all'adeguamento dell'offerta, poiché imprevedibili e, solo parzialmente, governabili.

Dunque, escludendo i casi di mobilità "involontaria" e di confine, spesso attribuibile alla forte prossimità geografica delle strutture extra-regionali al luogo di residenza del paziente, resta la mobilità "volontaria". Quest'ultima deriva da una scelta, più o meno autonoma, del paziente, il quale, ritenendo indisponibile o inadeguata la prestazione offerta sul territorio regionale, sceglie di recarsi altrove. Tuttavia, sebbene comunemente si pensi che la mobilità volontaria (o "importante") sia un fenomeno del tutto negativo, dunque da correggere, in certi casi la mobilità risulta essere necessaria per il corretto funzionamento dei servizi sanitari. Si tratta della cosiddetta "mobilità fisiologica", che comprende tutti i casi di emigrazione sanitaria dovuti alla cura di patologie rare o, comunque, all'esistenza di pochi centri ad altissima specializzazione sul territorio nazionale in grado di erogare certe prestazioni. Per quanto possa risultare inappropriato rimandare a concetti quali l'economicità e l'efficienza trattando di cura della salute, è necessario farlo, poiché, come tutte le pubbliche amministrazioni, anche il SSN e i SSR sono chiamati a gestire risorse limitate e sempre più scarse. Ed è proprio per questa ragione che la mobilità fisiologica diventa un fenomeno positivo, se non addirittura auspicabile. Difatti, offrire omogeneamente sul territorio prestazioni ad alta complessità[69], come un trapianto di rene o una toracectomia, risulterebbe inefficiente e non consentirebbe di sfruttare i vantaggi derivanti da possibili economie di scala: gli alti costi fissi di queste procedure, dovuti alle apparecchiature o alle equipe medico-sanitarie impiegate, solo se ripartiti su un elevato numero di prestazioni possono avere un'incidenza contenuta[70]. In più, l'iper-specializzazione del prodotto oltre ad impattare

[69] Cfr. R. Gelmini e M. Saviano, *Classificazione degli interventi chirurgici per complessità*, 2011, disponibile su www.chirurgia-generale.unimore.it.
[70] Cfr. L. Mantovani, *Economia applicata alla sanità*, 2004, disponibile su www.docenti.unina.it.

positivamente sull'economia del servizio sanitario, consente di avere un ritorno significativo in termini di qualità della prestazione, rendendo il servizio più sicuro ed efficace[71]. In alcuni casi queste forme di economie di scala derivano anche dalle differenti dimensioni delle regioni: è evidente che la Lombardia e il Lazio, contando su un ampio bacino di utenza, abbiano potuto promuovere molte più specializzazioni sul territorio rispetto a piccole regioni come il Molise o la Basilicata.

Chiarito il significato e la dimensione della mobilità fisiologica, la nostra attenzione si concentra sulla cosiddetta "mobilità evitabile", le cui cause saranno oggetto di indagine nei prossimi sotto-paragrafi. Per mobilità evitabile si intende quella quota di migrazione sanitaria dovuta all'inadeguatezza dell'offerta sanitaria, ovvero all'assenza di prestazioni di medio/bassa complessità, all'appropriatezza dell'offerta, alle liste d'attesa troppo lunghe, alla scarsa qualità dell'assistenza (carenza di personale o di umanità). Tuttavia, queste ultime non sono le uniche ragioni per cui un paziente decide di curarsi fuori regione. Oltre alla percezione della qualità dell'offerta sanitaria, incidono sulla scelta della struttura di ricovero anche altri elementi, come le indicazioni del medico di famiglia, la reputazione degli ospedali regionali, la scarsa o nulla conoscenza del territorio sul piano sanitario, la propensione del paziente a formulare autonomamente diagnosi e percorsi clinici. In tutti questi casi la mobilità è sintomo di un malfunzionamento del servizio sanitario regionale; non sempre si tratta di una disfunzione strettamente legata alla reale qualità dell'offerta sanitaria: in alcuni casi può attribuirsi alla debolezza della rete di comunicazione tra professionisti sanitari o agli scarsi contatti tra paziente e sistema sanitario. Ad ogni modo, si tratta di falle del sistema che richiedono interventi correttivi più o meno complessi, per cui vale la pena approfondire questi temi.

## 4.1 GRADO DI ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA SANITARIA

Procediamo, ora, con una breve indagine sull'adeguatezza dell'offerta sanitaria regionale, intesa come adeguamento delle prestazioni ai Livelli Essenziali di Assistenza stabiliti a livello nazionale, e qualità dei servizi. In tal modo potremo valutare quale incidenza

[71] *Ivi*, pp. 15-17.

ha tale aspetto della sanità regionale sul fenomeno della migrazione, tenendo sempre conto della parzialità dell'analisi, data l'ampiezza e la complessità dell'argomento.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti cittadini del territorio italiano, indipendentemente dalla regione di residenza, in modo da assicurare l'omogeneità di trattamento dei pazienti, secondo criteri di uguaglianza e uniformità. L'elenco delle prestazioni garantite, per la prima volta, fu stilato nel 2001[72] e, da allora, solo nel dicembre 2015[73] è stato aggiornato e definito nei contenuti. L'ultimo decreto ridefinisce le prestazioni assicurate e le patologie meritevoli di esenzione, precisando concretamente e dettagliatamente i servizi che devono essere presenti sul territorio. È proprio alla luce dei LEA che il Ministero della Salute[74], annualmente, verifica l'appropriatezza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse dei Servizi Sanitari Regionali. Questo processo di monitoraggio, oltre a consentire, in caso di adempimento agli standard fissati, l'accesso delle regioni alla quota premiale del 3% erogata dal SSN al netto delle entrate proprie, permette di realizzare una valutazione del grado di copertura dei LEA, evidenziando criticità ed elementi utili ad indirizzare la programmazione nazionale e regionale.

La griglia di monitoraggio dei LEA è definita su tre categorie di assistenza, che corrispondono allo schema organizzativo dei servizi erogati dal SSN: assistenza collettiva (prevenzione e sicurezza degli alimenti), assistenza distrettuale (anziani, disabili, malati terminali, farmaceutica, specialistica, salute mentale) e assistenza ospedaliera (includendo anche il trattamento delle emergenze). A ciascuna di queste categorie di assistenza sono attribuiti pesi e indicatori, che combinati forniscono la valutazione definitiva. L'esito della valutazione viene confrontato con delle soglie prestabilite, consentendo, così, di stabilire il grado di adempienza della regione allo standard. Naturalmente, questo strumento di analisi presenta dei limiti: si tratta di indicatori, dunque, di valori numerici, non sempre in grado a fornire una reale percezione dell'offerta sanitaria della regione; peraltro, i dati di cui si dispone al momento in cui si scrive, tratti dal rapporto "Adempimento e mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia Lea- Metodologia e Risultati dell'anno 2013", si riferiscono all'elenco dei livelli essenziali del 2001, noto per la sua scarsa puntualità e concretezza. Ad ogni modo, nonostante l'estrema cautela con cui tali dati

[72] DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
[73] L. 28 dicembre 2015, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, art. 1, commi 553 e 554.
[74] Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio VI.

richiedono di essere manipolati, risulteranno utili al fine di delineare una panoramica generale del grado di adeguatezza dei servizi sanitari offerti dalle regioni italiane, di modo da valutare quanto questo fattore possa incidere sulla mobilità sanitaria.

Essendo l'emigrazione sanitaria legata principalmente all'assistenza ospedaliera, prenderemo in esame esclusivamente gli indicatori di appropriatezza correlati a questo tipo di servizio. Con l'espressione "appropriatezza" in campo sanitario si intende l'utilizzo della "procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto"[75]. Tale definizione può essere scomposta in tre dimensioni fondamentali: una procedura può dirsi appropriata se conforme alla condizione clinica del paziente, se erogata entro tempi che consentano di ottenere un beneficio netto per la salute dello stesso e se applicata in un contesto strutturale adeguato. Il concetto di appropriatezza, dunque, rimanda a quello di "efficacia clinica", intesa come il raggiungimento del migliore stato di salute possibile date le condizioni del paziente, e a quello di "necessità clinica", interpretabile come quel set di servizi di cui il soggetto abbisogna, al fine di evitare un peggioramento della propria salute. Per questo, più semplicemente, può considerarsi appropriata una prestazione che sia efficace e, allo stesso tempo, necessaria. Un ulteriore elemento deve essere considerato nell'analisi dell'appropriatezza di una prestazione: l'efficienza, ovvero il rapporto tra le risorse impiegate e l'output erogato. È importante comprendere nella valutazione dell'offerta di un servizio sanitario anche l'efficienza, essendo quest'ultimo un indicatore della modalità di impiego delle risorse: un sistema inefficiente disperde risorse, potenzialmente utili ad incrementare il numero e la qualità dei prodotti offerti.

Il primo indicatore di appropriatezza/efficienza preso in esame è il tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per 1.000 residenti, ottenuto rapportando il numero di dimissioni totali e la popolazione residente. I dati relativi all'anno 2013 registrano un buon risultato per la gran parte delle regioni, mentre Puglia, Abruzzo, Lazio, Liguria e la P.A. di Bolzano risultano adempienti con impegno. Solo Campania, Molise e Valle D'Aosta presentano una situazione critica stazionaria rispetto all'adeguato utilizzo dell'ospedale. Un altro indicatore di appropriatezza contenuto nel rapporto e utile alla valutazione del corretto impiego delle strutture di ricovero nella regione è la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari. In tal caso

[75] Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale e Direzione Generale della Programmazione Sanitaria-Ufficio III, "*Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza*", 2012, p. 5, cit.

tutte le regioni dal Lazio in giù, il Piemonte, le P.A. di Trento e Bolzano e la Valle D'Aosta presentano percentuali inferiori rispetto allo standard prestabilito. Ancor peggiore è la condizione di Calabria, Sardegna e Liguria, in cui la percentuale è inferiore al 35%. Questo dato indica, per tali regioni, un uso improprio della struttura ospedaliera, che dovrebbe essere principalmente destinata all'erogazione di trattamenti sanitari ad alta complessità, come la chirurgia. In sostanza, risulta elevata la cosiddetta ospedalizzazione evitabile, sintomo di un'inadeguata assistenza territoriale e di una carente prevenzione. Un buon indicatore della qualità dell'offerta ospedaliera, secondo i parametri selezionati dall'OCSE, è la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero. A riguardo, solo Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Veneto, P.A di Bolzano e Valle d'Aosta superano la soglia del 55%. Per il resto, tutte le regioni presentano gravi inadempienze. In particolare, Calabria, Campania, Molise e Sardegna riportano un tasso inferiore al 30%.

Oltre all'analisi dell'adempimento dei LEA, per valutare la qualità sei Servizi Sanitari Regionali, si possono utilizzare indicatori di risultato finale come il tasso di mortalità evitabile e il tasso di mortalità infantile. "Una morte è considerata evitabile se, alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o alla luce della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate"[76]. Sulla base di questa definizione, l'Eurostat distingue due categorie di mortalità evitabile: la mortalità trattabile, ovvero evitabile attraverso diagnosi e terapie adeguate e tempestive, e la mobilità prevenibile, dunque evitabile mediante una buona prevenzione sanitaria. I dati sulla mortalità evitabile per il sesso maschile[77] relativi al triennio 2012-2014, riportati dal Rapporto "MEV(I) 2017", presentano la Campania come la regione con il più alto indice di mortalità evitabile[78] (29,24), seguita da Sardegna (27,71), Calabria (26,80) e Sicilia (26,67). La Puglia (23,86) è l'unica regione del Sud ad avere una mortalità evitabile inferiore alla media nazionale (24,30); mentre Marche, Trentino, Veneto e Toscana, con un indice di mortalità evitabile inferiore a 22, si collocano in alto alla classifica. In quasi tutti i casi la mortalità prevenibile risulta superiore alla mortalità trattabile, sintomatico della scarsa attenzione che ancora oggi si attribuisce alla diffusione di una cultura della prevenzione. D'altro canto, la mortalità

[76] *Rapporto MEV(I),* Nebo Ricerche PA, 2017, disponibile su www.mortalitàevitabile.it , p. 2 cit.
[77] Si è scelto di riportare i dati relativi alla mortalità evitabile per il sesso maschile, data la prevalenza del genere sul totale nella misura del 64%.
[78] Per indice di mortalità evitabile si intende l'indicatore standardizzato "giorni perduti pro-capite".

trattabile, dunque attribuibile a cure inadeguate, è più alta in Campania, Calabria e Sicilia, in cui supera il valore di 14.

Il tasso di mortalità infantile è dato dal rapporto tra il numero di morti entro il primo anno di vita e il totale dei nati vivi su 1.000 nati. In Italia il tasso di mortalità infantile più elevato è registrato in Calabria (4,7), seguono Basilicata, Sicilia, Liguria, Campania, Friuli e Lazio con valori superiori alla media italiana (3,1). Il dato più sorprendente è la differenza tra i valori di mortalità infantile delle regioni del Centro-Nord, che in media è 2,5, e i valori delle regioni del Sud, che in media è 3,5. Un solo punto di differenza, su un dato talmente indicativo delle condizioni di salute di un territorio, ha una forte rilevanza.

Concludendo, i dati riportati in alto sull'adeguamento dei servizi regionali ai LEA, indicanti principalmente il corretto impiego delle risorse ospedaliere, e gli indicatori relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie in termini di risultato, ci consegnano l'immagine di un Paese diviso in due, confermando l'ipotesi che una quota della mobilità interregionale sia attribuibile proprio all'inadeguatezza dell'offerta: i SSR del Sud e delle piccole regioni riportano risultati innegabilmente peggiori rispetto alle altre regioni, esattamente come per la mobilità sanitaria.

## 4.2 TEMPI DI ATTESA

Le liste di attesa rappresentano una forte criticità per il Servizio Sanitario Nazionale secondo la percezione dei pazienti: il 30,5% delle segnalazioni che nel 2015 sono pervenute al Tribunale per i diritti del malato, inserite nel "Rapporto Pit Salute 2016", riguardano proprio la difficoltà di accesso alle prestazioni, dati i lunghi tempi di attesa. Secondo l'indagine Fbm-Censis del 2009, per il 72,8% degli italiani la lunghezza delle liste di attesa è il principale problema della sanità italiana. Considerata la rilevanza della questione, nell'ambito del DPCM del 29 novembre 2001, istitutivo dei LEA, era stato siglato un accordo tra governo e regioni (comprese le P.A. di Trento e Bolzano), che impegnava i SSR a stabilire i tempi massimi di attesa per alcuni tipi di prestazioni ambulatoriali e chirurgiche, introducendo, peraltro, l'obbligo di comunicare periodicamente le liste di attesa al Ministero della Salute in modo da valutare adeguatamente l'appropriatezza dell'offerta sanitaria. Con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012, oltre a ridefinire

le prestazioni per le quali le regioni sono tenute a comunicare i tempi massimi, si è riconosciuta la necessità di intervenire prioritariamente sulla riduzione dell'attesa per il trattamento delle patologie oncologiche e cardiovascolari vista l'elevata incidenza che queste ultime hanno sulla mortalità nel Paese. Il Piano, inoltre, conferma l'impegno, assunto dalle Regioni già nel 2006, di promuovere programmi di monitoraggio delle liste sui propri siti web, in modo da consentire ai cittadini di conoscere il reale stato di fruibilità dei servizi sanitari.

Nonostante gli sforzi compiuti al fine di governare e contenere i tempi di attesa della sanità, questi ultimi risultano addirittura in aumento[79] nel 2015 per certi tipi di interventi e visite specialistiche e solo alcune ASL riportano sui propri siti web le tanto auspicate liste d'attesa aggiornate periodicamente[80]. Potremmo, dunque, presumere che i tempi di attesa costituiscano una delle componenti centrali nell'analisi delle cause della mobilità sanitaria interregionale. A riguardo, vediamo ora alcuni dati relativi alle prestazioni monitorate dal Ministero della Salute, attraverso le schede di dimissione ospedaliera trasmesse dalle regioni.

Contrariamente a quanto ci si sarebbe potuto attendere, data la presunta correlazione tra tempi di attesa e mobilità sanitaria, che, dunque, vedrebbe le regioni con più alta mobilità passiva presentare liste di attesa più lunghe, sono soprattutto le regioni del Centro-Nord a registrare i tempi più elevati (tabella 6 e 7). L'attesa media in Italia per gli interventi sul tumore alla mammella è di 22,6 giorni. Piemonte, Liguria, Toscana e Sardegna superano all'incirca di una settimana tale media, mentre Valle D'Aosta e Veneto la raddoppiano perfino. Per gli interventi di tumore all'utero si attende più che nelle altre regioni in Molise (45,8), Valle D'Aosta (33,3), Piemonte (29), Toscana (28,1), Lazio (27,8) ed Emilia Romagna (26,3). Anche per il tumore alla mammella le liste più lunghe non si registrano nel Meridione: troviamo in testa la Sardegna (35,6), seguita da Toscana, Valle D'Aosta, Umbria, Marche, Piemonte e Lazio. Invece, territorialmente più omogenei sono i tempi di attesa per gli interventi a causa di tumore al colon retto e di tumore alla prostata, che in media si attestano rispettivamente a 22,2 e 42,5 giorni. Con riguardo agli interventi legati a patologie cardiovascolari, sono sempre i pazienti delle regioni centro-settentrionali ad attendere più

[79] Cfr. *XIX Rapporto Pit Salute: Accesso di Lusso*, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2016, pp. 18-37.
[80] Cfr. *I tempi di attesa nei siti web di Regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadino*, AGENAS, 2011.

Tabella 6

| Tempi medi attesa-Anno 2015 | | Piemonte | D'Aosta | Lombardia | Veneto | Friuli V.G. | Liguria | Emilia | Toscana | Umbria | Marche | Italia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regime ordinario | Tumore polmone | 30,1 | 42,3 | 17,8 | 47,2 | 22,4 | 28,6 | 18,1 | 26,7 | 20,1 | 24 | 22,6 |
| | Protesi anca | 95,3 | 40,8 | 85,5 | 104,1 | 89 | 88,4 | 95,3 | 81,8 | 62,3 | 53,1 | 67,5 |
| | Endoarteriectomia carotidea | 42 | 23 | 33,2 | 58,9 | 77,4 | 32,4 | 41,6 | 50,2 | 40,4 | 52,3 | 38,1 |
| | Angioplastica coronarica | 22,5 | 18,8 | 28 | 26 | 33,6 | 16,1 | 21,7 | 16,4 | 28,9 | 22 | 21,3 |
| | Bypass coronarico | 16 | - | 17 | 47,8 | 38,9 | 12,3 | 19,4 | 26,3 | 20,5 | 26,3 | 23,1 |
| | Tumore utero | 29 | 33,3 | 22,1 | 23,3 | 24 | 24,1 | 26,3 | 28,1 | 23,8 | 21,8 | 24,1 |
| | Tumore colon retto | 25,9 | 14,1 | 20,2 | 23,6 | 28,2 | 31 | 21,2 | 30,5 | 26,5 | 22,7 | 22,2 |
| | Tumore prostata | 44,9 | 24,7 | 47,7 | 45,9 | 36,7 | 38,5 | 40,5 | 48,7 | 58,1 | 53,8 | 42,5 |
| | Tumore mammella | 31,2 | 33 | 20,3 | 25,5 | 24,6 | 31,1 | 26,4 | 34,7 | 32,1 | 32,4 | 26,9 |
| Day Hospital | Coronarografia | 35,5 | - | 15,7 | 32,4 | 2,7 | 18,6 | 18 | 8,5 | | 39,8 | 26,2 |
| | Chemioterapia | 6,7 | - | 17,9 | 23,5 | 17,4 | 10,4 | 5,1 | 9 | 24,7 | 12,8 | 12,2 |

Tabella 7

| Tempi medi attesa-Anno 2015 | | Lazio | Abruzzo | Molise | Campania | Puglia | Basilicata | Calabria | Sicilia | Sardegna | Italia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regime ordinario | Tumore polmone | 22,5 | 18,2 | 5 | 16,9 | 20,5 | 15,6 | 6 | 21 | 25,5 | 22,6 |
| | Protesi anca | 62,7 | 32,9 | 83,5 | 33,8 | 57,6 | 71,3 | 34,8 | 50,2 | 59,9 | 67,5 |
| | Endoarteriectomia carotidea | 36,9 | 41 | 14,7 | 32,3 | 21,4 | 42 | 18,2 | 25,9 | 40,9 | 38,1 |
| | Angioplastica coronarica | 22 | 22,6 | 9,4 | 10,2 | 20,4 | 28,6 | 19,9 | 17,9 | 19 | 21,3 |
| | Bypass coronarico | 28 | 26,4 | 11,2 | 11,9 | 10,4 | 22,7 | 15,2 | 17,3 | 48,7 | 23,1 |
| | Tumore utero | 27,8 | 21 | 45,8 | 19,8 | 22,6 | 10,2 | 16 | 18,6 | 20,9 | 24,1 |
| | Tumore colon retto | 17,1 | 15,9 | 9,1 | 21,6 | 15,5 | 23,1 | 23,6 | 20,6 | 31,6 | 22,2 |
| | Tumore prostata | 44 | 48,9 | 18,1 | 47,4 | 48 | 46,4 | 31,8 | 43,9 | 39,7 | 42,5 |
| | Tumore mammella | 28,5 | 24,7 | 17,6 | 24,9 | 23,6 | 24,3 | 19,6 | 20,7 | 35,6 | 26,9 |
| Day Hospital | Coronarografia | 23,3 | | | 14,1 | 95 | | | 21,9 | 15,3 | 26,2 |
| | Chemioterapia | 10,6 | 23,6 | 2 | 8,2 | 15,4 | 8,1 | 12,5 | 5 | 6,8 | 12,2 |

Fonte: elaborazione dati annuali SDO

degli altri. Per un'angioplastica coronarica le liste di attesa in Friuli arrivano a 33,6 giorni, seguono Umbria (28,9) e Lombardia (28). Solo la Basilicata (28,6) tra le regioni del Sud presenta tempi superiori alla media (21,3). Veneto e Sardegna, di contro, detengono la bandiera nera per gli interventi di installazione di bypass coronarico: circa 25 giorni in più rispetto alla media (24,1). Tenendo conto della parzialità dei dati disponibili sulle procedure di coronarografia eseguite in day hospital ed escludendo i clamorosi 95 giorni di attesa in Puglia, sono Marche (39,8), Piemonte (35,5) e Veneto (32,4) a presentare tempi superiori alla media nazionale (26,2). Infine, per i trattamenti di chemioterapia, sempre in day hospital, l'attesa più lunga si rileva in Umbria (24,7), seguita da Abruzzo (23,6) e Veneto (23,5).

Stando a quanto emerso da questa parziale analisi dei tempi di attesa per regione, non ci sarebbe una netta correlazione tra liste di attesa e mobilità interregionale, se non per i casi di Sardegna, Abruzzo, Marche, Piemonte e Valle D'Aosta. In tutti gli altri casi, riscontriamo tempi di attesa superiori alla media per le regioni con inferiore mobilità passiva (vedi il caso di Lombardia, Emilia Romagna e Toscana). Certo è che tali dati rappresentano l'attesa media sull'intero territorio regionale e solo con riferimento ad alcuni tipi di prestazioni; è probabile che i centri di eccellenza di queste regioni, in cui si concentrano i flussi di mobilità attiva, presentino liste di attesa più brevi. Peraltro, le visite diagnostiche, per le quali non sono resi pubblici i tempi di attesa complessivi a livello regionale, sono quelle più segnalate dai pazienti come inaccessibili proprio a causa delle liste di attesa. Presumibilmente, sono i ritardi in questo genere di prestazioni ad essere in parte causa di mobilità. Ad ogni modo, le lacune informative rispetto al monitoraggio delle liste di attesa non consentono di stabilire in che misura queste ultime incidano sulla mobilità sanitaria. L'unico dato certo di cui disponiamo a tal riguardo risale al 2005, quando da una rilevazione del Censis emerse che i minori tempi di attesa incidono solo per il 5% sulla scelta di recarsi fuori regione.[81]

## 4.3 LE MOTIVAZIONI SOCIALI DELLA MOBILITÀ

La mobilità sanitaria è un fenomeno il cui substrato è costituito da individui e società, per questo può considerarsi inestricabilmente legata a meccanismi di carattere psicologico e

[81] Cfr. C. Collicelli, *La mobilità sanitaria come problema sociale*, in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2012, pp. 19-23.

sociale. Da un lato, infatti, la mobilità è interpretabile come risultato della decisione di un paziente che, individualmente, ritiene opportuno cercare cure altrove; dall'altro, la mobilità è un fatto sociale, ovvero un modo di agire "suscettibile di esercitare sull'individuo una costrizione esteriore" o "che è generale nell'estensione di una data società"[82], stando alla definizione di Durkheim. Infatti, soffermandoci su quest'ultima interpretazione della mobilità, è bene non trascurare l'influenza che la percezione diffusa della qualità di un sistema sanitario ha sulla scelta di emigrare. Capita di frequente che alcune strutture sanitarie siano penalizzate da una consolidata reputazione negativa, spesso fondata sulle drammatiche esperienze vissute da chi le ha realmente frequentate. Ma non sono rari i casi in cui un ospedale venga additato come "di scarsa qualità", in virtù di un'esperienza vissuta molti anni prima o mai vissuta, lasciando che sia il "passa-parola" a influenzare il nostro giudizio. Con ciò, non si intende qualificare come "irrazionale" la scelta di curarsi fuori regione. Infatti, se è razionale un'azione volta a rimuovere un'"insoddisfazione" nel modo più conveniente rispetto allo scopo[83], si deve ritenere razionale anche evitare una struttura ospedaliera in quanto insoddisfacente, nonostante lo stato di insoddisfazione derivi dalla sua reputazione. Inoltre, non di rado è proprio l'opinione dei professionisti sanitari, che più degli altri sono informati sulla qualità di un ospedale, a determinarne la reputazione. Ad ogni modo, è indubbio che la reputazione costituisca la principale discriminante per la scelta del luogo di cura[84].

Partendo da questa premessa circa la natura psicologica e sociale della mobilità sanitaria, tentiamo di indicare sistematicamente quali sono le valutazioni che inducono un soggetto ad andare fuori regione.

La già citata rilevazione Censis[85] individuava tre aree di motivazione della mobilità: l'area della qualità, ovvero la percezione della qualità delle strutture, del personale medico e della loro umanizzazione; l'area della dimensione pratico-logistica, intesa come presenza di un familiare che possa assistere il paziente nella regione, conoscenza di un medico/infermiere dell'ospedale o comodità nel raggiungere la struttura; l'area della necessità, quindi tempi di

[82] È. Durkheim, *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia*, 1895.
[83] Così E. Di Nuoscio, *Il mestiere dello scienziato sociale. Un'introduzione all'epistemologia delle scienze sociali*, Liguori, Napoli, 2006, pp. 130-132, sulla teoria della prasseologia di L. von Mises.
[84] G. Fattore, *La mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo*, in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2012, pp.24-25.
[85] *Strumenti per il monitoraggio e la razionalizzazione della mobilità ospedaliera interregionale. Aspetti motivazionali (sintesi)*, Censis, Roma, 2005.

attesa e assenza della prestazione richiesta nella ASL di residenza. Secondo i dati del 2005, l'area della qualità pesa per il 66,2% nella scelta di andare fuori regione, l'area pratico-logistica per il 30,9% e quella della necessità per il 26,2%[86]. Quest'ultima area è stata già trattata nei paragrafi relativi all'appropriatezza dell'offerta ospedaliera e ai tempi di attesa; restano le altre due aree motivazionali, che attengono più specificatamente a motivazioni di rilievo sociale.

All' interno della dimensione pratico-logistica, troviamo aspetti relativi alla comodità di accesso alla prestazione. In primis, rientra in questa area motivazionale la mobilità sanitaria di confine (nella misura del 6%): l'unica qualità dell'ospedale che induce il paziente a preferirlo ad uno della propria ASL/regione è la prossimità geografica. In tal caso non si può propriamente parlare di mobilità sanitaria intesa come fenomeno patologico ed evitabile.

Anche la presenza di un familiare in zona e la conoscenza di un professionista nella struttura sono motivazioni della mobilità sanitaria in senso pratico-logistico. La prima, che al 2005 rappresentava il 4,6% dei casi, denota la ricerca di un'assistenza complessiva da parte del paziente, che copra il periodo antecedente e successivo al ricovero. Difatti, la ridotta dimensione dell'assistenza territoriale[87] in molte regioni italiane e l'assenza di un apposito programma che garantisca il supporto al di fuori dell'esperienza di ricovero, fa sì che siano le famiglie a doversi far carico dell'assistenza del paziente all'esterno delle mura ospedaliere. Riflettendo, dunque, sui dati della mobilità sanitaria, che vedono le regioni del Sud cedere pazienti a quelle del Nord, possiamo ritenere che una componente di questo fenomeno sia la necessità da parte dei ricoverati provenienti dalle regioni meridionali di essere assistiti da familiari che risiedono al Nord. È come se, per certi versi, la mobilità sanitaria riflettesse la persistente, per quanto attualmente ridimensionata, migrazione Sud-Nord legata a motivazioni di lavoro e di studio.

Ciò nonostante, stando ai dati del Censis, nella scelta di spostarsi risulta di gran lunga più rilevante la conoscenza di un medico o di un infermiere che presti servizio nella struttura di ricovero (20,3%). In molti casi la motivazione non è solo da attribuire alla fiducia professionale che il paziente nutre nei confronti del medico/infermiere conosciuto: può

[86] Il totale delle percentuali non fa cento, perché gli intervistati potevano fornire più risposte.
[87] L'assistenza territoriale o distrettuale è costituita dall'insieme delle prestazioni ambulatoriali, mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-sanitarie e palliative che l'ASL garantisce ai propri assistiti al di fuori delle strutture di ricovero per acuti in modo continuativo. In questa fattispecie rientrano, tra le altre, l'attività del medico di base e del pediatra, l'assistenza domiciliare per anziani e disabili e la farmaceutica convenzionata.

accadere che quest'ultimo appartenga ad un reparto differente da quello di ricovero. Per questo, si ritiene che sia anche il supporto informativo, burocratico e organizzativo che è in grado di fornire un professionista operante in una data struttura a stimolare il paziente a recarvisi.

Resta ancora da approfondire l'area della qualità, che è legata alla percezione che il paziente ha della struttura, dei medici e dei rapporti con il personale ospedaliero. Come anticipato, i giudizi sulla qualità dell'offerta ospedaliera possono derivare da un'esperienza pregressa del paziente, dalle voci di parenti e conoscenti oppure da una valutazione del medico di famiglia. Di fatti, la scelta di recarsi fuori regione è "prevalentemente una scelta informata, e dunque basata su conoscenze e input che il cittadino si è procurato e/o dei quali dispone sia dell'ospedale del ricovero, che, più in generale, della dotazione dell'offerta della propria regione"[88]. Ma oltre ad amici e conoscenti, internet costituisce oggi una fonte informativa altrettanto importante: è tramite il web che, sempre più spesso, il paziente realizza autonomamente la propria diagnosi ed è sempre sul web che cerca il medico o l'ospedale più adatto alla sua patologia. Questo fenomeno è sintomo, da un lato, della crescente e deleteria propensione all'autocura da parte dei cittadini e, dall'altro, di quanto sia divenuto essenziale nella scelta migratoria il confronto tra le performance delle strutture sanitarie, in un'ottica di concorrenza tra SSR.

Ad ogni modo, degli elementi che costituiscono l'area della qualità (dalla percezione dei pazienti, al ruolo fondamentale ricoperto dal medico di famiglia nella scelta della struttura di ricovero, alla "sfida dell'autocura") tratteremo più approfonditamente nei prossimi sotto-paragrafi.

### 4.3.1 LA PERCEZIONE DELLA QUALITÀ

Nell'analisi della qualità del servizio ospedaliero percepita dal paziente rientrano tre dimensioni: la qualità della struttura, la qualità dei medici e l'umanizzazione nei rapporti tra personale sanitario e paziente.

[88] *Strumenti per il monitoraggio e la razionalizzazione della mobilità ospedaliera interregionale. Aspetti motivazionali (sintesi)*, Censis, Roma, 2005, p. 4 cit.

Il concetto di qualità della struttura è senza dubbio molto ampio. Esso comprende le caratteristiche fisiche dell'ospedale: lo stato di avanzamento delle tecnologie impiegate, l'accessibilità della struttura, il confort alberghiero, le dotazioni e la manutenzione dei reparti di degenza, la conformazione dei reparti pediatrici; ma anche le sue caratteristiche organizzative, ovvero il grado di accessibilità alle informazioni e di semplificazione delle procedure (prenotazione, ricovero)[89].

Solo alcuni di questi aspetti della qualità ospedaliera sono colti dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana" che realizza l'Istat annualmente. Si tratta della soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi alberghieri e igienici rilevata tra i soggetti che abbiano sperimentato almeno un'esperienza di ricovero nei tre mesi precedenti all'intervista. Come è possibile rilevare dal grafico riferito all'anno 2015, il giudizio dei pazienti è molto diversificato per regione, si va da una percentuale di "molto soddisfatti" per vitto del 50,2% nella P.A. di Bolzano ad una del 6,3% in Puglia. Lo stesso vale per la soddisfazione relativa

Tabella 8

| Regioni e P.A./anno | % intervistati "molto soddisfatti" per: vitto | servizi igienici |
|---|---|---|
| Nord | 30,8 | 33,9 |
| Piemonte | 37,3 | 45,3 |
| Valle D'Aosta | 36,7 | 49 |
| Lombardia | 27 | 47 |
| P.A. Bolzano | 50,2 | 58 |
| P.A. Trento | 47,8 | 68,4 |
| Veneto | 30,5 | 42,1 |
| Friuli Venezia Giulia | 21,2 | 46,2 |
| Liguria | 21,5 | 27,9 |
| Emilia Romagna | 34,7 | 50,8 |
| Centro | 22,3 | 31,2 |
| Toscana | 28,3 | 35,4 |
| Umbria | 41,6 | 50,7 |
| Marche | 17,7 | 31,1 |
| Lazio | 16,1 | 25,3 |
| Sud | 12,7 | 19 |
| Abruzzo | 33,8 | 79,8 |
| Molise | 13,6 | 14,5 |
| Campania | 9,6 | 16 |
| Puglia | 6,3 | 13,7 |
| Basilicata | 22,1 | 23,8 |
| Calabria | 15,1 | 18,4 |
| Isole | 16,5 | 19,7 |
| Sicilia | 17,1 | 17,1 |
| Sardegna | 14,2 | 30,6 |

Fonte: Istat (2015)

[89] *Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero*, AGENAS, Roma, 2014.

ai servizi igienici: nella P.A di Trento è "molto soddisfatto" il 68,4% degli intervistati, mentre in Puglia solo il 13,7%.

Le regioni del Sud sono quelle che raccolgono le valutazioni peggiori per i servizi alberghieri (12,7%), con uno scarto di 18 punti percentuali rispetto alle regioni del Nord. Anche per le isole non si incontrano forti consensi su questo aspetto: il 16,5% si dice "molto soddisfatto". Mentre i giudizi migliori riguardano la gran parte delle regioni del Nord, l'Umbria (41,6%) e la Toscana (28,3%) per il Centro.

Piuttosto simile è la valutazione relativa ai servizi igienici: quasi tutte le regioni settentrionali hanno una percentuale di "molto soddisfatti" superiore al 40% (solo la Liguria si attesta al 27,9%); mentre nelle regioni meridionali e nelle isole il grado di soddisfazione è di gran lunga inferiore: rispettivamente 19% e 19,7%.

La seconda dimensione della qualità percepita è la qualità dei medici. Quest'ultima costituisce la principale causa di mobilità (33,3%[90]) in termini assoluti. Anche qui, il concetto di qualità dell'assistenza medica può includere nel suo significato diversi elementi:

Tabella 9

| Regioni e P.A./anno | % intervistati molto soddisfatti per: assistenza medica |
|---|---|
| Nord | 50,9 |
| Piemonte | 48,9 |
| Valle D'Aosta | 61,4 |
| Lombardia | 55,8 |
| P.A. Bolzano | 53,8 |
| P.A. Trento | 60,5 |
| Veneto | 40,9 |
| Friuli Venezia Giulia | 48,5 |
| Liguria | 41,8 |
| Emilia Romagna | 55,2 |
| Centro | 35,8 |
| Toscana | 44,8 |
| Umbria | 46,9 |
| Marche | 56,1 |
| Lazio | 26,2 |
| Sud | 24,6 |
| Abruzzo | 51,6 |
| Molise | 20,5 |
| Campania | 20,4 |
| Puglia | 18,5 |
| Basilicata | 36,2 |
| Calabria | 23,7 |
| Isole | 27,6 |
| Sicilia | 24,5 |
| Sardegna | 40 |

Fonte: Istat (2015)

Tabella 10

| Regioni e P.A./anno | % intervistati molto soddisfatti per: assistenza infermieristica |
|---|---|
| Nord | 52,4 |
| Piemonte | 51,7 |
| Valle D'Aosta | 55,2 |
| Lombardia | 54,2 |
| P.A. Bolzano | 57,5 |
| P.A. Trento | 71,6 |
| Veneto | 44,6 |
| Friuli Venezia Giulia | 49 |
| Liguria | 39,6 |
| Emilia Romagna | 59,9 |
| Centro | 37 |
| Toscana | 48,4 |
| Umbria | 44,2 |
| Marche | 46,1 |
| Lazio | 27,3 |
| Sud | 24,3 |
| Abruzzo | 50,4 |
| Molise | 18,2 |
| Campania | 19,2 |
| Puglia | 20,3 |
| Basilicata | 25,5 |
| Calabria | 22 |
| Isole | 27,3 |
| Sicilia | 24,7 |
| Sardegna | 37,7 |

Fonte: Istat (2015)

[90] *Strumenti per il monitoraggio e la razionalizzazione della mobilità ospedaliera interregionale. Aspetti motivazionali (sintesi)*, Censis, Roma, 2005.

l'esperienza, intesa come mole di casi clinici trattati, il grado di specializzazione nell'eseguire certe procedure, l'uso di tecniche all'avanguardia, il tasso di riuscita di delicati interventi chirurgici, ecc. D'altronde, anche elementi meno tecnici possono rientrare nella valutazione della qualità medica, come la disponibilità dell'equipe, la costanza nel seguire i pazienti, la chiarezza espositiva e molti altri aspetti, che, in alcuni casi, sconfinano nella dimensione dell'umanizzazione.

La percezione della qualità medica è colta appieno dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana" con riferimento alla misura della soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza medica ricevuta in ospedale, riportata nella tabella 9. Ancora una volta i dati ci restituiscono il volto di un Paese diviso a metà, anche sul piano della percezione del servizio sanitario. In media nelle regioni del Nord il 50,9% si dichiara "molto soddisfatto" per la qualità dell'assistenza medica, con picchi in Valle D'Aosta (61,4%), nella P.A. di Trento (60,5%), in Lombardia (55,8%) e in Emilia Romagna (55,2%). Scendendo verso il Centro, la soddisfazione cala al 35,8%; questo principalmente a causa del risultato del Lazio: solo il 26,2% degli intervistati si dice "molto soddisfatto" dell'assistenza medica. Infine, per il Sud e le Isole si registra una percentuale di gradimento pari al 26% in media. Le valutazioni peggiori spettano alla Puglia (18,5%), al Molise (20,5%) e alla Campania (20,4%); mentre si distinguono positivamente Abruzzo (51,6%) e Sardegna (40%).

Concludiamo la riflessione sulla qualità ospedaliera con l'umanizzazione dei rapporti tra pazienti e personale socio-sanitario. Questa dimensione, più delle precedenti, può ritenersi non solo un indicatore della qualità percepita, ma un "indicatore della qualità in sé"[91]. Difatti, è possibile che la percezione della competenza di un medico possa essere distorta da fattori esterni e, dunque, non corrispondere alla qualità effettiva; per quanto concerne la "qualità relazionale"[92], invece, l'unico strumento di misurazione di cui si dispone è l'opinione dei pazienti, poiché è solo la loro percezione a determinare la maggiore o minore "umanità" del personale medico.

Con il termine "umanizzazione" in ambito sanitario si intende quella modalità di approcciarsi al malato, non semplicemente in quanto portatore di una patologia, ma come persona umana, dotata di una propria dignità e sensibilità. Rientrano, dunque, in questo concetto una serie di aspetti relazionali: l'attenzione verso le esigenze del paziente, la

[91] F. Toth, op. cit., p. 85, cit.
[92] La "qualità relazionale" ha a che fare con la capacità dell'erogatore di un servizio di relazionarsi con l'utente. A proposito cfr. La Spina e E. Espa, *op. cit.*, pp. 144-148

cortesia, la disponibilità nel fornire informazioni, la tutela della privacy, il rispetto delle specificità etniche, culturali e religiose, il supporto psicologico, ecc.

Riflettendo sui dati del Rapporto Pit Salute 2016, emerge che sono in aumento le segnalazioni di cittadini che hanno incontrato difficoltà nel ricevere adeguate informazioni sul proprio stato di salute dal personale socio-sanitario (+4%). Aumentano anche i casi di incuria verso i pazienti (+3,1%) e di maltrattamento nei confronti dei soggetti più deboli (+1,6%).

Purtroppo, non disponiamo di dati sull'umanizzazione nei rapporti ospedalieri distinti per regione. D'altra parte, la soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza medica e all'assistenza infermieristica potrebbe fungere da indicatore della qualità relazionale. La soddisfazione per l'assistenza medica, già esaminata, oltre a tutti gli elementi di valutazione tecnica, comprende anche giudizi sulla relazione medico-paziente; ma ancor più rilevante nel misurare l'umanizzazione è la soddisfazione per l'assistenza infermieristica, poiché l'infermiere più di ogni altra figura socio-sanitaria funge da riferimento per il paziente sul piano assistenziale e umano.

La tabella 10 riporta la soddisfazione dei cittadini rispetto all'assistenza infermieristica. Si nota facilmente come l'esito della rilevazione risulti molto simile a quello relativo all'assistenza medica: nelle regioni del Nord la percentuale di "molto soddisfatti" (52,4%) è più del doppio rispetto a quella delle regioni del Sud (24,3%). Stando, dunque, alla nostra precedente riflessione un tale risultato suggerirebbe una minore umanizzazione da parte del personale medico-sanitario al Meridione rispetto al Centro-Nord.

In conclusione, l'area della qualità percepita, che rientra nel più ampio concetto di reputazione della struttura ospedaliera, rappresenta, senza alcun dubbio, la componente motivazionale più rilevante nella scelta migratoria. Difatti, la soddisfazione dei pazienti rispetto alle caratteristiche fisiche e organizzative degli ospedali, all'assistenza medica e all'umanizzazione nei rapporti riflette la geografia della mobilità sanitaria interregionale, vedendo le regioni del Sud e le Isole conseguire risultati peggiori rispetto al resto d'Italia.

### 4.3.2 FIGURE CHIAVE NELLA SCELTA DELLA STRUTTURA DI CURA

Come anticipato, la decisione di emigrare è sempre una scelta informata. In certi casi le informazioni vengono raccolte dal cittadino autonomamente, come avremo modo di approfondire nel paragrafo successivo, in altri sono alcune figure chiave, professionali e non, a svolgere un ruolo di indirizzo verso il luogo di cura. Tra queste, la più incisiva è quella del medico di famiglia. Secondo il rapporto Censis del 2005, il 56,8% degli intervistati diceva di essere stato indirizzato fuori regione proprio dal medico di base. Tale dato è rappresentativo del ruolo ricoperto da quest'ultimo nella mobilità sanitaria interregionale e nella sua gestione.

Il medico di base, così come il pediatra, è il primo punto di contatto del cittadino con il sistema di salute. Egli si occupa di monitorare continuativamente lo stato di salute del paziente, attraverso visite mediche ambulatoriali e domiciliari, e di inserirlo, se necessario, in un iter terapeutico all'interno del servizio sanitario, mediante proposte di ricovero e richieste di visite specialistiche[93]. Nondimeno, il medico di famiglia è un punto di riferimento essenziale nella vita personale del paziente. Egli funge spesso da consulente, data la costanza e la specificità del rapporto che si instaura con l'assistito. In molti casi, si tratta dell'unico professionista medico che il cittadino conosce, a cui può rivolgere le proprie perplessità e chiedere sostegno. È evidente, quindi, quanto quest'ultimo possa incidere sulla scelta di curarsi altrove.

È indubbio, che il primo obiettivo del medico di base sia la salute del paziente, dunque, la scelta di indirizzarlo in una struttura ospedaliera extra-regionale deve considerarsi necessaria per il raggiungimento di tale fine. Tuttavia, può accadere che un simile esito sia dettato da un'insufficiente conoscenza dell'offerta territoriale.

Da uno studio[94] sulla mobilità regionale per gli anni 2010-2013, realizzato da Li Calzi e Siniscalchi, per conto dell'assessorato alla salute siciliano, emergeva che tra le cause endogene della mobilità vi fosse anche una comunicazione inadeguata tra medici di famiglia e SSR. Più semplicemente, si è notato come molti medici non fossero a conoscenza di una serie di prestazioni, anche ad alta specializzazione, offerte nel territorio della ASL o della regione. È evidente che questa determinante della mobilità sanitaria potrebbe essere eliminata

[93] http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=57&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente.
[94] G. Li Calzi e S. Siniscalchi, *Mobilità sanitaria. Una proposta di intervento regionale a beneficio dei pazienti, dei sanitari, degli erogatori pubblici e privati*, Assessorato Regionale della Salute- Regione Siciliana, 2014.

semplicemente promuovendo un sistema di informazione e di aggiornamento dei medici sull'offerta regionale.

Altre figure chiave che concorrono nell'indirizzare la scelta della struttura di cura sono familiari e amici. È grazie alla rete di conoscenze interpersonali che si alimenta la reputazione positiva o negativa di un ospedale. In molti casi, commenti e giudizi avversi derivano da esperienze consolidate, in altri è sufficiente una sola esperienza di ricovero negativa per sconsigliare una struttura. Tuttavia, è anche possibile che, pur non essendo al corrente del livello di qualità dei servizi ospedalieri della propria regione, un soggetto tenda a non raccomandarli perché bene a conoscenza dell'elevata qualità offerta da altri presidi. In tal caso, la mobilità non è tanto legata all'assenza di un'adeguata offerta sanitaria sul territorio, ma alla mancanza di una strategia di comunicazione, che consenta agli utenti di conoscere efficacemente i servizi di cui possono disporre nella propria ASL/regione e fidarsi di quest'ultima.

### 4.3.3 LA PROPENSIONE ALL' *AUTOCURA*

Una dimensione strettamente correlata alla mobilità sanitaria è quella della propensione del paziente all'autocura. Nel corso degli ultimi decenni si è profondamente modificato il rapporto tra medico e paziente: da un lato, la storica "dominanza medica"[95] ha subito un declino inesorabile[96], testimonianza ne sono i frequenti contenziosi medico legali, dall'altra, il paziente si è evoluto, divenendo sempre più indipendente e consapevole.

Sono quattro gli elementi che qualificano il "nuovo paziente": la qualità dei servizi attesa, l'accesso diretto alle informazioni, la non *compliance*, la tendenza all'autocura[97].

Le aspettative dei pazienti sulla qualità dei servizi sanitari si sono accresciute progressivamente a partire dal riconoscimento della salute quale diritto fondamentale del cittadino (nel caso italiano, dell'individuo). Quando nel 1978 fu istituito il Servizio Sanitario

[95] L'espressione "dominanza medica" fu coniata nel 1970 dal sociologo Eliot Freidson. Con questa espressione si intende la posizione di dominio del medico nel rapporto con il paziente, dovuta alle conoscenze esclusive di cui egli dispone. Il dominio, dunque, è legato alla professionalità del medico, intesa come capacità di saper svolgere la propria professione. A differenza di tutte le altre "dominanze professionali" però, quella medica risulta rafforzata dalla finalità del rapporto con il paziente: la cura della salute.
[96] Cfr. S. Spinsanti, *Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente*, Treccani, 2010. Disponibile su http://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_(XXI-Secolo)/.
[97] Così C. Collicelli, *op. cit.*, slide 6.

Nazionale, il paziente ha iniziato a rapportarsi al sistema di salute in quanto cittadino, nella facoltà di rivendicare precisi diritti a prestazione, e la qualità dei servizi sanitari compare tra tali rivendicazioni. L'evoluzione della scienza medica e delle tecnologie sanitarie, poi, ha rafforzato l'attenzione dei pazienti rispetto alla qualità dell'offerta sanitaria, congiuntamente all'evoluzione dei sistemi di informazione. Difatti, la conoscenza degli standard qualitativi di altri sistemi sanitari regionali è "alla portata di un clic", specie in seguito alla federalizzazione del sistema sanitario che ha accentuato dinamiche competitive e, di conseguenza, comparative.

Questo tema rimanda al secondo elemento costitutivo del "nuovo paziente": l'accesso diretto alle informazioni. La possibilità di acquisire facilmente informazioni su patologie, diagnosi, procedure, presidi di cura ha consentito al paziente di divenire un "interlocutore informato" del sistema sanitario. Il cittadino, così, è sempre più consapevole del proprio stato di salute e delle strategie di cura che potrebbe intraprendere. È da questa consapevolezza che frequentemente viene meno la *compliance* del paziente, il quale non è più disposto ad accettare passivamente le consulenze e le prescrizioni del proprio medico.

La *non compliance* si distingue in non intenzionale e intenzionale. La prima può imputarsi all'età avanzata, all'elevato costo della terapia, al difficile contesto psico-sociale in cui riversa il paziente. Invece, la *non compliance* intenzionale, quale diretta conseguenza delle aspettative del paziente e dell'accesso diretto alle informazioni, si configura come un atteggiamento cosciente del paziente, che intende partecipare attivamente alla definizione della terapia, quindi, alla scelta del luogo di cura.

Il "nuovo paziente", così, ritiene spesso di essere indipendente nella gestione della propria salute. Di conseguenza, è sempre più frequente la propensione all'automedicazione[98] e, più genericamente, all'autocura. Per *autocura* si intende "una prassi autonoma, messa in atto dal cittadino al fine di trovare soluzioni di autogestione della salute"[99]. Questa tendenza implica la disintermediazione tra paziente e cura, riducendo il ricorso al medico o marginalizzandone il ruolo, anche nella scelta del luogo di cura. Difatti, precedentemente

[98] L'automedicazione consiste nel provvedere autonomamente a curare i comuni disturbi di salute, mediante l'uso di farmaci non soggetti a prescrizione o prodotti curativi non farmaceutici, senza consultare preventivamente un parere medico. Talvolta, l'espressione include nel proprio significato la tendenza a praticare uno stile di vita salutare, anche mediante l'uso di formule di medicina alternativa (omeopatia, agopuntura, aromaterapia).

[99] V. Agnoletti, *Verso l'autocura e l'automedicazione. Una convergenza apparente*, Franco Angeli- Salute e Società, Milano, 2012, p. 17 cit.

abbiamo trattato dell'influenza che il medico di famiglia ha sulla scelta dell'ospedale nell'eventualità di un ricovero; ma può accadere che la decisione di rivolgersi ad una precisa struttura derivi esclusivamente da un'analisi del paziente, magari influenzata dalla voce di parenti e amici o dalle informazioni riportate su internet rispetto alla qualità dei servizi.

Onde evitare di interfacciarsi con il medico di base, il paziente può recarsi direttamente da uno specialista operante all'interno della struttura prescelta, sia essa regionale o extra-regionale, ottenendo da quest'ultimo la proposta di ricovero. Difatti, quando il soggetto è così indipendente, quella di migrare è un'opzione come un'altra: l'ambito di scelta del luogo di cura è, di norma, più ampio della sola regione di residenza.

È evidente che questo approccio al sistema sanitario si sviluppi principalmente in certe tipologie di cittadini: è raro che un anziano solo, privo degli strumenti conoscitivi ed economici per decidere autonomamente della propria cura decida di migrare in assenza di specifiche indicazioni del medico di riferimento. Sono, di norma, i soggetti più giovani, economicamente benestanti e con più facile accesso alle informazioni (tramite il web o le relazioni interpersonali), a sviluppare una simile propensione all'autocura.

Il rischio annesso a tale tendenza è quello di promuovere una mobilità sanitaria ingiustificata, ovvero evitabile rispetto all'offerta sanitaria del territorio. Il cittadino informato, per quanto autonomo, non risulterà mai un interlocutore sufficientemente esperto al punto di stabilire quale sia il percorso di cura che gli è più consono, data la parzialità delle informazioni di cui dispone sul piano clinico e assistenziale. Per questo, una maggiore attenzione alle strategie relazionali tra medico di base e paziente e la redazione di sistemi di orientamento dedicati sono auspicabili al fine di ridimensionare la propensione all'autocura, intesa come scelta autonoma della struttura di ricovero.

## 5. I COSTI ECONOMICI E ORGANIZZATIVI DELLA MOBILITÀ

La mobilità sanitaria interregionale presenta connotati e, dunque, implicazioni differenti, a seconda della sua natura. Abbiamo avuto modo di distinguere tra una mobilità sana, la mobilità fisiologica, e una mobilità nociva, la mobilità evitabile[100]. Entrambe presentano implicazioni economiche e organizzative differenti.

La mobilità fisiologica si configura quale dinamica necessaria, se non addirittura virtuosa, per il corretto funzionamento del SSN. Difatti, essa garantisce al cittadino di esercitare il proprio diritto di libera scelta del luogo di cura o, più propriamente, nel caso in specie, è il solo modo per lo stesso di godere del fondamentale diritto alla salute relativamente a quelle prestazioni ad altissima specializzazione indisponibili sul territorio locale o regionale. Inoltre, essa promuove lo sfruttamento di economie di scala e meccanismi di iper-specializzazione del personale, delle tecnologie e delle strutture, che migliorano la qualità dell'offerta per le prestazioni più complesse.

Di contro, la mobilità evitabile è causa di una serie di costi nel breve e nel lungo periodo per il sistema sanitario e per i cittadini. Sebbene, nel breve periodo, quest'ultima, come la mobilità sana, ampliando le opzioni di scelta della struttura ospedaliera, e consentendo, così, l'accesso a servizi sanitari di elevata qualità, dovrebbe generare un saldo di conseguenze complessivamente positivo, non sempre è così. Difatti, risultato di una massiccia mobilità attiva relativa a prestazioni di medio-bassa complessità potrebbe essere la riduzione dell'offerta ospedaliera regionale per i residenti[101]. Inoltre, la gestione della mobilità sul piano burocratico e finanziario, richiede, in ogni caso, l'impegno di risorse e personale amministrativo, specialmente nel governo delle compensazioni economiche e nella risoluzione di eventuali contenziosi tra regioni[102].

Sul piano organizzativo, poi, le conseguenze della migrazione appaiono ancor più gravi. Nel breve periodo l'azienda (ASL e AO) è chiamata a sostenere una serie di costi, distinguibili, in relazione ai volumi di produzione, in costi fissi e costi variabili. I primi sono quei costi che non variano al variare della quantità di prestazioni prodotte, come gli stipendi del personale, l'ammortamento annuo dell'immobile ospedaliero e delle apparecchiature, i

[100] Cfr. F. Longo, *Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali,* in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma, 2012, pp. 81-83.
[101] Così G. Fattore, *La mobilità sanitaria nel breve…*, pp. 24-25.
[102] Così C. Collicelli, *op. cit.*, pp. 19-23.

contratti di fornitura esterni, le polizze assicurative di responsabilità civile; mentre i secondi possono modificarsi a seconda del volume di produzione, esempi ne sono il costo dei farmaci, dei materiali ad alta intensità di consumo, le consulenze esterne. Tuttavia non c'è un perfetto equilibrio tra costi fissi e costi variabili nel sistema nazionale di aziende sanitarie: prevalgono i costi fissi. Così, le regioni più attrattive, disponendo di un bacino di utenza più ampio rispetto a quello standard, sono in grado di ammortizzare i costi fissi rapidamente; di contro, le regioni che presentano consistenti saldi negativi di mobilità, in assenza di una domanda proporzionale alla capacità produttiva di cui dispongono, pagano costi unitari (costi fissi diviso le unità di servizi prodotte) superiori. L'esito di tale meccanismo è un forte squilibrio nell'efficienza produttiva tra regioni. Peraltro, le aziende ospedaliere la cui offerta sanitaria eccede la domanda di prestazioni, proprio a causa della mobilità, potrebbero utilizzare in maniera inappropriata la struttura, ad esempio mediante il ricorso all'ospedalizzazione per prestazioni che potrebbero essere eseguite in regime ambulatoriale[103].

Ma le regioni con alto indice di fuga e scarsa attrattività non sono le sole a subire gli effetti negativi della mobilità nel breve periodo. Un incremento dell'utenza per le regioni con saldi di mobilità positivi, potrebbe causare un sovraffollamento delle strutture e una lievitazione dei tempi di attesa. Difatti, al paragrafo 4.2 abbiamo potuto notare come le liste di attesa più lunghe per certi tipi di prestazioni spettassero per la maggiore alle regioni del Centro-Nord, che in linea di massima presentano saldi di mobilità in pareggio o positivi.

Restando sul tema dell'efficienza organizzativa e dell'economicità, molti studiosi ritengono addirittura che vi sia un interesse da parte delle regioni, alimentato dalle politiche di *soft budget constraint*, nel mantenere saldi di mobilità sbilanciati[104]. Per *soft budget constraint* si intende la previsione di vincoli di bilancio flessibili nel governo della spesa. Nel caso in specie, le regioni italiane, per quanto impegnate a provvedere autonomamente alla copertura della spesa sanitaria, possono contare in ultima istanza sul finanziamento della spesa ritenuta essenziale da parte del governo nazionale. Partendo da tale presupposto, Levaggi e Menoncin[105] hanno elaborato un modello che pone in correlazione il disavanzo regionale e la mobilità sanitaria. I due, notando che le regioni in disavanzo contabile presentavano i più alti saldi di mobilità negativa, mentre quelle in equilibrio di bilancio

[103] Così G. Fattore, *La mobilità sanitaria nel breve…*, pp. 24-25.
[104] Così G. Quattrone, *Gli effetti della riorganizzazione della rete ospedaliera sulla mobilità sanitaria*, in *Quaderni del Dipartimento Di Scienze Economiche e Sociali*; Serie Rossa: Economia-Quaderno N. 95, 2013.
[105] R. Levaggi e F. Menoncin, *Soft budget costraint in health care: evidence from Italy*, 2010.

registravano una forte mobilità attiva, sono giunti alla conclusione che per entrambe fosse conveniente cristallizzare i flussi di mobilità. Infatti, le regioni con bilancio negativo, riducendo le prestazioni ospedaliere, in ragione di una minore domanda di servizi sanitari, otterrebbero l'illusorio vantaggio di contenere la spesa, dunque la pressione fiscale sui contribuenti. Le regioni in attivo, invece, attraverso i pazienti provenienti da fuori regione otterrebbero minori costi unitari, compensando il loro surplus di capacità produttiva, senza gravare sulla fiscalità regionale. Questo meccanismo, dunque, indurrebbe ad una riduzione della pressione fiscale a livello regionale, con i noti ritorni sul piano del consenso politico-elettorale, ma, al contempo, ad un incremento della spesa sanitaria nazionale, chiamata a compensare il deficit delle regioni con bilanci negativi.

Partendo proprio da quest'ultima osservazione, passiamo ad esaminare gli effetti della mobilità evitabile nel lungo periodo. Se, infatti, fosse vero questo tacito e, certamente, inconsapevole accordo tra regioni in disavanzo e regioni in pareggio, la scelta di mantenere alti i flussi migratori andrebbe ad erodere nel tempo l'offerta sanitaria delle regioni con elevata mobilità passiva: queste ultime, presentando una domanda di prestazioni limitata, non avrebbero più incentivi ad espandere l'offerta e promuovere servizi specializzati, alimentando, conseguenzialmente, la fuga di pazienti. Questa supposizione, purtroppo, trova conferma nei dati storici sulla mobilità sanitaria, presentati nei paragrafi 3.1 e 3.2: negli ultimi vent'anni le regioni con elevati saldi di mobilità negativi hanno mantenuto inalterata la loro condizione e, in alcuni casi, l'hanno addirittura peggiorata.

Nel lungo periodo la mobilità dovrebbe rappresentare uno stimolo per le regioni in perdita a superare i limiti di inappropriatezza e inefficienza che caratterizzano la loro offerta sanitaria, facendo attenzione alla percezione della qualità dei cittadini e alla configurazione della domanda. In realtà, questi meccanismi di incentivazione stentano a realizzarsi.

Alla scarsa propensione delle regioni ad attivare forze riequilibranti si aggiunge, poi, la tendenza del legislatore ad ignorare, se non addirittura ad assecondare, il fenomeno della mobilità interregionale. Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70[106], relativo alla determinazione degli standard ospedalieri, nel definire i criteri di calcolo del numero di posti letto per ciascuna regione, stabilisce che quest'ultimo è "incrementato o decrementato […]

[106] Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.

per tenere conto della mobilità"[107]. In un'ottica di progressiva deospedalizzazione, tale previsione mira a promuovere una crescita dell'assistenza territoriale a discapito di quella ospedaliera, ma anche a premiare le regioni maggiormente attrattive, limitando, di contro, l'offerta delle regioni in perdita di pazienti.

In conclusione, i costi economici e organizzativi connessi alla mobilità, in specie alla mobilità evitabile, determinano un circolo vizioso, che vede le regioni in perdita incapaci di migliorare la propria attrattività, con rischi di inefficienze per l'intero sistema sanitario nazionale.

[107] Il sistema di calcolo previsto è il seguente: si definisce il costo medio per l'assistenza ospedaliera a livello nazionale, dividendo il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera per l'anno 2012 per il totale dei ricoveri al 2013; ottenuto il costo medio di assistenza, lo si divide per il saldo finanziario di mobilità di ciascuna regione, in modo da individuare il numero equivalente di posti letto usati in mobilità. Questo valore viene moltiplicato per un coefficiente pari a 0,80, che, al 2016, è stato ridotto a 0,65. Applicando tali coefficienti, si ottiene una riduzione del numero dei posti letto equivalenti del 20-35%, ovvero una contrazione minore di posti letto per le regioni con saldo positivo e maggiore per le regioni con saldo negativo.

## 6. LE CONSEGUENZE SUL PIANO DELL'EQUITÀ

Nel paragrafo precedente abbiamo avuto modo di esaminare i costi pubblici della mobilità e le sue implicazioni sul piano organizzativo. Tuttavia, come ribadito più volte, la migrazione sanitaria è, in primis, un fenomeno che riguarda i pazienti, i quali, inevitabilmente, sono chiamati a sostenere dei costi tangibili e intangibili a fronte di una scelta simile[108].

I costi tangibili o monetari della mobilità sono costituiti principalmente dalle spese di viaggio e dalle spese di soggiorno per gli accompagnatori. L'indagine Censis 2005 sul monitoraggio della mobilità ospedaliera raccoglieva le dichiarazioni degli intervistati emigrati rispetto ai disagi subiti. Dal rapporto emerge chiaramente una forte disparità tra regioni per i disagi legati agli alti costi monetari sostenuti: si va da un 12% dei pazienti piemontesi che dichiarava di aver subito un forte disagio economico dovuto alla scelta di emigrare ad un 50,7% di quelli calabresi. Certamente, tale esito è imputabile alle differenti distanze percorse dai pazienti in mobilità: dal Piemonte si emigra, per lo più, verso regioni confinanti, mentre i pazienti calabresi si spostano in Lazio, in Lombardia, in Emilia Romagna, sostenendo, di conseguenza spese più onerose.

Oltre ai costi tangibili, i pazienti si ritrovano a sostenere una serie di altri disagi non monetizzabili, come la solitudine legata alla lontananza da familiari e amici, la difficoltà nel trovare assistenza durante la degenza, i disagi fisici legati al viaggio, specialmente per i pazienti anziani o con gravi disabilità motorie. L'esperienza migratoria, dunque, può avere ricadute significative sulla psiche e sulla salute fisica del paziente, andando a gravare su un stato clinico già di per sé problematico.

Pertanto, costi tangibili e intangibili rappresentano inevitabilmente dei limiti alla scelta di muoversi per la salute. Così, due domande sorgono spontanee: tutti i cittadini hanno le stesse opportunità di spostarsi al fine di ottenere prestazioni sanitarie? Se così non fosse, esistono delle iniquità nell'esercizio del diritto alla salute, data la disparità di accesso alle prestazioni in regime di mobilità?

Per rispondere alla prima domanda, guardiamo ad uno studio[109] del 2012 condotto dal Servizio Sovranazionale di Epidemiologia della ASL3 di Torino, in collaborazione con

[108] Così C. Collicelli, *op. cit.*, pp.21-22.
[109] A. Petrelli, T. Landriscina, G. Costa, E. Bologna, M. Bonciani, C. Marinacci e G. Sebastiani, *Viaggiare per la salute: necessità o opportunità?*, in in *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*, AGENAS, Roma,

ISTAT, sulle relazioni esistenti tra mobilità passiva e due variabili socioeconomiche fondamentali: il livello di istruzione e lo status economico. Lo studio fa riferimento alla mobilità passiva per l'arco temporale 2008-2011 e, oltre a tener conto del tipo di mobilità, dunque se extra-provinciale o extra-regionale, distingue anche gli episodi di emigrazione in base alla distanza percorsa, qualificata come numero di province o di regioni attraversate per giungere al luogo di cura. I risultati della ricerca risultano piuttosto chiari: esiste una correlazione significativa tra le variabili indipendenti, titolo di studio e risorse economiche, e la variabile dipendente, mobilità passiva. I pazienti con titolo di studio elevato hanno una probabilità di andare fuori regione superiore del 40% rispetto a chi dichiara di avere un'istruzione media e, addirittura, del 70% di chi ha la licenza elementare. Contemporaneamente, chi ritiene soddisfacente il proprio status economico e la propria condizione abitativa presenta una probabilità di ricovero fuori regione maggiore, in media, del 25%. Inoltre, per quanto tali variabili incidano sulla mobilità di confine tra province e regioni, di fatto, risultano ancor più determinanti nella scelta di percorrere lunghe distanze. In particolare, essere molto scolarizzato aumenta la probabilità di attraversare due o più regioni in mobilità sanitaria del 120%. Tale relazione risulta più marcata per i pazienti in mobilità provenienti dalle isole maggiori rispetto al resto d'Italia. Al contempo, meno incisiva, seppur rilevante è la dimensione economica; così, possedere un'abitazione adeguata comporta il 20% di probabilità in più di percorrere lunghe distanze. L'incidenza, però, aumenta di circa il 10% in per i pazienti provenienti dal Sud.

I risultati della ricerca, dunque, confermano l'incidenza della dimensione culturale ed economica nella scelta di recarsi fuori provincia o fuori regione per ottenere prestazioni sanitarie. Nello specifico, il possesso di strumenti conoscitivi (il livello di istruzione), ancor più della solidità economica, costituisce una determinante fondamentale nella scelta della struttura di ricovero[110]. Di conseguenza, rispondendo al primo quesito, siamo in grado di

2012, pp. 67-73. Per ulteriori approfondimenti si veda la presentazione si A. Petrelli, *Caratteristiche dei ricoveri in mobilità*, nella sezione "Atti", sul sito www.agenas.it .

[110] Diversi studi trattano la correlazione tra istruzione e stato di salute. Se ne indicano alcuni: M. A. Winkleby, D.E. Jatulis, E. Frank e S. P. Fortmann, *Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease,* in *American Journal of Public Health*, June 1992, Vol. 82, No. 6, pp. 816-820; D. M. Cutler e A. Llearas-Muney, *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, in *The National Bureau of Economic Reasearch*, July 2006; J. S. Feinsterin, *The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature*, in *The Milbank Quarterly,* 1993, Vol.72, No. 71, pp. 279-322.

confermare l'esistenza di una disparità nella possibilità di accedere alle cure in regime di mobilità.

Al fine di rispondere alla seconda domanda è necessario chiarire cosa si intende per equità in relazione alla cura della salute.

Se consideriamo equo un sistema di salute in cui tutti godono del miglior livello di salute[111], allora, nel nostro caso di indagine, bisognerebbe verificare quale relazione sussiste tra l'accesso alle cure in regime di mobilità e l'esito dei ricoveri. Se viaggiare per la salute consente di "guarire meglio", allora le disparità nella possibilità di scegliere l'opzione migratoria, è causa di iniquità. D'altronde, la parità di accesso alle prestazioni sanitarie, che impatta, inevitabilmente, sullo stato di salute di una popolazione, è un altro modo di intendere l'equità. Di conseguenza, la libertà di scelta del luogo di cura sancita dal nostro ordinamento, che potenzialmente consente a tutti di muoversi per la salute, assicurando l'accesso alle prestazioni in qualsiasi struttura, ne garantirebbe l'equità. Si tratta, però, di un'interpretazione superficiale, che non tiene conto dell'effettivo utilizzo dei servizi sanitari. Se si considerano, invece, tutte le variabili che incidono sulla cura della salute e, nel caso specifico, sulla scelta di un ricovero in regime di mobilità, è evidente che non tutti abbiano la stessa accessibilità ai servizi. Si è visto, infatti, che possedere un alto grado di scolarizzazione e maggiori risorse economiche faciliti la scelta di emigrare, aprendo al paziente un ampio ventaglio di opzioni in relazione alla quantità e alla qualità dell'offerta sanitaria. A questa disparità causata dallo status socioeconomico, si aggiunge, poi, il divario esistente tra regioni del Nord e regioni del Sud nei costi privati della mobilità (spese di viaggio).

Concludendo, risulta evidente che il combinato di disparità sociale e disomogeneità geografica nell'accesso alle cure in regime di mobilità non garantisca l'equità del sistema di salute italiano. Questo elemento di distorsione si aggiunge, poi, ad un quadro già sufficientemente segnato da forti disuguaglianze: la struttura federale assunta dal SSN ha accentuato la differenziazione dei sistemi di salute regionali e, in particolare, tra Mezzogiorno e Settentrione. Se la disomogeneità risiedesse esclusivamente nella gestione

[111] Questo modo di intendere l'equità in relazione alla cura della salute è molto vicino all'interpretazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che presenta il programma "Health for All" tra i suoi obiettivi di programmazione strategica. "Health for All" incarna a pieno la vision e la mission dell'OMS: garantire all'intera popolazione mondiale il miglior stato di salute possibile, al fine di consentire a chiunque di vivere una vita "socialmente ed economicamente produttiva".

dei servizi sanitari e nella programmazione, allora tali disuguaglianze sarebbero giustificate dalla necessità di adeguare delle strategie di governo del sistema di salute alle specificità del territorio regionale e della domanda sanitaria; se, invece, come di fatto accade, vi è una differenziazione nell'adeguatezza dell'offerta sanitaria, nella qualità delle strutture e delle tecnologie impiegate, nei tempi di attesa e, di conseguenza, negli esiti delle prestazioni offerte, allora viene meno l'equità del sistema di salute.

La mobilità, infatti, deriva proprio dalla necessità di colmare tale iniquità legata alla dimensione geografica, consentendo a tutti i risiedenti sul territorio italiano di tutelare il loro fondamentale diritto alla salute, indipendentemente dal luogo di origine. Specialmente nei casi in cui l'emigrazione sanitaria è legata a prestazioni indisponibili nella ASL o nella regione, la mobilità sanitaria è l'unico strumento atto a garantire un'adeguata assistenza sanitaria. Così, ammettere che solo alcuni vengano a conoscenza di tale strumento o possano effettivamente utilizzarlo, a seconda del proprio livello di istruzione o del proprio status economico, significa ammettere che non tutti sono in grado di godere pienamente del proprio diritto alla salute.

# CAPITOLO SECONDO

## Migranti da sempre: la mobilità passiva del sistema regionale calabrese

Dall'analisi realizzata nel precedente capitolo emerge con chiarezza l'istantanea di un'Italia divisa in due sul piano dell'adeguatezza del servizio sanitario. Esiste, così, "un'Italia Meridionale", che vede i propri pazienti fare le valigie per cercare adeguate o migliori cure mediche altrove, e "un'Italia Settentrionale", in grado di soddisfare il fabbisogno sanitario del proprio territorio e pronta ad accogliere i "migranti/mobili" provenienti dal Sud.

Nel racconto della sanità italiana, come di una sanità dal doppio volto a seconda che guardi verso Nord o verso Sud, fanno da protagonisti, nel bene e nel male, due grandi attori: la politica e l'imprenditoria. Ciascuno dei due ha contribuito a definire l'assetto dei servizi sanitari di ogni regione, imprimendo una struttura talvolta più pubblicistica, talvolta maggiormente orientata alla privatizzazione dell'offerta sanitaria[112], e a stabilire la qualità dell'assistenza medica. Tuttavia, le dinamiche che determinano la situazione sanitaria di un territorio, vedono coinvolte in diverse regioni anche organizzazioni criminali, che trovano, ormai da tempo, nella sanità un terreno fertile in cui coltivare il malaffare, rendendo quest'ultima una realtà grigia e impenetrabile.

È proprio tenendo a mente tale assunto che mi accingo a trattare il fenomeno della mobilità sanitaria in Calabria, una terra che nel 2015 ha lasciato emigrare 50.602 pazienti, circa il 30% del totale dei cittadini calabresi ricoverati in quell'anno, rendendola la regione con il saldo di mobilità relativo peggiore di tutta Italia. La fuga di massa dagli ospedali della Calabria, che costituisce ormai una variabile strutturale del sistema della salute, è certamente il portato di un servizio sanitario regionale dal passato travagliato, segnato da una gestione improntata su una "metodologia del disservizio"[113] e noto alla cronaca per gli affari di 'ndrangheta che hanno contaminato, con il benestare della classe politica dirigente, un'organizzazione già fragile e insufficiente.

---

[112] Si pensi alla profonda differenza che intercorre tra Toscana e Lombardia: nel primo caso il 74,4% dell'assistenza sanitaria è erogata da enti a gestione diretta, nel secondo per il 57,9% delle prestazioni si fa ricorso a fornitori pubblici. Per ulteriori approfondimenti si veda F. Toth, *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna, 2014, pp. 69-70.

[113] Questa espressione è stata utilizzata dalla commissione ministeriale "Serra-Riccio" nel 2008 per descrivere la "debolezza strutturale" del sistema sanitario nella *"relazione sulla qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria e sulla effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza"*.

In uno studio del 2012 condotto dall'Università svedese di Göteborg sulla qualità della sanità pubblica in 172 regioni d'Europa[114] la Calabria si colloca all'ultimo posto, vantando il triste primato di regione meno equa e adeguata sul piano dei servizi sanitari. Tale dato è stato successivamente confermato dal Cnel nella relazione annuale 2014 al Parlamento e al Governo sulla qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali: la Calabria totalizza il punteggio più basso per stato di salute dei cittadini, assenza di cronicità tra i pazienti, attrazione e soddisfazione dei cittadini[115].

Così, partendo dal quadro drammatico appena delineato, nel presente capitolo si procederà, dapprima, ad una ricostruzione delle vicende storico-politiche cha hanno contribuito a definire l'attuale architettura del sistema sanitario in Calabria, proseguendo con un'analisi della tenuta economico-finanziaria e dell'appropriatezza dell'offerta sanitaria rispetto ai tempi di attesa e alla "qualità" delle strutture di cura. Nel secondo paragrafo si tenterà, poi, di fornire un quadro completo e dettagliato sui flussi di mobilità sanitaria, esaminando i percorsi seguiti dai pazienti e le principali patologie per le quali si emigra. Seguirà, infine, una trattazione delle strategie di intervento esperite nel corso degli ultimi decenni per far fronte al fenomeno migratorio e i deficit che ancora caratterizzano la politica sanitaria in Calabria.

## 1. UN QUADRO STORICO GENERALE

La storia recente del servizio sanitario calabrese è segnata da tre interventi rilevanti: la legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007 di riorganizzazione dei confini delle ASL, il Piano di rientro sottoscritto con il Governo nel 2009 e il commissariamento del 2010. Ripercorriamo, dunque, questo processo in tre tappe che ha modificato in profondità la

[114] L'indagine "The Quality of Government Institute" (The QoG Institute) è stata realizzata ricorrendo a tre indici: qualità della sanità pubblica, attribuzione di particolari vantaggi, attribuzione di un trattamento equo nei servizi sanitari pubblici. L'indagine ha riguardato 172 regioni appartenenti a 18 stati d'Europa, escludendo, dunque, gli stati per i quali non fosse possibile discernere dati a livello regionale (Cipro, Estonia, Finlandia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta e Slovenia). Per ulteriori approfondimenti si consulti il sito www.qog.pol.gu.se .

[115] I dati si riferiscono all'anno 2012. L'indice relativo alla soddisfazione dei cittadini è stato elaborato a partire dai seguenti indicatori: comodità dell'orario di apertura delle Asl, tempi di attesa presso le Asl, soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene.

*governance* del sistema, ponendo attenzione altresì sugli scandali di corruzione e malaffare che hanno fatto da sfondo.

Il processo di riassetto prendeva avvio nel 2007 con la legge n. 9[116] che, di fatto, entra in vigore solo nel 2012. Il provvedimento, all'art. 7, disponeva l'accorpamento delle 11 ASL[117] allora presenti sul territorio in 5 Aziende, ridefinite Aziende Sanitarie Provinciali (ASP). L'intento era quello di far coincidere il territorio di competenza sanitaria delle ASP al territorio di competenza governativa delle provincie, mediante l'istituzione delle ASP di Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone. Si andava, così, a snellire la struttura organizzativa, prevedendo un numero inferiore di Aziende Provinciali di dimensioni medio-grandi, continuando, però, a prediligere un sistema integrato, in cui la gestione dei presidi ospedalieri è affidata principalmente alle ASP, con sole 4 Aziende Ospedaliere autonome. Faceva eccezione la ASP di Locri che conservava il carattere di azienda locale autonoma, in quanto commissariata nel 2006 e, di conseguenza, estranea all'ambito di competenza della Regione. Proprio a tal proposito, è bene interrompere momentaneamente il divenire di questo excursus storico, tornando al passato e riprendendo brevemente le vicende cha hanno portato allo scioglimento della ASL e alla nomina di un commissario ad acta per la gestione sanitaria della Locride. Questo episodio, infatti, tristemente noto alle cronache, è simbolo degli affari di mafia che hanno visto coinvolte organizzazioni criminali, politici e "signorotti locali" rendendo "opaca" e pericolosamente inefficiente la sanità calabrese [118].

Era il 4 aprile del 2005, quando Agazio Loiero, esponente del partito della Margherita, diveniva, con il 59% di voti favorevoli, il nuovo presidente della Regione Calabria. Tra gli uomini di Loiero, come vicepresidente del consiglio regionale, compariva un affermato medico della ASL di Locri, Francesco Fortugno, già da tempo impegnato nella politica locale tra le fila della Democrazia Cristiana. Fortugno, docente universitario, oltre che medico, aveva fatto del risanamento della sanità calabrese dalle infiltrazioni criminali la sua missione professionale e politica. L'ASL di Locri, difatti, non era estranea al commissariamento per

---

[116] *"Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2007, art.3, comma 4 della legge regionale n.8/2002)"*.

[117] ASL 1 di Paola, ASL 2 di Castrovillari, ASL 3 di Rossano, ASL 4 di Cosenza, ASL 5 di Crotone, ASL 6 di Lamezia Terme, ASL 7 di Catanzaro, ASL 8 di Vibo Valentia, ASL 9 di Locri, ASL 10 di Palmi, ASL 11 di Reggio Calabria.

[118] Così A. Pantano, *Chi comanda sulla sanità in Calabria? Un excursus storico del settore tra 'ndrangheta, politica e malaffare*, tesi di Master in Analisi, Prevenzione e Contrasto della Criminalità Organizzata e della Corruzione, Facoltà di Scienze Politiche- Università di Pisa, Anno Accademico 2014/2015.

fatti di ‘ndrangheta. Già nel 1987 con Decreto del Presidente della Repubblica si procedeva a sciogliere l’Azienda (allora USL) per via dei condizionamenti mafiosi, palesatesi talvolta anche con intimidazioni violente, che imperavano sulla gestione degli appalti, degli acquisti e delle assunzioni da parte dell’ente[119].

A pochi mesi dall’insediamento del nuovo consiglio regionale, Fortugno era diventato un personaggio talmente scomodo per chi con la sanità e il malaffare stava costruendo una “fortuna”, al punto di essere assassinato il 16 ottobre del 2005 all’uscita del seggio elettorale in cui si era recato in occasione delle primarie dell’Unione.

Era servito un omicidio per accendere i riflettori sulla sanità in Calabria e risvegliare le coscienze dell’opinione pubblica. La Direzione distrettuale antimafia di Reggio Calabria, parallelamente alle indagini sull’assassinio, dava avvio all’operazione “Onorata Sanità”, un’indagine di più ampio raggio sulla “mafia della salute” in cui comparivano, tra gli altri, i nomi di Alessandro e Giuseppe Marcianò, ritenuti i mandanti dell’omicidio di Fortugno, e Domenico Crea, titolare della struttura sanitaria Villa Anja e subentrato a Fortugno come consigliere regionale, in quanto primo dei non eletti alle elezioni tenutesi qualche mese prima. Quest’ultimo, seppur ritenuto estraneo al delitto, era per molti acceso oppositore di Fortugno e del suo tentativo di “ripulire” l’ambiente della sanità dalle infiltrazioni della ‘ndrangheta, per le quali lo stesso Crea è stato condannato ad 11 anni di reclusione.

A pochi giorni dall’omicidio, l’ASL di Locri veniva commissariata per infiltrazioni mafiose. Dalle indagini effettuate emerse un sistema di gestione dei contratti di fornitura e degli appalti del tutto estraneo alle logiche della concorrenza e dell’economicità[120]. I materiali medici erano acquistati a prezzi venti volte superiori ai prezzi di mercato, gli appalti erano affidati sistematicamente ricorrendo a procedure chiuse di tipo straordinario, per cui, derogando alle consuete norme che impongo procedure ad evidenza pubblica aperte a tutti i potenziali offerenti, e le assunzioni seguivano logiche prettamente familiste e clientelari.

Dunque, la legge regionale del 2007 di riorganizzazione territoriale delle ASP si inseriva in un sistema sanitario profondamente danneggiato, a metà strada tra la legalità e l’illegalità e provato dalla *mala gestio* sul piano economico-finanziario.

Veniamo così alla seconda fase della più recente storia politica del sistema sanitario calabrese: il piano di rientro. Era il 9 novembre del 2007 quando, con deliberazione n. 695,

[119] P. Sergi, *Taurianova, nuova condanna per Don Francesco Macrì*, in laRepubblica.it, Archivio, 1989.
[120] Cfr. C. Macri, *Asl di Locri, appalti gonfiati. In cella primari e imprenditori*, in *Corriere della Sera*, 4 aprile 2007.

la Giunta regionale chiedeva al Governo nazionale di intervenire per la sottoscrizione di un piano di rientro, finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Intanto, in quello stesso anno la sanità calabrese era comparsa più volte sulle pagine dei quotidiani nazionali per la tragica morte di due ragazze minorenni causata dalle inadempienze della struttura sanitaria di Vibo Valentia[121]. Così, nel dicembre del 2007, il Consiglio dei Ministri guidato da Romano Prodi dichiarava lo stato di emergenza per il servizio sanitario della Regione Calabria e nominava una commissione ministeriale di inchiesta, la cosiddetta "Serra-Riccio". Nell'aprile dell'anno successivo veniva presentata dalla commissione di indagine una relazione conclusiva sullo stato di effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza dalla quale emergeva un rischio reale per la sicurezza sanitaria dei pazienti calabresi. La relazione poneva in evidenza quattro aspetti: l'insufficiente erogazione dei LEA, la tendenza espansiva della spesa sanitaria, l'assenza di managerialità nella gestione delle aziende e degli ospedali e l'irregolarità di gran parte delle strutture sanitarie.

Con riguardo al primo aspetto, l'appropriatezza dell'offerta sanitaria, il Comitato CLEA preposto al monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, non poteva contare in quegli anni sui dati che le regioni dovrebbero trasmettere costantemente al SIS (Nuovo Sistema Informatico Sanitario) e di cui si avvale il Comitato per implementare l'attività di vigilanza, in quanto la Calabria era da tempo "inadempiente sotto il profilo della incongruenza con lo stato reale del sistema"[122].

Sul piano economico-finanziario, invece, la Calabria risultava investire in sanità una quota del PIL di gran lunga maggiore rispetto al resto delle regioni italiane: si pensi che nel 2007 la Lombardia spendeva il 4,66% del PIL nel servizio sanitario, mentre la Calabria l'8,77%[123]. Una percentuale simile era, tuttavia, giustificata dal valore del PIL pro capite della Regione Calabria in quello stesso anno, pari a 17.834 euro, il più basso tra tutte le regioni italiane. Tenendo conto di questo dato, la spesa sanitaria risultava essere di 1.564 per abitante, solo 143 euro in meno rispetto alla spesa pro-capite della Lombardia. Altra direttrice della politica sanitaria regionale era la la propensione all'esternalizzazione della produzione sanitaria, presentando un tasso di posti letto accreditati a strutture private superiore del 30%

[121] Redazione, *Muore durante un'operazione alle tonsille*, in *Corriere.it*, 5 dicembre 2007.
[122] Commissione ministeriale "Serra-Riccio", *"Relazione della commissione di indagine sulla qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria e sulla effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza"*, p.7.
[123] Dati Università Cattolica del Sacro Cuore, *Osservasalute 2007*.

rispetto alla media nazionale. Nella relazione, peraltro, si ribadiva più volte l'impossibilità di determinare con chiarezza il disavanzo sanitario regionale e di ogni singola azienda, per via dell'assenza generalizzata di bilanci aggiornati e trasparenti. Si riportava, altresì, un dato sconcertante riferito dalla Guardia di Finanza circa i ricavi aziendali derivanti dall'Attività Libero Professionale Intramoenia: il 90% dei medici che svolgevano visite private nelle mura degli ospedali in quegli anni non pagava la struttura pubblica per il servizio offerto, evadendo di fatto.

La Commissione utilizzava, poi, l'emblematica espressione "metodologia del disservizio" per descrivere l'approccio gestionale della classe dirigente del servizio sanitario regionale, basato su una forte disorganizzazione amministrativa, sull'assenza di comunicazione tra vertici politici, direttori tecnici e personale operativo e sulle dubbie competenze e comprovate inesperienze dei direttori sanitari e amministrativi, al punto che durante le indagini svolte della Commissione numerose erano state le dimissioni da questi incarichi.

Infine, la relazione attestava che 36 ospedali su 39 presentavano irregolarità e 38 presidi su 63 tra guardie mediche, laboratori di analisi, case di cura convenzionate, poliambulatori e S.E.R.T. risultavano incompatibili con la normativa vigente. In particolare, si rivelava inadeguata la rete dell'urgenza a causa dell'assenza di percorsi "fisici" per il trasporto dei pazienti, per via della fatiscenza e del sottodimensionamento delle strutture e per l'assenza di strumentazioni idonee al trattamento delle urgenze neurochirurgiche, cardiologiche e cardiochirurgiche. Più in generale, dalle ispezioni svolte in loco, emergevano una generale inosservanza degli standard igienico-sanitari e strutturali, un sottoutilizzo di alcuni dei reparti ospedalieri e dei laboratori, con il relativo sovra-costo connesso al mancato utilizzo, e l'assenza di una rete ospedaliera razionale. Su questo punto, in cui si manifestava concretamente la "metodologia del disservizio", la Commissione rilevava scelte di gestione chiaramente irragionevoli (o mosse da logiche diverse da quelle di efficienza, efficacia ed economicità). Da un lato, infatti, ci si imbatteva in ospedali dotati di percorsi diagnostico-terapeutici completi, con personale appropriato nel numero e regolarmente in servizio, ma completamente vuoti, per via della loro stretta vicinanza geografica e della bassa densità abitativa del territorio che ne costituiva il bacino d'utenza; dall'altro, ospedali con reparti mancanti, carenti o prossimi alla chiusura, ma sovraffollati, poiché situati in aree altamente popolate e mal collegate con altri presidi.

Per tutte le ragioni sopra descritte, il 17 dicembre del 2009 veniva siglato il Piano di rientro del disavanzo della spesa sanitaria, risalente per quell'anno a 119 milioni di euro[124]. L'accordo, sottoscritto da regione e governo nazionale, si costituiva dei seguenti obiettivi programmatici, tutti funzionali a soddisfare l'esigenza primaria di riorganizzare l'offerta sanitaria in conformità con i principi di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di garantire una rigorosa osservanza dei livelli essenziali di assistenza:

- copertura dei disavanzi accumulati;
- rinnovamento tecnologico della dotazione strumentale dei presidi e costruzione di nuovi ospedali, secondo un'analisi dei bisogni sanitari della popolazione;
- riconversione dei presidi ospedalieri in "Case della salute", in lungo-assistenza e in strutture riabilitative, al fine di promuovere una de-ospedalizzazione del sistema e provvedere ad un'adeguata assistenza territoriale;
- innovazione digitale dei sistemi informativi in conformità con i criteri di efficacia, tempestività e trasparenza;
- riorganizzazione del Dipartimento di tutela della salute della Regione Calabria per garantire un adeguato esperimento dell'attività di controllo contabile e di monitoraggio dell'andamento gestionale e dei risultati[125].

A meno di un anno dalla sottoscrizione del Piano di Rientro, l'8 luglio 2010, a conclusione di una riunione di verifica sull'adempimento dell'accordo, in cui si constatava il totale disallineamento dei risultati conseguiti con gli obiettivi di breve periodo, veniva nominato commissario per l'attuazione del Piano di Rientro l'allora Presidente Giuseppe Scopelliti. Nel 2014, in seguito alle dimissioni di Scopelliti, il Consiglio dei Ministri nominava commissario il Gen. Dott. Luciano Pezzi, che veniva sostituito, a meno di un anno dal conferimento dell'incarico dall'ing. Massimo Scura. La scelta di sostituire il governatore della regione con un commissario di nomina governativa per la gestione dei piani di rientro si inserisce all'interno di un dibattito più ampio che ha coinvolto politologi e costituzionalisti:

[124] Per ulteriori approfondimenti sul disavanzo sanitario nazionale e sul contributo di ciascuna regione nel corso degli anni si veda E. Annessi Pessina, E. Cantù, C. Carbone e F. Ferrè (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2011*, Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano, pp. 10-17.
[125] *Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale*, approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009.

la politica sanitaria è un fatto meramente tecnico o richiede necessariamente una certa "sensibilità politica"?

Secondo L. Antonini l'opzione dei governatori-commissari deriva da una "scellerata" interpretazione del Titolo V della Costituzione. Terzietà, indipendenza e competenza tecnica dovrebbero essere le caratteristiche del commissario ad acta per la sanità, cui è affidato il compito di operare un controllo rigoroso sull'esecuzione del Piano e il risanamento del bilancio per conto del Consiglio Regionale. Il governatore, avallato dalla maggioranza del legislativo, dunque sottratto al suo controllo, ad opinione di Antonini, non potrebbe garantire tali requisiti[126]. Di contro, l'opinione maturata nel tempo dai sindacati e dagli stessi medici è avversa alla figura del commissario tecnico, indipendentemente dalle persone che nel tempo hanno ricoperto tale ruolo. Ad essere sbagliato sarebbe l'approccio al risanamento, ritenuto eccessivamente rigido sul piano economico e noncurante dell'effettiva garanzia dei LEA. Secondo molti, questo avrebbe portato all'impoverimento (prevedendo maggiori tasse e ticket) della popolazione locale e ad un eccessivo razionamento delle risorse umane e materiali nelle strutture sanitarie, con conseguenze inaccettabili sul piano della qualità assistenziale[127].

Sullo sfondo di questo dibattito interpretativo circa la natura del commissario ad acta della salute, le vicende politiche attuali vedono contrapposti la Ministro della Salute Lorenzin e il Governatore della Regione Calabria Oliverio, impegnato nella missione di riportare nella presidenza regionale l'incarico di commissario.

Giunti al termine di questa breve narrazione dell'ultimo decennio della sanità in Calabria, restano da citare altri due episodi simbolo del dominio indiscusso della criminalità organizzata sul sistema della salute regionale. La prima faccenda risale al 2008 quando, in seguito al ricovero di un latitante nell'ospedale di Melito Porto Salvo, con l'accordo e il benestare dei medici, si accendevano i riflettori sulla ASP di Reggio Calabria. Dalla relazione che accompagnava il decreto di scioglimento[128] si leggeva di veri e propri "cavalli di Troia

[126] Cfr. L. Antonini, *I governatori-commissari: ecco cosa ha devastato la sanità al Sud*, in *Sanità24*, 24 novembre 2016.
[127] Sul rapporto tra commissario ad acta e organi regionali si è espressa, proprio con riferimento alla Regione Calabria, la Corte Costituzionale con sentenza 5 maggio 2014 n. 110, la quale ha dichiarato l'incostituzionalità di una serie di disposizioni contenute in leggi regionali che, a parere della Consulta, interferivano con le funzioni straordinarie del commissario ad acta. Le disposizioni in questione prevedevano la stabilizzazione di personale non dirigenziale, assunto a tempo indeterminato. La Corte ha ribadito che il legislatore regionale non può disporre contrariamente ai vincoli di spesa corrente posti dal Piano di Rientro, concordati previamente tra Stato e Regione, e funzionali all'equilibrio della finanza pubblica, dunque all'unità economica nazionale.
[128] Decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 2008.

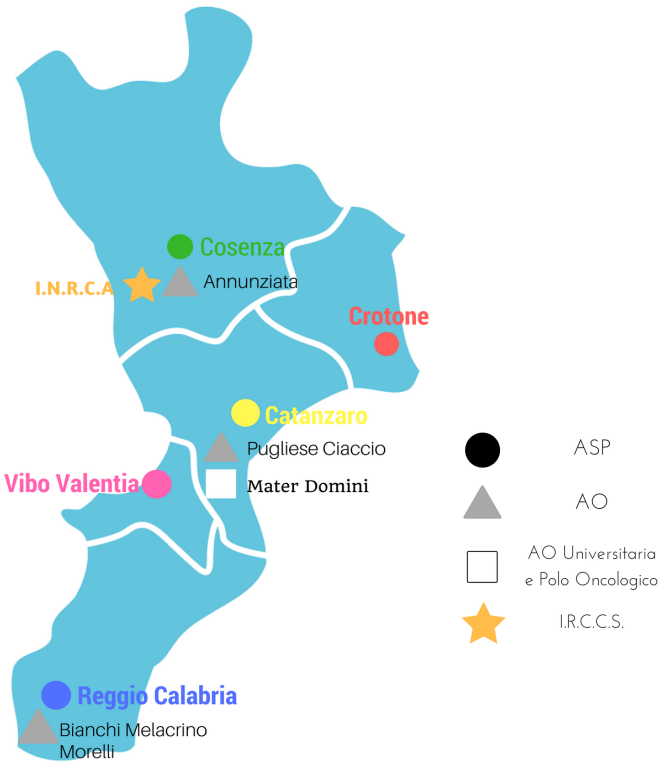
della criminalità organizzata" all'interno del sistema sanitario che assicuravano appalti, assunzioni e riciclo di denaro alle famiglie della 'ndrangheta locale. Il secondo episodio è il commissariamento dell'ASP di Vibo Valentia nel 2010, a seguito dell'indagine denominata "Ricatto" avviata nel lontano 2005. Secondo gli inquirenti medici e dirigenti dell'ASP avevano ricevuto tangenti del valore complessivo di due milioni e 165 mila euro per i lavori di costruzione del nuovo ospedale cittadino e per la sperimentazione, all'insaputa dei pazienti, di nuovi farmaci e apparecchiature prodotte da due imprese vibonesi. Lo scioglimento dell'ASP, però, avveniva solo nel 2010, quando grazie ad un'indagine svolta dalla Guardia di Finanza, su incarico dell'Alto Commissario per la prevenzione e il contrasto della corruzione nella Pubblica Amministrazione, si scoperchiava un vaso di pandora che vedeva le maggiori cosche della malavita locale al comando di uno o dell'altro settore aziendale: la cosca "Gasparro-Fiare" controllava gli appalti del servizio ristorazione, assicurando esclusivamente un personale dipendente con precedenti penali, e i "Lo Bianco" avevano l'indiscusso monopolio sull'appalto di forniture e servizi e sui lavori di ristrutturazione degli immobili, avvenuti in assoluta economia.

## 2. LA CONFIGURAZIONE DEL SERVIZIO SANTIARIO REGIONALE CALABRESE: ASP E AO

Ripercorsa la sequenza degli eventi politici e giudiziari che hanno contribuito a ridefinire l'architettura e le modalità di governo del sistema sanitario della Regione Calabria, andiamo ora ad ispezionare l'organizzazione territoriale del servizio sanitario e la struttura del dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie".

Come anticipato, il territorio regionale è oggi articolato in cinque ASP: Catanzaro, Cosenza, Crotone, Reggio Calabria e Vibo Valentia. L'ASP del capoluogo di regione dal 2007 ricomprende altresì il territorio di precedente competenza della ASL di Lamezia Terme. Nel bacino di governo sanitario dell'ASP rientrano 80 comuni, distribuiti su una superficie di 2.391 km$^2$, che contano complessivamente 368.219 cittadini, circa il 18% della popolazione calabrese[129]. L'Azienda gestisce direttamente tre presidi ospedalieri (Lamezia Terme, Soveria Mannelli e Soverato), mentre insistono sul territorio come soggetti autonomi

**Figura 1-Organizzazione territoriale Servizio Sanitario della Regione Calabria**




[129] www.asp.cz.it

l'AO "Pugliese Ciaccio", l'AO "Mater Domini" integrata con l'Università degli Studi "Magna Graecia" e il Polo Oncologico di secondo livello "Fondazione Campanella", nato dalla collaborazione tra Regione Calabria e Università.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è il più esteso: comprende 155 comuni, suddivisi in sei Distretti sanitari, sviluppati su 6.650 $km^2$, circa la metà dell'intera superficie calabrese, in cui risiedono 717.535 abitanti[130]. Nell' ASP sono confluite le precedenti ASL di Castrovillari, Paola, Rossano e Cosenza, dove sono ancora ubicati i principali presidi ospedalieri, cui si aggiungono quelli di Acri e di S. Giovanni in Fiore e la struttura riabilitativa di Mormanno. Nella città di Cosenza trova sede l'AO "Annunziata" e l'unica I.R.C.C.S. dell'intera regione, la "I.N.R.C.A." la quale oltre a svolgere un'attività clinico-assistenziale sui pazienti, è impegnata nella ricerca e nella sperimentazione in ambito geriatrico.

L'ASP di Crotone gestisce un territorio di 1.715 $km^2$, articolato in 27 comuni, e presenta un bacino di utenza complessivo pari a 174.068 individui[131]. L'assistenza ospedaliera è erogata dall'ASP mediante l'ospedale "San Giovanni di Dio", l'unico presidio ospedaliero di competenza Aziendale, avvalendosi per le restanti prestazioni di cliniche private accreditate.

Come l'Azienda crotonese, anche l'ASP di Vibo Valentia presenta dimensioni ridotte, estendendosi su una superficie di 1.139 $km^2$, abitata da 175.515 residenti[132]. Quattro presidi ospedalieri corrispondo la domanda di ricovero sul territorio: Serra San Bruno, Soriano, Tropea e Vibo Valentia.

Infine, L'ASP di Reggio Calabria, che comprende le precedenti ASL di Locri, Palmi e Reggio, si estende su una superficie di 3.183 $km^2$ e conta 97 comuni[133]. Sono quattro i presidi ospedalieri gestiti dall'Azienda: "Santa Maria degli Ungheresi" di Polistena, "Tiberio Evoli" di Melito Porto Salvo, "Giovanni XXXIII" di Gioia Tauro e l'"Ospedale Civile" di Locri. Inoltre, a Reggio Calabria si trova l'Azienda Ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli", da poco denominato "grande ospedale metropolitano", di cui fanno parte i presidi ospedalieri "Ospedali Riuniti" e "Ospedale E. Morelli".

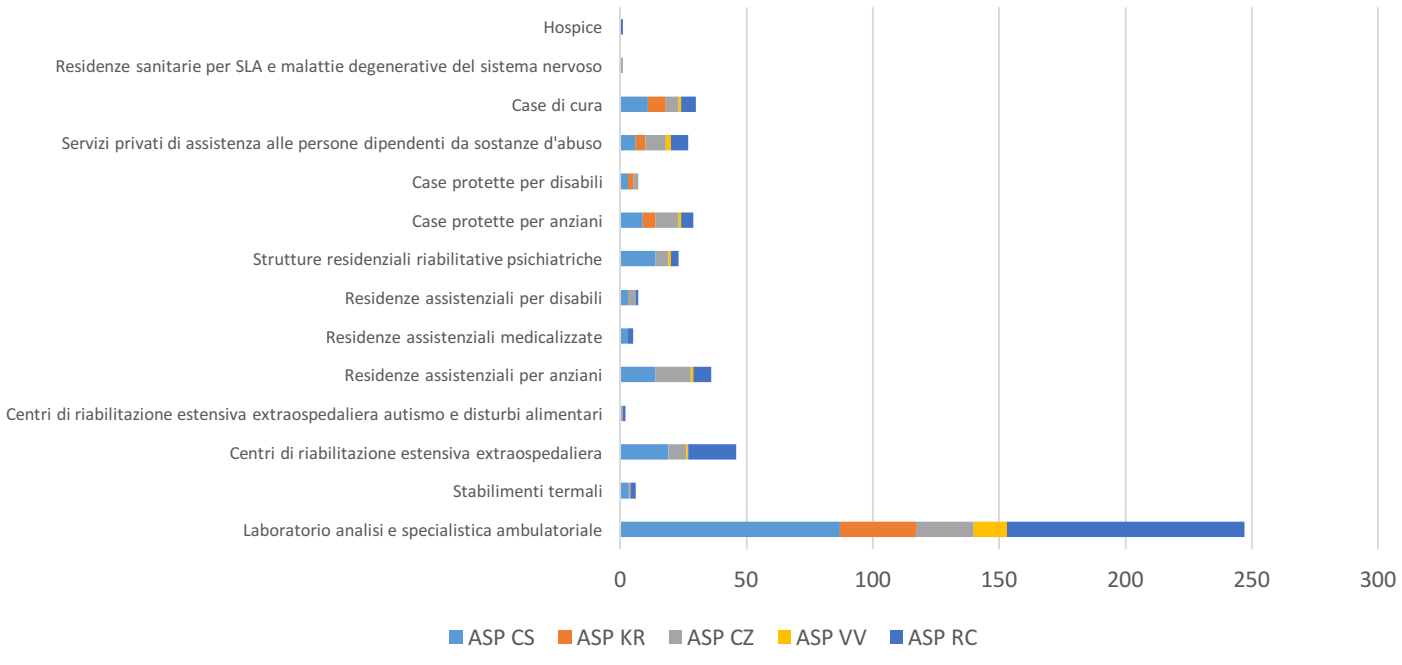
[130] ASP Cosenza, Deliberazione del Direttore Generale n. 1066 del 30 giugno 2016 avente ad oggetto "*Relazione sulla Performance anno 2015"*.
[131] www.aspcrotone.it
[132] www.aspvv.it
[133] www.asprc.it

Stando al registro delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate definitivamente alla fine dell'anno 2016, la Regione Calabria integra la propria offerta sanitaria complessiva con 467 strutture private, concentrate principalmente nelle ASP di Cosenza (172) e Reggio Calabria (148), data l'ampia estensione territoriale e il considerevole bacino d'utenza. Come si può osservare nella Figura 2 in basso, la gran parte delle strutture accreditate svolge attività laboratoriale e ambulatoriale (52,9%), seguono le case/residenze di cura per anziani (in totale 20,3%) e i centri di riabilitazione (9,9%).

Confrontando i dati relativi al rapporto tra strutture di ricovero pubbliche e case di cura private, la Calabria presenta una percentuale di istituti privati superiore alla media nazionale. Difatti, l'assistenza ospedaliera del SSN si avvale di 1.135 istituti di cura, di cui il 49,43% pubblici e il 50,57% privati; nella regione, invece, si contano 26 erogatori pubblici (tra presidi ospedalieri, AO e istituti di carattere scientifico-accademico) e 32 case di cura accreditate, queste ultime, dunque, costituiscono il 55,17% delle strutture di ricovero calabrese.

Completiamo questa rassegna dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale con un esame della struttura e delle principali funzioni del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie", tenendo sempre a mente che la regione è sottoposta a Piano di Rientro,

**Figura 2-Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate nella Regione Calabria- Novembre 2016**




Fonte: elaborazione registro delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate definitivamente nella Regione Calabria al 2 novembre 2016

dunque, ai poteri del commissario ad acta di attuazione dell'accordo per il rientro dal disavanzo[134]. L'organizzazione dipartimentale, selezionata come modello organizzativo più idoneo per il governo del sistema sanitario, persegue finalità ben precise, come la garanzia dell'*outcome*, la continuità delle cure, l'orientamento al paziente, la valorizzazione e lo sviluppo del personale sanitario, la responsabilizzazione economica e l'incentivo alla ricerca[135].

A capo del Dipartimento è posto il Dirigente Generale, che si avvale di una struttura ausiliaria per l'esercizio dell'attività amministrativa. Il Dirigente svolge funzioni di coordinamento e controllo, oltre che di intermediazione tra organo di vertice politico e apparato amministrativo, dei tredici settori in cui il dipartimento si articola. Al di là dei settori comuni alla generalità dei dipartimenti della pubblica amministrazione, come quello per gli affari giuridici ed economici, per la gestione dei bilanci e della contabilità e per il controllo di gestione, alcuni sono configurati per le specifiche finalità del servizio sanitario. Rientrano in questa seconda categoria il settore di prevenzione e promozione della salute, il settore preposto al rilascio delle autorizzazioni e agli accreditamenti delle strutture sanitarie, responsabile, peraltro, dei servizi ispettivi, il settore che gestisce e coordina le reti di emergenza-urgenza, il settore che definisce le politiche regionali del farmaco e quello responsabile della sanità veterinaria. Di particolare rilevanza rispetto al nostro oggetto di studio, la mobilità sanitaria, è il settore n.7 che si articola, a sua volta, in tre unità operative, di cui una è dedicata al monitoraggio dei LEA e della mobilità sanitaria, competente di analizzare i dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera relativi alla mobilità intra ed extra regionale, al fine di adottare direttive per il governo dei flussi.

## 2.1 IL QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E IL PESO DELLA MOBILITÀ

Lo studio della gestione economica di un Servizio Sanitario Regionale non è impresa semplice data la corposa e intricata mole di documenti che i siti istituzionali delle Regioni

[134] La struttura commissariale comprende, oltre al commissario ad acta, il sub commissario, un responsabile amministrativo e due "componenti" tecniche.
[135] Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistemi, Ufficio III Qualità delle attività e dei servizi, *"Il dipartimento"*.

rendono disponibili, senza prevedere degli schemi sintetici che consentano anche a chi non si occupi per professione di revisione contabile di comprenderne il significato. Ciò, probabilmente, a dimostrazione del fatto che non sempre la trasparenza costituisce una pratica sufficiente ad assicurare una reale accessibilità alle informazioni rilevanti detenute da una pubblica amministrazione; è necessario, talvolta, fornire ai cittadini degli strumenti idonei di comprensione, che consentano un accesso pieno e realmente democratico.

Ad ogni modo, partendo dal modello standardizzato di finanziamento della sanità regionale, che prevede come fonti di finanziamento i tributi propri (IRAP e IRPEF) e una compartecipazione al gettito dell'IVA[136], mi sono cimentata in una ricostruzione del bilancio del SSR, attenendomi ai dati contenuti nel bilancio di previsione 2016-2018, approvato con deliberazione n. 574 del 30 dicembre 2015.

Il bilancio regionale per l'anno 2016 vale circa 6,68 miliardi di euro, di cui il il 54% (3,636 miliardi di euro) è rappresentato da spese per la sanità. Rispetto al 2014 assistiamo ad una riduzione del 9% (-1,231 miliardi di euro) della quota di spesa destinata alla sanità, mentre in rapporto al 2015, se la quota di spesa in valore assoluto resta all'incirca immutata, quest'ultima subisce un aumento di sette punti percentuali sul bilancio complessivo.

Al fine di analizzare la composizione delle entrate per il finanziamento del fabbisogno sanitario è necessario setacciare il bilancio corrente, in cui è inserita la previsione delle entrate dell'anno 2015, pari a 3.455 milioni di euro. Tra le voci del finanziamento della spesa sanitaria troviamo l'IRAP, che vale circa 117 milioni di euro (3,4%), il gettito dell'addizionale regionale IRPEF, pari a 223 milioni di euro (6,5%), e una quota della compartecipazione all'IVA, stimata in 3.086 milioni di euro (89,3%). Inoltre, è iscritta tra le entrate anche la voce della mobilità attiva, valutata per soli 29,5 milioni di euro, pari allo 0,8% delle entrate complessive, a testimonianza della scarsa attrattività della sanità regionale. Dei 3.455 milioni di finanziamento della sanità regionale solo una parte, 3.039 milioni, è destinata al Fondo Sanitario Regionale da assegnare alle ASP e alle AO per le spese di esercizio in materia sanitaria; difatti, 117 milioni sono iscritti tra le spese, in quanto quota integrativa del FSR per l'anno 2016 la cui erogazione è condizionata dalla verifica del rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni e dell'obbligo di equilibrio del bilancio. Sono, poi, detratti dalle entrate complessive 15 milioni, riservati al finanziamento dell'ARPACAL,

[136] La compartecipazione alle accise sui carburanti, che anche costituisce una fonte di finanziamento della sanità regionale, sarà volutamente trascurata in questo paragrafo, in quanto irrilevante rispetto al peso delle altre fonti finanziarie.

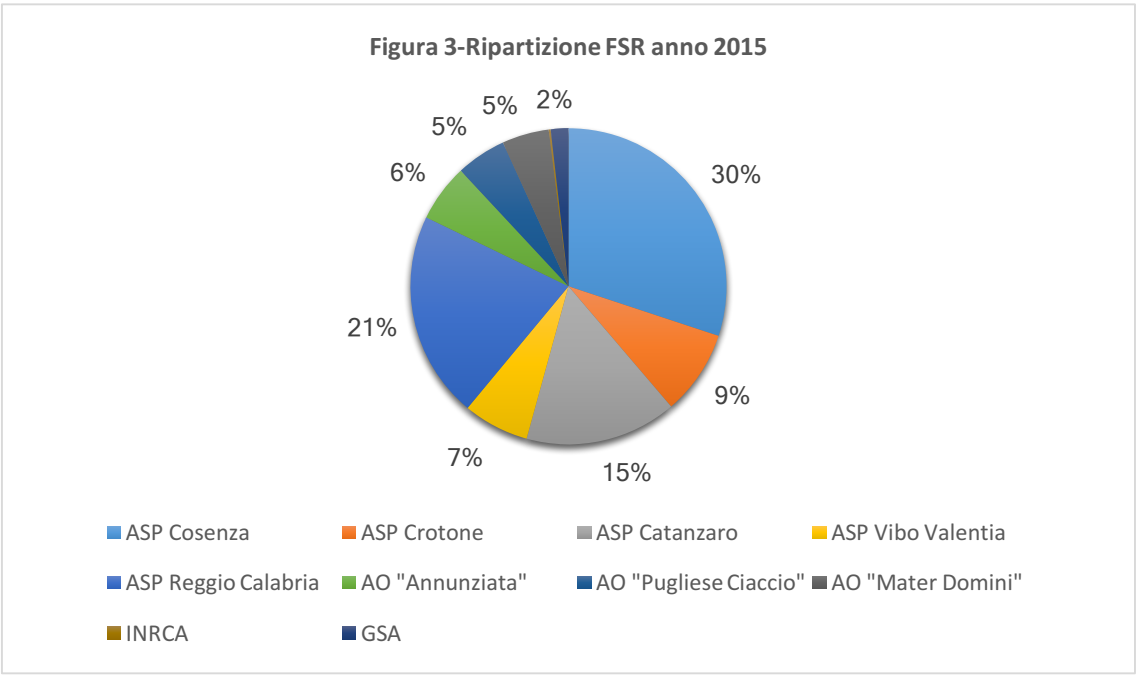
l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria, preposta alla tutela della "salute collettiva", attraverso la prevenzione di potenziali fattori di rischio per l'uomo e l'ambiente. A queste detrazioni si aggiunge, inoltre, l'uscita derivante dalla mobilità passiva nazionale e internazionale, pari a 283 milioni di euro, l'8,2% delle spese totali. Naturalmente la spesa più consistente è rappresentata dalla mobilità extraregionale, stimata in 281 milioni di euro, mentre la mobilità internazionale grava sulle casse regionali per soli 2 milioni.

Procediamo ora con un esame del riparto del Fondo Sanitario Regionale al netto della mobilità, relativo all'esercizio dell'anno 2015. A riguardo, è bene delineare una panoramica dei criteri di assegnazione alle Aziende delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA utilizzati dalle diverse regioni italiane. Come testimonia uno studio realizzato dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere[137] solamente nove regioni operano una ripartizione del FSR conformemente alle previsioni contenute nel Piano Sanitario Regionale (PSR): Valle D'Aosta, Lombardia, Friuli, Lazio, Campania Sicilia, Veneto, Marche e Basilicata. Per di più, solo alcune di esse approvano il documento definitivo di ripartizione del Fondo nell'anno precedente all'esercizio finanziario, evidenziando il valore strategico della programmazione. Infatti, in un'ottica di amministrazione orientata al risultato, prevedere un sistema di assegnazione delle risorse finanziarie che assuma come criteri di ripartizione gli obiettivi da raggiungere e gli interventi predisposti dalla pianificazione consentirebbe una gestione razionale ed efficace dei fondi. Invece, diverse regioni adottano la Delibera di ripartizione durante l'anno di competenza: alcune entro il primo semestre, altre nel secondo semestre, altre ancora, come la Calabria, addirittura l'anno successivo a quello di competenza. In effetti, la Delibera del Commissario ad Acta della Regione Calabria per l'assegnazione delle risorse riferite all'anno di esercizio 2015 è stata approvata il 31 marzo dell'anno 2016, a distanza di più di un anno. Simili pratiche denotano una gestione finanziaria basata sulla spesa storica, dunque sganciata dalla pianificazione sanitaria, e dannosa per le Aziende, che si ritrovano, spesso, ad operare prive di una reale consapevolezza delle risorse disponibili.

[137] Lo studio rientra nel progetto "Laboratorio FIASO sul riparto dei fondi sanitari regionali" redatto dal FIASO, in collaborazione con CREA Sanità e l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Certamente, la ripartizione del Fondo (Figura 3) dipende dalle dimensioni delle ASP e dal bacino di effettiva utenza delle AO. Per cui, non sorprende che all'ASP di Cosenza e a quella di Reggio Calabria siano destinate, rispettivamente, il 29,7% e il 20,9% del totale delle risorse. Seguono l'ASP di Catanzaro con il 15,3% del Fondo, quella di Crotone che ottiene l'8,6% e l'ASP di Vibo Valentia, cui spetta il 6,7% della quota complessiva. Alle Aziende Ospedaliere sono riservati all'incirca 531 milioni di euro, di cui la quota più rilevante spetta all'AO "Annunziata" di Cosenza (5% del Fondo).

**Figura 3-Ripartizione FSR anno 2015**




Fonte: rielaborazione FSR 2015

Una voce autonoma è costituita dall'INRCA di Cosenza, che assorbe lo 0,2 % del totale. Non rientra in questo elenco il Polo Oncologico della Fondazione Tommaso Campanella di Catanzaro, in quanto ente di diritto privato, il cui finanziamento avviene secondo le modalità previste per gli istituti privati accreditati con il SSR. Circa la natura giuridica della Fondazione si è espressa anche la Corte Costituzionale[138], censurando le disposizioni contenute in due leggi regionali, la n. 35 e la n. 50 del 2011, che prevedevano la trasformazione della Fondazione in IRCCS. La Fondazione continua, dunque, ad essere un soggetto privato, sebbene istituito per il perseguimento di un interesse generale e sorto dall'accordo di soggetti pubblici, come il Ministero, la Regione Calabria, la Provincia e il Comune di Catanzaro e l'Università "Magna Graecia". Il tentativo di trasformazione della

[138] Corte Costituzionale, sentenza del 18 luglio 2012 n. 214.

soggettività giuridica della Fondazione derivava dall'esigenza di stabilizzare il personale, assunto in via precaria, e corrispondere le spese ingenti di una struttura che, oltre ad erogare effettivamente prestazioni sanitarie, svolge attività di ricerca. L'attuale drammatica condizione finanziaria della Fondazione è testimoniata dalle proteste degli operatori sanitari e degli infermieri susseguitesi nell'ultimo anno e dalle dichiarazioni del direttore generale della Fondazione, che denuncia l'imminente liquidazione dell'unico polo oncologico presente in Calabria.

Infine, ripercorrendo il trend relativo al disavanzo di bilancio, notiamo un sostanziale miglioramento nel corso degli anni. Nel 2007, infatti, il disavanzo ammontava a 265,7 milioni di euro, che diveniva, successivamente alle coperture derivanti dall'incremento delle imposte regionali, pari a 36,5 milioni. Nel 2010, anno del commissariamento, dal risultato di gestione emergeva un quadro significativamente mutato, con un disavanzo effettivo equivalente alla metà di quello del 2007 e un disavanzo "aggiustato" di 13,7 milioni di euro. Nell'anno 2015, invece, il disavanzo è pari a 58,5 milioni di euro, con un risultato di esercizio positivo in seguito alle coperture e pari a 29,2 milioni[139], contribuendo, così, assieme alle altre regioni, alla riduzione del disavanzo sanitario nazionale.

## 2.2 TRASPARENZA

Dalla ricostruzione storica degli eventi che hanno portato all'attuale configurazione del SSR presentata nel primo paragrafo si impone con chiarezza una costante nella rete di relazioni dei servizi sanitari: la corruzione. Del resto, non si tratta di un fenomeno tutto calabrese; l'opacità e l'illegalità del settore sanitario accomunano la gran parte delle regioni italiane e dei paesi europei, tanto che nel 2010 l'OMS dichiarava che "molti (paesi), se non tutti, non riescono a sfruttare le risorse disponibili a causa della cattiva esecuzione degli appalti e acquisti, dell'uso irrazionale dei medicinali, della cattiva allocazione delle risorse tecniche e umane o a causa di una gestione amministrativa e finanziaria frammentaria"[140].

I costi della corruzione nella sanità europea sono stati stimati dalla Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel 6% del budget di cui dispone ciascun sistema sanitario.

[139] Istat, *La salute in Italia: analisi e approfondimenti delle indagini Istat*, 16 novembre 2016.
[140] Cfr. WHO (World Health Organization), *Health systems financing: the path to universal coverage, World health report 2010*, Ginevra, 2010.

Tali costi, nello scenario italiano, secondo il Libro Bianco ISPE-Sanità[141], ammontano a 5 miliardi di euro, che possono aumentare fino a 20 miliardi se ai danni accertati per via giudiziaria si aggiungono quelli causati da spese inutili e ingiustificate. Tuttavia, gli episodi di corruzione e illegalità in ambito sanitario non hanno ripercussioni di carattere esclusivamente economico, ma possono incidere direttamente sulla qualità del servizio sanitario erogato al paziente, dunque sulla sua salute. Per questa ragione si distingue tra illegalità a impatto prevalentemente economico e a impatto prevalentemente clinico[142]. Tra le prime rientrano le frodi sulle procedure di appalto e concessione, la sovrafatturazione di prestazioni, la richiesta da parte del medico di pagamenti informali per prestazioni dovute, la prescrizione di farmaci sulla base di logiche di scambio tra case farmaceutiche e classe medica, ecc. Nella categoria delle illegalità ad impatto prevalentemente clinico si trovano, invece, l'omissione di controlli in ambito igienico-sanitario, veterinario e lavorativo, la prescrizione di accertamenti o interventi chirurgici inutili o dannosi (si pensi ai molteplici casi di ingiustificato ricorso al parto cesareo), la manipolazione dei risultati di ricerche scientifiche per scopi privatistici e, più precisamente, per lucro, ecc. Nel concreto, la corruzione è associata ad una riduzione dell'accessibilità alle prestazioni medico-sanitarie per le categorie sociali più vulnerabili e, in particolare, ad una maggiore mortalità infantile, come dimostrato da un noto studio del 2000 del Fondo Monetario Internazionale (FMI)[143], secondo cui nei paesi con elevati livelli di corruzione la mortalità infantile è superiore di un terzo rispetto ai paesi con minore corruzione.

È proprio per contrastare tali fenomeni che i diversi soggetti che operano nel settore sanitario sono tenuti a rigidi obblighi di pubblicità e trasparenza. L'accessibilità per i cittadini ad informazioni sull'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione costituisce, da un lato, uno strumento di controllo democratico sul rispetto degli standard delle prestazioni e sull'impiego delle risorse finanziarie e, dunque, di prevenzione della diffusione di pratiche dannose per il sistema, e, dall'altro, un valido deterrente per chi intenda aggirare o violare le norme sull'integrità e la correttezza dell'amministrazione. A riguardo, la

[141] ISPE-Sanità (Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità) è un'organizzazione no-profit che realizza un'attività di ricerca scientifica, indagine empirica e progettazione finalizzata a promuovere l'etica individuale in ciascun operatore sanitario, consapevole del valore della correttezza e della buona fede nell'erogazione di prestazioni sanitarie. Per la versione completa del Libro Bianco si visiti il sito www.ispe-sanita.it .

[142] Cfr. AGENAS e Libera, "*Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario. Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità*", 2015.

[143] S. Gupta, H. Davoodi e E. Tiongson, "*Corruption and the Provision of Health Care and Education Services*", in IMF Working Paper/00/116, 2000.

cosiddetta "legge anticorruzione" (legge n.190 del 2012) e il d.lgs. n. 33 del 2013 attuativo della legge (recentemente modificati con la legge n. 124 del 2015), operano un riordino sulla disciplina, prevedendo stringenti obblighi di pubblicazione delle informazioni significative nei siti web delle istituzioni. L'adempimento a tali obblighi è costantemente monitorato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ed è stato oggetto di un recente rapporto valutativo realizzato dall'AGENAS, in collaborazione con l'associazione Libera, in cui sono passati in rassegna, regione per regione, i seguenti dati:

- pubblicazione del bilancio preventivo e consuntivo dell'anno 2013 e del bilancio preventivo dell'anno 2014 in forma estesa e sintetica, in modo da rendere l'informazione realmente fruibile e comprensibile per tutti;
- previsione di una sezione aggiornata dedicata ai bandi di gara e di concorso, contenenti documenti di avviso e conclusione delle procedure, con i relativi esiti;
- pubblicazione degli schemi contrattuali che legano le strutture private accreditate al SSR;
- pubblicizzazione della giornata della trasparenza, mediante la diffusione di informazioni relative all'evento;
- costituzione di una sezione del sito dedicata al monitoraggio delle liste di attesa e alla pubblicazione dei tempi di attesa previsti dall'azienda per l'erogazione della prestazione in rapporto ai tempi effettivamente impiegati.

Dall'esame dei tassi complessivi di adempimento la Regione Calabria risulta essere al di sotto della media nazionale, pari al 70%, come, del resto, l'intero Sud, con la sola eccezione della Basilicata. Due aziende calabresi, inoltre, l'AO di Cosenza e quella di Reggio Calabria figurano tra le ultime dieci aziende negli adempimenti sulla trasparenza, con tassi di adempimento pari, rispettivamente, al 41,7% e al 20,8%. Peraltro, nel 2015, l'ASP di Reggio Calabria è stata sanzionata con un provvedimento d'ordine dell'ANAC per grave inadempimento degli obblighi di trasparenza e pubblicità contenuti nella normativa anticorruzione[144].

Nel dettaglio, le inosservanze da parte del SSR riguardano le pubblicazioni dei bilanci e dei documenti sui rapporti con soggetti privati. Ad esempio, per quanto riguarda la trasparenza dei conti economici, pur essendovi stato un miglioramento di dieci punti

[144] Per ulteriori dettagli si veda ANAC, Provvedimento n. 323 del 9 settembre 2015.

percentuali tra il 2014 e il 2015, i dati presenti sul sito del dipartimento della salute soddisfano solo l'80% dei criteri previsti dalla legge. Proseguendo con i rapporti tra Servizio Sanitario e privati (fornitori e cliniche private accreditate) si nota una sostanziale dicotomia tra la fase di avvio delle procedure di selezione e l'esecuzione dei contratti: l'indizione del bando di gara è pubblicizzata in modo idoneo, secondo i parametri previsti dal Codice dei Contratti, mentre gli allegati post gara, in cui vengono indicati i vincitori, sono resi disponibili nella misura del 55% rispetto agli obblighi e solo il 60% dei contratti, contenenti le condizioni economiche e gli standard delle prestazioni cui è tenuto il contraente provato, sono pubblicati sui siti.

Particolarmente grave è, infine, il dato relativo alla trasparenza sui tempi di attesa. Secondo il d.lgs. 33/2013, difatti, ciascuna Azienda Sanitaria dovrebbe prevedere nel proprio sito web un link dedicato al monitoraggio delle liste di attesa, in cui vengano indicate informazioni utili sui tempi medi di attesa relativi a ciascuna prestazione sanitaria, costantemente aggiornati. Dalla rilevazione dell'AGENAS emerge che poco meno dell'80% delle ASP e AO calabresi contiene una sezione dedicata ai tempi di attesa, ma solo il 65% circa provvede a riempire tali sezioni di contenuti specifici, aggiornati e facilmente comprensibili. Dopotutto è sufficiente navigare rapidamente sui siti delle ASP per comprendere l'entità e le responsabili di tali inadempienze. Infatti, troviamo ad un estremo le ASP Vibo Valentia e Reggio Calabria che riportano nella sezione "liste di attesa" documenti contenenti i tempi relativi a tutti i tipi di prestazioni aggiornati a marzo/aprile del 2017[145], suddivisi per dipartimento ospedaliero. In una posizione intermedia si collocano la ASP di Catanzaro (che, pur riportando dati aggiornati a marzo del 2017, certifica i tempi medi di attesa per sole 42 tipologie di prestazioni, non indicando il presidio in cui viene erogato il servizio) e l'ASP di Crotone (che ha aggiornato la sezione dedicata alle liste d'attesa l'ultima volta nel marzo 2016). All'estremo opposto, invece, è l'ASP di Cosenza che sembrerebbe aver adottato una soluzione innovativa per informare i cittadini sui tempi di attesa: in alternativa ai tradizionali elenchi, ha previsto un sistema informatizzato di ricerca per prestazione, codice nomenclatore, codice SGP o branca specialistica. Il problema, però, è che per qualsiasi tipo di prestazione (e motore di ricerca impiegato) il sistema non consente di accedere effettivamente ai dati sui tempi di attesa[146].

[145] Rispetto al momento in cui si scrive, giugno 2017, le liste di attesa risultano in linea con le medie di aggiornamento delle altre Aziende Sanitarie italiane.
[146] La ricerca è stata effettuata a giugno del 2017, utilizzando diversi dispositivi computer.

È bene ricordare che la questione dei tempi di attesa si pone "a cavallo" tra l'obiettivo di promuovere la legalità del sistema sanitario e quello di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni, poiché, per un verso, la trasparenza delle liste è funzionale a prevenire abusi e favoritismi nell'accesso all'assistenza sanitaria e, per l'altro, i tempi di erogazione delle prestazioni rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire uniformemente sul territorio nazionale. Proprio di queste ultime implicazioni si tratterà nel prossimo paragrafo.

## 2.3 TEMPI DI ATTESA

Nel 2011, con Decreto del Presidente della giunta Regionale n.126, veniva adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA), secondo i principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità sanciti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Il Piano prevede una serie di strategie d'intervento finalizzate alla razionalizzazione e semplificazione della gestione delle prenotazioni, mediante la suddivisione del sistema regionale in ambiti territoriali nei quali garantire tempi massimi di attesa e l'individuazione di aree tematiche particolarmente sensibili al fenomeno per cui risulta necessaria un'azione specifica. La previsione di ambiti territoriali, rispetto ai quali definire il governo delle liste di attesa, si rende necessaria per via dell'assenza in Calabria, come anche in altre regioni italiane, di un Centro Unico di Prenotazione (CUP) centralizzato a livello regionale. Attualmente, il cittadino che intenda prenotare una prestazione ambulatoriale presso il CUP (o le farmacie locali che erogano il servizio di prenotazione) può ricevere informazioni esclusivamente rispetto ai tempi di attesa della ASP di appartenenza o della AO più vicina, non potendo accedere alle liste di attesa delle altre ASP regionali, se non per via informatica e comunque senza la possibilità di prenotare direttamente. Indubbiamente, una rete di prenotazioni estesa sul territorio regionale potrebbe, in parte, scongiurare il ricorso ad erogatori privati o a presidi extraregionali in presenza di tempi di attesa eccessivamente lunghi, concedendo al paziente l'opzione di recarsi in una struttura pubblica, dunque a costi calmierati, e interna al servizio sanitario della propria regione. Ad ogni modo, l'ambito regionale dovrebbe essere applicato alle sole

prenotazioni, mantenendo fermi i vincoli relativi ai tempi massimi di attesa per ambiti territoriali, onde evitare l'allungamento delle liste.

Il PRGLA, come anticipato, individua strumenti e strategie per la riduzione delle liste d'attesa che possono essere suddivisi in quattro categorie: monitoraggio, appropriatezza prescrittiva, rete regionale e digitalizzazione. Per monitoraggio si intende la valutazione periodica dei flussi informativi sui tempi di attesa da parte di un Tavolo tecnico istituito dalla Regione Calabria al fine di definire una programmazione coerente ai bisogni. Il monitoraggio riguarda i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (*ex ante* ed *ex post*), delle prestazioni di ricovero, delle sospensioni delle attività di erogazione, dei percorsi terapeutici per le patologie cardiovascolari e oncologiche, delle prestazioni ambulatoriali intramoenia.

La seconda categoria di intervento è quella dell'appropriatezza prescrittiva. Essa fa riferimento alla previsione di rigide regole per la compilazione della prescrizione cui è tenuto il medico. In tal caso, difatti, quest'ultimo rappresenta l'unico filtro tra il paziente e la struttura sanitaria: è il medico a modulare l'erogazione del servizio e a determinare la priorità cui è da ascriversi la prescrizione richiesta.

Il concetto di rete regionale, poi, rimanda all'implementazione del CUP regionale, di cui sopra, e alla definizione di percorsi terapeutici e ambulatoriali su misura per il paziente, che integrino, da un lato, le strutture periferiche e quelle centrali e, dall'altro, i servizi di emergenza con quelli di lungodegenza e con le strutture riabilitative, al fine di sfruttare l'efficienza che deriverebbe dal coordinamento dei vari operatori regionali.

Infine, la digitalizzazione, da realizzarsi anche mediante il miglioramento tecnologico della strumentazione, rappresenterebbe un indiscutibile fattore di rafforzamento e velocizzazione dell'offerta sanitaria.

**Tabella 1**

| Interventi per Tumore alla mammella | | | Interventi per Tumore alla prostata | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 | Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 |
| 19,6 | 25,7 | 45,60% | 31,8 | 45,5 | 62,70% |
| **Interventi per Bypass coronarico** | | | **Interventi per Angioplastica coronarica** | | |
| Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 | Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 |
| 15,2 | 21,8 | 9,10% | 19,9 | 21,7 | 29,30% |
| **Interventi per Tumore al polmone** | | | **Interventi per Tonsillectomia** | | |
| Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 | Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 |
| 6,0 | 23,8 | 92,70% | 86,0 | 90,4 | 33,30% |
| **Interventi per Protesi d'anca** | | | **Interventi per Tumore al colon retto** | | |
| Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 | Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 |
| 34,8 | 78,2 | 26,00% | 23,6 | 22,3 | 32,50% |
| **Interventi per Endoarteriectomia carotidea** | | | **Interventi per Tumore all'utero** | | |
| Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 | Tempi attesa in r.o. Calabria | Media tempi attesa in r.o. Italia | Migrazione al 2015 |
| 18,2 | 39,6 | 24,40% | 16,0 | 24,0 | 47,20% |

Fonte: elaborazione dati SDO e schede sui tempi di attesa per l'anno 2015

Veniamo ora ai risultati derivanti dal monitoraggio delle liste d'attesa riportati dal Ministero della Salute con riferimento all'anno 2015. Nella Tabella 1, in basso, sono presentati i tempi medi di attesa in regime ordinario (r.o.) per le principali tipologie di intervento riferiti alle Aziende Sanitarie calabresi e il valore medio dei tempi di attesa dell'intero SSN. Per tutti gli interventi i tempi di attesa regionali sono inferiori rispetto alla media nazionale. Nel caso specifico degli interventi per tumore al polmone, per protesi d'anca, per endoarteriectomia carotidea e per tumore all'utero la media nazionale è addirittura il doppio di quella regionale.

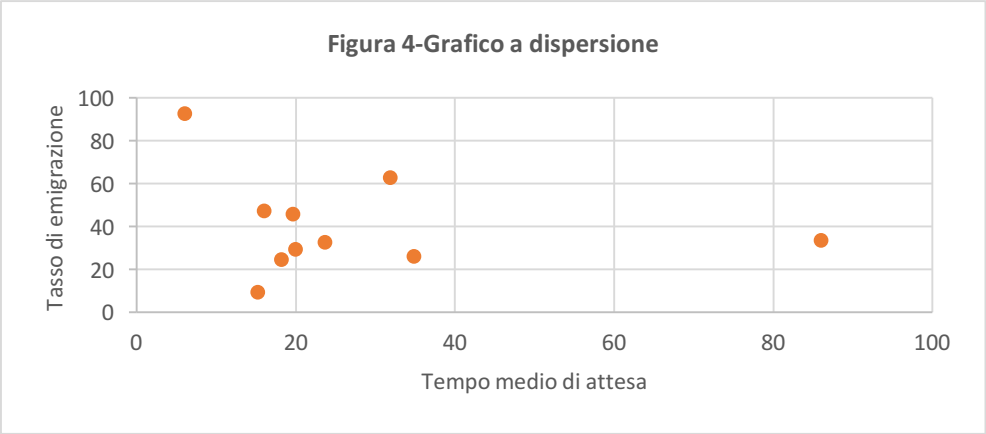
Un simile dato starebbe a testimoniare la riuscita del PRGLA, con un adeguamento dell'offerta di servizi sanitari alla domanda in modo efficiente, ottenendo risultati superiori alla performance complessiva del SSN. Tuttavia, è bene essere cauti ed esaminare attentamente la natura del dato regionale. Difatti, quando si osserva un valore medio è sempre necessario tener conto della deviazione standard, ovvero della variabilità dei dati di una

distribuzione di frequenze. Bisogna, dunque, capire quanto quel valore medio approssimi effettivamente i tempi di attesa delle singole Aziende Sanitarie o se scaturisca da dati sull'attesa estremamente eterogenei, che variano considerevolmente a seconda della ASP, della AO e del presidio ospedaliero/ambulatoriale. Purtroppo, non essendo disponibili i dati sui tempi di attesa relativi agli interventi chirurgici di ciascuna struttura non siamo in grado di stabilire quale sia la deviazione standard nel caso in specie. Ciononostante, confrontando le sezioni dei siti web dedicate alle liste di ciascuna ASP e AO, è possibile notare un'elevata disomogeneità dei tempi di attesa tra le Aziende e all'interno delle Aziende medesime. Un caso esemplificativo è quello della prenotazione di una visita cardiologica: nella ASP di Catanzaro sarebbe sufficiente attendere due giorni, mentre in quella di Crotone ben 89 giorni, per non parlare poi dell'AO di Reggio Calabria in cui l'attesa durerebbe fino a 268 giorni[147]. Certamente, si tratta di un caso estremo, che, però, rende bene le incertezze legate all'affidabilità di un valore medio, in assenza della relativa deviazione standard.

La Tabella 1, inoltre, riporta il tasso di emigrazione correlato a ciascuna tipologia di intervento chirurgico al fine di verificare l'esistenza di un nesso causale tra la variabile "tempo medio di attesa" e la variabile "tasso di emigrazione". Già nel primo capitolo, si è trattato di come la lunghezza delle liste d'attesa non costituisca una determinante della mobilità sanitaria interregionale a livello nazionale; tale ipotesi è stata, peraltro, confermata da uno studio del Censis che stimava un'incidenza dei tempi di attesa sulla scelta di recarsi fuori regione nella misura del 5%. Nel caso specifico della Regione Calabria, dato il volume contenuto di dati, è stato possibile studiare il fenomeno mediante lo strumento statistico del coefficiente di correlazione ($r$), in grado di misurare la forza e la direzione della relazione tra le due variabili. Il coefficiente di correlazione per i dati riportati nella Tabella 1 è pari a -0,22, il che sta a testimoniare l'assenza di una correlazione tra le due variabili, essendo molto vicino allo 0 il valore di $r$. L'assenza di correlazione è anche rappresentata visivamente dal grafico a dispersione presente nella Figura 4.

Pertanto, possiamo confermare, anche nel caso della Regione Calabria, che i tempi di attesa non incidono sulla scelta di emigrare; semmai, questi ultimi potrebbero rappresentare una determinante del ricorso ad erogatori privati, quindi dell'aumento della spesa out of pocket.

[147] I dati sono stati acquisiti dai documenti di pubblicazione più recente sui siti web delle ASP e AO. Alcuni di essi, dunque, risalgono a periodi di rilevazione differenti.




Fonte: elaborazione dati SDO e schede sui tempi di attesa per l'anno 2015

## 2.4 CENTRI DI ECCELLENZA E STRUTTURE AD ALTO VOLUME DI ATTIVITÀ

Valutare la qualità delle prestazioni medico-chirurgiche di una struttura sanitaria non sempre è possibile per via dell'assenza di criteri o standard univoci sulla base dei quali determinare il valore della performance. Peraltro, come osservato nel primo capitolo, la più attendibile fonte di valutazione di un erogatore sanitario è il paziente, il quale, però, risulta essere inevitabilmente condizionato dal proprio stato psico-fisico e dall'esito dell'esperienza vissuta personalmente. In più, sono diverse le dimensioni della qualità da esaminare, a seconda del reparto specialistico e del tipo di assistenza (regime ordinario o day hospital): dall'umanizzazione del personale medico-sanitario all'innovatività delle procedure impiegate, dal servizio alberghiero offerto allo stato delle attrezzature e dell'immobile ospedaliero, dal volume degli interventi, dei trattamenti, dei ricoveri alla capillarità del sostegno al paziente.

Tuttavia, l'evoluzione del paziente, divenuto sempre più esigente ed autonomo, e l'affermarsi di dinamiche competitive tra regioni e, specialmente, Aziende Ospedaliere, hanno favorito la diffusione di programmi di misurazione delle prestazioni sempre più attendibili, utilizzati dalle istituzioni per l'elaborazione di policy e dai cittadini per orientarsi nella scelta della struttura più adeguata. Certamente, tali iniziative impiegano criteri valutativi controvertibili e non esaustivi, ciononostante rappresentano, se trattati con cautela, ottimi strumenti di audit clinico e organizzativo.

Uno di questi strumenti è il Programma Nazionale Esiti 2016 (PNE), realizzato dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e gestito da quest'ultima. Il programma propone delle valutazioni sintetiche e intuitive suddivise per strutture sanitarie, ASL e regioni, avvalendosi di fonti istituzionali, quali il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), alimentato dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che forniscono informazioni complete sui singoli casi di ricovero, il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria (AT), impiegato principalmente per monitorare i decessi, e il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR), che monitora l'attività del 118 e l'esito delle prestazioni di primo soccorso erogate. Un altro sistema di monitoraggio è quello contenuto nel portale "Dove e come mi curo", iniziativa di matrice internazionale, affermatasi in Italia ad opera del Prof. Ferruccio Fazio, Ministro della salute tra il 2008 e il 2011, e consolidatasi grazie al contributo di un comitato scientifico costituito da medici, statistici ed epidemiologi. Il portale svolge, indubbiamente, una funzione meno istituzionale rispetto al PNE, ma altrettanto efficace nell'orientare il paziente verso la struttura che meglio soddisfa le proprie esigenze. Esso funziona come un tradizionale motore di ricerca, mediante cui l'utente può confrontare l'offerta di ciascun ospedale in base a valutazioni ufficiali (tratte dal PNE e dallo Sportello Cancro del Corriere della Sera) e dei pazienti, ai servizi erogati, ai tempi di attesa e alle tariffe delle prestazioni.

Pertanto, rifacendoci a questi due strumenti di audit (il PNE e il portale di ricerca) e ai criteri valutativi assunti da essi tenteremo di individuare, per alcuni settori specialistici, se e quali sono le strutture che offrono un'assistenza di qualità in Calabria. È bene precisare che alcune rilevazioni risultano inevitabilmente distorte dalla deficitaria trasmissione di dati da parte dei presidi ospedalieri regionali ai sistemi di informatizzazione nazionali detenuti dal Ministero e dall'AGENAS.

Cominceremo questa analisi con il reparto di maternità, in cui sono assunti i seguenti indicatori della sicurezza: il numero di parti effettuati annualmente, che, secondo l'Accordo Stato-Regioni del 2010, dovrebbe tendere a 1000 (pur essendo 500 il valore minimo stabilito per garantire un'assistenza adeguata), la proporzione di tagli cesarei sul volume totale di parti, essendo considerato il parto vaginale meno invasivo del cesareo per madre e bambino, il numero di complicanze durante il parto e nei 42 giorni successivi. L'unica struttura regionale con il massimo del punteggio per gli indicatori considerati è l'Ospedale Civile "San Giovanni di Dio", gestito direttamente dalla ASP di Crotone. Nonostante ciò, solo l'Ospedale

"Basso Ionio" di Soverato (CT) in tutta la regione oltrepassa il volume minimo di sicurezza, con soli 344 parti annuali.

Seguiamo con l'area delle malattie respiratorie e, nel dettaglio, con il trattamento della BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva), una tra le più diffuse patologie del settore specialistico. In tal caso si è soliti utilizzare come criterio di valutazione della performance la mortalità entro 30 giorni dal ricovero e come soglia il primo terzo nazionale del valore in questione, corrispondente a 6,98. Guardando ai dati regionali, la prestazione delle strutture risulta in linea con la media nazionale, con quattro presidi tra i più virtuosi: il Policlinico "Madonna della Consolazione" di Reggio Calabria, l'"Ospedale Mariano Santo" di Cosenza, il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme in provincia di Catanzaro e l'Ospedale "Santa Barbara" nella provincia di Cosenza. Preoccupante è, invece, la performance dell'Ospedale Civile di Locri e dell'Ospedale "S. Maria degli Ungheresi", entrambi di responsabilità dell'ASP di Reggio Calabria, in cui il tasso di mortalità aggiustato supera il 28%.

Vediamo ora l'area muscoloscheletrica, concentrando l'attenzione sulla gestione dei casi di frattura del femore. Qui, gli indicatori in base ai quali viene effettuata la misurazione dal PNE sono la mortalità a 30 giorni dal ricovero e la percentuale di interventi entro due giorni dalla data di ricovero del paziente. Per quanto riguarda il primo indicatore, la struttura più virtuosa risulta essere l'Ospedale di Paola, di competenza diretta dell'ASP di Cosenza, mentre la quasi totalità delle restanti strutture presenta valori superiori alla media nazionale. A confermare l'insoddisfacente performance relativa al trattamento del trauma in questione è la misurazione concernente il numero di interventi chirurgici avvenuti entro due giorni dal ricovero: nessuna struttura calabrese supera il valore soglia di 61,56.

Per il settore specialistico cerebrovascolare prendiamo ad esempio il trattamento dell'ictus. Rispetto a tale patologia sono impiegati come indicatori la mortalità nei 30 giorni successivi al ricovero e la riospedalizzazione entro 30 giorni dalle dimissioni. Per la Regione Calabria due ospedali ottengono un punteggio superiore alle soglie che indentificano le migliori performance: il Policlinico "Madonna della Consolazione" di Reggio Calabria e il Presidio Ospedaliero "Jazzolino" di Vibo Valentia. Per il resto, tra tutte le strutture, tre superano gravemente la media nazionale relativamente all'indicatore della mortalità a 30 giorni. È il caso del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme (CT), dell'Ospedale "Basso Ionio" di Soverato (CT) e dell'Ospedale di Corigliano Calabro (CS). Questi ultimi due,

inoltre, sono gli unici a presentare un tasso di riammissione ospedaliera a 30 giorni maggiore del valore medio nazionale.

Infine, procediamo con l'analisi dell'area oncologica, di cui prenderemo ad esame l'approccio chirurgico. A tal proposito, il PNE assume come indicatore di sicurezza e affidabilità della struttura il volume di interventi eseguiti, essendo oramai dimostrata la relazione inversa tra volume di attività e mortalità entro 30 giorni. In alcuni casi la dipendenza tra le due variabili è lampante: per il tumore al colon retto, un incremento del volume di attività a 50/70 interventi riduce la mortalità a 30 giorni del 10%; nel caso di tumore allo stomaco, la mortalità si dimezza, passando dal 20% al 10%, con un volume di interventi pari a 20/30 l'anno; per il polmone, la mortalità postoperatoria passa dal 20% al 5% quando la struttura realizza almeno 50/70 interventi nell'anno[148].

L'evidenza di tali risultati ha indotto il Ministero della Salute e la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) ad individuare, sulla base dei dati contenuti nelle SDO, dei cut-off (o valori soglia) relativi all'attività chirurgica per ciascuna tipologia di tumore. L'obiettivo dell'iniziativa era l'elaborazione di programmi di razionalizzazione delle prestazioni e specializzazione delle strutture, in modo da autorizzare solo i cosiddetti "centri ad alto volume di attività chirurgico-oncologica" a trattare gli interventi in oggetto, lasciando alle altre strutture altre fasi della terapia di contrasto al tumore e altre tipologie di interventi.

In "Appendice 2" sono riportati i volumi delle prestazioni per area del corpo e tipo di prestazioni all'anno 2012 per tutte le strutture di ricovero della Regione Calabria. In questo caso, al fine di accertare la presenza di un centro ad alto volume di attività in grado di coprire l'intera popolazione regionale sulla base della collocazione geografica di quest'ultimo, considereremo le ASP di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia come unica area territoriale, mentre le ASP di Cosenza e Reggio Calabria, data l'estensione e la prossimità ai confini, saranno trattate come aree distinte.

Andando in ordine, quello del tumore al colon retto è l'unico caso in cui vi è una struttura ad alto volume di attività in tutte e tre le aree geografiche. Difatti, per tre tipologie di intervento la copertura è rivolta a due sole aree: è il caso del tumore alla vescica, trattato adeguatamente da diverse strutture dell'area Catanzaro-Crotone-Vibo Valentia e dell'ASP di

[148] Così A. Garofalo (a cura di), *Monitoraggio in Chirurgia Oncologica: voglia di qualità*, in *Settimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, F.A.V.O., Roma, 2015, pp. 58-65.

Reggio Calabria, del tumore alla mammella e delle neoplasie del sistema nervoso centrale, per cui la AO di Cosenza e quella di Catanzaro costituiscono centri ad alto volume di attività. Mentre, nella gran parte dei restanti casi, solo una struttura (in alcuni casi due, ma concentrate nella medesima area territoriale) supera il cut-off di sicurezza. Ad esempio, per il tumore al fegato la AO di Cosenza presenta un volume di interventi sopra soglia, per l'ovaio l'Ospedale Civile "S. Giovanni di Dio" di Crotone e per l'utero la Fondazione "Campanella" e la AO "Pugliese" di Catanzaro. Ci sono, poi, alcune forme di neoplasie, come il carcinoma dell'esofago, dello stomaco, della tiroide e del polmone (volendo citare i più diffusi), per cui nessun polo realizza annualmente un numero di interventi sufficiente ad assicurare un'offerta adeguata e affidabile.

Oltre a ciò, esistono degli esempi di eccellenza riferiti a specifici reparti, riconosciuti da istituzioni nazionali e internazionali e particolarmente apprezzati dal giornalismo medico scientifico. Esemplare è il caso dell'Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto della AO "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria che è stata dichiarata "Centro di Eccellenza Europeo" dall'European Society of Hypertension (ESH) ed è sede della redazione della rivista europea "Nephrology, Dialysis and Transplantation". Altra eccellenza della AO di Reggio Calabria è il Centro Unico Regionale Trapianti di Cellule Staminali e Terapie Cellulari "A. Neri", che nel 1996 è stato il primo in Europa a realizzare un trapianto per carcinoma alla mammella. Da qui si è dato inizio ad un'attività intensa (1200 trapianti in totale) che lo ha reso uno dei maggiori centri trapianto a livello nazionale. Tra gli esempi di buona sanità in Calabria è annoverato anche il reparto di Cardiologia dell'AO "Mater Domini" di Catanzaro, il quale ha fatto della valorizzazione degli studenti di medicina dell'Università "Magna Graecia" una missione essenziale. Infine, sorprende trovare tra i primi 12 centri di eccellenza del Paese il piccolo (per bacino d'utenza) presidio ospedaliero di Corigliano Calabro, diretto dalla ASP di Cosenza, per via di una tecnica diagnostica altamente innovativa (colonoscopia virtuale) impiegata nel reparto di gastroentereologia.

## 3. I FLUSSI DI MIGRAZIONE SANITARIA IN CALABRIA

La Calabria, dopo la Campania, è la regione che presenta la spesa più elevata per mobilità sanitaria, pari a 256,2 milioni di euro nel 2016. Tuttavia, il valore economico della mobilità può essere apprezzato ancor più efficacemente se si considera che la spesa sanitaria pro capite dei cittadini calabresi è di 1.715 euro all'anno[149], di cui 130 euro (il 7,6 %) sono destinati alla copertura dei debiti dovuti alle migrazioni sanitarie: questo è il sovrapprezzo pagato dai residenti, sotto forma di ticket e imposte, per compensare le regioni che accolgono i pazienti in fuga dal Servizio Sanitario Regionale. Di fatto, più che una vera e propria "fuga", intesa come atto necessario a fronte di specifiche circostanze sfavorevoli, la mobilità sanitaria in Calabria è divenuta una *forma mentis*: quando un cittadino calabrese prende coscienza della patologia che lo affligge, o, ancor prima, quando un sintomo richiede l'esperimento di approfondimenti clinici, sembra automatico pensare di rivolgersi ad una struttura extraregionale, talvolta escludendo a priori la possibilità di reperire un'assistenza sanitaria sicura ed affidabile in regione. Questa naturale propensione ad emigrare ha dato origine ad una concezione della sanità regionale come di un sistema dall'assetto "decentrato", in cui l'opzione migratoria non costituisce un'alterazione dell'assistenza sanitaria nazionale di tipo federale, ma una normale forma d'accesso alle cure.

Come anticipato nel primo capitolo, al costo pagato sotto forma di imposizioni fiscali si aggiungono le spese di viaggio (che è reso ancor più complesso e dispendioso per via dell'insufficiente rete di trasporti e infrastrutture), le spese di soggiorno e il valore economico equivalente alle giornate di lavoro perse di un eventuale accompagnatore. Si tratta, dunque, di un esborso considerevole, che penalizza i residenti di una regione già fortemente svantaggiata da un punto di vista economico. Il Rapporto Svimez 2016 sull'economia del Mezzogiorno, difatti, conferma la Calabria come la regione più povera d'Italia, con un reddito pro capite pari al 61,8% rispetto alla media nazionale, la metà del Pil pro capite del Trentino Alto Adige. Si aggiunga a ciò, un saldo migratorio, dovuto a motivi di lavoro e di studio, di 13 mila unità nel 2015, destinato ad aumentare nel tempo, spopolando una terra dalla già scarsa densità abitativa, perciò sempre più povera di capitale umano e risorse economiche.

[149] L. Tremolada, *Sanità, la spesa pubblica pro capite scende a 1816 euro. E nelle regioni?*, *Il Sole 24 Ore*, 8 aprile 2015.

Peraltro, i costi economici rappresentano solo una parte dei disagi annessi all'emigrazione sanitaria. Come osservato nel primo capitolo, i costi intangibili della mobilità, come la solitudine, i disagi nella ricerca di assistenza nel corso della degenza, le complicazioni nella gestione dei carichi familiari a distanza gravano inevitabilmente sullo stato emotivo dei pazienti.

A questo punto, prendendo avvio dal quadro delle implicazioni della mobilità appena delineato, andremo a trattare nel dettaglio i dati relativi all'emigrazione sanitaria per la Calabria, soffermandoci su quatto dimensioni di analisi: l'andamento storico della mobilità, l'età, la ASP di appartenenza e la provenienza dei pazienti in mobilità. Nel prossimo sotto-paragrafo, invece, esamineremo la più ampia questione delle mete di cura dei pazienti calabresi.

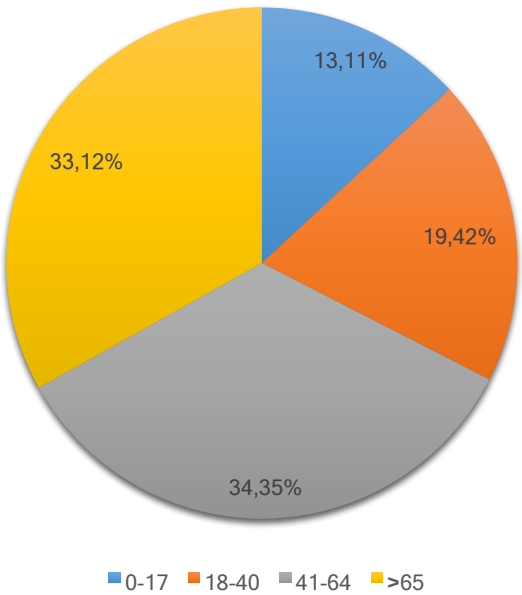
Partiamo, dunque, dalla dimensione storica. Nel 2004 la Regione Calabria perdeva 63.342 pazienti[150] su un totale di 303.336, una quota equivalente al 20,88% dei ricoveri. Nel tempo, il valore assoluto dell'emigrazione è andato riducendosi, con 60.957 pazienti nel 2008, 52.856 nel 2012, fino ad arrivare a 50.602 nel 2015. Tuttavia, questo positivo contenimento del numero complessivo dei cittadini calabresi in cura presso strutture ospedaliere extraregionali è smentito dall'incremento del valore relativo dei pazienti in mobilità. Il decremento del numero di migranti sanitari, infatti, è dovuto principalmente alla riduzione del numero complessivo dei pazienti, anche per via dello spopolamento che vive la regione da diversi anni. È così che, allora, nel 2008 la percentuale di pazienti in mobilità saliva al 22,53%, al 25,63% nel 2012, attestandosi al 28,92% nel 2015, con un incremento di otto punti percentuali in poco meno di dieci anni. Un trend, quest'ultimo, che conferma un peggioramento dei saldi di ricovero relativi dell'intero Meridione a favore delle regioni del Centro e del Nord Italia.

[150] Il dato si differenzia dal saldo ospedaliero riportato nella Tabella 4 del paragrafo 3.2 del capitolo 1 in quanto è inclusa la neonatologia, ovvero i parti avvenuti fuori regione, non contemplati nel precedente capitolo.

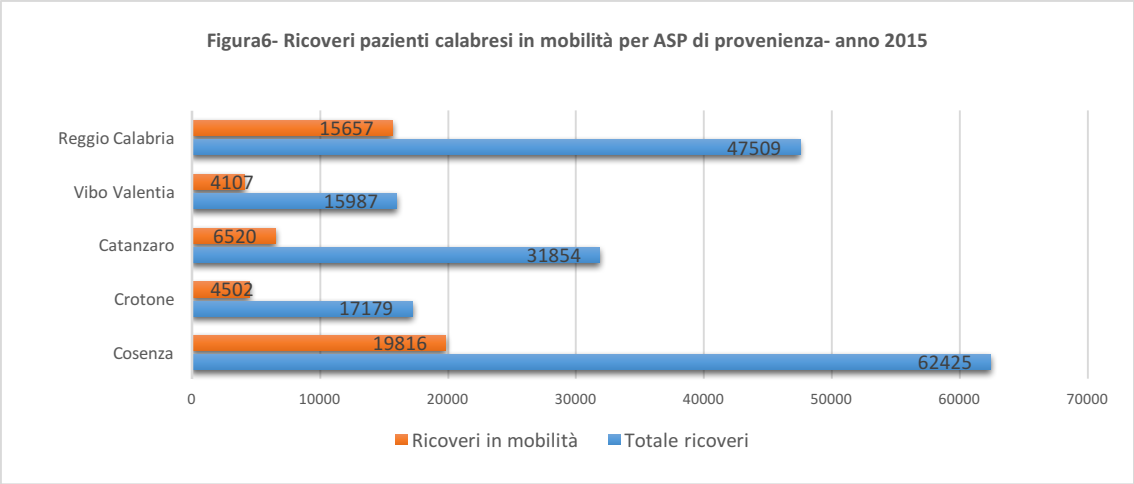
Proseguendo nello studio delle dimensioni del fenomeno migratorio, si prende in esame la composizione per età dei "migranti della salute". Per praticità di analisi e interpretazione, i pazienti sono stati suddivisi in quattro fasce d'età: "0-17", classe che corrisponde all'area pediatrica e in cui rientra altresì la neonatologia, "18-40", "41-64" e "over 65", in cui è compresa la popolazione che più necessita di assistenza sanitaria, ma che, allo stesso tempo, ha maggiori impedimenti, innanzitutto fisici, per poter accedere alle cure in condizioni di mobilità. Se osserviamo l'andamento storico dei dati notiamo un andamento tendenzialmente stabile, con la sola eccezione della classe degli "over 65", che nel 2004 costituivano il 27,57% dei pazienti in mobilità, mentre nel 2015 rappresenta il 33,12%, con un incremento del 5%. Tale incremento è compensato da una riduzione della quota dei "18-40", passati nel medesimo periodo di tempo dal 24,21% al 19,42%. Restano stabili i pazienti dell'area pediatrica, attorno al 13%, e gli appartenenti alla fascia "41-64", fermi al 34,3% dal 2004. Del resto, la distribuzione illustrata dalla figura 5 risulta coerente con la struttura demografica della regione che, in linea con il resto d'Italia, è soggetta ad un forte invecchiamento della popolazione.

Così, in parte per via dell'aumento della popolazione più anziana, in parte per via della cronicizzazione delle patologie, nonostante i disagi della mobilità, i pazienti

**Figura 5- Pazienti calabresi in mobilità per fasce d'età- anno 2015**




Fonte: elaborazione dati SDO



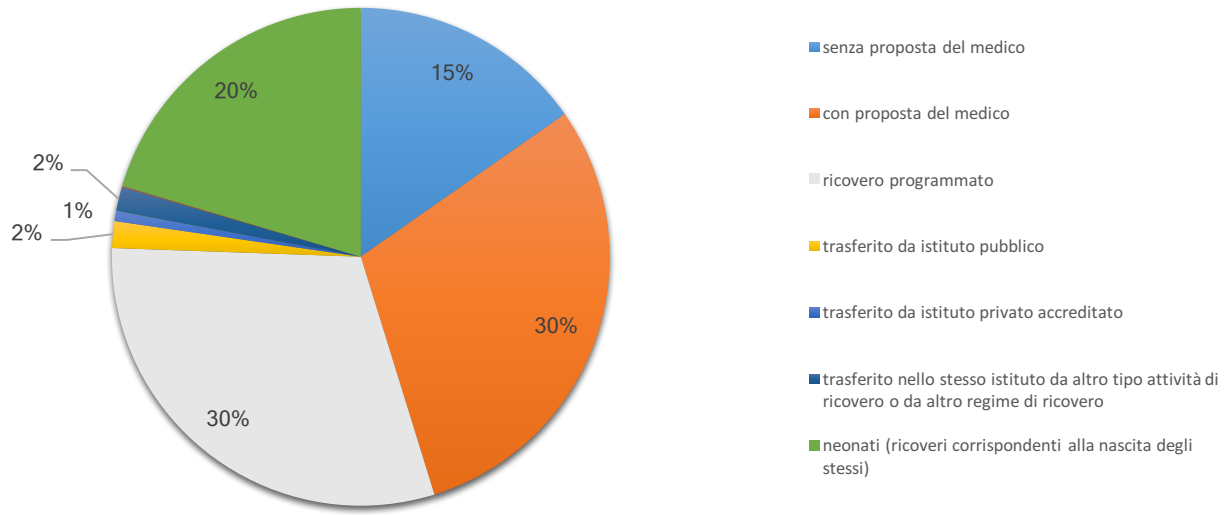

Fonte: elaborazione dati SDO

con più di 65 anni scelgono l'opzione migratoria per provvedere alla cura della propria salute al pari degli adulti tra i 41 e i 64 anni.

La figura 6 riporta, invece, i casi di ricoveri in mobilità suddivisi per ASP di provenienza del paziente, la terza dimensione del fenomeno da analizzare. Naturalmente, già da un rapido sguardo, può notarsi una maggiore mobilità dalle ASP di Cosenza e di Reggio Calabria, trattandosi delle province più popolose. Tuttavia, la ragione della maggiore emigrazione sanitaria da parte dei pazienti provenienti da queste due ASP non è imputabile esclusivamente alla superiorità degli assisti, ma va ravvisata anche nella posizione geografica dei rispettivi territori di competenza. Difatti, i pazienti della provincia di Reggio Calabria presentano dei flussi migratori orientati specialmente verso la Sicilia e, più nel dettaglio, verso le strutture ospedaliere di Messina, data la prossimità geografica. Così, dalla ASP di Cosenza molti pazienti residenti nell'area settentrionale della provincia si dirigono abitualmente in Basilicata e nella vicina provincia di Salerno, dando forma alla cosiddetta mobilità di confine. Tale riflessione è avvalorata dai dati della mobilità relativa per ASP al 2015: la ASP di Reggio Calabria presenta la mobilità relativa più elevata, con un tasso del 32,96%, seguita dalla Azienda di Cosenza, che si attesta al 31,74%, da quella di Crotone, 27,21%, e da quella di Vibo Valentia, 26,69%. Di contro, risulta senza dubbio contenuto il tasso di fuga dalla ASP di Catanzaro, pari al 21,47% dei ricoveri, circa il 10% in meno rispetto al risultato della ASP di Reggio Calabria.

Quanto alla terza dimensione, per "provenienza" del paziente si intende l'istituzione o il medico che ha proposto il ricovero. Questo dato consente di conoscere il percorso seguito dal paziente che lo ha condotto fuori regione alla ricerca di un'appropriata assistenza sanitaria. Nel primo capitolo è stata trattata la figura del medico di famiglia, quale figura chiave nella scelta di emigrare. Secondo un rapporto Censis del 2005, il 56,8% degli intervistati che avevano sperimentato un'esperienza di mobilità sosteneva di essere stato indirizzato fuori regione dal medico curante. Per cui, andiamo a vedere se questa evidenza, valida a livello nazionale, possa estendersi anche al dettaglio della mobilità proveniente dalla Regione Calabria.

**Figura 7- Provenienza pazienti calabresi in mobilità- anno 2015**




Fonte: elaborazione dati SDO

Come illustrato dalla figura 7, i pazienti inviati su proposta del medico di base in un istituto di cura extraregionale sono il 30% del totale; a questo valore deve aggiungersi una buona parte dei pazienti che hanno programmato il ricovero d'accordo con la struttura ospitante, normalmente indirizzata dal medico di base o dal medico specialista che effettua la prima visita. Inoltre, i ricoveri fuori regione corrispondenti alle nascite, pari al 20%, sono indirizzati nella quasi totalità dei casi (si esclude la sola mobilità fittizia e la mobilità occasionale) dai ginecologi che seguono le gestanti nel corso della gravidanza e che, in diversi circostanze, svolgono l'attività libero professionale in regione, ma operano alle dipendenze di ospedali extraregionali. Un fenomeno simile è frequente in una regione come

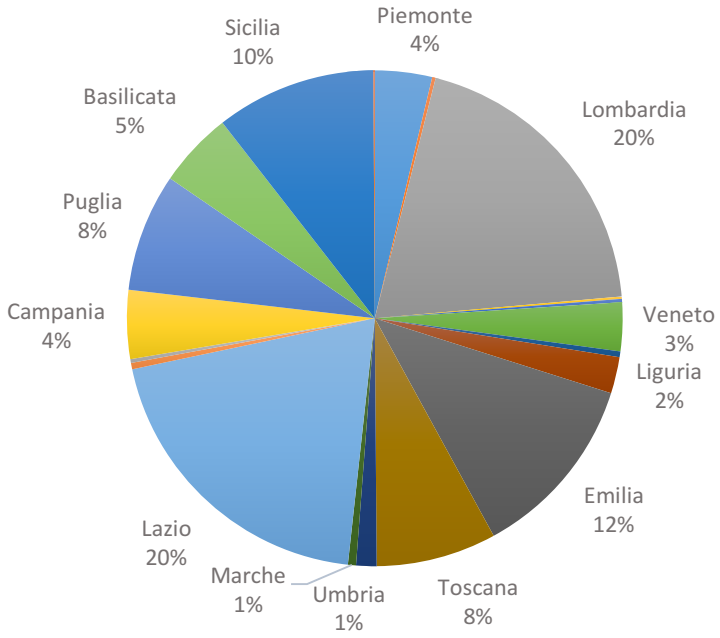
la Calabria in cui la mobilità sanitaria dei pazienti è accompagnata da una grave fuga dei giovani professionisti o in formazione universitaria, che, tuttavia, decidono di svolgere periodicamente attività extramoenia nella regione d'origine, attrezzandosi in studi condivisi con altri medici. Oltre a ciò, abbiamo una quota pari al 15% del totale dei ricoveri in mobilità priva di una qualche forma di proposta, in cui rientrano i casi di mobilità fittizia, di mobilità occasionale e i pazienti che tendono all'autocura, cioè che scelgono l'istituto di ricovero affidandosi alle informazioni provenienti da amici e parenti o riportate sul web. Di scarso rilievo è, invece, la quota dei residenti trasferiti da un presidio regionale, pubblico o privato, ad uno fuori regione per via dell'impossibilità di erogare le cure necessarie alla salvaguardia della salute del paziente. A riguardo, il regolamento dei trasferimenti secondari prevede che questi ultimi possano avvenire esclusivamente nei centri in grado di provvedere alle prestazioni più vicini all'ospedale di provenienza; per cui, si registrano principalmente all'interno della regione medesima o, al più, nelle regioni limitrofe.

## 3.1 LE PRINCIPALI METE DI CURA DEI PAZIENTI CALABRESI

Raggiungere o lasciare la Calabria, si sa, non è mai stato facile. La storica autostrada A3, recentemente rinominata A2, Autostrada del Mediterraneo, ha rappresentato per diverse generazioni il simbolo dell'arretratezza e dell'isolamento del Mezzogiorno e, tutt'ora, nonostante i lavori di ammodernamento, è al centro di aspre polemiche per via della sua presunta impraticabilità. La rete ferroviaria che attraversa il versante ionico, poi, è dichiaratamente in fase di smantellamento, con più di 18 linee interregionali soppresse nel giro di un biennio, diverse stazioni chiuse definitivamente e treni in stato di abbandono. In un contesto simile, si è portati a credere che le complessità logistiche possano costituire un ostacolo per i pazienti che abbiano pensato di cercare assistenza sanitaria fuori regione, inducendoli a desistere. Come visto poc'anzi, però, non è così; piuttosto, a differenza dei pazienti in mobilità dell'Italia Settentrionale che prediligono percorrere tratte brevi, spostandosi principalmente nelle regioni limitrofe, i pazienti delle regioni meridionali, quando scelgono di emigrare, viaggiano a lungo, recandosi al Centro o al Nord.

La figura 8 rappresenta la suddivisione dei pazienti calabresi in mobilità tra le varie regioni, divenute nel tempo abituali mete di cura. Così, il 40% dei flussi di mobilità sono rivolti al Lazio e alla Lombardia, che si spartiscono equamente la più significativa fetta di pazienti fuori regione. Nel Lazio, tra i primi 10 istituti di ricovero, tutti concentrati nella città di Roma, troviamo il Policlinico Universitario "Gemelli", l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" e il Policlinico Universitario "Campus Biomedico", che ha visto raddoppiarsi tra il 2004 e il 2015 la quota di pazienti calabresi a discapito della AO "San Camillo- Forlanini", che, invece, ha perso in meno di dici anni il 72% della mobilità dalla Calabria. La Lombardia, a differenza del Lazio, presenta una distribuzione dei pazienti più omogenea tra le strutture

**Figura 8- Distribuzione pazienti calabresi emigrati- anno 2015**




Fonte: elaborazione dati SDO

di ricovero presenti nelle città di Milano, Pavia e Bergamo. Tra queste spiccano l'Istituto "San Raffaele" e l'IRCCS "Humanitas"; mentre, perdite significative sono state registrate dal Centro Cardiologico "Monzino" e dall'IRCCS "Carlo Besta", che all'inizio degli anni 2000 erano le mete lombarde privilegiate dai cittadini calabresi.

L'Emilia Romagna attrae il 12% dei pazienti in mobilità, che si distribuisce uniformemente sul territorio regionale, comprendendo le città di Bologna, Modena, Reggio Emilia, Parma e il piccolo comune di Cotignola, in provincia di Ravenna. Tra gli istituti più scelti troviamo la AO di Bologna "Sant'Orsola", con più di mille pazienti calabresi nel 2015,

e la Casa di cura "Villa Erbosa" di Bologna, il più grande ospedale privato accreditato dell'Emilia Romagna.

Seguendo l'ordine descritto dalla figura 8, troviamo la Sicilia, con il 10% di pazienti residenti in Calabria che hanno scelto l'isola per ricevere assistenza sanitaria. Esaminando nel dettaglio i flussi di mobilità diretti oltre lo Stretto, risulta evidente che si tratti di mobilità di confine: tra i primi 10 istituti di ricovero 8 sono a Messina e solo questi assorbono il 71% dei flussi diretti nella regione. Buona parte di questi pazienti sono accolti dalla AO Universitaria Policlinico "G. Martino" che, tuttavia, rispetto al 2004 ha perso il 55% dei ricoveri in mobilità dalla Calabria, a differenza della AO Ospedaliera "Piemonte Messina" che ha raddoppiato la sua attrattività.

Troviamo, poi, Toscana e Puglia che presentano entrambe un flusso in entrata pari al 8% della mobilità calabrese. Per la Toscana, risaltano come mete di cura la AO Universitaria "Pisana", la AO "Careggi" di Firenze, che, però, ha perso il 20% dei pazienti rispetto al 2004, e la AO Ospedaliero Universitaria "Meyer" di Firenze, che, di contro, ha incrementato di più del 50% la sua attrattività. La Puglia, diversamente, è divenuta solo di recente una meta di cura rilevante per i cittadini calabresi. Attualmente, riceve i pazienti emigrati a San Giovanni Rotondo (FG), nell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", che nel 2015 contava circa un quarto dei pazienti calabresi ricoverati in Puglia, e nell'Ospedale privato accreditato "Anthea" di Bari.

La Basilicata, che confina a nord con la Regione Calabria, nonostante le ridotte dimensioni, presenta, come visto nel primo capitolo, dei tassi di attrattività elevatissimi che le consentono di contenere il saldo migratorio, a fronte di un tasso di fuga sanitaria considerevole. Ebbene, il 5% dei pazienti che dalla Calabria si reca fuori regione sceglie la vicina Basilicata, dirigendosi negli Ospedali Unificati del Lagonegrese e nel piccolo presidio di Policoro.

Proseguendo, troviamo Campania e Piemonte, con un'attrattività del 4% dei pazienti in mobilità dalla Calabria. Per la Campania, la principale meta di ricovero è il Policlinico Universitario "Federico II" di Napoli che, tuttavia, rispetto al 2004 ha perso esattamente la metà dei ricoveri in mobilità. Mentre, in Piemonte è nell'Ospedale "Molinette" di Torino che si concentra buona parte dei calabresi in cerca di assistenza sanitaria.

Per tutte le altre regioni non vi sono tassi di attrattività particolarmente significativi, aggirandosi tra il 3% e l'1%. Degni di nota sono, però, l'Ospedale "Gaslini" di Genova, in

cui, nel 2015, sono stati ricoverati 618 pazienti pediatrici provenienti dalla Calabria e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, che continua ad essere un punto di riferimento per i migranti della salute, con 327 ricoveri in mobilità nel 2015.

## 3.2 EMIGRAZIONE PER GRUPPI DI PATOLOGIE ED EFFICIENZA DEI DRG

Nel capitolo 1, guardando ai dati sulla mobilità sanitaria interregionale di livello nazionale si è riscontrato che l'emigrazione sanitaria, specialmente quella di lunga distanza, riguarda le prestazioni a più alta complessità, come i trapianti, gli interventi cardiochirurgici, gli interventi ortopedici e alcuni DRG pediatrici di tipo chirurgico. In effetti, anche concentrandoci sui dati relativi alla sola Regione Calabria queste evidenze sono in buona parte confermate: i tassi di fuga più elevati sono registrati per i DRG oncologici, per quelli ortopedici e per la chirurgia pediatrica. Tuttavia, pur considerando altri tipi di prestazioni, non necessariamente chirurgiche, i livelli di mobilità sanitaria risultano allarmanti.

Nella tabella 2 sono riportati i primi 25 DRG con il più alto valore relativo di mobilità[151]; per ciascuno di essi è indicato il numero complessivo di pazienti calabresi ricoverati nell'anno 2015, il numero di ricoveri avvenuti in regione, la quota di ricoveri in regime di mobilità e il tasso di fuga per DRG, ottenuto dividendo il numero di ricoveri in mobilità per il totale dei ricoveri. Come può notarsi, per 12 DRG su 25 il tasso di fuga supera il valore 50, ciò vuol dire che in tutti questi casi la metà dei pazienti residenti in Calabria decide di cercare cure altrove. Più nel dettaglio, il tasso di fuga maggiore è registrato per il trapianto di fegato o intestino, con il 100% dei ricoveri avvenuti in altre regioni. In Calabria, difatti, i tre centri di trapianto presenti (Divisione di Ematologia Centro T.M.O. e Terapie Emato-oncologiche Sovramassimali A. Neri di Reggio Calabria, Unità Operativa Nefrologia Dialisi Trapianto Renale di Reggio Calabria e Unità Operativa Nefrologia Dialisi Trapianto di Cosenza) sono specializzati nel trattamento del rene e del midollo. Mentre, per i trapianti di fegato, nel 2013, l'ente regionale ha sottoscritto una convenzione di interscambio con l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma che prevede l'assegnazione prioritaria degli organi

[151] I dati sono stati trattati seguendo la metodologia di analisi impiegata da S. Siniscalchi e G. Li Calzi nello studio "Mobilità sanitaria. Una proposta di intervento regionale a beneficio dei pazienti, dei sanitari, degli erogatori pubblici e privati" condotto nel 2016 per conto dell'Assessorato Regionale alla Salute Sicilia.

**Tabella 2**

| DRG | Descrizione drg | Ricoveri totali | Ricoveri in regione | Ricoveri in mobilità | Tasso di fuga |
|---|---|---|---|---|---|
| 544 | Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 2206 | 1170 | 1036 | 46,96 |
| 545 | Revisione di sostituzione dell'anca e del ginocchi | 242 | 133 | 109 | 45,04 |
| 451 | Trapianto del midollo osseo | 77 | 54 | 23 | 29,87 |
| 12 | Malattie degenerative del sistema nervoso | 1699 | 1171 | 528 | 31,08 |
| 9 | Malattie e traumatismi del midollo spinale | 420 | 170 | 250 | 59,52 |
| 498 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | 445 | 80 | 365 | 82,02 |
| 410 | Chemioterapia non associata a diagnosi sec di leucemia acuta | 2516 | 1522 | 994 | 39,51 |
| 2 | Craniotomia, età>17 anni senza CC | 416 | 231 | 185 | 44,47 |
| 256 | Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 1410 | 582 | 828 | 58,72 |
| 518 | Intervento sul sistema cardiovascolare per via percutaneaa senza inserzioni di stent nell'arteria coronarica senza IMA | 1027 | 470 | 557 | 54,24 |
| 104 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco | 655 | 344 | 311 | 47,48 |
| 541 | Ossigenazione extracorporea e membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica>96 ore | 177 | 105 | 72 | 40,68 |
| 49 | Interventi maggiori sul capo e sul collo | 128 | 66 | 62 | 48,44 |
| 359 | Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 2761 | 1591 | 1170 | 42,38 |
| 225 | Interventi sul piede | 1428 | 660 | 768 | 53,78 |
| 500 | Interventi su dorso collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC | 667 | 298 | 369 | 55,32 |
| 75 | Interventi maggiori sul torace | 441 | 82 | 359 | 81,41 |
| 462 | Riabilitazione | 276 | 17 | 259 | 93,84 |
| 546 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicaleco con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna | 76 | 9 | 67 | 88,16 |
| 191 | Interventi su pancreas, fegato e di shunt can con CC | 328 | 162 | 166 | 50,61 |
| 105 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco | 203 | 67 | 136 | 67,00 |
| 480 | Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino | 26 | 0 | 26 | 100,00 |
| 570 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 447 | 251 | 196 | 43,85 |
| 573 | Interventi maggiori sulla vescica | 221 | 146 | 75 | 33,94 |
| 515 | Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo | 386 | 281 | 105 | 27,20 |

Fonte: elaborazione dati SDO

prelevati in Calabria da donatori deceduti ai pazienti calabresi in lista d'attesa presso l'istituto laziale. I pazienti epatopatici, infatti, sono seguiti nelle strutture sanitarie regionali nella fase pre-operatoria e post-operatoria; subiscono, invece, l'intervento chirurgico di impianto presso il Policlinico Umberto I. La convenzione contempla, inoltre, la realizzazione di una rete formativa, in cui equipe di chirurghi del Policlinico collaborano e si coordinano con gli operatori calabresi, nell'intento di rendere autosufficienti gli istituti sanitari regionali anche in relazione alla fase chirurgica dei trapianti di fegato.

La riabilitazione è il secondo DRG per tasso di fuga. Diversamente dal trapianto di fegato e intestino, il dato risulta, senza dubbio, più allarmante, per via della minore complessità della prestazione e della durata della degenza. In questo contesto, per "riabilitazione" intendiamo il percorso della post-acuzie che avviene all'interno della struttura ospedaliera, con un decorso che va dai 25 ai 60 giorni[152]. Perciò, nove pazienti calabresi su dieci, dopo aver superato la fase acuta della malattia, si trasferiscono per uno o due mesi in un'altra regione al fine di completare la guarigione, con tutti i costi materiali e immateriali annessi alla distanza.

Tra i 25 DRG presenti in tabella, molte sono prestazioni dai costi elevati, come il trapianto di fegato o intestino, il trapianto di midollo osseo e l'ossigenazione extracorporea a membrane, che presentano tariffe per i ricoveri ordinari con degenza maggiore di un giorno superiori a 51.000 euro per ciascun episodio di ricovero. Per giunta, 15 DRG riportano una tariffazione superiore alla media delle tariffe dei DRG ordinari per acuti, pari a 5.639 euro per ricovero. Tutto ciò si traduce in compensazioni della mobilità dall'enorme valore finanziario.

Sempre con riferimento alle 25 prestazioni con maggiore tasso di fuga, la tabella 3 propone una misura dell'efficienza dei DRG per ASP. Per efficienza del DRG, in questo caso, si intende la capacità delle strutture territoriali di trattenere i pazienti residenti in ciascuna ASP mediante la propria offerta sanitaria. Essa è ottenuta dividendo il valore dei ricoveri avvenuti all'interno degli istituti di cura di ciascuna ASP per il valore totale dei ricoveri degli assistiti dalle rispettive. La tabella in esame può essere letta seguendo due direzioni: orizzontalmente è possibile visualizzare i DRG con i maggiori tassi di mobilità passiva, come nella tabella 2, verticalmente si osserva, invece, la performance delle singole

[152] E. Brizioli, *Post-Acuzie, Riabilitazione e Residenzialità: un nodo da sciogliere*, in *Appunti sulle politiche sociali n. 6*, 2005.

| Tabella 3 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DRG | Descrizione | CS | KR | CZ | VV | RC |
| 544 | Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 9,71 | 17,61 | 34,26 | 19,47 | 21,75 |
| 545 | Revisione di sostituzione dell'anca e del ginocchio | 11,49 | 13,33 | 34,09 | 0,00 | 11,84 |
| 451 | Trapianto di midollo osseo | 33,33 | 75,00 | 50,00 | 55,56 | 82,61 |
| 12 | Malattie degenerative del sistema nervoso | 11,48 | 16,06 | 18,81 | 20,41 | 17,60 |
| 9 | Malattie e traumatismi del midollo spinale | 1,69 | 3,70 | 15,00 | 7,89 | 8,47 |
| 498 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | 20,63 | 0,00 | 7,58 | 0,00 | 2,41 |
| 410 | Chemioterapia non associata a diagnosi sec di leucemia acuta | 34,09 | 23,81 | 41,31 | 0,00 | 29,32 |
| 2 | Craniotomia, età>17 anni senza CC | 45,00 | 0,00 | 146,55 | 0,00 | 51,13 |
| 256 | Altre diagnosi del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo | 8,84 | 20,39 | 21,18 | 4,10 | 12,07 |
| 518 | Intervento sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzioni di stent nell'arteria coronarica senza IMA | 2,96 | 24,76 | 42,19 | 0,00 | 9,86 |
| 104 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco | 9,90 | 18,00 | 37,00 | 17,89 | 20,03 |
| 541 | Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica >96 ore | 39,13 | 0,00 | 28,57 | 0,00 | 43,48 |
| 49 | Interventi maggiori sul capo e sul collo | 4,88 | 12,50 | 8,70 | 0,00 | 27,59 |
| 359 | Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 19,70 | 26,71 | 49,31 | 21,84 | 24,39 |
| 225 | Interventi sul piede | 5,98 | 21,99 | 28,20 | 9,86 | 15,70 |
| 500 | Interventi su dorso collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC | 28,73 | 0,00 | 46,24 | 0,00 | 12,44 |
| 75 | Interventi maggiori sul torace | 16,77 | 0,00 | 20,59 | 0,00 | 6,85 |
| 462 | Riabilitazione | 0,00 | 0,00 | 27,27 | 0,00 | 19,51 |
| 546 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna | 6,67 | 0,00 | 13,64 | 0,00 | 5,00 |
| 191 | Interventi su pancreas, fegato e di shunt can con CC | 34,82 | 12,20 | 10,94 | 0,00 | 10,47 |
| 105 | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco | 2,38 | 2,70 | 3,56 | 3,22 | 8,66 |
| 480 | Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 570 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 37,56 | 20,00 | 40,91 | 25,93 | 35,43 |
| 573 | Interventi maggiori sulla vescica | 9,28 | 0,00 | 25,93 | 0,00 | 21,05 |
| 515 | Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco | 50,83 | 38,24 | 71,00 | 38,30 | 40,00 |

Fonte: elaborazione dati SDO

ASP per i DRG più critici. Le caselle seguono una configurazione cromatica indicativa dello stato di efficienza della prestazione: si va da un estremo negativo, rappresentato dalle caselle colorate di rosso, per i DRG con efficienza inferiore a 10, ad un estremo positivo, costituito dalle caselle in verde scuro, per i DRG con efficienza compresa tra 70 e 90.

Di primo impatto, è evidente la grave inefficienza per tutte le ASP dei DRG in tabella. Leggermente meno critica è la performance relativa al trapianto di midollo, per il quale i residenti si affidano al Centro Unico Regionale "A. Neri" di Reggio Calabria (punteggio efficienza: 82,61) e alla sede dislocata di Crotone (75). Altrettanto contenuta è la fuga relativa ai trattamenti di impianto di defibrillatore cardiaco, per il quale l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro (71) vanta il primato mondiale del primo *device* compatibile con risonanza magnetica ad altissima risoluzione. Degna di nota è, peraltro, la casella in bianco corrispondente al DRG 2, craniotomia, per l'ASP di Catanzaro (146,55). Si tratta dell'unico caso di mobilità attiva tra i 25 DRG: il reparto di neurochirurgia dell'AO "Pugliese-Ciaccio" non solo soddisfa la domanda provinciale, ma attrae pazienti provenienti dalle altre ASP calabresi.

Per il resto, è chiaramente insufficiente la performance di ciascuna ASP. Tralasciando il trapianto di fegato/polmone, nessuna ASP supera la soglia di efficienza 10 per interventi sulle valvole cardiache e interventi cardiotoracici senza cateterismo cardiaco. Ugualmente grave è la performance riguardante l'artrodesi vertebrale, per cui le AO di Cosenza e Reggio Calabria hanno realizzato un solo intervento nel 2015. In relazione a ciò, offrire una o due prestazioni annuali per trattamenti chirurgici talmente complessi, oltre a rappresentare una grave inappropriatezza in termini economici, non può che incrementare il rischio clinico, essendo provato, oramai, che gli interventi eseguiti da ospedali con scarsa esperienza presentano un'elevata probabilità di mortalità operatoria e un basso tasso di sopravvivenza per il paziente nel lungo termine. Identico ragionamento può applicarsi alla revisione di sostituzione dell'anca e del ginocchio, agli interventi su pancreas e fegato e all'impianto di defibrillatore cardiaco, per i quali l'ospedale di Melito di Porto Salvo, gestito dall'ASP di Reggio Calabria, ha realizzato un solo trattamento nel 2015. Anche l'Ospedale di Soverato, di competenza dell'ASP di Catanzaro, presenta un unico caso di diagnosi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo e di interventi sulle valvole cardiache.

Leggendo la tabella in colonna, le performance complessive delle ASP si differenziano poco tra loro. Il punteggio di efficienza più basso è totalizzato dalle ASP di

Vibo Valentia (224,46) e di Crotone (347), le più piccole della regione per numero di assistiti. Mentre, la prestazione migliore, seppur palesemente insufficiente, è quella dell'ASP Catanzaro che, con quattro DRG al di sotto della soglia di efficienza 10, ottiene il punteggio più alto (822,81).

## 3.3 TRE CASI DI FUGA SANITARIA: ONCOLOGIA, PEDIATRIA, ORTOPEDIA

Il Programma Operativo 2016-2018 del Sistema Sanitario Regionale individua due pre-condizioni necessarie per la fuoriuscita dal piano di rientro: raggiungere il pareggio di bilancio entro il 2018 e ottenere una valutazione dei LEA in linea con gli standard nazionali (160 punti). Entrambe le pre-condizioni, secondo la struttura commissariale che ha redatto il Programma, risultano strettamente correlate con il ridimensionamento della mobilità passiva. Come precisato nel documento, la strategia di contenimento dell'emigrazione sanitaria non può prescindere da un'analisi di dettaglio dei tassi di fuga per struttura e reparto, tenendo conto altresì delle condizioni sanitarie della popolazione, monitorate dall'Unità Operativa di Epidemiologia e Statistica Sanitaria.

Seguendo l'approccio definito dal Programma, nei prossimi paragrafi si procederà con lo studio di tre aree sanitarie che presentano elevati tassi di fuga sanitaria e gravi rischi per lo stato di salute della popolazione: l'oncologia, la pediatria e l'ortopedia. La complessità delle patologie e dei trattamenti afferenti a queste branche specialistiche e la profonda sfiducia nella sanità regionale spingono quasi automaticamente i malati residenti in Calabria a dirigersi in luoghi di cura lontani da casa, alimentando il circolo vizioso dell'inappropriatezza: le poche prestazioni erogate, rispetto all'offerta potenziale, irrigidiscono il sistema produttivo, riducendo ulteriormente l'affidabilità dei trattamenti e causando sprechi inauditi.

Per ciascun caso di studio si è seguita la stessa metodologia: dapprima sono state realizzate analisi quantitative sulle schede di dimissione ospedaliera per i pazienti provenienti dalla Calabria nel 2015; una volta ottenute delle distribuzioni di dati, queste ultime sono state mostrate a dei professionisti del settore, a cui ne è stata chiesta un'interpretazione e con i quali si è ragionato sulle motivazioni della mobilità per area sanitaria, sulla base della loro esperienza.

### 3.3.1 IL CASO DELL'ONCOLOGIA

L'oncologia è l'area sanitaria con il tasso medio di fuga ospedaliera maggiore del 2015, pari al 40,1% relativamente ai DRG oncologici con volume di ricoveri complessivo superiore a 100. Difatti, nella tabella 4, riportata alla pagina successiva, sono stati prese in esame esclusivamente le prestazioni che hanno registrato un numero di pazienti calabresi in regime di ricovero ordinario superiore a 100, al fine di concentrare l'attenzione sui trattamenti sanitari più domandati. Per semplicità di lettura, sono stati riportati in tabella solamente i ricoveri totali e i ricoveri avvenuti in condizione di mobilità, ottenendo dal valore percentuale del loro rapporto il tasso di fuga sanitario per ciascun gruppo di diagnosi. Pima

**Tabella 4**

| Descrizione DRG | Ricoveri totali | Ricoveri in mobilità | Tasso di fuga |
|---|---|---|---|
| Neoplasie del sistema nervoso con CC | 1767 | 870 | 49,2 |
| Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola | 15189 | 5667 | 37,3 |
| Neoplasie dell'apparato respiratorio | 4048 | 1531 | 37,8 |
| Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC | 35461 | 7918 | 22,3 |
| Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne | 8696 | 1660 | 19,1 |
| Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | 2281 | 679 | 29,8 |
| Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 11812 | 3578 | 30,3 |
| Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC | 256 | 120 | 46,9 |
| Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC | 178 | 102 | 57,3 |
| Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne | 260 | 151 | 58,1 |
| Neoplasie maligne della mammella con CC | 2673 | 912 | 34,1 |
| Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC | 4677 | 1198 | 25,6 |
| Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC | 363 | 231 | 63,6 |
| Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC | 13063 | 2794 | 21,4 |
| Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi | 432 | 244 | 56,5 |
| Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia | 3471 | 1445 | 41,6 |
| Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia | 231 | 72 | 31,2 |
| Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC | 105 | 24 | 22,9 |
| Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria | 536 | 191 | 35,6 |
| Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna | 16825 | 6444 | 38,3 |
| Interventi per tumore maligno prostata: prostatectomia radicale | 398 | 259 | 65,1 |
| Interventi per tumore maligno laringe | 101 | 68 | 67,3 |
| Interventi per tumore mailgno colon in laparoscopia | 148 | 86 | 58,1 |
| Interventi per tumore maligno stomaco | 219 | 113 | 51,6 |
| Interventi per tumore mailgno polmone | 232 | 215 | 92,7 |
| Interventi per tumore maligno tiroide | 215 | 143 | 66,5 |
| Interventi per tumore maligno colon | 690 | 224 | 32,5 |
| Interventi per tumore maligno fegato | 205 | 124 | 60,5 |
| Interventi per tumore maligno vescica | 118 | 63 | 53,4 |
| Interventi sul testicolo per neoplasia maligna | 5373 | 1441 | 26,8 |
| Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni | 1000 | 245 | 24,5 |
| Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni | 326 | 82 | 25,2 |
| Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne | 1372 | 171 | 12,5 |
| Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC | 128 | 52 | 40,6 |
| Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi | 287 | 99 | 34,5 |
| Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale | 325 | 123 | 37,8 |
| Interventi su rene e uretere per neoplasia | 7043 | 2393 | 34,0 |

Fonte: elaborazione dati SDO

di procedere con la descrizione del contenuto della tabella, è bene precisare che la linea blu delimita i DRG più generici (visite diagnostiche, visite di controllo, interventi chirurgici minori) dalle prestazioni chirurgiche a più alta complessità, selezionate tra i tumori maggiormente trattati.

La mobilità sanitaria più elevata è registrata per gli interventi di contrasto al tumore del polmone, con un tasso di fuga del 92, 7%, praticamente la totalità dei pazienti affetti da tale patologia. Dai dati contenuti nel Piano Nazionale Esiti dell'AGENAS, risulta che le mete più scelte per l'intervento al polmone da parte dei cittadini calabresi sono il Centro Catanese di Oncologia "Humanitas" e l'IRCCS Ospedale "San Raffaele" di Milano. Per il trattamento chirurgico del tumore maligno alla laringe, invece, che presenta il secondo maggior tasso di fuga (67,3%), le strutture più accreditate sono l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e l'Ospedale "Fatebenefratelli" di Roma. Anche i ricoveri per tumore maligno alla tiroide, con un tasso di fuga superiore al 65%, sono diretti principalmente a Pisa: il 21,9% di pazienti sono stati operati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Di contro, riguardo gli interventi per tumore maligno alla prostata, che presenta una mobilità al 65,1%, i pazienti si dirigono in diverse strutture di cura, non essendovene una in particolare con un'elevata concentrazione di ricoverati provenienti dalla Calabria.

Portando l'attenzione sulle neoplasie che colpiscono le donne, il trattamento del cancro all'apparato riproduttivo femminile registra una fuga considerevole, pari al 63,6% delle pazienti. Inferiore, ma pur sempre drammatica è la mobilità relativa alla mastectomia per neoplasie maligne, che ammonta al 46,9%, e agli interventi di contrasto a neoplasie maligne dell'ovaio (o annessi), che riguarda 4 pazienti su 10. Per questo tipo di interventi le destinazioni preferite dalle pazienti residenti in Calabria sono il Policlinico "Gemelli" di Roma e l'Istituto Europeo di Oncologia (IRCCS) di Milano.

Riguardo ai DRG più trattati (volume totale di ricoveri superiore a 1.000), la mobilità maggiore è registrata dalle prestazioni per i tumori del sistema nervoso, con un tasso di fuga pari al 49,2%; seguono l'anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia, con una fuga del 41,6%, e il trattamento di neoplasie dell'apparato respiratorio, la cui mobilità supera il 37%.

Al contrario, le diagnosi relative a neoplasie del fegato e delle vie biliari (procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne), presentano una mobilità contenuta, pari al 19,1%, per via dell'elevata attrattività registrata dall'Unità Operativa di Epatologia dell'Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro, che, in collaborazione con

l'"Università Magna Graecia", contribuisce all'eccellente opera di ricerca svolta dal Centro per lo Studio e la Terapia delle Malattie del Fegato.

Seguendo la metodologia descritta nel paragrafo 3.3, i dati sulla mobilità oncologica appena trattati sono stati mostrati al Dottor. Schito, Direttore dell'Unità Operativa di Oncologia dell'Ospedale Civile "Ferrari" di Castrovillari e impegnato in prima fila in diverse iniziative di volontariato per l'assistenza dei malati terminali. Naturalmente, simili tassi di emigrazione non hanno sorpreso il Dottore che, in molti casi ha dovuto, lui per primo, indirizzare oltre regione i propri pazienti. In particolare, non è sembrato colpito dai tassi di fuga per i trattamenti di contrasto al tumore della mammella, che, secondo le stime dell'Associazione Italiana Registro Tumori, è la neoplasia più diagnosticata e la prima causa di morte per tumore nelle donne (con 11.939 decessi nel 2013). Come fa notare il Dottor. Schito una delle maggiori cause dell'emigrazione dei malati oncologici dalla Calabria è l'insufficienza delle apparecchiature diagnostiche, riportando proprio un esempio relativo alla carenza delle tecnologie di diagnosi per il cancro alla mammella. Trattandosi di strumenti tecnici, se ne tratterà impiegando una terminologia non proprio usuale per i non addetti ai lavori; ma si ritiene necessario farvi riferimento per via della gravità dello stato di abbandono in cui versano i reparti oncologici regionali, talvolta privi dei dispositivi medici basilari. Uno di questi è il *mammotome*, un esame di carattere ambulatoriale, che consente di prelevare del tessuto mammario da sottoporre ad esame istologico con una tecnica minimamente invasiva, dunque, alternativa alla tradizionale biopsia chirurgica. Ebbene, il Dottor. Schito dichiara che nessun ambulatorio del distretto e, a suo avviso, del territorio di Cosenza e Catanzaro offre una prestazione simile, nonostante abbia memoria di diversi milioni di euro stanziati per l'acquisto di nove *mammotomi* da parte del SSR, che, di fatto, non è mai avvenuto. In effetti, ricercando sul web questo tipo di servizio, solo il reparto di chirurgia generale dell'Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria pare offrire la prestazione.

Oltre al *mammotome*, un altro strumento essenziale che riguarda, però, il paziente cui già si è diagnosticato un tumore alla mammella, ma del quale si deve definire lo stadio, dunque la prognosi, è la *scintigrafia per la ricerca del linfonodo sentinella*. Trattasi di un esame che consente di identificare il linfonodo ascellare più vicino alla neoplasia, al fine di guidare il chirurgo nella sua asportazione e individuare il percorso che il tumore sta seguendo, prevenendone la diffusione. Anche in questo caso, come suggerito dal Dottore, e confermato,

poi, dalla ricerca sui siti istituzionali, non vi sono strutture che erogano la prestazione in tutta la regione.

Un ulteriore grave carenza cui ha fatto riferimento l'esperto è lo scarso impego dei test genetici che potrebbero rappresentare per il medico la migliore forma di ausilio diagnostico per la prevenzione delle malattie oncologiche, neurodegenerative e cardiovascolari. Nel dettaglio, i test più affidabili consentono di accertare la presenza dei geni *BRCA1* e *BRCA2* (del cancro del seno e dell'ovaio) e il gene *Ret* (del tumore alla tiroide) con una probabilità di sicurezza del 50%-80%. Naturalmente, con la sola AO di Cosenza che presenta questa tecnologia, è facile che molti soggetti che intendano effettuare il test decidano di recarsi altrove, fermandosi nella struttura in cui si sono sottoposti all'esame diagnostico anche in seguito, per l'eventuale terapia. Come per i test genetici, anche per tutti gli altri sistemi di inquadramento diagnostico, il paziente, una volta emigrato per l'esperimento di questa prima fase del percorso di cura, inevitabilmente, tende a restare nel presidio in cui è avvenuta la prima accoglienza.

Seguendo nell'esame dei fattori che alimentano la mobilità per l'area oncologica, il Dottor. Schito individua tra questi l'inadeguatezza dei reparti per la fase chirurgica della terapia di contrasto al tumore. Come sottolineato dal Primario, mancano le apparecchiature, le equipe di chirurghi con specifiche competenze in chirurgia oncologica e, talvolta, scarseggiano proprio i luoghi fisici per operare in condizioni di sicurezza per il paziente. Oltre a ciò, l'aspetto più grave della mobilità interregionale del paziente oncologico è che, spesso, quest'ultima si trasforma in un vero e proprio trasferimento a lungo termine nel luogo in cui il soggetto ha ottenuto il trattamento medico-chirurgico, per via della carenza di strutture preposte alla degenza. Secondo il Dottore, l'assistenza ospedaliera e territoriale del malato affetto da neoplasie è assolutamente sottodimensionata, al punto che le uniche strutture di accoglienza dei soggetti che non sono autosufficienti nel corso della degenza sono private e, comunque, non risultano specializzate nel trattamento di questa particolare tipologia di paziente[153].

[153] Il DCA n. 10 del 02/04/2015, avente ad oggetto l'approvazione della Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale, precisa che, per quanto riguarda la dotazione di posti letto di oncologia medica, dal censimento del 2014, risultano 72 p.l. di degenza ordinaria e 91 p.l. di day hospital, per un totale di 163 p.l., pari ad 8,3 posti in media per 100.000 abitanti. Dunque, la media regionale, di fatto, supera quella nazionale, paria a 6,7 posti per 100.000 abitanti, tuttavia, non esistono posti letto oncologici per riabilitazione e lungodegenza.

Oltre al settore privato, anche il volontariato prova a sopperire alla deficitaria assistenza pubblica. A riguardo, il Dottore riporta un'esperienza che lo ha visto direttamente coinvolto assieme all'associazione di volontariato "La Mongolfiera" nel piccolo Comune di Terranova da Sibari (CS), in cui, con delibera del Sindaco, è stata finanziata l'assistenza domiciliare dei pazienti terminali che ne avrebbero fatto richiesta. Il programma in questione garantisce annualmente al paziente dai due ai cinque interventi medici, otto interventi infermieristici, otto interventi di operatori sociosanitari, quattro visite da parte di un nutrizionista e due appuntamenti di consulenza con un assistente spirituale e un assistente alla fisicità, tutto ciò al costo simbolico di 3 euro a prestazione. Paradossalmente, però, al Comune non è pervenuta alcuna richiesta di accesso al programma, pur essendo comprovata la presenza di malati oncologici all'interno della piccola comunità locale. Ciò dimostra, a detta del Dottore, che i pazienti oncologici, anche quelli in fase terminale, preferiscono trasferirsi stabilmente in strutture extraregionali, arrivando a diffidare delle poche, ma potenzialmente efficaci, iniziative assistenziali del territorio d'origine.

Infine, si è chiesto al Dottor. Schito secondo quali modalità il paziente oncologico è indirizzato verso altri istituti, quando non è possibile garantire un trattamento adeguato all'interno della struttura ospedaliera. Il Dottore ha specificato che non esiste una metodologia precisa, nonostante egli tenda a seguire dei criteri specifici. Difatti, se possibile, egli predilige gestire il caso all'interno del territorio dell'ASP, altrimenti nella AO più vicina, proseguendo, poi, con le strutture del Servizio Regionale e, solo in ultima istanza, si indica una struttura extraregionale. Naturalmente, nonostante, per quanto possibile, si tenda a trattenere all'interno delle strutture regionali il paziente, il medico è tenuto alla massima franchezza nei riguardi di quest'ultimo, informandolo con precisione dei volumi di ricovero delle strutture, dunque dell'esperienza, e della presenza di centri d' eccellenza in altre regioni.

La scelta dell'istituto di cura verso cui viene indirizzato il paziente dipende da alcuni fattori primari secondo il metodo seguito dal Dottor. Schito, come il volume della refertazione, i tempi di attesa e i tempi di risposta. Di questi dati il medico viene a conoscenza mediante i contributi informativi forniti dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica e da rapporti informali intrattenuti con altri medici. Dunque, ciascun medico costruisce in modo autonomo la propria rete di conoscenze in base alla quale veicolare il paziente nel suo percorso di cura, non essendo previsto alcun sistema istituzionale di raccordo e informazione a livello regionale o nazionale. Il che dimostra l'assenza di una strategia regionale e nazionale

di orientamento del paziente, sulla base delle esigenze del malato e, al contempo, delle capacità ricettive delle strutture di ricovero. Definire linee guida univoche per la collocazione del paziente, ove possibile, in ospedali del SSR potrebbe realmente ridimensionare il fenomeno migratorio; di contro, qualora la mobilità dovesse risultare l'unica scelta plausibile, prevedere dei programmi che notifichino sistematicamente al medico il volume dei ricoveri, i tempi di attesa, i tempi di risposta, il sovraffollamento delle strutture e il livello delle tecnologie, razionalizzerebbe la mobilità inevitabile, rendendola sostenibile.

### 3.3.2 IL CASO DELLA PEDIATRIA

La distanza dalle relazioni affettive e dall'ambiente domestico non possono che acuire nel malato e nei suoi familiari il senso di angoscia e di disorientamento, specialmente se ad essere assistito lontano da casa è un paziente pediatrico. La mobilità pediatrica, per quanto numericamente meno consistente rispetto a quella oncologica e, come vedremo, a quella ortopedica, risulta ugualmente drammatica, per via dei costi umani e sociali che essa comporta. Difatti, l'emigrazione di un paziente pediatrico, nella gran parte dei casi, è causa del trasferimento di un intero nucleo familiare, con i disagi lavorativi e i sacrifici economici ad esso annessi. Peraltro, riflettendo sul valore simbolico di tale fenomeno, l'incapacità della Regione di prestare le cure necessarie alla popolazione più giovane è una prova amara dello stato di abbandono di questa terra e un forte segnale di decadenza del suo sistema sanitario.

Per questo, nel 2012, un gruppo di esperti, costituito da due docenti della cattedra di Pediatria dell'"Università Magna Graecia" di Catanzaro e da due funzionari dell'assessorato alla sanità regionale, ha pubblicato sulla rivista internazionale "Medico e Bambino" uno studio relativo alla mobilità pediatrica passiva della Calabria[154]. Lo studio riguarda i pazienti di età compresa tra 0 e 16 anni, per gli anni 2004-2008, ricoverati fuori regione, classificati per specialità di ricovero in base alla metodologia "ICD-9-CMe DRG" del 2002. Proprio per via dell'uso di questo metodo di classificazione dei gruppi di diagnosi, sostituito dalla versione "24 DRG" nel dicembre del 2008, in base al quale sono attualmente organizzate le schede di dimissione ospedaliera, non sarà possibile una comparazione sistematica tra i

[154] F. Parisi, R. Barone, G. Procopio, R. Miniero, *La migrazione sanitaria pediatrica in Calabria*, in *Medico e Bambino pagine elettroniche*, 2012. Disponibile su http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1207_10.html.

risultati dello studio del 2012 e i dati sulla mobilità pediatrica del 2015. Ad ogni modo, è bene riportare alcune evidenze emerse dalla precedente ricerca, da assumere come parametri generici per l'esame dei tassi di emigrazione odierni.

Dunque, tra il 2004 e il 2008 i ricoveri extraregionali sono stati in media 34.647, pari al 25% dei ricoveri totali, e hanno interessato 6.190 pazienti con meno di 16 anni. La provincia più colpita dalla mobilità pediatrica era quella di Reggio Calabria, i cui pazienti si dirigevano principalmente verso la Sicilia. Considerando, invece, i pazienti provenienti da tutte le ASP, tra le mete di cura privilegiate per i ricoveri pediatrici vi erano l'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma e la Lombardia, seguiti da Lazio, Liguria ed Emilia Romagna. Infine, la ricerca riportava le specialità con i maggiori volumi di ricovero fuori regione: in valore assoluto, l'emigrazione più alta era registrata per l'area sanitaria di gastroenterologia ed epatologia; di seguito, venivano indicate chirurgia ortopedica, endocrinologia e oncologia.

Confrontiamo, ora, i numeri relativi alla mobilità pediatrica del 2015 con quelli degli anni precedenti, tenendo sempre conto del fatto che i secondi sono valori medi. Di recente, i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 16 anni residenti in Calabria sono stati 15.447, di cui in mobilità 5.983, più del 38% dei ricoveri complessivi. Si nota subito come la quantità di ricoveri extraregionali si sia ridotta drasticamente, seguendo la tendenza discendente dei ricoveri totali, tuttavia il valore relativo della mobilità in percentuale (ricoveri in mobilità sul totale dei ricoveri) è aumentato di 13 punti. La ASP con il maggiore tasso di fuga pediatrica è quella di Cosenza (42,8%), seguita da quella di Reggio Calabria (40,88%), Vibo Valentia (37,23%), Crotone (33,89) e Catanzaro (32,39%), che regista circa il 10% di mobilità pediatrica in meno della ASP di Cosenza.

A differenza di quanto previsto dalla ricerca del 2012, per l'analisi relativa ai prossimi dati includeremo nell'area pediatrica anche i pazienti di età compresa tra i 16 e i 18 anni (6.635 pazienti in mobilità per la fascia 0-18 anni, 37.98% del totale). Dunque, nel 2015, le destinazioni più accreditate per i pazienti pediatrici sono il Lazio, in particolare l'Ospedale "Bambino Gesù", che assorbe poco meno del 30% della mobilità pediatrica complessiva, e la Sicilia, che attrae il 13,76% dei pazienti. Invece, Lombardia, Toscana, Liguria ed Emilia presentano una mobilità pediatrica attiva dalla Calabria di poco differente e pari all'8%.

Nella tabella 5 sono riportati i DRG con i maggiori volumi di ricovero per l'anno 2015, di cui è indicato il numero totale di ricoveri in mobilità e il tasso di fuga. La percentuale di ricoveri extraregionali più elevata, come può vedersi, è registrata per la craniotomia (86%),

| Tabella 5 | | | |
|---|---|---|---|
| Descrizione drg | Ricoveri totali | Ricoveri in mobilità | Tasso di fuga |
| Craniotomia età <18 anni | 50 | 43 | 86,00 |
| Disturbi mentali dell'infanzia | 275 | 200 | 72,73 |
| Infezioni e infiammazioni respiratorie, età <18 anni | 50 | 35 | 70,00 |
| Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni | 143 | 99 | 69,23 |
| Neonato normale | 338 | 232 | 68,64 |
| Altre malattie del sistema nervoso senza CC | 148 | 99 | 66,89 |
| Interventi sulle strutture extra-oculari eccetto orbità, età <18 anni | 239 | 158 | 66,11 |
| Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 265 | 166 | 62,64 |
| Altre malattie dell'occhi, età <18 anni | 109 | 68 | 62,39 |
| Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età <18 anni | 101 | 58 | 57,43 |
| Altri fattori che influenzano o stato di salute | 332 | 170 | 51,20 |
| Tonsillectomia e /o adenoictomia, età <18 anni | 262 | 124 | 47,33 |
| Convulsioni e cefalea, età < 18 anni | 553 | 239 | 43,22 |
| Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età | 705 | 222 | 31,49 |
| Bronchite e asma, età < 18 anni | 289 | 67 | 23,18 |
| Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato | 771 | 152 | 19,71 |
| Otite media e infezioni alle vie respiratorie, età < 18 anni | 308 | 48 | 15,58 |
| Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18 anni | 397 | 53 | 13,35 |

Fonte: elaborazione dati SDO

i disturbi mentali dell'infanzia (72,73%) e le infezioni/infiammazioni respiratorie (70%). Si tratta, senz'altro, di dati allarmanti. Tuttavia, in tali casi, data la complessità delle diagnosi, la mobilità potrebbe ritenersi fisiologica: la presenza di pochi centri iper-specializzati nel trattamento di queste patologie consente di massimizzare la qualità delle prestazioni e di sfruttare i vantaggi derivanti dalle economie di scala che si generano. Ciò nonostante, per quanto riguarda i disturbi mentali dell'infanzia, secondo le direttive dell'Istituto Superiore di Sanità, ciascuna regione dovrebbe possedere almeno un centro di neuropsichiatria infantile di riferimento. Le unità di neuropsichiatria infantile, che non sono necessariamente centri iper-specializzati, sono tenute ad offrire sul territorio una gamma minima di servizi, come screening diagnostici, terapie psicologiche e psichiatriche (da erogare, ove possibile, in regime ambulatoriale), cicli riabilitativi, consulenze e attività di formazione per famiglie, operatori scolastici, educatori, etc. Ebbene, nell'elenco dei centri regionali di riferimento a fianco alla voce "Calabria" non troviamo alcuna indicazione. Da precisare che è l'unico caso in tutta Italia.

Proseguendo con l'analisi della tabella 5, un dato grave è il tasso di fuga per il DRG "neonato normale", pari al 68,64%, che sta ad indicare i parti privi di complicazioni avvenuti in strutture ospedaliere extraregionali. Altrettanto allarmanti sono l'emigrazione al 67,43% per le malattie del sistema nervoso e quella al 43,22% per convulsioni e cefalea tra i minori:

in entrambi i casi tra le 236 e le 239 famiglie si sono trasferite in altre regioni per l'assistenza sanitaria.

Infine, è bene precisare che per le prestazioni a più bassa complessità, come il trattamento di malattie virali, otiti e disturbi gastroenterologici, la mobilità, fortunatamente, è inferiore al 20% e si rivolge principalmente alle regioni confinanti.

Come per l'oncologia, anche i dati appena esaminati sono stati mostrati ad un medico del settore, la Dott.ssa Meringolo, pediatra da più di venticinque anni, che ha operato in diversi comuni appartenenti alla ASP di Cosenza. Come il Dottor. Schito per la mobilità oncologica, anche la Dottoressa non è sembrata stupita dai valori dei tassi di fuga dei pazienti pediatrici, specialmente per i DRG chirurgici e ortopedici. Tuttavia, a suo avviso, è inaccettabile una mobilità del 62,64% per i disturbi organici e i ritardi mentali, che dovrebbero essere trattati esaustivamente dai presidi regionali, o una fuga del 47,33% per tonsillectomia, una metodica chirurgica ritenuta oramai routinaria. Proprio a riguardo, la Dottoressa ha riportato l'esempio di una sua paziente che necessitava con urgenza di una tonsillectomia e che, tuttavia, è stata costretta ad andare in Basilicata per via dei tempi di attesa proposti dalla AO di Cosenza: ben due anni. Dunque, per quanto riguarda le strutture della ASP di Cosenza, secondo la Pediatra, le liste d'attesa per esami diagnostici e interventi chirurgici (a bassa complessità) giocano un ruolo non indifferente sulla scelta di recarsi fuori regione. Ciò nonostante, il fattore che più incide sulla decisione di emigrare è la ricerca da parte dei genitori del migliore centro per la cura della patologia di cui è affetto il proprio bambino. Talvolta, infatti, come precisato dalla Dottoressa, il centro di eccellenza, per via della singolarità del caso clinico o della gravità dello stato di salute del paziente, è indicato direttamente dal pediatra; in altri casi, invece, pur non essendo strettamente necessario andare oltre regione per trattare la patologia, le famiglie ritengono troppo rischioso affidare la salute del bambino a specialisti del territorio.

Come fatto per il Dottore Schito, anche alla Dottoressa Meringolo è stato chiesto quale metodologia viene impiegata per indirizzare il paziente pediatrico verso l'istituto di cura più adatto alle proprie esigenze cliniche. È apparsa altresì evidente la mancanza di linee guida istituzionali univoche. Difatti, sebbene alcuni pediatri provino, entro i limiti del possibile, a trattenere nei centri regionali i pazienti pediatrici, non esistono delle direttive regionali a riguardo, né sistemi informativi sullo stato dei reparti pediatrici degli ospedali territoriali e sui servizi offerti. Ad esempio, la Dottoressa, nel corso dell'intervista, ha

richiamato positivamente l'attività di onco-ematologia svolta dall'Unità Operativa di Pediatria della AO "Annunziata" di Cosenza e dal Centro per la Fibrosi Cistica (CRRFC) dell'ASP di Catanzaro, ma dei servizi offerti da queste strutture lei è venuta a conoscenza solo grazie al "passa parola" dei colleghi medici.

Dunque, la mancanza di istituti adeguatamente preposti all'erogazione di alcuni tipi di prestazioni, i tempi di attesa, la scarsa diffusione, tra i medici e i cittadini, di informazioni sulle tecnologie e i servizi offerti dai reparti pediatrici degli ospedali locali, annessa alla profonda sfiducia nei confronti del Servizio Sanitario Regionale, sono tutti fattori che contribuiscono ad alimentare la mobilità pediatrica in Calabria.

### 3.3.3 IL CASO DELL'ORTOPEDIA

La mobilità sanitaria interregionale relativa alla chirurgia ortopedica supera il 50% della produzione regionale. Particolarmente consistente è l'emigrazione per la chirurgia protesica, una componente significativa della chirurgia ortopedica e in costante aumento negli ultimi quindici anni (la media è di circa 10.000 ricoveri in aumento per ogni anno). Nella chirurgia protesica rientrano principalmente la sostituzione totale o parziale di anca, ginocchio e spalla; si tratta di interventi che, salvo particolari complicazioni, rientrano pienamente nell'offerta minima che un servizio sanitario regionale dovrebbe garantire adeguatamente, non essendo necessario l'intervento di centri di eccellenza unici sul territorio nazionale.

Un articolo scientifico del 2008 sulla chirurgia protesica dell'anca[155], riflettendo sul fenomeno della mobilità interregionale, stabiliva che circa il 91% della suddetta mobilità era evitabile e, dunque, legata esclusivamente all'inadeguatezza dell'offerta e alla sfiducia verso le strutture locali. Così come un'analisi svolta da un gruppo di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità riguardante i dati dell'emigrazione relativa agli interventi di artroprotesi per gli anni 2001-2009[156] confermava l'evitabilità di questo tipo di mobilità, attribuendo il fenomeno

[155] E. Romanini, M. Torre, V. Manno, G. Baglio, S. Conti, *Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale*, G.I.O.T. 2008, 34:129-134.
[156] M. Torre, *Chirurgia protesica ortopedica: analisi della mobilità interregionale*, Ufficio di Statistica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma, giugno 2011.

all'irrazionale gestione delle risorse disponibili e all'assoluta disinformazione di medici e pazienti sulle strutture regionali e sui loro standard qualitativi.

La tabella 6 riporta i ricoveri complessivi per i DRG con volumi di ricovero superiori a 100, i corrispondenti ricoveri avvenuti in regime di mobilità e il relativo tasso di fuga. Si può notare immediatamente che i volumi di attività e le percentuali di fuga sono significativamente più elevati rispetto ai dati osservati per l'oncologia e la pediatria. Il più alto tasso di migrazione sanitaria, pari al 78,90%, è registrato per l'artroscopia: un intervento chirurgico di modesta entità che consente, contemporaneamente, di diagnosticare la patologia e operare l'arto, unendo la fase diagnostica e la fase chirurgica in una sola prestazione. Seguono gli interventi sugli arti superiori (spalla, gomito e altri), tra cui rientra anche la protesica, con una mobilità del 59,16% e il DRG generico "altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo", con un saldo passivo del 58,72%. Gli interventi su anca e femore per i pazienti pediatrici, già citati nel paragrafo precedente, presentano un tasso di fuga del 57, 42%, esempio del connubio tra due aree sanitarie

**Tabella 6**

| Descrizione drg | Ricoveri totali | Ricoveri in mobilità | Tasso di fuga |
|---|---|---|---|
| Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC | 72022 | 19330 | 26,84 |
| Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC | 967 | 143 | 14,79 |
| Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni | 101 | 58 | 57,43 |
| Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con | 425 | 218 | 51,29 |
| Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni | 1092 | 190 | 17,40 |
| Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni | 126 | 32 | 25,40 |
| Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC | 404 | 239 | 59,16 |
| Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su | 962 | 314 | 32,64 |
| Interventi sul piede | 1428 | 768 | 53,78 |
| Interventi sui tessuti molli senza CC | 974 | 299 | 30,70 |
| Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC | 1381 | 223 | 16,15 |
| Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore | 154 | 62 | 40,26 |
| Artroscopia | 109 | 86 | 78,90 |
| Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC | 826 | 327 | 39,59 |
| Fratture dell'anca e della pelvi | 528 | 47 | 8,90 |
| Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto | 316 | 95 | 30,06 |
| Malattie del tessuto connettivo con CC | 580 | 191 | 32,93 |
| Malattie del tessuto connettivo senza CC | 791 | 227 | 28,70 |
| Affezioni mediche del dorso | 720 | 232 | 32,22 |
| Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC | 110 | 35 | 31,82 |
| Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC | 371 | 129 | 34,77 |
| Artropatie non specifiche | 332 | 76 | 22,89 |
| Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo | 864 | 156 | 18,06 |
| Tendinite, miosite e borsite | 314 | 63 | 20,06 |
| Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto | 1441 | 182 | 12,63 |
| Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 | 230 | 16 | 6,96 |
| Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 | 567 | 31 | 5,47 |
| Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 1410 | 828 | 58,72 |

Fonte: elaborazione dati SDO

problematiche in regione: la specialità ortopedica e quella pediatrica. Superiore al 50% è anche la mobilità passiva per gli interventi su arto inferiore e omero, pari al 51,29%, in cui è compreso anche il dato della chirurgia protesica del ginocchio. In sintesi, 15 DRG su 28 registrano una quota di pazienti in fuga maggiore al 30%, con un totale di 5.124 ricoveri fuori regione su 16.556.

Le principali mete di ricovero per l'area ortopedica sono l'Emilia Romagna, che nel 2012 accoglieva circa 1.096 pazienti (tra ricoveri ordinari e day hospital), principalmente presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, e la Lombardia, che vanta l'eccellenza dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano; ma anche il Lazio, la Toscana e la Sicilia sono scelte frequentemente dai pazienti ortopedici calabresi. Mentre, all'interno della Regione Calabria, le strutture in cui si concentrano i ricoveri di chirurgia ortopedica sono l'Istituto Ortopedico "Mezzogiorno d'Italia" di Reggio Calabria e le Case di Cura accreditate "Villa del Sole" e "Villa Serena" di Catanzaro.

Seguendo la metodologia applicata ai due casi precedenti, i dati sui ricoveri ortopedici avvenuti in regime di mobilità sanitaria sono stati mostrati al Direttore del Dipartimento di Chirurgia Ortopedica dell'ASP di Cosenza e dell'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Paola (CS), il Dottore Candela. Egli stesso ammette di aver riflettuto più volte sull'emigrazione sanitaria per la propria area specialistica, chiedendosi quali fossero le ragioni profonde di un fenomeno talmente drammatico. Ebbene, egli ritiene che non sia necessario ricorrere a interpretazioni particolarmente complesse, bensì esaminare la filiera dell'offerta sanitaria. Componenti essenziali e insostituibili di tale filiera sono la formazione del personale medico e le prospettive di inserimento di quest'ultimo all'interno delle strutture ospedaliere regionali. L'Università "Magna Graecia" di Catanzaro, a causa dell'esiguo numero di studenti/laureati, non sarebbe in grado di soddisfare il fabbisogno regionale di medici e chirurghi, specialmente nell'area ortopedica. La migrazione sanitaria, infatti, non è solo un fenomeno che riguarda i pazienti, ma anche centinaia di giovani studenti che, annualmente, si trasferiscono in altre città per frequentare il corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Difatti, nel 2015, il numero di calabresi immatricolati è stato pari a 264 unità[157], di cui solo il 21,65% a Catanzaro. La restante parte di iscritti si è distribuita tra l'Università "La Sapienza" di Roma, che vanta la medesima quota di studenti di Medicina calabresi dell'Università di Catanzaro (21,65%), l'Università degli Studi di Messina (16,66%) e le altre

[157] I dati sono tratti dall'Anagrafe Nazionale Studenti (ANS), curata dal MIUR.

facoltà presenti in Italia e all'estero. Come sostiene il Dottore Candela, i giovani che studiano fuori regione, in Policlinici Universitari all'avanguardia, che offrono prospettive di impiego, per ovvi motivi, decidono di non tornare in Calabria, progettando il loro futuro altrove.

In più, il Primario ribadisce il naturale indebolimento dell'offerta sanitaria dovuto al blocco del turn over, che ha gravato fino al 2015 sul sistema delle assunzioni e che pare essere ripreso nel 2017[158]. Egli sostiene che l'assenza di personale medico rischia di mettere seriamente a repentaglio le prestazioni essenziali, portando, come di fatto sta avvenendo, alla chiusura di unità operative strategiche e di intere strutture ospedaliere.

Un altro fattore individuato dal Dottore Candela come causa della mobilità sanitaria durante le sue riflessioni in merito al fenomeno è la profonda diffidenza della popolazione calabrese verso il proprio Servizio Sanitario. Una diffidenza che, a suo dire, non sempre si fonda su evidenze empiriche e che penalizza anche "il volto sano" della sanità regionale. Per questo, bisognerebbe pensare ad una ristrutturazione dell'immagine del Servizio Sanitario locale, che sia in grado di riconquistare la fiducia dei propri pazienti. Questo processo di risanamento della reputazione delle Aziende Sanitarie, secondo il Primario, dovrebbe partire dalla figura del medico di base, primo "varco" di accesso del paziente al SSN e principale "indirizzatore" di quest'ultimo nella fase di approfondimento diagnostico, mediante un sistema di rete che ponga quest'ultimo in contatto diretto con gli specialisti e con le strutture sanitarie regionali. Senza dubbio, come precisato dal Dottore, non sarebbe sufficiente fare apparire affidabile il sistema sanitario per contenere il fenomeno migratorio; è necessario, piuttosto, renderlo effettivamente sicuro, accompagnando l'opera di fidelizzazione del paziente ad interventi concreti, mirati all' ammodernamento delle strutture e delle tecnologie impiegate, al reclutamento del personale medico-sanitario e all'umanizzazione dei rapporti con il paziente.

[158] Si tratta dell'immobilismo sorto attorno al DCA 50/17 con cui si autorizza l'assunzione a tempo indeterminato di 600 figure professionali all'interno delle Aziende del sistema sanitario regionale. Il Decreto, bloccato da uno scontro, in parte politico, in parte burocratico, che vede coinvolti il commissario ad acta Scura, il sub commissario Urbani, il presidente della Regione Oliverio e il dirigente generale del Dipartimento di tutela della salute Fatarella, è attualmente oggetto di indagine da parte della Guardia di Finanza, a seguito dell'esposto-denuncia presentato dal commissario Scura alla Procura di Catanzaro.

## 4. L'IMPATTO DELLA MOBILITÀ SULLA POLITICA SANITARIA REGIONALE

Il contenimento della mobilità sanitaria passiva risulta essere, oramai da tempo, obiettivo comune a tutti i programmi di politica sanitaria adottati dalla struttura commissariale preposta alla gestione del Dipartimento di Tutela della Salute e Sanità dal 2010. Come anticipato, nel Programma Operativo 2016-2018[159] l'abbattimento della mobilità sanitaria extraregionale è indicato come premessa fondamentale per la fuoriuscita dal piano di rientro. Nel documento si fa riferimento alla mobilità passiva come ad una "montagna" che non può essere scalata con singoli interventi di settore, ma solo mediante una pluralità di progetti integrati nell'ambito di una strategia globale. Alla base di un simile approccio per il contenimento della mobilità vi è la convinzione che il fenomeno sia legato, sopra di ogni cosa, alla radicata sfiducia dei cittadini verso la sanità. Tale convinzione si fonda sull'analisi dei dati relativi ai ricoveri extraregionali, dai quali è emerso che una parte rilevante della mobilità passiva riguarda casi di bassa e media complessità. Dunque, prima ancora di interventi materiali, come la riqualificazione del personale, la ristrutturazione degli istituti ospedalieri o l'acquisizione di tecnologie diagnostiche adeguate, la lotta alla fuga sanitaria posta in essere dal Commissario ad acta contempla un'opera di fidelizzazione della popolazione, attraverso una maggiore umanizzazione nei rapporti con il paziente, la realizzazione di una buona campagna comunicativa e il completamento di percorsi di assistenza del malato su base regionale. Certo è che la conquista della fiducia dei cittadini non può prescindere dall'incremento in concreto del volume delle prestazioni per le strutture di ricovero e, di conseguenza, dell'esperienza, oltre che dall'effettivo miglioramento qualitativo dei servizi assistenziali.

La totalità degli interventi di contenimento dell'emigrazione sanitaria sono stati inquadrati nell'ambito della programmazione della rete sanitaria ospedaliera e territoriale e delle reti di specialità (Rete Oncologica, laboratoristica, del sistema trasfusionale, dei trapianti, delle cure palliative ed *hospice*). Il concetto di "rete" applicato all'assistenza sanitaria indica la previsione di un sistema regionale connesso in cui, rimodulando l'offerta sulla base del fabbisogno della popolazione, il paziente possa trovare un percorso di diagnosi e di cura adatto alle proprie esigenze. In particolare, la riorganizzazione della rete ospedaliera

[159] Adottato con DCA n. 119 del 04/11/2016, avente ad oggetto "Approvazione del "Programma Operativo 2016-2018" predisposto ai sensi dell'art. 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191".

punta espressamente al recupero della mobilità passiva, in modo da abbattere i costi economici e umani che gravano sui nuclei familiari in mobilità e reinvestire risorse finanziarie all'interno dei servizi sanitari regionali.

Il "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera"[160] per l'anno 2016, prevede un recupero della mobilità passiva del 30% mediante l'attivazione di nuovi posti letto per le attività in acuzie. Difatti, sebbene l'attuale orientamento della politica sanitaria nazionale preveda l'istallazione di posti letto sulla base dell'effettivo fabbisogno regionale, si ammette, comunque, la possibilità di prevedere posti letto in esubero per recuperare una quota dei ricoveri precedentemente avvenuti in regime di mobilità. Per questo, già con il DCA n. 9/2015 si programmava un incremento del 20% dei posti letto rispetto al fabbisogno della popolazione, tuttavia questi ultimi non sono mai stati attivati nel corso dell'anno. Naturalmente, l'incremento dei posti letto per le strutture pubbliche a gestione diretta è condizionato dalla valutazione di parametri ben precisi: i volumi di attività, l'appropriatezza delle prestazioni già rese e la qualità dell'assistenza. Ancor più stringenti sono, poi, le condizioni che gravano sugli erogatori privati per l' aumento dei posti letto accreditati: l'80% dei finanziamenti destinati alle strutture private (sempre nell'ambito dell'attività per acuti) dipende dal rispetto del criterio "riduzione della mobilità passiva", ovvero dalla copertura di 25 DRG ad elevato rischio di fuga sanitaria[161].

Al recupero della mobilità passiva mediante l'ampliamento, in termini di posti letto, dell'offerta sanitaria si aggiunge la previsione di una serie di investimenti nel lungo periodo rivolti a: personale (specializzazione delle competenze medico-chirurgiche), risorse tecnologiche (aggiornamento delle apparecchiature diagnostiche e chirurgiche), qualità delle prestazioni, comfort alberghiero, accessibilità (abbattimento delle liste di attesa e delle intermediazioni per l'ammissione alle cure). Ad ogni modo, questi interventi di lungo termine dovrebbero essere preceduti da programmi di medio periodo volti a rimodulare e razionalizzare l'offerta ospedaliera già esistente, mediante l'implementazione di percorsi

[160] "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti", allegato al DCA n. 30 del 30/03/2016, avente ad oggetto "P.O. 2016-218-Intervento 2.1.1-Riorganizzazione reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR […]".

[161] DCA n. 135 del 20/12/2016 per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015, avente ad oggetto "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2017 alle strutture erogatrici di prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR. L'elenco dei 25 DRG presi in considerazione per l'accertamento del criterio "riduzione della mobilità passiva" è riportato alla pagina 9.

diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le aree sanitarie con i più elevati tassi di fuga, come la Rete Oncologica, il PDTA della tiroide e quello dell'ortopedia.

Nello specifico, per quanto riguarda l'abbattimento della mobilità chirurgica relativa ai maggiori tumori sono previsti quattro macro-interventi riconducibili alle principali aree critiche: attivazione della Rete Oncologica regionale (prevedendo indicatori di processo ed esito dei percorsi terapeutici), investimenti sulla formazione e specializzazione del personale, suddivisione dei ricoveri per intensità di cura e realizzazione del sistema informativo oncologico. In linea con l'analisi dei dati sulla mobilità oncologica e con la programmazione contenuta nel documento di approvazione della rete, si prevede un incremento del 20% del volume delle prestazioni chirurgiche per le maggiori neoplasie (colon retto, mammella, polmone, tumori ginecologici, prostata-vescica) una volta implementati i macro-interventi sopra descritti.

Come anticipato, altro obiettivo indicato dal "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera" è l'abbattimento della mobilità passiva per gli interventi sulla tiroide, anche per via della vasta diffusione di patologie tiroidee tra la popolazione regionale. In tal caso, l'obiettivo di policy è quantificato nella riduzione del tasso di fuga del 20% nell'arco di un biennio, attraverso la definizione di un percorso diagnostico-terapeutico basato su un approccio integrato nella presa in carico del paziente, in cui le diverse specialità, professioni e metodologie assistenziali (ospedaliera, territoriale) collaborano efficacemente dall'inizio alla fine del percorso di cura.

La chirurgia ortopedica rappresenta l'area sanitaria a più alto tasso di mobilità passiva evitabile, dovuta, secondo la valutazione della struttura commissariale, non solo all'inadeguatezza dell'offerta, ma anche a sfiducia da parte della popolazione e disinformazione. Dunque, l'approccio proposto per questa specialità chirurgica punta alla valorizzazione delle strutture e risorse esistenti, ottimizzando gli standard qualitativi già offerti e informando correttamente la cittadinanza. Naturalmente, per recuperare la fiducia del paziente non saranno sufficienti delle campagne conoscitive. È necessario piuttosto, stimolare l'incremento dei volumi di attività chirurgica, in modo da consolidare l'esperienza dei reparti regionali e, di conseguenza, la loro affidabilità. Questo è possibile solo attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle sale operatorie e delle tecnologie in dotazione, la riduzione dei tempi di attesa per esami diagnostici e interventi chirurgi e la definizione, anche in questo

caso, di un percorso diagnostico terapeutico regionale per gli interventi ortopedici (specialmente per la protesizzazione).

La riorganizzazione della rete ospedaliera del 2016 includeva altresì una proroga della convenzione tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma, finalizzata al contenimento della mobilità extra-regionale di pazienti pediatrici. La convenzione, siglata nel 2012, mirava all'istituzione di un "Centro Pediatrico Specialistico" per l'assistenza di I e II livello, conforme alle normative vigenti per attività, processo e prodotto, di cui era assolutamente carente la Regione Calabria. Il trasferimento di *know how*, mediante l'integrazione del personale locale con il personale del "Bambino Gesù"[162], così come l'aggiornamento e la riqualificazione dei professionisti, hanno costituito i principali strumenti di sostegno alla creazione di un reparto in grado di offrire prestazioni di chirurgia pediatrica affidabili e all'avanguardia. Il costo annuo della convenzione è stato di 1 milione di euro fino a giugno del 2016, per poi ridursi alla metà di detto importo dal primo luglio, in seguito all'avvenuta nomina del Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Pediatrica della AO "Pugliese-Ciaccio", per via del dimezzamento dei fattori produttivi impiegati. Nel corso dei quattro anni di convenzione il risultato ottenuto è immediatamente apprezzabile in termini di volumi di attività e mobilità passiva: dal 2012 al 2016 sono state realizzate circa 10.000 visite pediatriche ambulatoriali, con un incremento annuale del 233%, e sono stati operati nella AO catanzarese 2.000 bambini, con una riduzione della mobilità passiva per i DRG di bassa complessità del 20%. Tutto ciò ha determinato il recupero di 0,8 milioni di euro annui al netto del costo della convenzione, dovuto sia alla riduzione della mobilità passiva sia al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, che si traduce in una riduzione della durata media dei ricoveri e nell'aumento della produzione in regime diurno. Tuttavia, il 31 ottobre del 2016, il presidente dell'Ospedale Pediatrico di Roma ha comunicato al Commissario ad acta la volontà di interrompere la convenzione, poiché si ritenevano raggiunti gli obiettivi che avevano mosso il progetto. Sebbene sia stato istituito il "Centro Pediatrico Specialistico", prima finalità della convenzione, alla luce dei dati mostrati nel paragrafo 3.3.2 del corrente capitolo, ad oggi non risulta affatto matura e autosufficiente l'area chirurgico-pediatrica del

[162]Due risorse appartenenti all'Ospedale "Bambino Gesù" operavano permanentemente presso la struttura calabrese. Era previsto, inoltre, un calendario, strutturato sulla base della casistica indicata nelle liste di prenotazione, secondo il quale specialisti di chirurgia pediatrica del "Bambino Gesù" prestavano servizio presso la AO di Catanzaro, in collaborazione con il personale locale.

SSR calabrese, ragion per cui sarebbe opportuno ripristinare la collaborazione, continuando quel processo formativo indispensabile per un reparto istituito così recentemente.

Infine, il "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera" cita la possibilità di prevedere accordi di gestione della mobilità di confine con le regioni interessate. La Calabria, infatti, è una delle poche che ancora non ha provveduto alla sottoscrizione di accordi quadro con le regioni limitrofe. Effettivamente, nonostante venga concluso annualmente da tutte le regioni un accordo per la compensazione della mobilità sanitaria, disporre specifiche intese con le regioni di confine, consentirebbe di concordare politiche tariffarie commisurate alle esigenze di ciascun ente e di impiegare efficientemente le strutture disponibili al confine tra una regione e l'altra.

## 4.1 LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE

Tra gli interventi di policy individuati dal "Documento di riorganizzazione della reta ospedaliera" per il contenimento della mobilità passiva vi era l'attivazione della Rete Oncologica regionale[163]: un programma dalla struttura, almeno sulla carta, chiaramente e dettagliatamente definita. La previsione di un sistema integrato di cura del paziente oncologico deriva dall'estremo incremento delle patologie oncologiche in regione e dalle particolari esigenze di questa tipologia di paziente; di frequente, infatti, egli necessita di essere seguito per un lungo periodo di tempo, secondo diversi livelli di assistenza e di intensità di cura a seconda della fase della malattia. Per questo, è emerso un bisogno crescente di coordinamento, organizzazione e multidisciplinarietà intra-aziendale e inter-aziendale dei professionisti e delle unità operative oncologiche su scala regionale.

La riorganizzazione dell'offerta sanitaria relativa all'area oncologica segue due principi fondamentali: il soddisfacimento dei bisogni del paziente e la valorizzazione dei professionisti medici e infermieristici di reparto. Tenendo conto delle premesse da cui muove l'intero progetto, andiamo ad esaminare il modello organizzativo seguito per la Rete Oncologica.

[163] Approvata con DCA n. 10 del 02/04/2015, avente ad oggetto "approvazione Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale".

Lo spazio regionale è stato suddiviso in tre Aree geografiche, Nord (Cosenza), Centro (Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia) e Sud (Reggio Calabria), ognuna delle quali è dotata di un Coordinamento Oncologico di Area. Nel Coordinamento di Area rientrano tutti gli erogatori di servizi oncologici che insistono sul territorio, suddivisi per livelli: Hub, Spoke e Centri di offerta territoriali. Gli Hub (AO "Annunziata" di Cosenza, AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e AO "Bianchi-Melacrino" di Reggio Calabria), in cui hanno sede le strutture di Coordinamento Oncologico, garantiscono funzioni di alta specializzazione, come la chirurgia oncologica, la radioterapia, la medicina nucleare, la fisica medica e molte altre. Gli Spoke[164], invece, svolgono attività di primo livello, come prima accoglienza, ricovero in day hospital, diagnostica per immagini e terapia palliative. Tuttavia, sia Hub che Spoke (questi ultimi, talvolta, si avvalgono di figure professionali degli Hub di riferimento) si occupano della formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per i pazienti oncologici: gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista le cui competenze sono maggiormente richieste per il trattamento del caso clinico in specie, individuano i percorsi diagnostici e terapeutici più adatti ai pazienti, garantendo loro continuità assistenziale nel tempo. Difatti, i professionisti compresi nel *case management* provvedono a mettere in contatto il paziente con tutti gli erogatori di prestazioni di cui potrebbe necessitare nel corso della terapia: medici oncologi ospedalieri, assistenza domiciliare oncologica, rete delle cure palliative, uffici preposti alla distribuzione di dispositivi o prodotti a domicilio; inoltre, il *case management* è responsabile di un servizio telefonico costantemente attivo cui il paziente può rivolgersi in caso di bisogno. In sintesi, con il PAI si accoglie il paziente e lo si indirizza verso un percorso di cura personalizzato, commisurato al proprio stato clinico.

I Centri di offerta territoriali sono, invece, chiamati a svolgere attività di bassa complessità, come procedure diagnostiche routinarie o *follow up* dei pazienti oncologici, secondo le indicazioni del *case management* dei centri Hub e Spoke. In realtà, l'assistenza territoriale-distrettuale, per quanto sussidiaria all'assistenza ospedaliera, risulta essenziale nel sistema della Rete Oncologica regionale, poiché competente a garantire la continuità dei processi di cura nel passaggio dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio, anche sfruttando la collaborazione di attori esterni al settore sanitario (come assistenti sociali, comuni, volontariato e terzo settore in genere).

[164] Per l'Area Nord abbiamo lo Spoke Castrovillari, Rossano-Corigliano e Cetraro-Paola; per l'Area Centro troviamo lo Spoke Crotone (KR), Lamezia Terme (CZ), Fondazione Tommaso Campanella (CZ), Jazzolino (VV), Tropea (VV); infine, per l'Area Sud abbiamo il solo Spoke Locri.

Nel modello organizzativo della Rete Oncologica troviamo, peraltro, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), prodotti dai Coordinamenti di Area. Si tratta di interventi volti a determinare, sulla base delle migliori pratiche ed evidenze scientifiche, le fasi del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti. La riorganizzazione e standardizzazione dei processi di cura consente, da un lato, di ridurre la variabilità dei percorsi, in modo da monitorarne l'impatto clinico ed economico, dall'altro, di disporre di percorsi diagnostico-terapeutici completi e differenziati a seconda delle condizioni del paziente. Il modello indica le fasi che dovranno essere prese in esame per la definizione del PDTA per ogni singola patologia: screening oncologici, sospetto diagnostico, accertamento diagnostico, trattamento, stadi iniziali, malattia localmente avanzata, malattia metastatica, *follow up*, cure palliative/*hospice*. Inoltre, per ciascun PDTA si sarebbero dovuti prevedere adeguati indicatori di processo e *outcome* (con i relativi standard), in quanto oggetto di valutazione della performance dei Direttori Generali, dei Direttori delle Unità Operative di Coordinamento e dei Dipartimenti aziendali, ove presenti.

Il quadro appena delineato descriverebbe un sistema di assistenza del paziente oncologico adeguato o, comunque, non disastroso come quello descritto nel paragrafo 3.3.1 dal Dottore Schito. Tuttavia, come spesso accade, tra l'ideazione del disegno di policy e la concreta implementazione di quest'ultimo passano anni, ovvero addirittura interviene una nuova proposta di policy che rende vana la precedente. Nel caso della Rete Oncologica, il modello si può dire non essere mai stato concretamente attivato. Il DCA di approvazione del programma, datato 2 aprile 2015, indicava tempistiche di attuazione ben precise: entro 30 giorni dovevano essere istituiti i Coordinamenti Regionali e d'Area, entro 60 giorni dovevano essere costitute presso Hub e Spoke le Unità di valutazione multidisciplinari oncologiche, entro sei mesi dovevano definirsi i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali e, infine, annualmente sarebbe stato necessario rivedere il modello organizzativo, sulla base della valutazione dell'attività oncologica svolta dai soggetti erogatori della rete. Ebbene, la Sezione Regionale calabrese dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha monitorato i passaggi operativi di attuazione della Rete Oncologica[165]. Secondo quanto indicato nel report, a giugno del 2015 il Dipartimento di Tutela della Salute ha assegnato ai tre Coordinatori di Area il compito di definire la rete della rispettiva zona di responsabilità; ad

[165] P. Tagliaferri, U.O. Oncologia Medica AO "Mater Domini" Catanzaro, *Le reti oncologiche regionali: situazione attuale, problematiche, prospettive. Le problematiche della mancanza di una Rete*, Associazione Italiana di Oncologia Medica, Sezione Regione Calabria, 20 ottobre 2016.

ottobre del 2015 un solo Hub su tre ha individuato la propria Unità di valutazione multidisciplinare oncologica (il termine scadeva a giugno); ad oggi in nessuna area è stato definito integralmente e reso operativo almeno un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (il termine scadeva ad ottobre 2015). Inoltre, come anticipato dalle parole del Dottore Schito, non è ancora stata realizzata alcuna forma di integrazione tra l'assistenza ospedaliera e le forme di assistenza oncologica territoriale, come l'assistenza domiciliare e gli *hospice*.

Ad ogni modo, il caso della Rete Oncologica è solo uno tra tanti. Anche il Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, il PDTA tiroide, la Rete del sistema trasfusionale e la Rete delle cure palliative ed *Hospice* sembrano solo buoni propositi che non vedranno mai luce. Un forte vincolo all'implementazione di simili programmi è l'incapacità di coordinamento tra i diversi livelli e apparati amministrativi coinvolti (Struttura commissariale, Dipartimento di Tutela della Salute, ASP, "Aree geografiche", Hub, Spoke e Centri di offerta territoriali). Si pensi, ad esempio, alle divergenze che insistono, di frequente, tra l'indirizzo politico del commissario ad acta, nominato dal governo nazionale, e quello dei dirigenti delle Aziende Sanitarie, nominati dal Presidente di regione. D'altra parte, il contesto politico, socioeconomico e culturale in cui si dovrebbero attivare le politiche pubbliche certamente non contribuisce positivamente alla loro riuscita[166]. La propensione da parte della classe dirigente a conservare lo *status quo*, nel tentativo di non intaccare interessi locali consolidati, l'assopita coscienza politica di una popolazione che è, ormai, indifferente al degrado del sistema di salute regionale e una struttura economica arretrata sono tutti fattori che influenzano e, di conseguenza, complicano, le "modalità attuative"[167] delle politiche sanitarie in programma.

[166] Così A. La Spina e E. Espa, *Analisi e Valutazione delle politiche pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2011, pp. 69-71.
[167] *Ivi,* p. 71, cit.

## 5. RIFLESSIONE SULLO *STATUS QUO*

E se non vi fosse un reale interesse a contenere la mobilità sanitaria? Se fossero volutamente meri propositi? Astratti obiettivi ai quali non corrisponde un concreto interesse politico a realizzarli?

Nell'analisi delle politiche pubbliche si è soliti distinguere tra politiche reali e politiche simboliche: le prime prevedono la disposizione di mezzi quantitativamente e qualitativamente idonei al perseguimento degli obiettivi stabiliti, mentre, le seconde mancano di una struttura degli incentivi[168] in grado di modificare la condotta dei destinatari della policy e, conseguenzialmente, di incidere sulla realtà. L'obiettivo latente delle politiche simboliche è quello di produrre rassicurazione nella popolazione, incoraggiando quest'ultima a trascurare il problema, di cui, apparentemente, si stanno occupando i *policy makers*. Naturalmente, quella che sembra una politica simbolica potrebbe semplicemente essere una politica malriuscita che, pur disponendo di mezzi potenzialmente adeguati, per via di una serie di complessità, come i vincoli della fase di implementazione citati nel paragrafo precedente, non è in grado di perseguire i fini prestabiliti.

Tuttavia, se riflettiamo sulla questione dell'emigrazione sanitaria, assumendo una prospettiva puramente economica, non sembra convenire tanto ad una regione in piano di rientro limitare la mobilità sanitaria, per lo meno nel breve periodo. Contenere la mobilità, difatti, vorrebbe dire dotare le strutture ospedaliere di apparecchiature diagnostiche adeguate, di sale operatorie attrezzate, di reparti specializzati, di personale qualificato, di un sistema efficacemente organizzato e di un'appropriata qualità delle prestazioni: interventi che richiedono, in larga parte, investimenti. Semplicisticamente, inviare un paziente fuori regioni per ricevere prestazioni che non sono offerte o sono offerte "male" sul territorio di residenza è senz'altro la scelta più economica: la Regione si sobbarca della sola spesa di compensazione del ricovero, evitando, però, il costo di un intervento strutturale, che sarebbe decisamente superiore. Il problema, tuttavia, si pone nel medio-lungo periodo, quando il paziente non è solo uno e quando, di anno in anno, il saldo finanziario della mobilità aumenta, per cui quei reparti mai realizzati di chirurgia ortopedica costano al Fondo Sanitario Regionale 10.206.194 euro solo con riferimento alla sostituzione di articolazioni maggiori (o

[168] *Ivi*, p. 21, cit.

reimpianto arti inferiori)[169]. Peraltro, al valore economico della mobilità, come precisato più volte, bisogna aggiungere altresì il costo umano e sociale, dalla grave entità sia nel breve che nel lungo periodo.

Dunque, quella che potrebbe sembrare una strategia soddisfacente nel breve periodo, si scontra con le logiche economiche di lungo termine e con i principi del nostro Servizio Sanitario Nazionale, secondo cui le Regioni sono obbligate a garantire le prestazioni salutari essenziali nell'assoluto rispetto della dignità umana, del fabbisogno di salute, degli standard di appropriatezza, della qualità dei servizi e della sostenibilità finanziaria della politica sanitaria[170].

Del resto, per quanto la politica sanitaria attenga ad un'area sensibile, in cui sono coinvolti diritti fondamentali e ingenti risorse economiche, si tratta pur sempre di una politica definita, in prima battuta, da politici, per cui, inevitabilmente legata alla costruzione/conservazione del consenso elettorale. In più, la natura fiduciaria della dirigenza sanitaria, per quanto ridimensionata dalle recenti sentenze della Consulta[171] e dalla l. 125/2015 (riforma "Madia")[172], assoggetta, di fatto, la gestione tecnica e operativa delle Aziende Sanitarie alle dinamiche politiche regionali e al sistema degli interessi locali. In un sistema siffatto, altamente politicizzato, seppur momentaneamente contaminato dalla gestione "tecnica" del commissario ad acta, le prospettive di lungo termine soccombono innanzi alle logiche del consenso, i cui tempi sono scanditi da vari cicli elettorali e altre esigenze contingenti. A ciò si aggiunga l'inerzia di una popolazione che, disabituata a

[169] Il dato si riferisce al tariffato per il DRG in mobilità relativo alle SDO del 2012. Per ulteriori approfondimenti si veda il "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti" della Regione Calabria, p. 12.

[170] Così E. Jorio, *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Maggioli Editore, 2012, pp. 39-47.

[171] Si tratta delle sentenze n. 103 e 104 del 2007 e n. 225 del 2010. Con la prima, la Consulta bocciava la disposizione contenuta nella l.145/2001 che imponeva uno *spoil system* (cessazione degli incarichi dirigenziali al momento della decadenza dell'organo politico che li ha nominati) *una tantum* da applicarsi, altresì, alla dirigenza sanitaria. Con la seconda e la terza sentenza, incentrate sull'incarico di direttore generale delle Aziende Sanitarie, si affermava l'incostituzionalità di norme regionali che applicassero lo *spoil system* a dirigenti sanitari non apicali come i direttori di ASL. Questi ultimi, difatti, sono qualificati quali "figure tecnico-professionali", la cui funzione si limita all'attuazione dell'indirizzo dell'organo politico. Per questo, la nomina del direttore generale (come anche del direttore amministrativo e sanitario) da parte della Giunta, secondo la Consulta, doveva avvenire sulla base dei soli requisiti di professionalità e merito, non trattandosi di un incarico fondato sull'affinità politica tra organo e dirigente.

[172] In seguito alla sentenza della Corte Costituzionale 251/2016, che dichiarava l'incostituzionalità della l. 124/2015 nella parte in cui prevedeva l'acquisizione di meri pareri in sede di Conferenza Stato Regioni e non di una vera e propria intesa per l'adozione di quattro decreti attuativi, la sezione della riforma inerente alla dirigenza sanitaria è rimasta inattuata per lungo tempo. Alla luce del decreto correttivo (d.lgs. 126/2017) del d.lgs. 171/2016 "Dirigenza Sanitaria", la riforma, in quanto all'attribuzione degli incarichi di dirigenza sanitaria, va nella direzione della valorizzazione del merito, mediante meccanismi di nomina sempre più oggettivi e trasparenti.

politiche sanitarie in grado di conseguire obiettivi di rilievo strutturale, quali l'appropriatezza delle prestazioni e l'esaustività dell'offerta sanitaria, finisce per accontentarsi di irrisori aggiustamenti dello *status quo*.

Con ciò non si intende negare la potenziale efficacia dei tentativi intrapresi per il contenimento della mobilità sanitaria, tuttavia è evidente che, nonostante la voce "riduzione dei processi di mobilità passiva" sia inclusa tra i risultati attesi nel Piano Sanitario Regionale sin dal 2004, il saldo di mobilità sia aumentato inesorabilmente nel tempo, senza alcun margine di miglioramento. Risulta, dunque, realistico concludere che, nel corso degli anni, sia mancata la volontà di risolvere in profondità il problema predisponendo strumenti di *policy* appropriati.

# CAPITOLO TERZO

## L'indagine statistica: voce ai cittadini

La parte ccipazione dei cittadini/pazienti e degli operatori della salute alle decisioni di politica sanitaria rappresenta non solo un diritto, ma anche un dovere di questi ultimi, che, mediante il loro contributo, consentono ai *policy maker* di acquisire coscienza dello stato delle cose, assumendo una visione nuova e differente dei problemi del sistema sanitario[173]. La richiesta di partecipazione, naturalmente, dipende da molteplici fattori, relazionati sia al contesto politico-sociale, come il grado di democratizzazione delle istituzioni e la vivacità della società civile, sia a variabili strutturali, come i livelli di istruzione e di reddito, che incidono sulla capacità e volontà dei cittadini di assumere simili responsabilità. Nel tempo, le favorevoli condizioni di tali variabili, unite alla crescente accessibilità alle informazioni, che ha reso il paziente sempre più indipendente dal medico, hanno indotto i cittadini a rivendicare con decisione un maggiore coinvolgimento nelle scelte in sanità.

Le prime esperienze di interazione con i servizi pubblici da parte degli *stakeholders* provengono dal Regno Unito, dove, nel 1991, con la pubblicazione della "Citizen's Charter", si istituzionalizzavano per la prima volta i principi dell'accesso alle informazioni e della partecipazione dei cittadini/utenti quali fattori essenziali per migliorare la capacità di risposta dei servizi pubblici[174]. Dal '91 ad oggi sono stati individuati alcuni specifici strumenti di coinvolgimento degli utenti della sanità: il PALS (*Patient Advice and Liason Service*), un sistema che consente al paziente di informarsi ed interagire direttamente con la struttura di cura; l'ICAS (*Indipendent Complaints Advocacy Service*), un servizio di raccolta dei reclami e assistenza del paziente; il PF (*Patient's Forum*), un forum istituzionale che consente ai pazienti di confrontare le proprie esperienze e opinioni; la OSC (*Overview and Scrutiny Committee*), una commissione di revisione e analisi delle valutazioni dei pazienti. Secondo le linee guida definite dai documenti del governo britannico, queste iniziative di partecipazione si basano sull'istaurazione di una linea di comunicazione stabile tra pazienti, professionisti e istituzioni, che consenta lo scambio di informazioni e pareri sui temi della sanità.

---

[173] Così *Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie,* in *Programma Nazionale per le linee guida (PNLG)*, Istituto Superiore di Sanità, dicembre 2005, aggiornato 2008, pp. 12-14.

[174] Così, J. Mullen, *John Major's Citizens Chartes-fifteen years later*, in www.academia.edu , 2005, 2-3.

In Italia la valorizzazione del ruolo attivo dei pazienti rientra nella più ampia opera di prevenzione del rischio clinico e di rafforzamento del rapporto di fiducia tra paziente e sistema sanitario. In proposito, nel 1980 furono istituiti da diverse Aziende Sanitarie degli Uffici di Pubblica Tutela, aventi il compito di assicurare l'effettività dei diritti riconosciuti al paziente dalla legislazione nazionale nelle aree dell'informazione e della partecipazione di quest'ultimo alla valutazione dei servizi sanitari. Successivamente, il decreto legge 12 maggio del 1995 n.163[175] disponeva l'adozione di una "Carta dei servizi" da parte di ciascun erogatore sanitario, pubblico e privato accreditato. Si tratta di un documento che "sancisce il patto tra l'Azienda Sanitaria e la comunità"[176] nell'intento di superare l'autoreferenzialità delle istituzioni e orientare l'offerta sanitaria al soddisfacimento dei reali bisogni dei pazienti. Concretamente, ogni Azienda, a partire dall'esperienza del paziente, deve individuare "fattori della qualità del servizio" da cui derivare indicatori e standard strumentali al monitoraggio della qualità dell'offerta. Inoltre, la normativa prevede l'istituzione di un Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), competente per l'espletamento delle funzioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione. A questo proposito, è prevista la rilevazione del gradimento dell'utenza per le prestazioni sanitarie ricevute, tenendo conto, altresì, del punto di vista del personale. Si tratta, in sostanza, della funzione del controllo di qualità, da effettuarsi attraverso strumenti di rilevazione classici (questionari) e "gruppi di monitoraggio" preposti all'ascolto del paziente, coinvolgendo anche volontari e operatori socio-sanitari.

Oltre a ciò, i principali promotori del coinvolgimento dell'utente nella valutazione dell'offerta sanitaria sono le associazioni di volontariato e i comitati etici locali. Alcuni esempi di tali iniziative sono il forum "Europadonna", il "Laboratorio per il cittadino competente" (nato dalla collaborazione tra il CeVEAS di Modena e il Comitato consultivo misto di Sassuolo), il progetto "Partecipasalute" (Istituto Mario Negri di Milano), "Cittadinanzattiva" e molte altre.

Muovendo dal valore della partecipazione attiva degli *stakeholders* alla definizione delle scelte di politica sanitaria e in linea con le esperienze istituzionali e associative appena

[175] Convertito dalla legge 11 luglio 1995, n.273. Per il quadro normativo completo della Carta dei servizi si vedano anche il d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502, art.14; il d.lgs. 3 febbraio 1993, n.29, art.12; la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994; la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994; il DPCM 19 maggio 1995; le linee-guida n.2 1995; la l. n. 328, 8 novembre 2000, art. 13.
[176] *Norme e indirizzi di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari*, settembre 1995, cit.

descritte, nel presente capitolo si riporterà l'esito di un'indagine condotta su un modesto campione di pazienti che ha vissuto un'esperienza di mobilità sanitaria. Lo studio è finalizzato a conoscere le ragioni profonde che hanno spinto fuori regione i pazienti e l'esito della loro esperienza, approfondendo, altresì, la percezione della qualità dei servizi sanitari ricevuti nelle strutture sanitarie regionali ed extra-regionali. In seguito, si proporranno spunti di riflessione e strategie di intervento relative alle aree di maggiore criticità, nel tentativo di individuare un basamento da cui possa, un giorno, prendere avvio una politica completa ed efficace per il contenimento della mobilità e il miglioramento del servizio sanitario in Calabria.

# 1. ASPETTATIVE, VALUTAZIONI E CREDENZE SUL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Prima di procedere all'analisi dei risultati dell'indagine sull'emigrazione sanitaria, è bene valutare la percezione generale della popolazione calabrese sul sistema sanitario, tenendo conto di due fonti statistico-documentali: il rapporto annuale 2015 "La situazione del Paese"[177] dell'Istat e il volume "Cosa pensano i Calabresi del Servizio Sanitario"[178], sorto dalla collaborazione tra la Regione Calabria e l'istituto di ricerca Eurispes.

Il rapporto Istat alla voce "Eterogeneità territoriali del Sistema sanitario nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione" tratta della qualità percepita dagli utenti dell'offerta di servizi sanitari quale elemento essenziale per la valutazione del sistema di salute. La consultazione dei pazienti, difatti, consente di apprezzare aspetti quali la comunicazione, la trasparenza, la condivisione dei piani terapeutici e il rispetto per la persona e la dignità umana, altrimenti non valutabili. Pertanto, si è chiesto ai cittadini quale fosse il loro livello di soddisfazione del sistema sanitario pubblico, aggregando, poi, i dati per Paese, regione e ASL di residenza. Complessivamente, la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) ha valutato positivamente (punteggio tra 6 e 10) il Servizio Sanitario Nazionale. Un risultato, quest'ultimo, che si riconferma da circa un decennio. Tuttavia, dietro tale esito si celano profonde diseguaglianze territoriali tra la percezione della qualità da parte dei cittadini del Nord e del Sud. Difatti, la valutazione delle due aree del Paese risulta essere perfettamente simmetrica, ma di "segno" opposto: al Nord, il 30% della popolazione si dice "molto soddisfatta" (punteggio tra 8 e 10), invece, al Sud, il 30% si dichiara "molto insoddisfatta" (punteggio tra 1 e 4) del sistema della salute. Focalizzando l'attenzione sulla Regione Calabria, nostro oggetto di studio, la quota di "molto soddisfatti" del servizio sanitario è pari al 10% (ridotta di mezzo punto percentuale rispetto al 2005). Guardando al dato delle singole Aziende, il risultato appare molto chiaro: solo nella ASP di Catanzaro i residenti "molto soddisfatti" si aggirano tra il 9,8% e il 16,1%, per le restanti la quota è inferiore al 9,7%.

Un altro aspetto indagato dall'Istat è il livello di soddisfazione riguardo le prestazioni sanitarie cui si è effettivamente fatto ricorso nell'ambito del SSN. In proposito migliora il gradimento complessivo degli intervistati: la quota di cittadini che si ritiene "molto

[177] Istat, *Rapporto annuale 2015. La situazione del Paese*, 2015, pp. 219-227.
[178] Eurispes, *I cittadini e la salute. Cosa pensano i Calabresi del Servizio Sanitario*, 2003.

soddisfatta" (punteggio tra 8 e 10) dell'esperienza di cura è pari al 71,5%. In tal caso, la Calabria, pur collocandosi in basso alla graduatoria nazionale, seguita solo da Campania e Molise, registra una quota di pazienti che valuta le prestazioni ricevute come eccellenti superiore al 50%, con l'ASP di Catanzaro che, ancora una volta, ottiene il punteggio migliore (tra il 62,3% e il 69,8% dei cittadini si sono dichiarati "molto soddisfatti").

Altro tema trattato dall'indagine è il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (*foregone care*) a causa di motivi economici o a carenze dell'offerta sanitaria locale. A livello nazionale, il fenomeno in questione riguarda il 9,5% della popolazione, con un'evidente concentrazione di casi nel Mezzogiorno, dove la quota arriva al 13,2%, più del doppio rispetto al Nord-ovest (6,2%). In Calabria i soggetti che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie si attestano intorno al 15%, con una modesta eterogeneità intra-regionale. L'ASP di Catanzaro, infatti, conferma un risultato "migliore" delle altre, con l'11% di rinunciatari, mentre l'ASP di Crotone supera la media regionale di due punti percentuali. Il dato in questione può, in parte, essere interpretato come indicazione di quella categoria di pazienti che, per via dell'impossibilità di ricevere la prestazione nel territorio di residenza e degli impedimenti economici, ha dovuto rinunciare trasferirsi fuori regione per ricevere le cure necessarie.

La seconda fonte presa in esame è, come anticipato, un'indagine campionaria realizzata da Eurispes nel 2002, su un campione di 1.500 cittadini calabresi. Per quanto lo studio risalga a quindici anni or sono, è l'unico che ha verificato accuratamente la percezione della popolazione regionale in ordine al sistema di salute, contando su un campione solido e stratificato, che ha consentito di effettuare un'inferenza campione-popolazione.

Il campione è stato stratificato per genere, residenzialità dell'utenza ed età, in modo da risultare equamente ripartito per sesso (48,7% maschi e 51,3% femmine), ASL di appartenenza (500 intervistati per la provincia di Cosenza, 400 per Reggio Calabria, 250 per Catanzaro, 175 per Crotone, 175 per Vibo Valentia) e classi d'età (38,1% giovani, 42,1% adulti, 19,8% anziani). Come indice dell'errore di campionamento è stata, poi, utilizzata la formula E=[(2/radqN)*100]/2, dove E è il valore dell'errore e N è la numerosità del campione. Essendo il campione costituito da 1.500 casi, l'errore causale ammonta approssimativamente al (+/-)2,5%. Inoltre, al fine di correggere l'errore di campionamento, è stata effettuata successivamente una ponderazione sulle variabili di genere e di età in base ai dati sulla popolazione forniti dall'ISTAT.

L'indagine ha riguardato le seguenti aree tematiche: medico di base; accessibilità ai servizi sanitari, informazione e tutela dell'utente; ricettività delle strutture ospedaliere; grado di soddisfazione complessivo e priorità degli interventi. In questa sede saranno riportati esclusivamente i dati capaci di fornire un'immagine sintetica, ma esaustiva, dell'attitudine con cui gli utenti calabresi si approcciano al SSR.

La prima sezione dello studio riguarda il livello di qualità e di fiducia percepito dai calabresi in relazione al ruolo del medico di base. Complessivamente, gli intervistati che manifestavano un grado di fiducia "alto" e "medio" erano l'88,4%. Il più elevato livello di fiducia per territorio era mostrato dai cittadini dell'area di Locri, ora parte dell'ASP di Reggio Calabria, con il 99% di frequenze positive, mentre il più basso valore era presentato dall'ex ASL di Paola, attualmente compresa nell'ambito di competenza dell'ASP di Cosenza, con il 22% degli utenti che dichiarava di non fidarsi del proprio medico di base. Rispetto alla competenza e alla professionalità mostrata dal medico di famiglia il giudizio è simile: nove cittadini calabresi su dieci si dichiaravano soddisfatti (l'88,9%), con il territorio di Locri che, ancora una volta, registrava il risultato migliore e quello di Paola in cui la quota di insoddisfatti era pari al 34%. Tuttavia, in linea generale, si può concludere che la popolazione regionale valuta positivamente l'operato e le competenze dei medici di base, il che conferma il ruolo di questi ultimi quali primi consulenti e referenti per il paziente nell'orientarsi all'interno del sistema di salute.

La seconda area tematica della ricerca inerisce all'accessibilità ai servizi sanitari regionali. È stato chiesto ai cittadini calabresi di giudicare i tempi di attesa dei maggiori servizi di accettazione (prenotazione telefonica, prenotazione presso gli sportelli CUP, etc.). Più di mille intervistati (su 1.500) dichiaravano di non essere affatto soddisfatti dei tempi di attesa, mentre il 22,6% li reputava "ragionevoli" e "brevi". In questo caso l'ex ASL di Paola otteneva il punteggio più alto, con il 21% degli utenti che riteneva "brevi" i tempi di attesa, mentre la totalità degli intervistati del territorio di Rossano, sempre parte dell'attuale ASP di Cosenza, giudicava negativamente il servizio locale di accettazione. Secondariamente, veniva chiesto ai cittadini se fossero a conoscenza dell'esistenza, presso la propria Azienda, di un ufficio informazioni e se avessero mai sentito parlare della "Carta dei servizi", il "patto" sottoscritto astrattamente dalle strutture del SSR e cittadini, di cui si è trattato precedentemente. Ebbene, il 66,6% dichiarava di non sapere dell'esistenza di un punto informazioni, mentre il 73,1% non aveva idea di cosa fosse la "Carta dei servizi". Con

riguardo a quest'ultimo punto l'unica eccezione era rappresentata dall'ex ASL di Paola, in cui il 75% degli intervistati dichiarava di conoscere la Carta. Dai dati appena descritti emerge un generale malcontento sul tema dell'accessibilità ai servizi sanitari e una carente, se non inesistente, implementazione di un piano di comunicazione efficace da parte delle Aziende Sanitarie.

Quanto alla ricettività delle strutture ospedaliere, il campione intervistato da Eurispes sembrava, ancora una volta, non essere soddisfatto del servizio offerto. Tenendo conto di una serie di variabili di giudizio come il comfort alberghiero, l'igiene e il servizio mensa, è stato elaborato un indice di percezione complessivo sulla qualità del servizio. Dall'elaborazione dei dati risultava un gradimento "basso" per il 48,5% degli intervistati, "medio" per il 39,1% e "alto" per il 12,5%. Sempre restando in questa area tematica è stato chiesto agli intervistati un giudizio sulla competenza/professionalità del personale medico ospedaliero. L'opinione più diffusa, propria del 37,9% degli intervistati, era che la professionalità dei medici ospedalieri fosse "sufficiente", seguita dalla modalità "buona", scelta dal 27,8% del campione; mentre il 23,1% riteneva mediocre la preparazione dei medici locali, con picchi nel territorio di Palmi (attualmente gestito dall'ASP di Reggio Calabria), Paola, Rossano e Castrovillari (attualmente ricompresi nell'area dell'ASP di Cosenza). Opinioni simmetriche sono state rilevate riguardo la competenza e professionalità del personale infermieristico. Concludendo su questo tema, riguardo la dotazione strutturale dei centri di cura ospedalieri l'opinione prevalente, pari al 79% del campione, era quella di chi la giudicava "poco" e "per niente" adeguata. Opinione, quest'ultima, che trovava d'accordo gli intervistati residenti nelle diverse Aziende, senza significative differenze.

Infine, la ricerca ha tentato di cogliere quale fosse l'atteggiamento dei cittadini calabresi verso il sistema sanitario, registrando eventuali "risentimenti" e suggerimenti sui settori da potenziare. Complessivamente, l'80% degli intervistati si riteneva "per nulla" e "poco" soddisfatto dell'assistenza sanitaria in Calabria, al punto che il 49,3% avrebbe preferito farsi curare in una struttura privata pagando per le prestazioni ricevute. Riguardo gli interventi necessari per il miglioramento del servizio, i cittadini indicavano, innanzitutto, l'area della professionalità del personale medico e infermieristico (36,6%), secondariamente l'attenzione al paziente (21,7%) e, infine, il contenimento dei tempi di attesa (18,9%).

Alla luce dei risultati degli studi redatti dai due istituti di ricerca, è inequivocabile la diffusa insoddisfazione della popolazione riguardo al Servizio Sanitario Regionale. Come

emerso dall'indagine Istat, la negativa percezione dei cittadini si ridimensiona quando questi ultimi usufruiscono effettivamente del servizio, il che starebbe ad indicare una cattiva reputazione radicata nell'immaginario collettivo, ma, talvolta, smentita nei fatti. Dalla seconda indagine, invece, si evince chiaramente uno scontento generalizzato rispetto all'offerta ospedaliera, con opinioni assolutamente negative riguardo all'attrezzatura delle strutture, al sistema di accoglienza-informazione e alla professionalità del personale ospedaliero.

## 2. LA CONSULTAZIONE COME STRUMENTO DI COINVOLGIMENTO E METODO DI INDAGINE PER LA VALUTAZIONE DELLE POLITICHE PUBBLICHE

Come anticipato nella sezione introduttiva del capitolo, la partecipazione assume declinazioni diverse a seconda dello scopo specifico che si intende perseguire, del numero di cittadini/pazienti interessati e degli strumenti di coinvolgimento impiegati. In uno studio guidato da Julia Abelson[179] sulla partecipazione dei cittadini ai processi decisionali nel settore della salute si distingue tra *deliberative methods* e *non deliberative methods*. I primi prevedono il coinvolgimento diretto del cittadino nel processo deliberativo. Ne sono esempi le giurie cittadine, i *focus groups* deliberativi, le *consensus conferences*, i *deliberative polls*, etc. Di norma, la funzione di siffatti strumenti deliberativi, che per ovvi motivi coinvolgono una piccola fetta di popolazione, è la determinazione di una scala delle priorità di intervento partendo dalle opinioni dei cittadini; solo in rarissimi casi acquisiscono un'efficacia pienamente deliberativa.

I *non deliberative methods*, senz'altro più diffusi rispetto ai primi, non prevedono il diretto coinvolgimento del cittadino nelle decisioni di policy, ma la sua consultazione, al fine di acquisire informazioni, percezioni e opinioni utili alla definizione di una politica sanitaria vicina alle esigenze dell'utenza. Tra questi rientrano *focus groups*, interviste, *public hearnings* (incontri pubblici tra amministrazione e cittadini), *community meetings* (riunioni calendarizzate tra pazienti e staff), comitati consultivi, etc.

Naturalmente, tutti i metodi di coinvolgimento possono includere, oltre agli utenti, anche lo staff curante, nonché i vari professionisti e dirigenti impiegati nel campo della salute, in modo da acquisire il punto di vista informato di chi quotidianamente opera nel settore. L'idea di fondo è che un lavoro di riflessione comune su un servizio possa indurre ad una concezione condivisa del problema e, ancor più, a stabilire sinergicamente i bisogni del territorio, le maggiori criticità e i punti di forza dell'offerta. Peraltro, il coinvolgimento di pazienti e professionisti, oltre a favorire il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, è un atto di valorizzazione della cittadinanza attiva: la comunità, pur esercitando una pressione dall'esterno del sistema decisionale, è in grado di promuovere concretamente un

[179] J. Abelson, P. Forest, J. Eyles, P. Smith, E. Martin e F. Gauvin, *Deliberations about deliberative methods:issues in the design and evaluation of public participation processes*, in *Social Science & Medicine 57*, 2003, pp. 240-251.

cambiamento legislativo ed organizzativo, divenendo co-responsabile del buon funzionamento dei servizi sanitari.

Peraltro, la consultazione non è solo uno strumento di coinvolgimento e responsabilizzazione della cittadinanza, ma un vero e proprio metodo di indagine per la valutazione delle politiche pubbliche. Essa può essere impiegata in tutte le fasi del processo valutativo. *Ex ante* consente di acquisire le opinioni e le informazioni necessarie per progettare una politica pubblica, compensando l'asimmetria informativa che spesso penalizza il decisore rispetto ai soggetti interessati. *In itinere* permette di ottenere un giudizio sul processo di implementazione da parte dei soggetti direttamente coinvolti, cogliendo le ragioni profonde di eventuali difficoltà e rallentamenti. *Ex post* contribuisce alla valutazione dell'impatto, individuando possibili incongruenze tra i risultati ottenuti e gli obiettivi attesi attraverso l'ascolto dei destinatari della *policy*[180].

Il processo di consultazione finalizzato alla valutazione dell'impatto di una politica pubblica si compone delle seguenti fasi:

- determinazione dei tempi della consultazione;
- individuazione dell'oggetto della consultazione in base agli obiettivi da conseguire. A riguardo, un'esigenza da tenere presente è la proporzionalità dell'oggetto allo scopo: la consultazione deve risultare funzionale al processo decisionale, evitando di appesantirlo inutilmente;
- definizione delle categorie di destinatari in relazione all'oggetto della consultazione e sempre secondo i principi di proporzionalità e adeguatezza. Tra questi dovrebbero essere inclusi soggetti interessati ed eventuali controinteressati ai benefici derivanti dall'intervento, nonché le pubbliche amministrazioni preposte alla tutela degli altri interessi pubblici coinvolti;
- scelta delle tecniche di consultazione, tenendo conto delle risorse disponibili (tempo, risorse finanziarie e risorse umane), della qualità e quantità delle informazioni di cui si necessita e dell'attendibilità dei risultati raggiungibili.[181]

Con riguardo all'ultimo punto, è bene distinguere tra tecniche quantitative e tecniche qualitative. Tra le prime rientrano le inchieste campionarie e i grandi *panels*. Tali metodi si

[180] Così A. La Spina e E. Espa, *Analisi e valutazione delle politiche pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2011, pp. 157-160.
[181] Così Ocse, *Building an Institutional framework for Regulatory Impact Analysis (RIA). Guidance for Policy Makers*, 2008, pp. 48-49.

caratterizzano per la rappresentatività statistica dei risultati, malgrado presentino il rischio di produrre esiti non sempre attendibili, a costi significativi. Di contro, le tecniche qualitative, come le interviste semi-strutturate e aperte, i piccoli *panels* e i *focus groups* non consentono la generalizzazione dei risultati ottenuti dalla consultazione all'intera popolazione, tuttavia rilevano per l'esaustività delle risposte e l'attendibilità degli esiti, ottenuti, di norma, a costi medio-bassi.

In ambito sanitario valutare l'efficacia di una tecnica di consultazione non è semplice. Da un lato, infatti, prevedere delle tecniche di consultazione quantitative, che, inevitabilmente, limitano le opzioni sulle quali i pazienti sono chiamati a riflettere e ad esprimersi, comprometterebbe la libertà di questi ultimi nell'approfondire determinati temi lasciando emergere i disagi e le criticità affrontate durante il percorso di cura. Dall'altro, utilizzare un metodo qualitativo significherebbe rinunciare alla rappresentatività statistica del campione.

## 2.1 METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA COMPRENSIONE DEI DATI

Ai fini della presente ricerca si è deciso di impiegare come metodo d'indagine l'intervista semi-strutturata, una tecnica qualitativa che massimizza la possibilità per gli intervistati di esprimersi liberamente e apportare contributi innovativi alla consultazione. Concretamente, si utilizza una "traccia di intervista" in cui sono indicati sinteticamente gli argomenti da trattare sotto forma di domande generali (sebbene in qualche caso si possano prevedere quesiti più specifici), facendo sì che l'intervistato possa spontaneamente approfondire determinati aspetti o introdurre nuovi temi, data la strutturazione parziale dei quesiti. La scelta, oltre ad essere dipesa dalla limitatezza del tempo e delle risorse disponibili, deriva dalla volontà di esplorare in profondità le ragioni del fenomeno migratorio, nel tentativo di incoraggiare l'intervistato a riportare apertamente la propria esperienza di mobilità sanitaria, assicurando, in ogni caso, la riservatezza necessaria.

Elemento caratteristico dell'intervista semi-strutturata è l'assenza di standardizzazione. Lo scopo della consultazione non è, infatti, la rilevazione dei dati, ma la comprensione della realtà che vive l'intervistato. Proprio per questo la traccia funge da "cornice" entro cui gli intervistati possono esprimersi utilizzando la propria terminologia e il proprio modo di

categorizzare la realtà[182]. Ulteriore tratto distintivo è l'assenza di un campione rappresentativo. Difatti, alla rappresentatività statistica si preferisce quella sostantiva: sono approfonditi pochi casi attraverso un campione selezionato sulla base di caratteristiche sociografiche rilevanti per la ricerca. Chiaramente, l'assenza di standardizzazione e di un campione probabilistico rende più complesso il trattamento dei dati e la loro interpretazione. Pertanto, il presente lavoro si concentra sulla ricostruzione delle storie di mobilità sanitaria dei singoli pazienti intervistati, individuando analogie e differenze, in modo da rintracciare, ove possibile, modelli e sequenze ricorrenti.

### 2.1.1 LA STRUTTURA DEL CAMPIONE

L'esigenza di rilevare le esperienze di cura extraregionali dei pazienti calabresi e le loro opinioni sul merito, pur non muovendo dall'intento di rappresentare statisticamente la popolazione di riferimento, ha reso necessario il ricorso ad un campione che includesse pazienti provenienti da tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Dall'analisi di sfondo realizzata mediante le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e le altre fonti statistico-documentali, infatti, emergevano scenari di mobilità specifici per ciascuna provincia. Dunque, proporzionalmente all'ampiezza delle ASP (in termini di popolazione assistita), su un totale di 13 intervistati, il campione è stato ripartito nel modo seguente: 4 pazienti per la ASP di Cosenza, 4 per la ASP di Reggio Calabria, 3 per la ASP di Catanzaro, 1 per la ASP di Crotone e 1 per la ASP di Vibo Valentia.

Trattandosi di dati estremamente sensibili si è inteso garantire l'anonimato degli intervistati; pertanto, ai fini della presentazione delle interviste, questi ultimi saranno indicati con la formula *"Paziente 1", "Paziente 2",* ecc. Nella tabella seguente sono riportati i dati strutturali del campione (ASP di residenza, età, sesso) per ogni singolo intervistato, così da inquadrare geograficamente e anagraficamente ciascuno di loro.

| Paziente | ASP | Età | Sesso |
|---|---|---|---|
| *Paziente 1* | CS | 24 | M |

[182] Così Patton M., *Qualitative evaluation and research methods*, Beverly Hills, 1990, pp. 288-290.

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Paziente 2* | CS | 62 | M |
| *Paziente 3* | CS | 33 | F |
| *Paziente 4* | CS | 25 | F |
| *Paziente 5* | RC | 5* | F |
| *Paziente 6* | RC | 35 | M |
| *Paziente 7* | RC | 60 | F |
| *Paziente 8* | RC | 30 | F |
| *Paziente 9* | CZ | 50 | M |
| *Paziente 10* | CZ | 7* | F |
| *Paziente 11* | CZ | 74 | M |
| *Paziente 12* | KR | 48 | M |
| *Paziente 13* | VV | 50 | F |

*Per i pazienti con età inferiore ai 18 anni è stato intervistato un genitore.

### 2.1.2 LA TRACCIA DI INTERVISTA

Come precisato, l'intervista semi-strutturata non contempla un vero e proprio questionario composto da domande puntuali e opzioni di risposta standardizzate; semmai, quesiti simili possono prevedersi per la raccolta dei dati strutturali e per particolari aspetti che richiedono indicazioni precise. Per le restanti informazioni si ricorre a una serie di domande aperte inerenti agli argomenti che il ricercatore intende approfondire, avvalendosi della facoltà di modificarne l'ordine, di inserire nuovi quesiti e di adattare l'intervista alle caratteristiche e al linguaggio dell'intervistato[183].

La progettazione della traccia è avvenuta tenendo conto dei risultati emersi dall'analisi di sfondo realizzata nel capitolo precedente nel tentativo di approfondire i dati quantitativi rilasciati dal Ministero della Salute secondo l'esperienza e il parere dei pazienti. La rilevazione, dunque, ha toccato le seguenti aree tematiche:

- **Dati strutturali**
  - ASP residenza
  - Sesso

[183] In proposito si veda F. Addeo e P. Montesperelli, *Esperienze di analisi di interviste non direttive,* ARACNE editrice, Roma, 2007, al capitolo 1 "L'intervista come relazione comunicativa", pp. 19-50.

- Età

- **Caratteristiche del ricovero**
  - Patologia/prestazione
  - Regione di ricovero
  - Tipologia di ricovero (ordinario/*day hospital*)

- **Motivazioni della scelta migratoria**
  - Ragioni che hanno spinto il paziente a recarsi in una struttura sanitaria extra-regionale
  - Fonte (persona o strumento informativo) che ha orientato il paziente verso la struttura di cura

- **Valutazione dell'esperienza di mobilità sanitaria**
  - Soddisfazione complessiva del paziente
  - Esito delle prestazioni
  - Elementi positivi rilevati durante l'esperienza (umanità e disponibilità del personale medico-sanitario, percezione della professionalità dei medici, comfort alberghiero, stato delle tecnologie, ecc.)
  - Elementi negativi rilevati durante l'esperienza
  - Disagi personali vissuti durante il ricovero in mobilità (costi di spostamento e di soggiorno, solitudine, disagi per l'accompagnatore)

- **Comparazione tra l'esperienza di mobilità sanitaria e un episodio di cura in Regione**
  - Esito delle prestazioni
  - Grado di soddisfazione complessiva del paziente
  - Differenze riscontrate rispetto all'esperienza di cura extraregionale

Per la somministrazione dell'intervista è stato scelto un metodo misto: in parte i pazienti sono stati consultati mediante interviste *face to face*, in parte sono stati raggiunti telefonicamente. Sebbene il metodo *face to face* non presenti garanzie sull'eventuale condizionamento dell'intervistato da parte dell'intervistatore (criticità in parte scongiurata dall'intervista telefonica che, non prevedendo un contatto visivo diretto, riduce la condizione di soggezione in cui potrebbe trovarsi l'intervistato), offre lo straordinario vantaggio di incontrare fisicamente il soggetto, garantendo una maggiore flessibilità nell'articolare il colloquio, dunque, la possibilità di sottoporre domande complesse, cogliendo, altresì, le espressioni non verbali dell'intervistato. Al contrario, l'intervista telefonica non consente la

realizzazione di interviste lunghe e articolate; peraltro, in molti casi, l'assenza di un contatto umano diretto irrigidisce l'interazione, rendendo meno agevole l'instaurazione di un rapporto di fiducia tra intervistatore e intervistato. Allo scopo di attenuare i limiti correlati al metodo di intervista telefonico, i pazienti sono stati appositamente contattati nei giorni precedenti all'intervista in modo da descrivere loro sinteticamente il contenuto del colloquio e informarli del lavoro di ricerca cui avrebbero contribuito. Questo primo approccio ha consentito di creare un contatto preliminare tra intervistatore e intervistato, motivando e spronando quest'ultimo alla collaborazione. Peraltro, in tale occasione è stato concordato l'appuntamento telefonico per la somministrazione dell'intervista vera e propria, così da ottenere l'attenzione e il tempo necessari da parte dell'intervistato.

## 2.2 LE CARATTERISTICHE DEI RICOVERI

Come i dati strutturali, le caratteristiche dei ricoveri non sono informazioni suscettibili di interpretazione, tuttavia contribuiscono all'inquadramento dell'esperienza di mobilità vissuta dai pazienti intervistati. Anzitutto, l'indicazione della patologia/prestazione relativa al ricovero è funzionale alla comprensione della complessità del caso, dunque, dell'evitabilità o inevitabilità della mobilità sanitaria. Peraltro, gli iter diagnostici e terapeutici annessi a ciascuna patologia differiscono per strutturazione e durata (ad esempio, un intervento di chirurgia ortopedica richiede un periodo riabilitativo o l'asportazione di un carcinoma può prevedere diversi cicli pre o post-operatori di radioterapia e chemioterapia). Vediamo, dunque, quali tipi di patologie hanno indotto i soggetti intervistati a cercare cure fuori regione, assumendo, dapprima, una prospettiva generale, per poi entrare nel dettaglio di ciascun caso, specificando, altresì, la regione e la tipologia di ricovero.

Per quanto non statisticamente rappresentativo, il campione riflette in parte la distribuzione della mobilità sanitaria regionale per patologie descritta nel secondo capitolo. Difatti, quattro pazienti su tredici hanno scelto l'opzione migratoria per prestazioni di carattere ortopedico; tra questi un caso è di ortopedia pediatrica. La medesima quota di intervistati ha, poi, cercato cure fuori dalla Calabria per patologie oncologiche. Proseguendo in ordine di frequenza, tre pazienti, di cui uno pediatrico, sono emigrati per patologie

neurologiche, mentre due soggetti hanno ricevuto prestazioni in regime di mobilità nelle aree sanitarie di ginecologia e oculistica.

Tra i pazienti interessati da patologie ortopediche troviamo il *Paziente 1*, cui, in origine, era stata diagnosticata dal presidio ospedaliero della città di residenza una frattura composta del piatto tibiale. In seguito ad una serie di consulti medici, che hanno smentito la diagnosi originaria accertando la natura "scomposta" della frattura, il soggetto ha deciso di sottoporsi ad un intervento di chirurgia ortopedica nella Regione Emilia Romagna in regime di ricovero ordinario. Sempre nell'area ortopedica rientra il *Paziente 7*, che, per via di complicazioni post-operatorie seguite ad un intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore avvenuto in Calabria, non ha esitato a recarsi in Friuli Venezia Giulia allo scopo di sottoporsi ad alcune visite ortopediche (avvenute in regime di *day hospital*). Il *Paziente 9*, anch'egli affetto da una patologia ortopedica, l'osteomielite, un'infezione dell'apparato osteoarticolare contratta in sala operatoria, diversamente dai casi precedenti, può includersi tra i casi di mobilità fisiologica o inevitabile. Quest'ultimo, dapprima in cura presso un ospedale regionale, data l'estrema gravità della malattia, ha scelto di rivolgersi ad una struttura altamente specializzata in Veneto, dove è rimasto in cura per diversi mesi in regime di ricovero ordinario. Infine, la *Paziente 10*, che rientra nell'area sanitaria di ortopedia pediatrica, a seguito di una visita ortopedica routinaria in cui le era stata diagnosticata l'inclinazione del bacino, è stata trasferita in Emilia Romagna per un intervento di chirurgia ortopedica effettuato in regime di ricovero ordinario.

Nell'area oncologica è compresa la *Paziente 4*. Quest'ultima, conseguentemente alla scoperta di un tumore al seno, è stata ricoverata presso una struttura sanitaria regionale dove si è sottoposta ad un intervento chirurgico per l'asportazione del carcinoma in regime ordinario. Successivamente, ha sostenuto diversi cicli di chemioterapia e radioterapia in un presidio della Regione Lazio in regime di *day hospital* per un periodo di diciotto mesi viaggiando regolarmente dalla Calabria. Al contrario, la *Paziente* 8, affetta dalla medesima patologia, si è sottoposta ad un intervento chirurgico direttamente in una struttura del Lazio (in regime di ricovero ordinario), trattenendosi, poi, nella regione ospitante per le terapie post-operatorie. Nell'area oncologica troviamo, altresì, il *Paziente 12*, recatosi in Piemonte per il trattamento di una patologia detta "timoma". Quest'ultimo è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in regime ordinario presso la clinica piemontese, per poi seguire, su indirizzo del chirurgo operante, il ciclo di radioterapia in una struttura calabrese. Considerato

che le malattie del timo rientrano tra le patologie rare, anche il caso del *Paziente 12* può ascriversi alla categoria della mobilità inevitabile o fisiologica. Concludendo per quest'area sanitaria, la *Paziente 13*, affetta da neoplasia polmonare, si è rivolta ad un presidio laziale per la rimozione chirurgica del tumore (avvenuta in regime di ricovero ordinario), rientrando successivamente in Calabria per sottoporsi al trattamento chemioterapico.

Tre pazienti su tredici hanno scelto l'opzione migratoria per disturbi di carattere neurologico. Il *Paziente 2*, affetto dalla cosiddetta sindrome di Parkinson, si è rivolto inizialmente ad un presidio sanitario regionale, dove, in regime di *day hospital*, è stato sottoposto a diverse visite volte a definire il percorso terapeutico. Successivamente, il soggetto ha deciso di rimettersi ad una clinica lombarda presso la quale si reca ancora periodicamente per controlli erogati in regime di ricovero diurno. Segue la *Paziente 5*, una paziente pediatrica che, dopo essere stata ricoverata nel presidio ospedaliero della cittadina calabrese di residenza per via di una dolorosa e perdurante cefalea, è stata affidata dai genitori ad una struttura sanitaria friulana che la ha assistita in regime di ricovero ordinario. Infine, il *Paziente 11*, cui era stata diagnosticata in Calabria una patologia vascolare che interessa il sistema nervoso centrale chiamata "fistola durale", è stato operato in regime di ricovero ordinario presso un presidio ospedaliero della Regione Toscana.

La *Paziente 3*, affetta da disturbi ginecologici, a differenza del resto del campione, ha scelto spontaneamente di recarsi in Campania tanto per la fase diagnostica (avvenuta in regime di *day hospital*) quanto per il trattamento terapeutico (effettuato in regime ordinario). Di contro, la *Paziente 6*, interessata da un grave distacco della retina, in un primo momento è stata sottoposta ad un trattamento laser in regime ambulatoriale all'interno della ASP di residenza, per poi rivolgersi ad una struttura sanitaria veneta dove è stata operata in regime di ricovero ordinario.

Una volta descritta sinteticamente la "storia di mobilità sanitaria" dei pazienti intervistati disponiamo degli elementi necessari per procedere con l'analisi delle motivazioni poste alla base della scelta di curarsi fuori regione, tentando di comprendere, altresì, l'atteggiamento dei pazienti calabresi verso il sistema sanitario regionale e il fenomeno migratorio.

## 2.3 LE MOTIVAZIONI DELL'EMIGRAZIONE SANITARIA: *CHI* E *COSA* MUOVE IL PAZIENTE NELLA SCELTA DEL LUOGO DI CURA?

Ricorrendo alle tipologie della mobilità sanitaria illustrate nel Capitolo 1, il paragrafo precedente ci restituisce un quadro dominato da casi di mobilità volontaria, ascrivibili ad una scelta più o meno autonoma dei pazienti, i quali, ritenendo indisponibile o inadeguato il servizio offerto dalle strutture regionali hanno scelto di recarsi altrove. Tuttavia, come ribadito più volte, non tutta la mobilità volontaria è da considerarsi dannosa. Due dei ricoveri extraregionali sopradescritti, difatti, sono riconducibili alla categoria della mobilità fisiologica, in cui sono ricompresi tutti i casi di emigrazione sanitaria dovuti alla cura di patologie rare (*Paziente 12*) o alla volontà del paziente di affidarsi a centri di altissima specializzazione in grado di trattare efficacemente le patologie più gravi e gli stadi più acuti (*Paziente 9*). Nella fattispecie, il *Paziente 12* ha riferito di essere stato indirizzato fuori regione direttamente dal responsabile del reparto di radiologia in cui aveva eseguito i primi accertamenti diagnostici, data l'assenza in Regione di un centro adeguato al trattamento della patologia di cui era affetto. Allo stesso modo, il *Paziente 9* ha deciso di rivolgersi ad un centro di riferimento nazionale per il trattamento delle infezioni osteoarticolari su indicazione del medico dell'ospedale regionale presso cui era in cura. In tali casi, l'offerta di prestazioni iper-specializzate da parte di pochi centri selezionati consente di sfruttare i vantaggi derivanti dalle economie di scala della produzione di servizi sanitari e garantire un'assistenza di elevata qualità. Nei restanti casi, tuttavia, la mobilità può considerarsi elettiva, dunque evitabile, trattandosi di ricoveri relativi a prestazioni di medio-bassa complessità disponibili sul territorio regionale, ma non ritenute sufficientemente affidabili.

Premettendo che la decisione di emigrare per la salute dipenda di rado da un solo fattore causale, la consultazione ha permesso di individuare tre aree di motivazioni della scelta migratoria: l'area della qualità, in cui rientra la ricerca di una migliore qualità dei medici, delle tecnologie e delle strutture sanitarie; l'area dell'adeguatezza, che comprende i ricoveri avvenuti fuori regione per via dell'impossibilità di ottenere le opportune prestazioni nel proprio ospedale; l'area logistica, che si riferisce al tentativo di minimizzare i disagi correlati al trasferimento, usufruendo della presenza di un familiare/amico in zona e/o della conoscenza di un medico nella struttura ospitante. Chiaramente, trattandosi di interviste

semi-strutturate i pazienti hanno potuto esprimere liberamente una o più motivazioni appartenenti anche ad aree differenti.

L'area della qualità risulta valida per otto pazienti su undici (escludendo i due episodi di mobilità fisiologica). Nella totalità dei casi la ricerca di medici competenti e professionali è stata indicata come primo fattore causale della mobilità sanitaria. Seguono, in ordine, la qualità delle strutture, valida come seconda motivazione per tre pazienti su undici, e l'uso di tecniche all'avanguardia, che ha contribuito alla scelta migratoria di un solo intervistato. Secondo quanto emerso dalla consultazione, la ricerca di uno standard delle prestazioni superiore a quello offerto in Regione trae origine, talvolta, da una pregressa esperienza negativa presso un presidio regionale, talaltra, da una diffidenza generalizzata nei riguardi del Servizio Sanitario della Calabria, fondata sulla negativa reputazione delle strutture e del personale, nonché, più specificatamente, sugli episodi di malasanità succedutisi negli anni. Tre pazienti su undici, infatti, hanno dichiarato di aver cercato un secondo parere medico poiché insoddisfatti dell'assistenza ricevuta nelle strutture regionali. In particolare, il *Paziente 2* ha attribuito la propria scelta alla scarsa intraprendenza dei medici e all'atteggiamento di rassegnazione mostrato dall'intera équipe curante nei riguardi della propria malattia. Nel caso della *Paziente 5*, invece, il genitore che ha riferito sull'esperienza dichiarava di aver optato per un ulteriore consulto fuori regione non tanto per la dubbia competenza dei medici, quanto più per la scarsa umanità con cui veniva assistita la paziente. «Non mi avevano fatto una buona impressione, per cui non mi sono fidato e ho preferito ascoltare un altro parere» ha dichiarato l'intervistato, ammettendo, poi, di aver ricevuto dalla struttura ospitante la medesima diagnosi cui erano giunti i medici del proprio ospedale. Nel complesso, il resto dei pazienti cha ha deciso di migrare alla ricerca di una migliore qualità delle prestazioni, pur non avendo vissuto direttamente un'esperienza di ricovero traumatica, nutriva qualche riserva sulla capacità delle strutture del territorio di affrontare efficacemente la propria particolare patologia. Ad esempio, la *Paziente 8* ha dichiarato: «Mi sentivo più sicura andando via, più a mio agio», lasciando intendere che quella di migrare per lei era l'unica opzione ammissibile. Allo stesso modo, nel caso della *Paziente 10* i genitori hanno deciso di affidarsi ad una struttura extraregionale senza alcuna esitazione. «Se ne sentono dire tante. Non ce la siamo sentiti di fidarci» così, durante l'intervista, il genitore della paziente rifletteva sulla decisione di andare fuori dalla Calabria.

Segue l'area dell'adeguatezza, che attiene all'impossibilità o alla difficoltà di ottenere le prestazioni richieste presso il proprio ospedale. Ad essa fanno riferimento tre intervistati su undici. Chiaramente, la valutazione dell'inattuabilità di un'assistenza sanitaria adeguata al proprio caso clinico presso una struttura regionale è, inevitabilmente, condizionata dal giudizio del paziente e dalle informazioni di cui esso dispone. È altresì vero che in tutti e tre i casi la decisione di affidarsi ad un presidio extraregionale è stata avallata, se non addirittura incoraggiata, dai medici locali (medici di base, specialisti, medici ospedalieri) che avevano in cura i pazienti. Tuttavia, come ribadito più volte nel precedente capitolo, non sempre i medici sono a conoscenza delle prestazioni offerte sull'intero territorio regionale. Dunque, in tutti e tre i casi non è detto che i servizi ottenuti tramite ricoveri extraregionali non fossero realmente disponibili negli ospedali regionali. Ad ogni modo, quel che conta è che i pazienti in questione abbiano vissuto l'opzione migratoria come una scelta obbligata, sperimentando la presunta o effettiva inadeguatezza dell'offerta sanitaria regionale.

Infine, l'area logistica riguarda le esperienze di mobilità sanitaria condizionate dal tentativo di ridurre gli inconvenienti pratici correlati alle cure extraregionali. Dalle interviste è emerso che per quattro pazienti su undici la presenza di un familiare o di un amico in zona è stato un fattore determinante nella scelta della struttura sanitaria. L'ospitalità, la conoscenza del territorio e la possibilità di ottenere con più facilità informazioni mediche e/o organizzative sono indubbiamente fattori logistici che agevolano l'esperienza migratoria. Tuttavia, la scelta del luogo di cura è affare ben diverso dalla decisione di emigrare. Difatti, la presenza di una persona di riferimento nella zona di ricovero non rappresenta in nessun caso (all'interno del nostro campione) la motivazione primaria della mobilità sanitaria; semmai essa contribuisce ad orientare la scelta dei pazienti tra una pluralità di strutture sanitarie parimenti qualificate.

Concludendo sulle motivazioni della mobilità sanitaria, un'analisi complessiva del campione suggerisce che la decisione di migrare sia primariamente legata alla ricerca di prestazioni sanitarie altamente qualificate. Difatti, risulta piuttosto incerto il confine tra l'ambito della qualità e quello dell'adeguatezza: la convinzione di non poter ottenere un certo tipo di prestazione all'interno della propria regione è fortemente condizionata dalla certezza di trovare un trattamento migliore altrove. In più, l'area logistica riguarda essenzialmente la scelta del luogo di cura, non incidendo direttamente sulla decisione migratoria.

Un altro aspetto della scelta migratoria affrontato nel corso delle interviste è la fonte (persona o strumento informativo) che ha orientato il paziente nella scelta della struttura sanitaria. È evidente che l'opzione migratoria costituisca una scelta informata, basata sulla conoscenza dell'offerta sanitaria locale e nazionale di cui dispone un soggetto. Nel nostro caso otto pazienti su tredici hanno valutato la possibilità di recarsi in un ospedale al di fuori della regione di residenza dietro consiglio di un professionista sanitario. Ad esempio, il *Paziente 1* è stato indirizzato dal fisioterapista presso cui era in cura in seguito al trauma subito, mentre la *Paziente 6* ha scelto, sulla base delle proprie esigenze, uno tra i tanti ospedali indicati dal proprio oculista di fiducia. Il resto del campione ha, invece, seguito i pareri di familiari e amici nella scelta del luogo di cura. In alcuni casi commenti e giudizi positivi derivano da esperienze vissute personalmente da questi ultimi all'interno delle strutture sanitarie, in altri si basano più semplicemente sul "sentito dire". Ad ogni modo, nessuno degli intervistati ha dichiarato di essersi informato tramite il web, confermando la centralità del medico di riferimento e della rete di conoscenze interpersonali nella scelta della struttura ospitante.

## 2.4 LE VALUTAZIONI DEI PAZIENTI

Un ulteriore aspetto affrontato nel corso delle interviste attiene al giudizio dei pazienti sull'esperienza migratoria, con particolare riferimento alla soddisfazione per l'esito delle prestazioni sanitarie ricevute, al livello complessivo di gradimento dell'esperienza di ospedalizzazione e ai costi materiali e immateriali sopportati durante il ricovero extraregionale.

A proposito dell'esito delle prestazioni, ovvero della percezione dell'esito delle terapie sullo stato di salute, gli intervistati hanno mostrato una soddisfazione pressoché unanime. Dodici pazienti su tredici hanno, infatti, dichiarato di essere stati curati efficacemente o, comunque, di aver apprezzato significativi miglioramenti nel proprio stato di salute. Solo un soggetto, compreso nell'area ortopedica, per quanto conscio della complessità delle proprie condizioni cliniche, non si ritiene completamente soddisfatto del risultato.

È stato, poi, chiesto ai pazienti di esprimere un giudizio complessivo sul ricovero extraregionale, indicando aspetti positivi e negativi rilevati nel corso dell'esperienza rispetto alla professionalità del personale medico-infermieristico, all'accoglienza (umanità, cortesia, attenzione alle esigenze del paziente), al trattamento alberghiero (igiene, condizioni dell'edificio, arredamento delle stanze) e alle tecnologie impiegate. Come per l'esito delle prestazioni, la quasi totalità del campione (undici intervistati su tredici) si è detta molto soddisfatta del trattamento ospedaliero. In diverse interviste, l'entusiasmo e il sentimento di gratitudine degli intervistati per la qualità dell'esperienza di ricovero erano tangibili, non lasciando alcun dubbio circa la loro reale soddisfazione.

Un aspetto apprezzato da tutti i soggetti (anche da chi non si è dichiarato del tutto soddisfatto del ricovero) è la professionalità dei medici, intesa come scrupolosità nel corso della fase diagnostica, chiarezza nell'informare il paziente e premura nei riguardi dell'assistito. In vari casi i pazienti hanno avuto modo di stabilire un rapporto confidenziale con i medici per via dell'estrema disponibilità mostrata da questi ultimi. In proposito, da diverse testimonianze è emerso un sentito apprezzamento rispetto all'attenzione mostrata dal personale medico anche una volta terminata la degenza (ad esempio, quattro intervistati hanno dichiarato di essere stati contattati telefonicamente dai propri medici per diversi mesi in seguito al ricovero).

Altro motivo di soddisfazione per nove pazienti su tredici è l'accoglienza della struttura, declinata principalmente come umanità del personale sanitario e amministrativo (servizio prenotazione e accettazione). Tre intervistati, ad esempio, hanno particolarmente apprezzato la presenza di uno psicologo che li ha assistiti costantemente nel corso della terapia, provvedendo, altresì, al supporto dell'intera famiglia del malato. Altro aspetto sottolineato da più di un paziente è la comprensione mostrata riguardo ai disagi che la distanza da casa avrebbe potuto procurare ai pazienti. Per questo, ad esempio, gli accertamenti diagnostici erano concentrati in poche date e gli interventi venivano programmati secondo le esigenze logistiche dei pazienti. Peraltro, in un caso, gli accompagnatori del paziente hanno potuto usufruire di una struttura alberghiera convenzionata con il presidio sanitario, riducendo i costi materiali annessi alla mobilità. Sempre riguardo all'attenzione verso l'assistito, tre intervistati hanno valutato positivamente la somministrazione di un questionario di gradimento al termine dell'esperienza di ricovero.

Il servizio alberghiero, per quanto approvato dalla maggioranza degli intervistati (undici su tredici), non è mai stato citato spontaneamente dai pazienti, a riprova della

residualità di tale aspetto in confronto alla qualità professionale e all'umanizzazione del personale. Ad ogni modo, su richiesta dell'intervistatore i pazienti si sono detti piuttosto soddisfatti del comfort offerto dalle strutture fuori regione. In un paio di casi la disponibilità di una stanza singola in cui trascorrere la degenza ha suscitato significativi apprezzamenti. Invece, la modernità degli edifici e l'igiene degli interni assumono un certo rilievo solo nel confronto con le strutture ospedaliere regionali. Analogamente, le tecniche e i macchinari impiegati non sembrano essere di grande interesse per i pazienti (solo un intervistato su tredici ha sottolineato tale aspetto).

Tra gli intervistati che hanno espresso la loro soddisfazione per l'esperienza ospedaliera tre hanno rilevato aspetti negativi durante il ricovero. In due casi i pazienti hanno evidenziato la scarsa coordinazione tra i reparti dell'ospedale, in particolare tra le unità responsabili della fase diagnostica e quelle competenti per la fase terapeutica; nel terzo, è stata notata, invece, la lunghezza dei tempi di attesa. Tuttavia erano gli stessi intervistati, durante la consultazione, a giustificare i disagi subiti, vissuti più come imprevisti che come disservizi. Diversamente, i due pazienti che non si sono dichiarati del tutto soddisfatti del servizio ottenuto fuori regione lamentavano principalmente la carente umanizzazione del personale medico-infermieristico della struttura ospitante, confermando l'importanza di tale aspetto nella valutazione complessiva dell'esperienza.

Oltre a giudizi sulle prestazioni sanitarie, agli intervistati è stato chiesto di esprimersi in merito ai disagi comunemente annessi alla migrazione. Difatti, i pazienti in mobilità sanitaria sono, inevitabilmente, chiamati a sostenere costi tangibili e intangibili, che variano in base alla distanza del luogo di ricovero, alla durata della degenza, alla presenza di accompagnatori e alla disponibilità di accoglienza da parte di un familiare/amico.

La maggioranza degli intervistati (nove pazienti su tredici) ha manifestato gravi disagi annessi all'esperienza migratoria. Di questi, sei hanno evidenziato l'onerosità dei costi di viaggio, accentuata dalle carenze infrastrutturali regionali che limitano la possibilità di accedere a mezzi di trasporto economici e veloci. Quattro intervistati, poi, hanno fatto riferimento ai disagi per gli accompagnatori nell'assentarsi dal posto di lavoro per lunghi periodi di tempo, cui si aggiungono i costi di soggiorno presso strutture alberghiere. Esemplificativa è la testimonianza di una paziente che ha ammesso di aver pensato più di una volta di rinunciare alle cure extraregionali per via dei costi di viaggio e delle giornate di lavoro perse da parte del marito-accompagnatore.

Seguono le difficoltà di ordine emotivo-psicologico, indicate da quattro pazienti su tredici. Tre hanno risentito della lontananza dagli affetti familiari e dalla propria casa, anche per via della lunga durata della degenza. In un caso, invece, il paziente, che già aveva avuto un'esperienza di ricovero in regione, ha vissuto in modo traumatico il cambiamento dei medici e della terapia. Infine, tre intervistati hanno fatto riferimento ai disagi fisici provati durante gli spostamenti per via del loro stato fisico.

## 2.5 DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

Resta da approfondire il giudizio degli intervistati circa la loro esperienza di ricovero in regione, sebbene, in parte, esso sia già emerso dai precedenti paragrafi. La gran parte dei pazienti inclusi nel campione (dodici su tredici), infatti, ha sperimentato le prestazioni sanitarie di una struttura regionale proprio con riguardo alla patologia per la quale, poi, ha deciso di emigrare. Durante la consultazione, dunque, è stato loro domandato quale fosse stato l'esito delle prestazioni, il loro grado di soddisfazione circa l'esperienza ospedaliera e le principali differenze riscontrate tra i due ricoveri. Chiaramente, nell'operare un confronto tra l'esperienza di ricovero regionale e quella extraregionale, come precisato dagli stessi intervistati, è bene tener conto che le prestazioni ricevute e lo stato di salute del paziente differivano.

Pertanto, escludendo un soggetto che dichiara di non aver subito alcun ricovero in Calabria, sei pazienti su dodici ritengono di aver ottenuto risultati adeguati dalle prestazioni sanitarie regionali, mentre altri cinque giudicano negativamente l'esito dei ricoveri. Un intervistato, invece, crede di non poter esprimere un giudizio in merito, data la complessità del proprio quadro clinico all'epoca dei fatti. In due casi, come anticipato, i pazienti hanno riferito di essersi recati fuori regione per "ascoltare un secondo parere", pur tuttavia ottenendo il medesimo esito diagnostico; a posteriori, ciò li ha indotti a giudicare positivamente l'esito del ricovero in Calabria.

Quanto al giudizio sulla qualità complessiva del ricovero la ripartizione del campione assume una configurazione lievemente diversa. Difatti, sei pazienti si dicono insoddisfatti dell'esperienza di ospedalizzazione regionale. Tra questi rientra anche un soggetto che, pur avendo ammesso l'esito positivo delle prestazioni sanitarie ricevute, non ha apprezzato la

carente umanizzazione del personale sanitario che lo ha assistito. Cinque pazienti su dodici, invece, hanno espresso un elevato gradimento per l'assistenza offerta dal proprio ospedale, mentre un intervistato si è detto mediamente soddisfatto, ammettendo possibili margini di miglioramento.

Dal raffronto tra l'esperienza di ricovero regionale e quella extraregionale emerge con chiarezza un dato: la principale criticità riscontrata dai pazienti che hanno ricevuto assistenza in una struttura fuori regione è la carente organizzazione dei presidi calabresi (cui hanno fatto riferimento cinque intervistati su tredici). La difficile comunicazione tra i reparti, l'assenza di équipe multidisciplinari al servizio del paziente, i ritardi e gli oneri burocratici che gravano sugli assistiti sono tutti aspetti che incidono negativamente sulla qualità del servizio ospedaliero. Se a questo si aggiunge la scarsa umanizzazione del personale medico-sanitario nell'approcciarsi al paziente (citata da tre pazienti), la negligenza di alcuni medici e il pessimo servizio alberghiero (indicati in due casi) si completa il quadro dei disservizi rilevati dai nostri intervistati nel raffronto con la sanità extraregionale. Tuttavia, per tre intervistati su tredici l'accoglienza mostrata dal personale dell'ospedale presso cui erano assistiti in Calabria supera il trattamento riservato loro dalle strutture fuori regione. In due casi, invece, i soggetti non hanno riscontrato alcuna sostanziale differenza tra le due esperienze; piuttosto, uno di loro ha ammesso il proprio stupore nel ricevere un servizio puntuale ed efficiente in regione.

Concludendo, secondo quanto emerso dalla consultazione, la mobilità costituisce chiaramente un indicatore della qualità del servizio sanitario offerto dalla Regione Calabria. La componente di mobilità evitabile presente nel campione, le motivazioni della migrazione e l'esito della comparazione tra il ricovero extraregionale e quello regionale confermano tale assunto, indicando, peraltro, le principali carenze lamentate dai cittadini. Tuttavia, per alcuni pazienti, l'esperienza migratoria non rappresenta un segno di completa diffidenza nei riguardi delle strutture ospedaliere regionali, come segnalano i positivi giudizi circa la qualità dell'esperienza di ricovero regionale espressi da chi, comunque, ha deciso di emigrare. In questi casi la mobilità sanitaria è imputabile a due fattori, validi congiuntamente o alternativi tra loro.

Il primo attiene alla comprensibile ricerca di un migliore standard delle prestazioni, pur avendo un giudizio positivo per le strutture sanitarie della propria regione. Il secondo, invece, riguarda la presunta impossibilità di ricevere le specifiche prestazioni in quel caso

necessarie nella propria regione, dunque talora alla scarsa conoscenza dell'offerta territoriale. Tale considerazione deriva dal fatto che nessuno degli intervistati, una volta constatata l'irreperibilità della prestazione nel proprio presidio ospedaliero, abbia pensato di rivolgersi ad un altro ospedale del territorio regionale. Difatti, sebbene non sia possibile conoscere con esattezza la gamma delle prestazioni offerte dall'intero SSR (anche in base alla gravità dei singoli casi), abbiamo motivo di credere che in otto casi su tredici i pazienti avrebbero potuto rivolgersi ad una struttura regionale.

Dunque, oltre ad interventi materiali, indispensabili per l'adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta sanitaria ai bisogni dei cittadini, appare necessaria un'opera di fidelizzazione dei pazienti, anche mediante la diffusione di informazioni sui servizi sanitari prestati sul territorio regionale.

## 3. RAFFORZIAMO GLI ARGINI: STRATEGIE DI INTERVENTO LIMITATIVE DELL'EMIGRAZIONE OSPEDALIERA

Nel 2012 il commissario ad acta della regione Campania approvava il decreto n.165, recante l'obbligo per gli assistiti del Servizio Sanitario Regionale di acquisire preventivamente dalla ASL di appartenenza un'autorizzazione per la fruizione di alcuni tipi di prestazioni sanitarie presso strutture extraregionali. Difatti, ai sensi del d.lgs. n. 502/1992, che inaugura l'era dell'aziendalizzazione e regionalizzazione del Servizio Sanitario, la programmazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio spettante alle regioni, può avvenire anche mediante l'individuazione di "prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione […] alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati"[184]. Pertanto, dal primo gennaio 2013, una serie di DRG a bassa complessità, come interventi su retina e cristallino, interventi sul ginocchio (senza diagnosi di infezione), disturbi dell'apparato muscoloscheletrico, possono essere trattati fuori regione solo in caso di approvazione da parte della ASL competente. A tal fine, presso ciascuna Azienda sono state istituite delle commissioni preposte ad esaminare le richieste di mobilità sulla base di criteri oggettivi, quali la lunghezza delle liste di attesa, l'urgenza della prestazione e l'idoneità dell'offerta del servizio richiesto da parte dei presidi regionali. In caso di mancato rilascio dell'autorizzazione, il paziente non potrà contare sulla copertura finanziaria delle prestazioni da parte della regione di residenza.

Il provvedimento in questione è stato oggetto di aspre polemiche e di un ricorso presso il TAR da parte dell'Associazione Italiana Ospedaliera Privata per la Regione Lazio, poiché il taglio commissariale dei fondi alla mobilità sanitaria comprometterebbe il diritto alla libera scelta del luogo di cura e, in ultima istanza, il diritto alla salute secondo i principi di equità e universalità. In proposito, la sentenza del TAR, che aveva accolto tra le motivazioni della ricorrente anche la violazione dei principi di legalità e leale collaborazione con le regioni presso cui si limitava la migrazione sanitaria[185], è stata riformata con la sentenza n. 296/2014 del Consiglio di Stato. Secondo il tribunale d'appello, il decreto non contrasta con il principio di libera scelta del luogo di cura, fondando tale giudizio sul complesso equilibrio tra globalità

[184] Art. 8-quinquies, comma 2, lettera b) del d.lgs. n. 502/1992.
[185] Secondo il Tribunale Amministrativo Regionale, la decisione unilaterale di limitare la mobilità sanitaria verso le regioni confinanti avrebbe potuto intaccare l'efficacia della programmazione delle prestazioni sanitarie sulla base del flusso in entrata, di cui la mobilità costituiva una componente strutturale.

delle prestazioni erogate ed economicità del sistema sanitario. Secondo i giudici, infatti, in base ai principi su cui si fonda l'assistenza sanitaria nazionale, la programmazione della spesa sanitaria deve avvenire tenendo conto, oltre che dei bisogni dei cittadini, anche delle "effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie". Tuttavia, come ammesso dal Consiglio, è doveroso tutelare le esigenze di parità di trattamento degli assistiti, ai quali il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire la medesima qualità delle cure, indipendentemente dalla regione di residenza. Nel caso in specie, però, trattandosi di prestazioni dalla modesta complessità e ad elevato rischio di inappropriatezza, ed essendo stati individuati criteri oggettivi e non discriminatori per il rilascio delle autorizzazioni, il provvedimento commissariale non violerebbe il principio di libera scelta del luogo di cura e di uguaglianza di trattamento.

Prescindendo dall'esito del giudizio, la vicenda della Regione Campania mostra tutta la difficoltà di una regione ad alto tasso di fuga sanitaria nel recuperare i flussi di pazienti in uscita verso altre regioni, anche per le prestazioni di routine. Il ricorso ad un'opzione di *policy* talmente restrittiva, oltre a confermare la gravità del fenomeno, è sintomo delle resistenze poste alla limitazione della mobilità sanitaria mediante il miglioramento della gestione del SSR. Del resto, risulta irrealistico immaginare di poter contenere la migrazione sanitaria nel lungo periodo senza correggere, in primo luogo, gli aspetti di inefficienza dell'offerta sanitaria. Peraltro, pur assumendo la validità di un'opzione di regolazione diretta del fenomeno (mediante la previsione di un regime autorizzatorio come quello previsto in Campania) per il breve periodo, bisogna inevitabilmente prevedere un contestuale incremento della spesa per investimenti, mirato a garantire gli standard quantitativi e qualitativi assicurati dalle regioni verso cui i flussi si dirigevano[186]. In caso contrario, la mancata revisione della programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria, annessa alla limitazione forzata della facoltà di viaggiare per la salute, rischierebbe di gravare ulteriormente sui cittadini residenti in tali regioni, già indiscutibilmente penalizzati sotto il profilo dell'equità e della non discriminazione nel godimento del diritto alla salute.

Si pone, pertanto, l'esigenza di ridurre la mobilità sanitaria interregionale, non solo quale costo economico per le regioni con saldo negativo, ma anche in quanto indicatore delle disparità territoriali nell'accesso a cure di qualità. Muovendo da tali considerazioni, nei

[186] Così L. P. Tronconi, *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche comparate*, Maggioli Editorie, 2016, pp. 232-234.

prossimi paragrafi sono riportate alcune proposte di *policy* che, nel complesso, tendono ad adeguare i servizi sanitari ai bisogni del territorio e a fidelizzare i pazienti, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di consultazione come quelli impiegati nel presente lavoro di ricerca.

## 3.1 IL RISANAMENTO DEL RAPPORTO TRA POLITICA E AMMINISTRAZIONE

La struttura di *governance* della salute impatta indiscutibilmente sulla performance del Servizio Sanitario Regionale. Qualsiasi azione volta a contenere la mobilità sanitaria interregionale rientra nelle attività di programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria, ascrivibili alle sfere di competenza afferenti rispettivamente ai vertici politici e ai dirigenti amministrativi. Pertanto, il primo ambito di intervento attiene alla ripartizione delle competenze tra Regione e dirigenza sanitaria, in relazione al conferimento degli incarichi di vertice e al sistema delle responsabilità.

In Italia a partire dagli anni Novanta prese avvio un processo di riforma dei rapporti tra politica e amministrazione basato su due direttrici: la volontà di accrescere l'efficienza nella gestione della pubblica amministrazione, dotando di maggiori risorse i manager pubblici, e il bisogno di garantire l'imparzialità dell'azione amministrativa, limitando le ingerenze della politica nell'attività dei dirigenti pubblici. Il primo punto di approdo di questo processo è costituito dal d.lgs. 165/2001, che ha definito chiaramente il principio di separazione tra politica e amministrazione rispetto a due questioni principali: la ripartizione delle competenze e l'attribuzione degli incarichi dirigenziali. Quanto alla prima questione, il d.lgs. attribuisce ai vertici politici le funzioni di indirizzo politico, da esercitare mediante la definizione di obiettivi e programmi, e di controllo *ex post*. Ai dirigenti, invece, che godono di autonomi poteri di spesa e di organizzazione, compete la gestione amministrativa, di cui sono responsabili in relazione agli atti adottati e ai risultati conseguiti. Per quanto concerne la seconda questione, il nuovo modello di rapporto tra politica e amministrazione prevede una riduzione della durata temporale degli incarichi dirigenziali e l'attribuzione da parte dell'organo politico dei ruoli di vertice, quasi come compensazione per il conferimento di ampi poteri di gestione ai dirigenti[187].

[187] Così M. Clarich, *Manuale di diritto amministrativo*, il Mulino, Bologna, 2015, p. 407. Per ulteriori approfondimenti si veda il capitolo 10 "Il personale".

Nella dirigenza del settore sanitario rientrano le figure del direttore generale, competente per la gestione complessiva e la rappresentanza dell'azienda sanitaria (ASL o AO), del direttore sanitario, responsabile per le funzioni igienico-organizzative, e del dirigente amministrativo, preposto all'esercizio delle funzioni necessarie per il coordinamento delle attività burocratiche[188]. Direttore sanitario e dirigente amministrativo costituiscono il *management* interno di cui si avvale il direttore generale per il perseguimento degli obiettivi aziendali, pertanto sono nominati direttamente da quest'ultimo. Il direttore generale, invece, in seguito al d.lgs. 229/1999[189], che aveva rafforzato la natura privatistica e fiduciaria dell'incarico, veniva nominato con ampia discrezionalità dagli organi politici regionali tra i laureati con esperienza almeno quinquennale in posizioni dirigenziali presso aziende pubbliche o private.

Sebbene, in linea di principio, il conferimento degli incarichi dovesse avvenire tenendo conto delle capacità professionali e delle specifiche competenze organizzative richieste al singolo dirigente, l'assenza di una procedura comparativa e trasparente[190] accentuava, di fatto, il carattere fiduciario delle nomine dirigenziali. Se a questo si aggiunge, poi, la tendenza degli organi politici regionali di intendere impropriamente la politica sanitaria come "gestione" dell'apparato della salute emerge chiaramente quel fenomeno patologico detto "politicizzazione della sanità". Difatti, molte decisioni tecniche, relative alla produzione di servizi e prestazioni, ai sistemi di acquisto, all'allocazione delle risorse economiche, alle assunzioni e progressioni di carriera del personale medico-infermieristico, contrariamente al principio di separazione tra politica e amministrazione, passano al vaglio delle giunte regionali, divenendo, sempre più spesso, strumento di propaganda e costruzione del consenso elettorale.

---

[188] Recentemente è stata istituita la figura del coordinatore dei servizi di assistenza sociale, stante la possibilità da parte delle ASL di assumere l'onere della gestione dei servizi socio-assistenziali su delega degli enti locali. Per ulteriori approfondimenti sulla ripartizione delle funzioni dirigenziali in ambito sanitario si veda F. Marra, *Le professioni mediche dell'azienda sanitaria. Rapporto di lavoro*, *trattamento economico, incarichi, valutazione e responsabilità*, Franco Angeli, Milano, 2011, pp. 91-108.

[189] La disciplina relativa al conferimento dell'incarico di direttore generale era stata già modificata nel corso degli anni Noventa. Dapprima (d.lgs. n. 502 del 1992), quest'ultimo veniva nominato dalla regione tra i laureati iscritti in un elenco nazionale tenuto da una commissione istituita presso il Ministero della Salute. Successivamente, con il d.l. n. 512 del 1994, è stato eliminato l'elenco nazionale, assicurando alla regione ampia discrezionalità nella scelta dei soggetti cui conferire l'incarico. Tuttavia, tale discrezionalità era limitata dalla previsione di una procedura comparativa, in base alla quale gli organi politici erano tenuti a valutare i requisiti di professionalità ed esperienza dei candidati, e dall'obbligo di motivazione della scelta.

[190] Stando al d.lgs. 229/1999, il riferimento alla documentazione attestante il possesso dei requisiti e dei titoli era sufficiente per adempiere all'obbligo di motivazione dell'atto di nomina.

Chiaramente, un sistema siffatto ridimensiona la funzione di verifica degli organi politici circa la congruenza tra gli obiettivi programmati e i risultati conseguiti da parte dei direttori sanitari, negando l'effettivo valore della responsabilità dirigenziale. Difatti, i manager sono chiamati a rispondere del proprio operato dinanzi agli assessorati regionali che li hanno nominati e di cui sono "braccio operativo" nella gestione delle ASL e AO. Perciò, spesso, la valutazione dei risultati conseguiti dalla struttura amministrativa non si fonda su criteri oggettivi, bensì sulla fedeltà mostrata dal dirigente sanitario al politico di turno nelle nomine dei responsabili di reparto o nelle procedure di accreditamento dei presidi privati. Una ricerca sviluppata nel 2013 dagli istituti di ricerca RISSC e Transparency International Italia sul tema della corruzione in sanità[191], nel porre l'area delle nomine tra le più critiche, individuava i seguenti fattori di rischio: ingerenza politica, conflitto di interessi, *revolving doors*, *spoil system*, discrezionalità, insindacabilità e carenza di competenze. Come evidenziato dallo studio, la valutazione delle performance dei dirigenti sono sempre molto positive, indipendentemente dai risultati conseguiti dall'ente; ugualmente, il personale medico sanitario, approfittando di sistemi di controllo interno arroccati su logiche di favoritismi e silenzi, raramente è chiamato a rispondere in concreto della propria attività.

Sul sistema delle nomine e dell'*accountability* dei dirigenti sanitari è intervenuta recentemente la l. 124/2015 ("Riforma Madia"), attraverso il decreto attuativo d.lgs. 171/2016, corretto in seguito alla sentenza della Consulta (sentenza n. 251/2016) dal d.lgs. 126/2017. Il nuovo sistema di conferimento degli incarichi prevede l'istituzione di un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale, sulla base di una procedura pubblica di selezione per titoli. In proposito, con decreto del Ministro della salute, è costituita ogni due anni una commissione di cinque membri, nominati tra magistrati, contabili, avvocati dello stato ed esperti in materia di organizzazione sanitaria, incaricata della formazione dell'elenco. La commissione esaminatrice assegna un punteggio a ciascun candidato sulla base dei seguenti criteri: esperienza maturata nei precedenti incarichi dirigenziali (della durata di almeno un anno); titoli formativi e professionali; attività di docenza svolta nelle materie del management e dell'organizzazione aziendale; pubblicazioni e produzioni scientifiche degli ultimi cinque anni; master e diplomi di specializzazione attinenti alla

[191] RISSC e Transparency International Italia, *Corruzione e Sprechi in Sanità*, 2013.

professione[192]. Sono ammessi all'elenco nazionale i candidati che abbiano totalizzato un punteggio non inferiore ai 70 punti[193] su un massimo di 100. Peraltro, non possono essere inseriti nell'elenco, che si aggiorna con cadenza biennale, i soggetti decaduti dall'incarico di direttore generale per violazione degli obblighi sula trasparenza.

Secondo la precedente versione del decreto attuativo, le regioni avrebbero dovuto nominare i direttori generali attingendo dall'elenco nazionale, previo espletamento di una procedura di valutazione comparativa da parte di una commissione composta da esperti indipendenti selezionati dall'AGENAS e dalla regione. Tuttavia, il testo modificato in seguito all'intesa avvenuta in sede di Conferenza Stato-Regioni prevede che la commissione sia nominata esclusivamente dalla regione "secondo le modalità e i criteri definiti da quest'ultima", recuperando, in parte, le originarie prerogative del governatore e della giunta regionale nell'attribuzione degli incarichi.

Quanto al sistema di valutazione della performance, all'atto della nomina le regioni assegnano "gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse e gli obiettivi di trasparenza", resi pubblici sul sito istituzionale dell'ente. Sulla base del raggiungimento di tali obiettivi e della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (da valutarsi anche mediante il contenimento delle liste di attesa, la corretta trasmissione dei flussi informativi e i risultati del Programma Nazionale Esiti dell'AGENAS) la regione verifica l'attività dei direttori generali con cadenza biennale. In caso di esito negativo oppure in caso di violazione dei principi di imparzialità e buon andamento, nonché degli obblighi in materia di trasparenza, la regione è tenuta ad avviare un procedimento di risoluzione del contratto di lavoro, dichiarando la decadenza immediata del direttore generale.

Il conferimento degli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore dei servizi sanitari resta, invece, appannaggio esclusivo della classe politica regionale e del direttore generale. Quest'ultimo nomina i candidati tra gli iscritti ad un elenco approvato da una commissione regionale, composta da esperti di "qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi". La commissione forma l'elenco sulla base dei titoli formativi e professionali, secondo i criteri

[192] Nella precedente versione del decreto attuativo il meccanismo di attribuzione dei punteggi assegnava eguale valore all'esperienza e ai titoli, prevedendo, su un totale di 100 punti, un punteggio massimo di 50 per entrambi i criteri di valutazione. Nel testo attuale le soglie sono state riviste in favore dell'esperienza (60 punti).
[193] Precedentemente alle correzioni apportate dal d.lgs. 126/2017 il punteggio minimo per l'ammissione all'elenco nazionale era di 75 punti.

indicati dall'avviso di selezione pubblica. Come per i direttori generali, in caso di grave violazione di legge o dei principi di buon andamento, imparzialità e trasparenza, è prevista la decadenza immediata e la risoluzione del contratto.

Indubbiamente, le disposizioni in materia di dirigenza sanitaria previste dalla Riforma Madia vanno nella direzione della valorizzazione del merito e del rafforzamento del sistema delle responsabilità; tuttavia, il tentativo di separare la politica dalla gestione amministrativa della salute non sembra essere pienamente riuscito. Del resto, è anche vero che la politica in sanità serve: le ASL e le AO sono aziende, i cui azionisti sono i cittadini, rappresentati dalla giunta regionale che ha vinto le elezioni; pertanto, la competenza politica nella sanità non può mettersi in discussione, semmai quest'ultima deve essere normata in modo da evitare che la partitocrazia prenda il sopravvento e la gestione amministrativo-sanitaria, spettante ai dirigenti sanitari, venga asservita alle sue logiche.

Dunque, nell'ottica di quanto riportato, un'opera di risanamento del rapporto tra politica e amministrazione potrebbe includere i seguenti interventi:

- introdurre soggetti esterni, come AGENAS, nelle commissioni di nomina dei direttori generali[194], dei direttori sanitari e amministrativi, oltre che nelle commissioni di selezione del personale medico;
- istituire organismi indipendenti di valutazione che affianchino gli organi politici nel controllo dei risultati conseguiti dalle strutture di cui sono responsabili i dirigenti;
- impiegare concretamente i molteplici strumenti di misurazione della performance già disponibili, come il Programma Nazionale Esiti (PNE) o i rapporti annuali del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), nella valutazione della performance dei dirigenti e delle strutture;
- prevedere la pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali delle regioni, garantendo la massima accessibilità alle informazioni, degli atti motivati di conferimento degli incarichi dirigenziali e dei rapporti di valutazione circa i risultati conseguiti.

[194] Come sopra riportato, nella prima versione del d.lgs. 171/2016 era prevista la presenza dell'AGENAS nelle commissioni di valutazione per i candidati all'incarico di direttore generale.

## 3.2 GLI ACCORDI INTERREGIONALI PER IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ: VERSO UNA RETE DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

Una volta individuate le strategie di risanamento del rapporto tra politica e amministrazione, ci spostiamo dal piano della *governance* per entrare nel vivo delle azioni di controllo e contenimento del fenomeno migratorio, a partire dagli accordi interregionali.

Il Patto per la salute 2010-2012 annoverava gli accordi interregionali tra i principali strumenti per il governo della mobilità sanitaria. Qualche anno dopo, l'intesa tra Stato e Regioni relativa al Patto per la salute per il triennio 2014-2016 poneva l'obbligo di stipulare accordi bilaterali per la gestione congiunta della mobilità sanitaria. Attualmente, tutte le regioni - meno Calabria, Campania e Sicilia - hanno già sottoscritto o sono in fase di trattativa per la conclusione di accordi bilaterali. Trattasi principalmente di accordi relativi alla migrazione di confine, finalizzati all'orientamento dei flussi ed alla programmazione della struttura dell'offerta di prestazioni in regime di mobilità.

Sul piano dell'organizzazione, le maggiori criticità annesse al fenomeno migratorio riguardano la pianificazione dei servizi sanitari. In assenza di accordi, le strutture sanitarie pubbliche e private, dovendo considerare i ricoveri dei pazienti provenienti da un'altra regione "extra-budget", non possono programmare preventivamente la produzione sanitaria tenendo conto anche del bacino di utenza in mobilità sanitaria; ciò costringe ad aumentare di volta in volta l'offerta sanitaria, con tutti gli sprechi e le inefficienze annessi ad una programmazione incompleta. D'altro canto, le regioni che registrano flussi in uscita sono tenute a definire la propria offerta in base al numero dei residenti assistiti, indipendentemente dagli utenti che effettivamente usufruiscono delle prestazioni, incorrendo nel problema opposto dell'eccesso di offerta. Al contrario, prevedendo dei tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni da erogare in regime di mobilità, differenziati per gravità di DRG e tipologie di prestazioni, tanto le regioni ospitanti quanto le regioni di residenza sarebbero in grado di programmare anticipatamente l'impatto economico e logistico della migrazione.

Peraltro, gli accordi tra regioni contribuiscono ad indirizzare i flussi migratori e a contenerli, in base allo stato quali-quantitativo dell'offerta regionale, sopperendo alle mancanze ed enfatizzando i punti di forza. Ad esempio, per una regione come la Calabria prevedere dei tetti massimi di compensazione per i ricoveri oncologici in regime di mobilità nel Lazio - il che, concretamente, sta a significare che, una volta superato il tetto, la Regione

Lazio, non potendo più contare sul rimborso della Regione Calabria, dovrebbe porre a carico del paziente il costo delle prestazioni erogate- sarebbe inappropriato, considerati i bassi volumi di attività dei presidi calabresi in tale area sanitaria e l'elevata complessità delle prestazioni. Di contro, stabilire dei tetti progressivamente decrescenti per i DRG a più bassa complessità, parallelamente ad un potenziamento delle rispettive prestazioni, dovrebbe ridurre la mobilità evitabile, reindirizzando i flussi in uscita verso le strutture regionali.

A partire da questo tipo di accordi potrebbero prendere avvio, in una fase successiva, progetti di programmazione sanitaria condivisi su più vasta scala, volti a valorizzare le specialità di ciascuna regione. Il risultato ideale sarebbe la creazione di una rete nazionale in cui, fermo restante la garanzia da parte di ciascuna regione delle prestazioni routinarie a standard qualitativi adeguati, si individuino delle strutture di riferimento per aree territoriali (più ampie dei territori regionali) cui convogliare i ricoveri di maggiore complessità. In tal modo, le regioni sarebbero in grado di compensare i costi della mobilità passiva con i flussi in entrata attratti dalle strutture specializzate.

L'idea di una rete di accordi interregionali per la programmazione su scala nazionale muove da un dato oggettivo: l'impraticabilità del concetto di autosufficienza territoriale. Un'offerta regionale capillare di prestazioni altamente specializzate, oltre ad essere economicamente insostenibile, rischia di involvere in un servizio qualitativamente insufficiente, come del resto già accade per diverse regioni. Invece, prevedere un'organizzazione dei servizi ispirata al concetto di reti sovraregionali per i ricoveri ad elevata complessità consentirebbe di impiegare le risorse economiche e professionali più efficacemente. Da un lato, si garantirebbe un'offerta adeguata per le prestazioni ordinarie, le emergenze, le cronicità e l'assistenza territoriale, dall'altro, si potenzierebbero pochi presidi di eccellenza in cui concentrare i volumi di attività. Con ciò non si intende minare l'autonomia regionale nella programmazione e gestione dei servizi sanitari; pertanto, lo strumento più adeguato al fine di salvaguardare le competenze regionali e, allo stesso tempo, incoraggiare una programmazione condivisa è l'accordo, che lascia ampia discrezionalità ai soggetti coinvolti.

Ad ogni modo, un sistema così strutturato presuppone che una quota di pazienti debba necessariamente emigrare per ricevere le cure necessarie. Del resto, la mobilità cosiddetta "di programmazione", se su distanze ridotte ed abbinata ad un apposito sistema di accoglienza, è compatibile tanto con le esigenze organizzative del sistema sanitario quanto

con i bisogni assistenziali dei pazienti. Per questo, gli accordi interregionali dovrebbero promuovere un'offerta esaustiva per le prestazioni ad alta specializzazione, tenendo conto dei tempi di percorrenza e delle reti di trasporto territoriali. In più, sarebbe necessario concordare dei servizi di accoglienza per i pazienti in mobilità e per i parenti accompagnatori, come, ad esempio, la predisposizione di alloggi nei pressi delle strutture ospedaliere a costi calmierati e la presenza di volontari che aiutino pazienti e/o parenti negli spostamenti[195].

Infine, partendo dal modello dell'accordo interregionale si potrebbe tendere a delle convenzioni interaziendali o interdipartimentali tra strutture sanitarie, come quella tra la AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, trattata nel secondo capitolo. Tali convenzioni promuovono il trasferimento di *know how*, personale e *best practice*; inoltre, costituiscono la base necessaria per l'instaurazione di linee di contatto diretto che agevolino il paziente in mobilità nello spostamento fisico da un presidio all'altro e nella trasmissione di documentazioni e referti.

## 3.3 UN SISTEMA INTEGRATO DI INFORMAZIONE

Come emerso anche dall'indagine statistica, una componente della mobilità sanitaria e, più in generale, della sfiducia nei riguardi del Servizio Sanitario Regionale è attribuibile alla disinformazione. Pertanto, nel corso della trattazione si è fatto riferimento più volte al bisogno di introdurre un sistema istituzionale di raccordo e informazione rivolto ai professionisti della salute e ai cittadini/utenti.

Risulta, oramai, consolidata l'importanza della comunicazione quale strumento di politica sanitaria finalizzato al conseguimento dell'equità, dell'accessibilità e del coinvolgimento attivo del paziente nei processi decisionali. Difatti, il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 (l'ultimo in ordine di approvazione), come i precedenti, evidenziava il contributo sostanziale dell'informazione alla fidelizzazione del paziente, individuando tra i principali obiettivi del sistema sanitario quello del maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di programmazione/gestione mediante la comunicazione.

[195] Lo studio "A casa lontani da casa", realizzato nel 2012 da cinque associazioni onlus lombarde, con la collaborazione del Comune di Milano, nell'indagare le esperienze di migrazione sanitaria di 319 pazienti, ha individuato tra i maggiori bisogni relativi al soggiorno fuori regione la vicinanza dell'alloggio all'ospedale e l'informazione riguardo i mezzi pubblici locali.

In ambito sanitario si possono distinguere tre aree della comunicazione aziendale[196], cui corrispondo funzioni e interlocutori differenti:

1. l'area della comunicazione per la salute, che comprende tutte le campagne informative dirette alla collettività, volte a diffondere stili di vita salutari e a promuovere la prevenzione primaria;
2. l'area della comunicazione sanitaria, concernente quelle iniziative che intervengono sui processi decisionali e sulle scelte di consumo degli utenti, assumendo la duplice funzione di informare sui prodotti sanitari e favorire l'*empowerment* del paziente;
3. l'area della comunicazione istituzionale, che include tutte le operazioni di comunicazione dell'identità e dell'immagine aziendale, allo scopo di legittimare il sistema sanitario nel rapporto con i soggetti interni ed esterni a quest'ultimo.

Se la prima area della comunicazione non rileva direttamente ai fini del contenimento della mobilità sanitaria, quelle della comunicazione sanitaria e della comunicazione istituzionale risultano indispensabili nella strategia di contrasto alla fuga oltre regione, non solo dei pazienti, ma anche dei professionisti sanitari. Difatti, l'area della comunicazione istituzionale, in questa sede, sarà intesa principalmente come strumento di fidelizzazione e identificazione degli operatori medico-sanitari nella *mission* aziendale, migliorando la comunicazione interna con i dipendenti e promuovendo tra gli stessi una maggiore conoscenza dell'offerta sanitaria locale.

### 3.3.1 L'AREA DELLA COMUNICAZIONE SANITARIA

Procedendo in ordine, quella sanitaria è certamente l'area della comunicazione più strettamente legata alla mobilità sanitaria, trattandosi di uno strumento di promozione dei servizi e dei prodotti sanitari di una regione/azienda. Nel tempo, questo tipo di comunicazione ha riguardato essenzialmente la prevenzione secondaria (mammografia, pap-test, esami del sangue), mentre per tutti gli altri prodotti sanitari se ne è sempre limitato l'impiego, anche a motivo delle considerazioni etiche circa l'uso del marketing nel settore della salute. Tuttavia, la comunicazione sanitaria, oltre ad essere un mezzo efficace di

[196] Così M. Del Vecchio e V. Rappini, *La comunicazione Aziendale in sanità*, in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, EGEA, Milano, pp. 374-379.

informazione del paziente sulle prestazioni reperibili in un dato territorio, può giocare un ruolo determinante nel recupero di immagine e fiducia dei cittadini. A riguardo, risulta assai calzante l'esperienza della ASL di Rieti, riportata nel rapporto OASI 2009, quale esempio di buona pratica nell'ambito della comunicazione sanitaria aziendale. Difatti, a fronte di una diffusa sfiducia da parte dei pazienti nei riguardi dei servizi sanitari locali, testimoniata altresì da un crescente tasso di fuga sanitaria, l'Azienda abruzzese ha dato avvio ad una campagna informativa sul rinnovato percorso di cura del cancro al seno. Il progetto, concretizzatosi in una serie di conferenze tenute all'interno degli edifici scolastici della zona, ha suscitato grande entusiasmo nella cittadinanza e una particolare attenzione da parte dei media locali, che hanno fatto da "moltiplicatore" nella diffusione delle informazioni. Come sottolineato dallo staff promotore, il successo dell'iniziativa è dipeso da una serie di fattori: l'uso di un linguaggio fruibile da parte di tutti i potenziali utenti, le garanzie di qualità e affidabilità, la certezza di tempi di attesa ridotti e la diffusione della figura del *case manager*[197]. Chiaramente l'intera campagna promozionale ha riguardato "azioni", non mere "intenzioni"; ciò è risultato fondamentale per consolidare una relazione di fiducia con il paziente basata su apprezzabili miglioramenti del servizio, evitando quelli che nel Rapporto vengono definiti "possibili effetti *boomerang*" per la reputazione dell'Azienda.

Ancor più strutturata e orientata al marketing è la politica informativa della Regione Toscana, considerata da molti un modello virtuoso di comunicazione sanitaria da riprodurre in altre realtà regionali. Essa si articola su due livelli di intervento: quello regionale, che definisce le linee guida e il format generale, e quello locale, che adatta la campagna all'offerta dell'Azienda Sanitaria. Tutte le campagne degli ultimi anni sono state realizzate seguendo accuratamente le fasi di programmazione, pianificazione e organizzazione dei singoli eventi comunicativi, assicurando, altresì, un uso dei mezzi di diffusione (brochure, poster, siti web, social media) appropriato al target di riferimento. Data la copiosità delle iniziative e la costante attenzione dell'ente agli aspetti informativi - al punto che una sezione del sito della Regione Toscana è dedicata alla comunicazione sanitaria- nel tempo, è venuto a consolidarsi uno stile coerente e riconoscibile, caratterizzato da un linguaggio semplice e immediato, da immagini suggestive e da un evidente orientamento all'ascolto del paziente. Di seguito sono

[197] Il *case manager* è un infermiere che segue il paziente lungo l'intero percorso di cura. Le principali funzioni attribuite a tale ruolo sono la coordinazione delle attività socio-sanitarie rivolte al paziente, l'organizzazione dei tempi delle cure e la mediazione nei rapporti con l'equipe medico-sanitaria, da un lato, e con i familiari del malato, dall'altro.

riportati gli slogan delle più recenti campagne curate dalla Regione Toscana: «Abbiamo tutti i numeri per curare il cancro. E un sistema forte per combatterlo» per la cura dei tumori, «Se il tumore butta all'aria la tua vita, noi ci siamo», per il supporto psicologico dei malati oncologici, «La nascita è una gioia impagabile. Per questo da noi è gratis», per il servizio ostetrico-neonatale e «In Toscana, la salute prima di tutto», uno spot promozionale sui vari servizi sanitari offerti dalla Regione.

L'esperienza della ASL di Rieti e le campagne informative intraprese dalla Regione Toscana restituiscono un modello di comunicazione diretto a informare il paziente sui servizi offerti, consolidando il senso di appartenenza nei riguardi del sistema sanitario locale. Ad esso dovrebbe ispirarsi la comunicazione sanitaria delle regioni con elevata mobilità passiva, come la Calabria, allo scopo di promuovere una maggiore consapevolezza sull'offerta regionale e instaurare una relazione di fiducia con gli utenti. Pertanto, possibili indicazioni per una strategia comunicativa efficace sono:

- una pianificazione accurata, coordinata e diffusa sui diversi livelli istituzionali;
- l'uso di uno stile semplice e diretto, adatto a tutti i tipi di utenza;
- la scelta di canali di comunicazione accessibili al pubblico, valorizzando i mezzi più innovativi, come il web e i social network;
- il concreto miglioramento dell'offerta sanitaria in termini qualitativi (sicurezza delle prestazioni, umanizzazione) e organizzativi (liste di attesa, semplificazione burocratica), quale fattore imprescindibile per il recupero di immagine del sistema;
- l'orientamento all'ascolto dell'utente, al fine di migliorare le prestazioni eliminando eventuali disservizi (ad esempio, ogni campagna informativa dovrebbe prevedere un numero verde o uno sportello di accoglienza rivolto al paziente).

Proprio in relazione a quest'ultimo punto, la comunicazione sanitaria costituisce un efficace veicolo per la consultazione. Una politica di informazione e fidelizzazione non può, infatti, prescindere dall'ascolto del paziente; piuttosto, essa rappresenta la migliore occasione per acquisire il parere di quest'ultimo, monitorando la percezione della qualità del servizio, allo scopo di rilanciare la sanità regionale a partire dall'utente (*customer focus)*.

### 3.3.2 L'AREA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

L'area della comunicazione istituzionale, se intesa nella sua dimensione interna, si rivolge ai dipendenti e ai collaboratori di un'Azienda Sanitaria: medici (compresi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta), infermieri, tecnici, erogatori di prestazioni socio-sanitarie, personale amministrativo, etc. Questo tipo di comunicazione è orientata principalmente a consolidare l'immagine e i valori aziendali, accrescendo il senso di appartenenza nei dipendenti e favorendone una maggiore responsabilizzazione.

In relazione all'obiettivo del contenimento della mobilità sanitaria, le azioni di comunicazione interna mirano a sviluppare strumenti informativi di diffusione e condivisione delle pratiche aziendali. Difatti, come confermato anche dai medici intervistati nel Capitolo 2, gli operatori della salute, spesso, non hanno coscienza dei tipi di prestazioni erogati dal proprio SSR, dei volumi di attività e della qualità dei servizi (tempi di attesa, tasso di innovazione delle tecnologie, adeguatezza organizzativa), trovandosi, talvolta, ad indirizzare ingiustamente il paziente fuori regione. Chiaramente, i medici, ancor prima di essere dipendenti di un'Azienda Sanitaria, sono professionisti, responsabili individualmente per la salute del paziente; pertanto, orientare un soggetto verso l'una o l'altra struttura sanitaria, deriva da una libera scelta di coscienza del medico. Tuttavia, disporre di una maggiore consapevolezza sulla varietà dei servizi sanitari offerti localmente consente di guidare il paziente in modo appropriato, prefigurando ad esso, ove possibile, l'opzione di curarsi vicino casa.

Lo strumento più adeguato per porre in relazione professionisti, unità operative, presidi e Aziende Sanitarie è l'intranet: una piattaforma virtuale di diffusione e condivisione dei contenuti caricati da amministratori e utenti. Già sperimentato a livello aziendale – in proposito un'esperienza virtuosa è quella della ASL di Verona-, *l'intranet portal* coniuga tre funzioni strettamente correlate con l'obiettivo del contenimento della mobilità sanitaria: comunicazione della *vision* e dell'identità, ricerca dei contenuti aziendali, collaborazione tra gli utenti del portale[198]. Difatti, la piattaforma è, in primo luogo, un canale di divulgazione autorevole di tutte le informazioni che riguardano il sistema sanitario. Concretamente, può essere impiegata come strumento per veicolare circolari amministrative, novità sui servizi

[198] Così ARIADNE, *3 Modelli di Intranet Portal. Corporate Portal, Self-Service, Social Intranet: tipologie di portali e casi di implementazione*, 2013.

offerti, valutazioni circa i risultati conseguiti dalle strutture, ma anche campagne di fidelizzazione del personale medico-sanitario attivate dal management. Secondariamente, l'intranet può fungere da rapido motore di ricerca per le prestazioni erogate dai diversi presidi sanitari regionali, con i rispettivi tempi di attesa e volumi di attività (in quanto componente dell'indice di affidabilità del servizio). Infine, il portale costituisce uno spazio di interazione e collaborazione tra i vari utenti: attraverso degli ambienti condivisi (chat, messaggistica istantanea, blog) medici di ospedali diversi possono comunicare agevolmente tra loro. Prevedendo delle "stanze" di connessione, in cui siano compresi, ad esempio, i professionisti appartenenti alla medesima area specialista, un utente può entrare in contatto con i medici di altri presidi regionali, condividendo buone pratiche ed elaborando congiuntamente il percorso clinico più adatto al paziente.

Nell'era della comunicazione digitale, l'intranet svolge un ruolo decisivo nel semplificare la comunicazione interna e promuovere la condivisione di pratiche e idee. Specialmente per le regioni territorialmente estese come la Calabria, in cui le occasioni di contatto tra gli operatori del SSR sono poche, se non inesistenti, la previsione di un portale web condiviso, capace di mettere in rete medici e amministratori, "accorcia le distanze", incrementando, altresì, la disponibilità e fruibilità delle informazioni.

## 3.4 UNA NUOVA REPUTAZIONE A PARTIRE DALLE UNIVERSITÀ

C'è, infine, un altro tipo di mobilità che concorre alla fuga sanitaria: la mobilità dei giovani professionisti e degli studenti in formazione universitaria. Le facoltà di Medicina e Chirurgia e i corsi di studio delle Professioni Sanitarie, difatti, sono forieri di capitale umano altamente qualificato, ma anche di dinamismo e fervore scientifico. Del resto, anche la più recente letteratura economica[199], conferma che, nonostante lo sviluppo tecnologico, la prossimità geografica costituisce ancora un fattore essenziale per favorire i trasferimenti dalla scienza alla tecnologia, dunque alle aziende operanti sul territorio. Pertanto, la crisi del

[199] Studi sul tema: R. Huggins e A. Johnston, *The Economic and Innovation Contribution of Universities: A Regional Perspective*, in *Sage journals*, 2009; Universities UK, *Proposals for national arrangements for academic credit in higher education in England*, Londra, 2006; R. K. Lester, *Universities, innovation, and competitiveness of local economies: Summary report from the local innovation systems project*, Industrial Performance Center, Massachusetts, 2005; P. Dilorenzo e E. Stefani, *Università e città. Il ruolo dell'università nello sviluppo dell'economia culturale della città*, 2005.

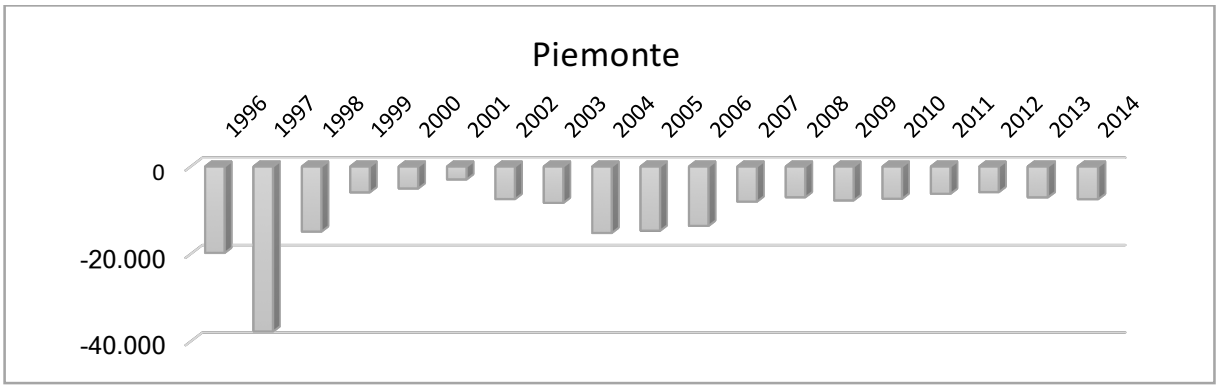
Servizio Sanitario Calabrese e di molti altri sistemi dell'Italia meridionale, deriva, altresì, dall'"emorragia" di giovani promesse della medicina e delle professioni sanitarie, che, per via della scarsità dei posti disponibili all'immatricolazione e delle incerte opportunità di impiego, decidono di spendere le proprie competenze altrove. Se, poi, a questo aggiungiamo la progressiva diminuzione dei fondi pubblici destinati alla ricerca e gli irrisori investimenti in ricerca e sviluppo (R&S) da parte del settore privato nel Mezzogiorno sfuma definitivamente la prospettiva di potenziare e innovare il servizio sanitario in questi territori.

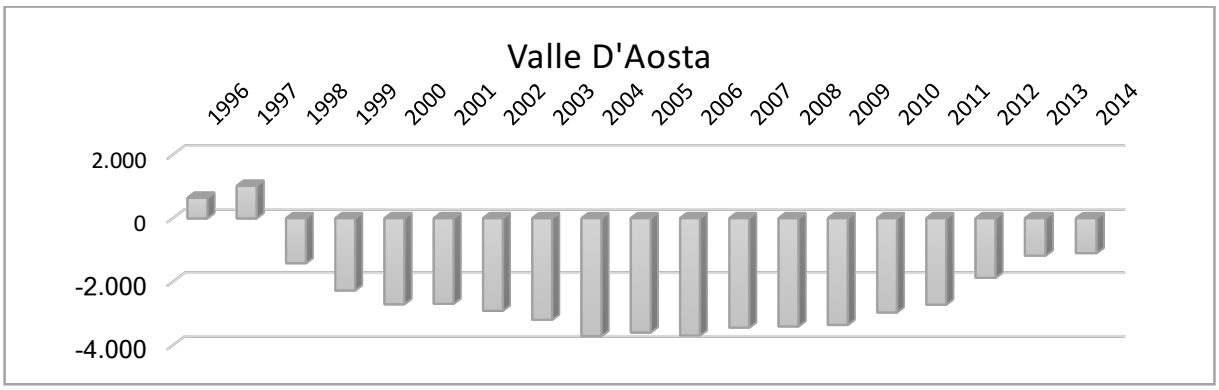
Una rilevazione dell'Istat sulla spesa in R&S delle regioni risalente al 2013 ricalca, in sostanza, la mappa relativa alla mobilità sanitaria interregionale descritta nel primo capitolo, con le regioni del Centro-Sud (escluso il Lazio) che presentano una spesa in percentuale sul PIL inferiore alla media nazionale (1,31%) e, più nel dettaglio, la Calabria in fondo alla classifica (spende meno solo la Valle d'Aosta). A peggiorare il quadro si aggiungono i risultati di uno studio dell'Università di Chicago[200] sul nepotismo nei sistemi accademici, secondo cui la facoltà di Medicina, assieme a quella di Chimica, specialmente negli atenei del Sud Italia, sarebbe la più esposta a favoritismi nell'assegnazione di incarichi nel settore della ricerca.

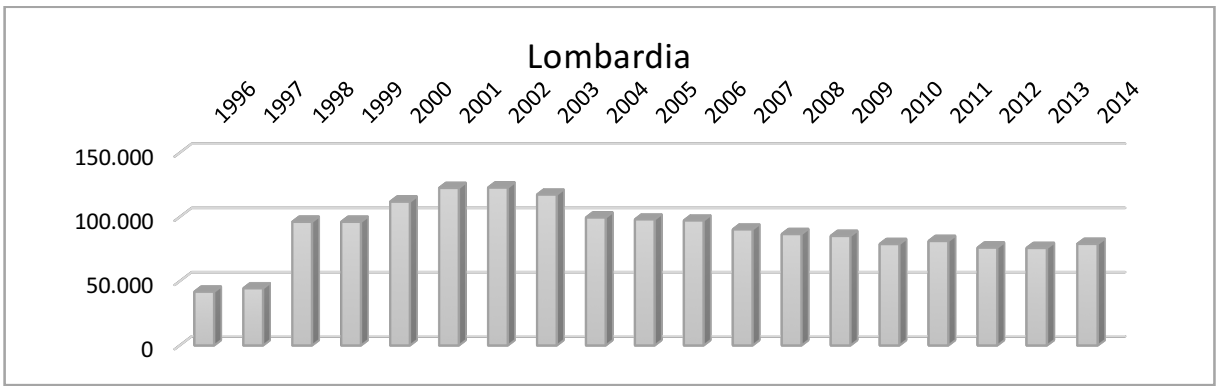
Tali condizioni strutturali vanificano qualsiasi azione di contrasto alla mobilità sanitaria nel lungo periodo. Difatti, la formazione e la ricerca sanitaria non producono un progresso scientifico e tecnologico fine a se stesso, ma costituiscono parte integrante dell'attività del servizio sanitario: da esse dipende la qualità delle cure, dell'assistenza e della gestione aziendale. Pertanto, tra le strategie di contenimento della mobilità sanitaria si dovrebbe includere una programmazione più estesa, volta ad impiantare le condizioni accademiche e professionali necessarie a produrre un miglioramento del servizio nel lungo periodo. Del resto, le Università rappresentano la più grande leva di sviluppo scientifico, economico e, soprattutto, umano per una comunità; verità, quest'ultima, che dovrebbe guidare nel governo di regioni come la Calabria, che, oltre a perdere i propri pazienti lungo il percorso di cura, rischiano di assistere alla definitiva dipartita dei giovani più qualificati ed entusiasti, mossi dalla ricerca di una terra "sana" in cui coltivare il proprio futuro.

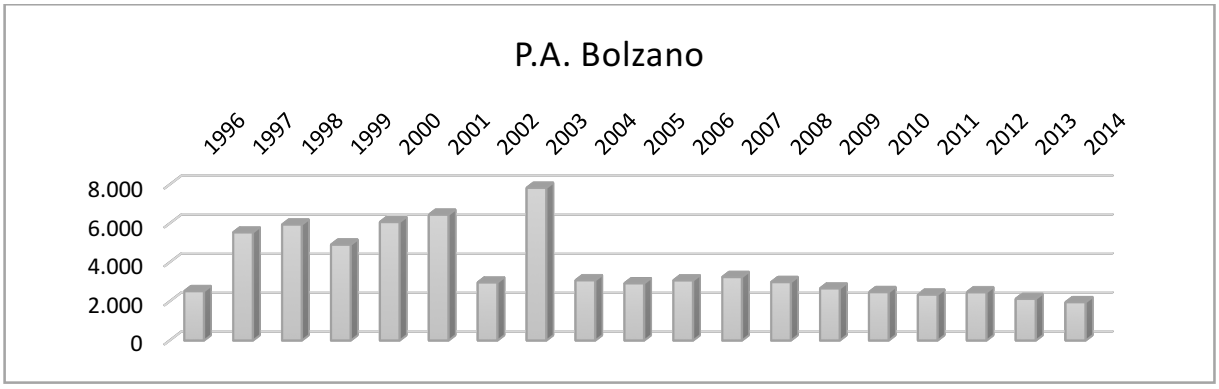
[200] J. Grilli e S. Allesina, *Last name analysis of mobility, gender imbalance, and nepotism across academic systems*, edito da Kenneth W. Wachter, University of California, 2017.

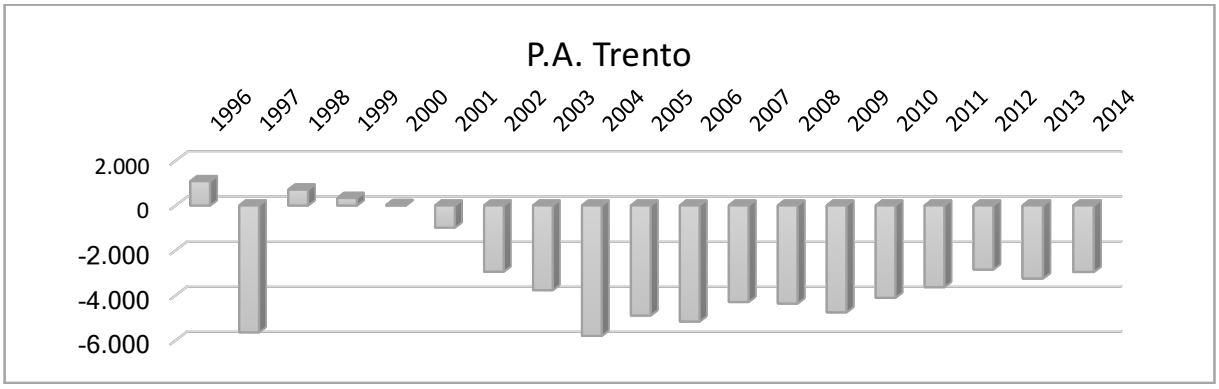
**APPENDICE 1**

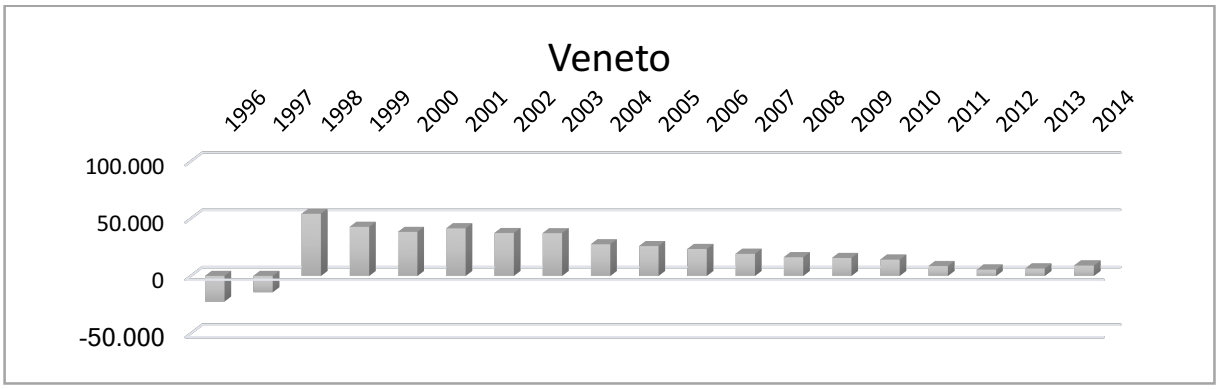

Piemonte
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-20.000
-40.000

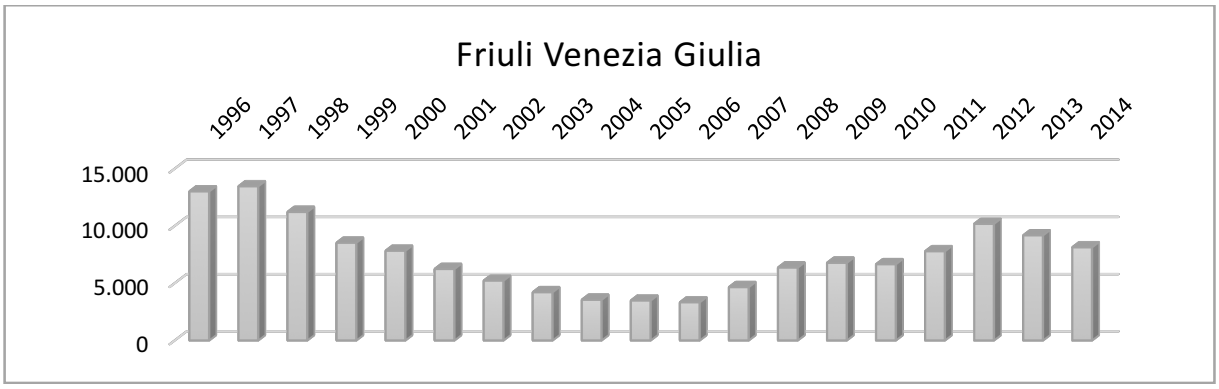

Valle D'Aosta
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
2.000
0
-2.000
-4.000

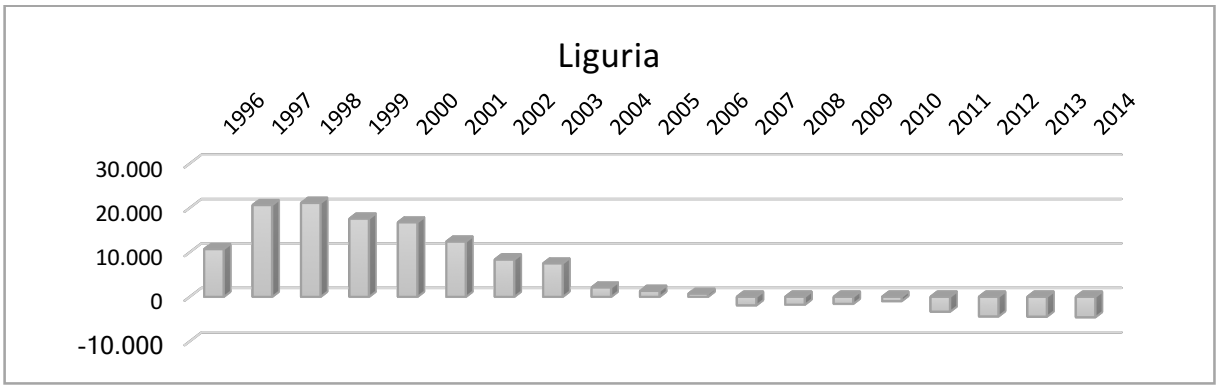

Lombardia
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
150.000
100.000
50.000
0

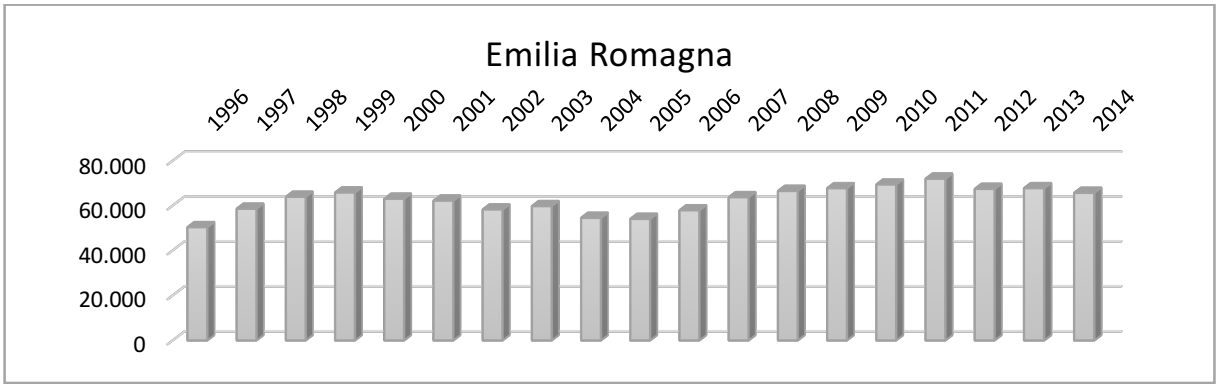

P.A. Bolzano
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
8.000
6.000
4.000
2.000
0

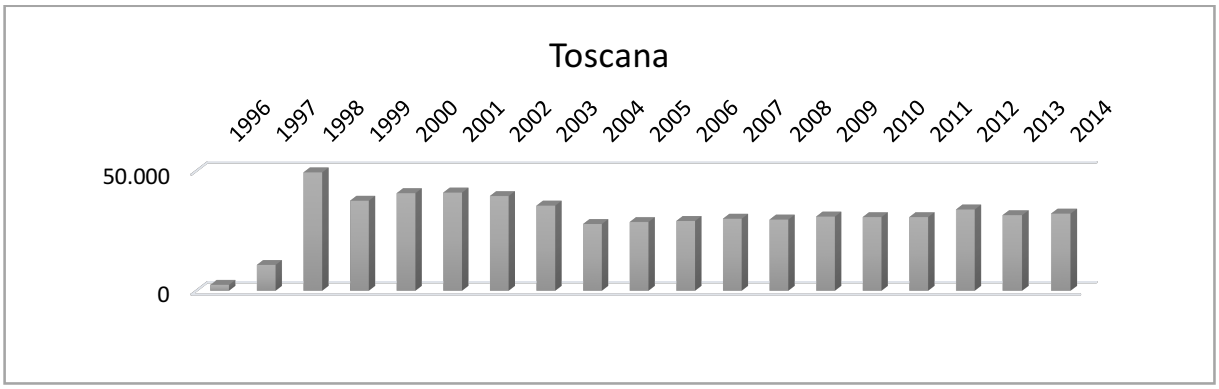

P.A. Trento
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
2.000
0
-2.000
-4.000
-6.000

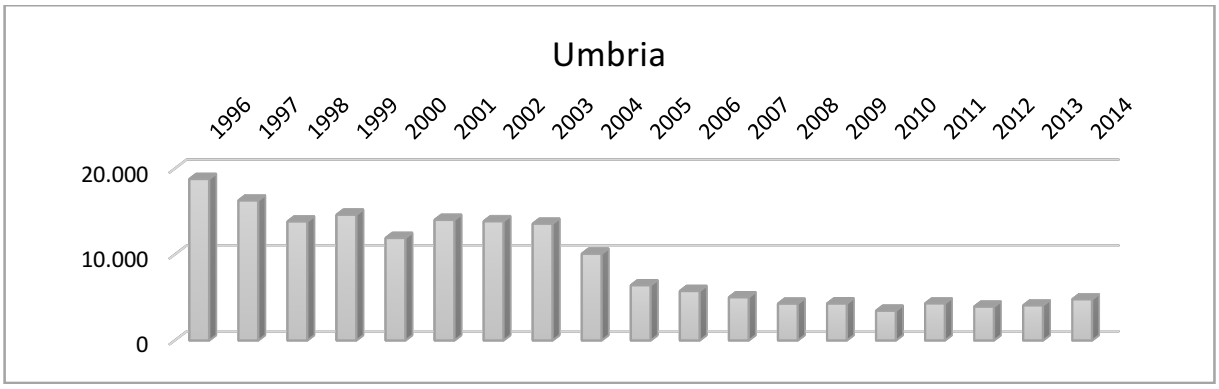

Veneto
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
100.000
50.000
0
-50.000

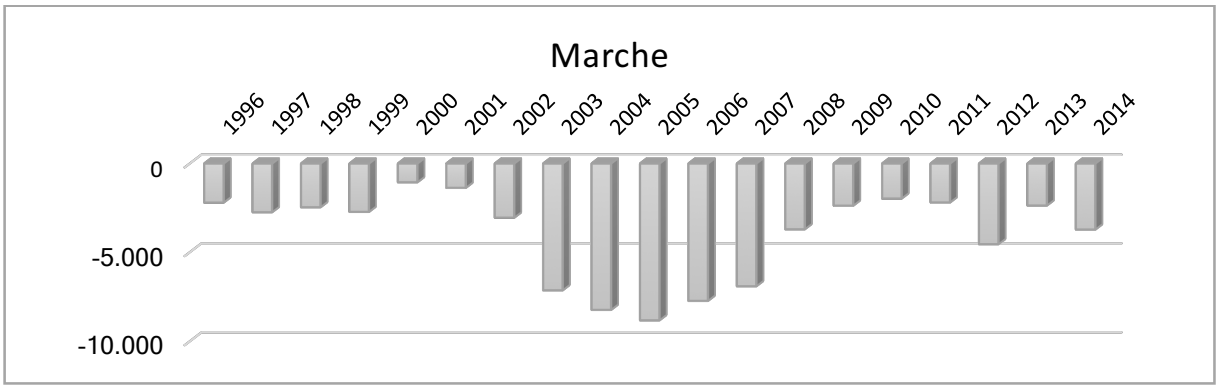

Friuli Venezia Giulia
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
15.000
10.000
5.000
0

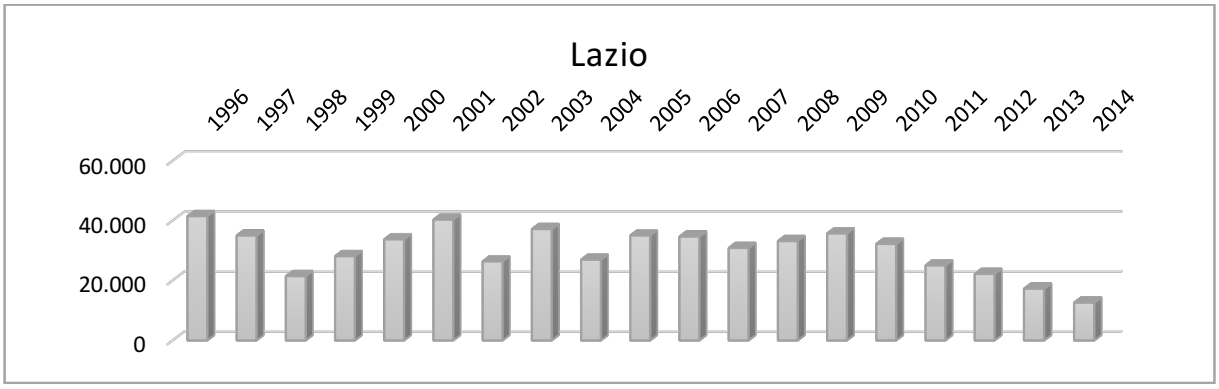

Liguria
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
30.000
20.000
10.000
0
-10.000

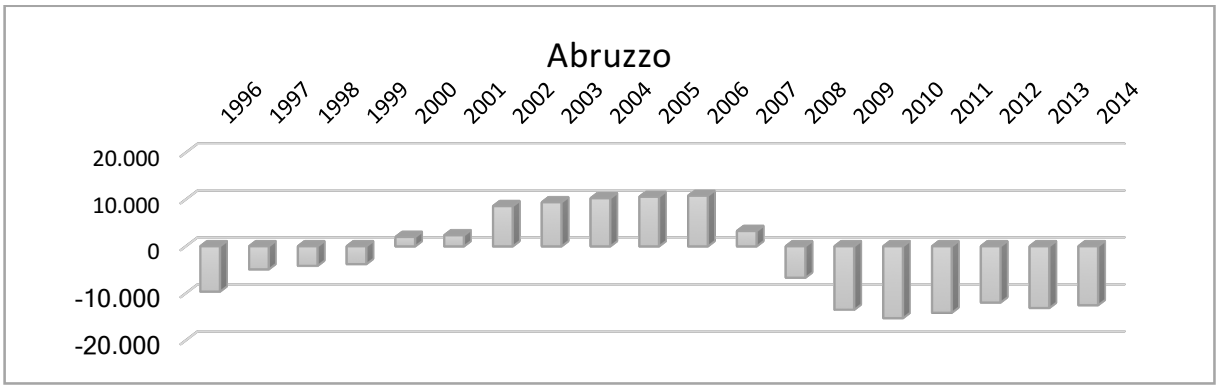

Emilia Romagna
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
80.000
60.000
40.000
20.000
0

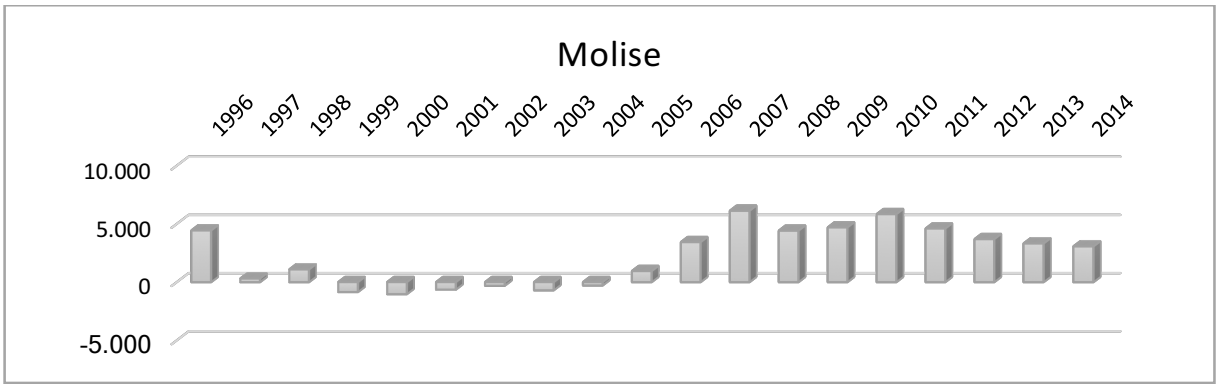

Toscana
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
50.000
0

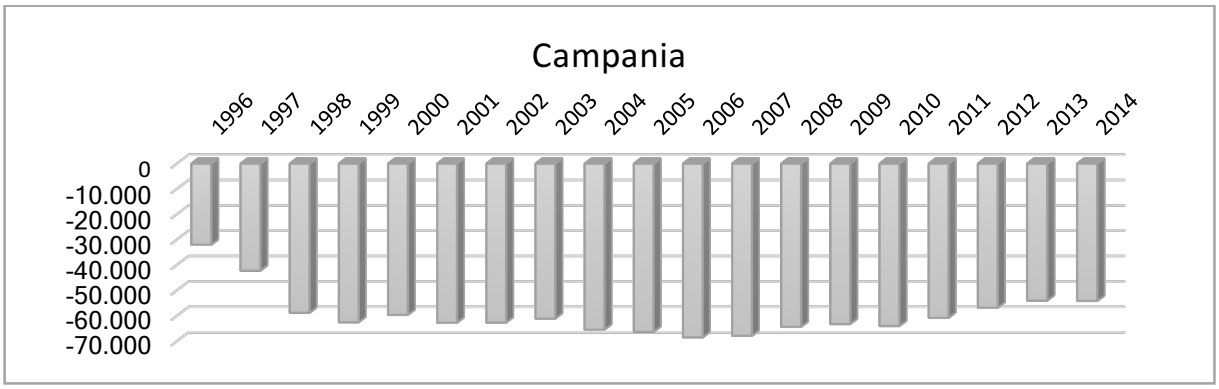

Umbria
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
20.000
10.000
0

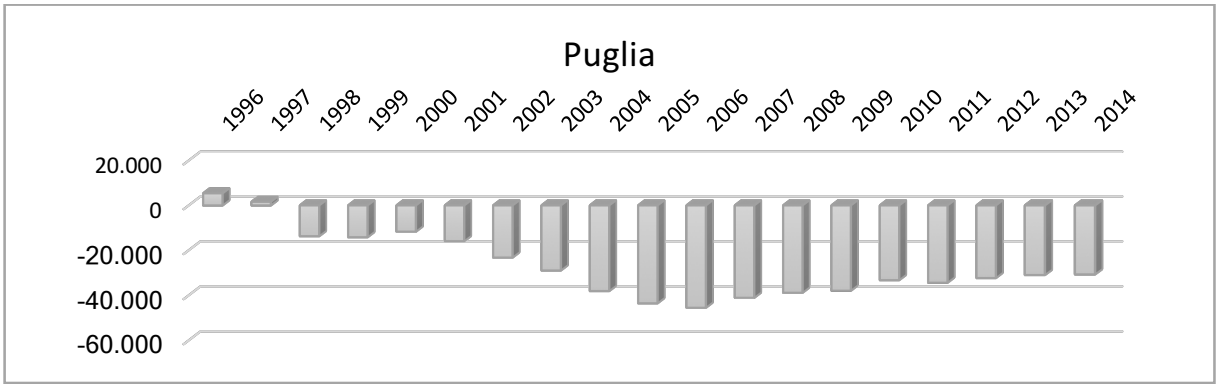

Marche
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-5.000
-10.000

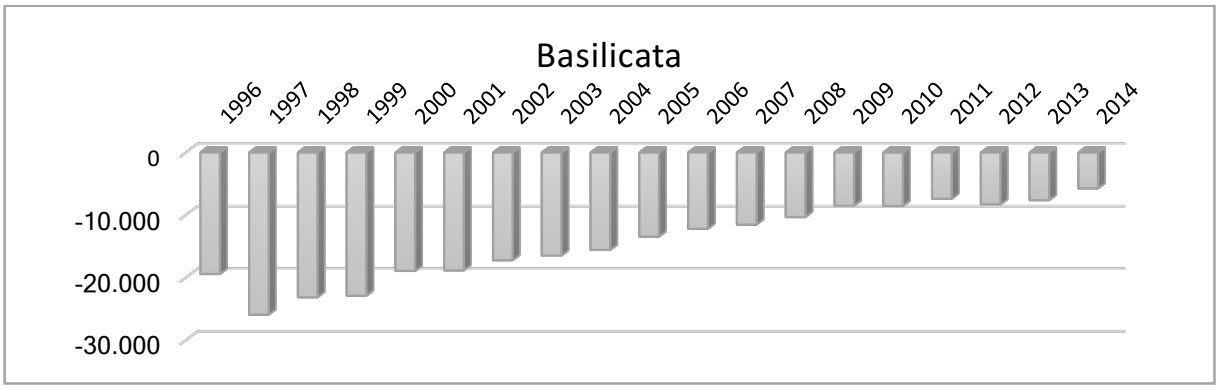

Lazio
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
60.000
40.000
20.000
0

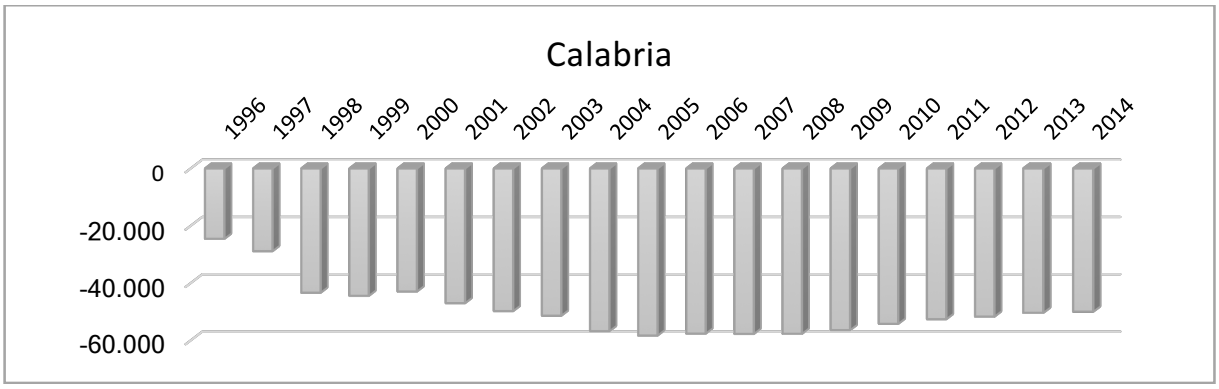

Abruzzo
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
20.000
10.000
0
-10.000
-20.000

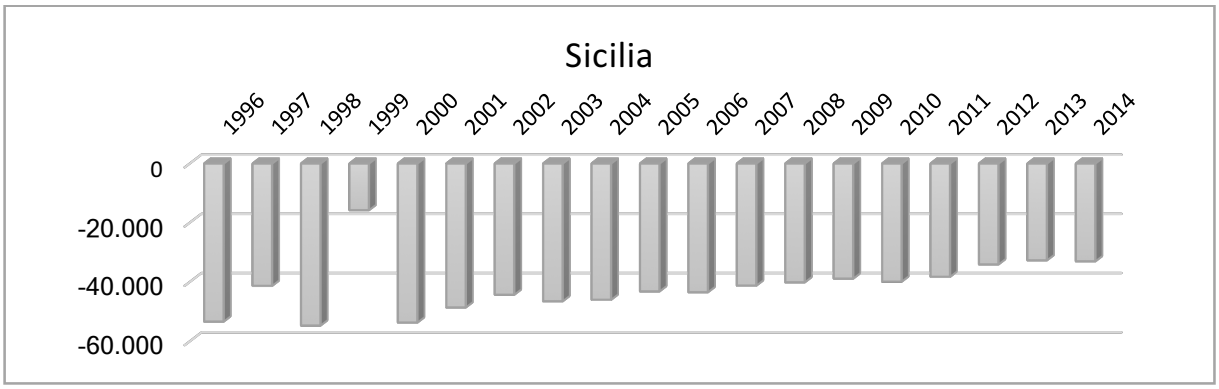

Molise
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
10.000
5.000
0
-5.000

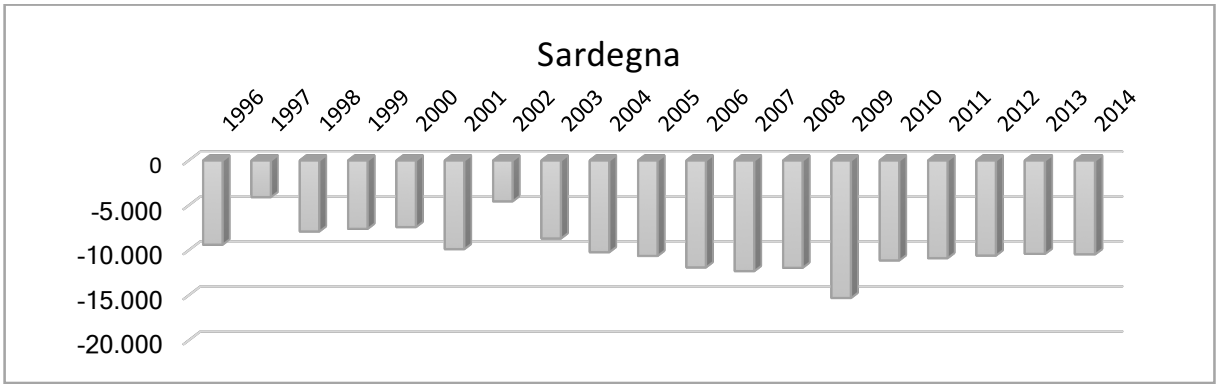

Campania
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-10.000
-20.000
-30.000
-40.000
-50.000
-60.000
-70.000


Puglia
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
20.000
0
-20.000
-40.000
-60.000


Basilicata
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-10.000
-20.000
-30.000


Calabria
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-20.000
-40.000
-60.000


Sicilia
1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
0
-20.000
-40.000
-60.000


Sardegna
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
0
-5.000
-10.000
-15.000
-20.000

# APPENDICE 2

NUMERO DI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE ONCOLOGICI PER AREA DEL CORPO E TIPO DI PRESTAZIONI (in giallo "centri ad alto volume di attività chirurgico-oncologica") DATI 2012

| PROVINCIA | STRUTTURA | APPARATO GASTRO-ENTERICO | | | | APPARATO GENITO-URINARIO | | | | | | | GHIANDOLE ENDOCRINE | MAMME LIA | OSSA | SANGUE-SISTEMA LINFATICO | | SISTEMA NERVOSO CENTRALE | TESSUTO CONNETTIVO | TESTA-COLLO | TORACE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Colon retto | Connettivo | Esofago | Fegato/Colecisti | Pancreas | Stomaco | Ovaio | Prostata | Rene | Testicolo | Utero | Vescica e vie urinarie | Tiroide | Mammella | Ossa | Altre leucemie | Linfomi | Sistema nervoso centrale | Connettivo | Testa-collo | Pleura | Polmone |
| COSENZA | A.O. Annunziata Cosenza (CS) | 140 | | 3 | 170 | 15 | 17 | 17 | 4 | 13 | 11 | 6 | 26 | 91 | 9 | 168 | | 58 | 234 | 2 | 60 | 2 | 16 | 4 | 22 |
| | Ospedale Mariano Santo A.O. Cosenza (CS) | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 52 |
| | Ospedale S. Barbara Cosenza A.O. Cosenza(CS) | | | | 1 | | 1 | | | 6 | | | | | | | 1 | | | | | 2 | | | 1 |
| | Osp. Civile Ferrari Castrovillari (CS) | 3 | | | | | 1 | | | 3 | 1 | 2 | 6 | 26 | | 22 | | 4 | 33 | | | | | | 22 |
| | Osp. di Corigliano Corigliano Calabro (CS) | 26 | | | | | 2 | | | 3 | | | 3 | 15 | 1 | 1 | | 3 | 8 | | | 1 | | | |
| | Osp. di Rossano Rossano (CS) | 24 | | | | 1 | | | | 11 | | | | 34 | | 15 | | 6 | 14 | | | | | | |
| | Osp. Beato Angelico Acri (CS) | 20 | | | | | 1 | | | 20 | | | | 5 | | 1 | | | 3 | | | | | | |
| | Osp. di Cetraro Cetraro (CS) | 14 | | | | | 1 | 2 | 34 | | 1 | 8 | 45 | | | 6 | | 3 | 2 | | | | | | 1 |
| | Osp. di Paola Paola (CS) | 20 | | 1 | 1 | | 2 | 1 | | | 1 | | 1 | 1 | | 31 | | 1 | 8 | | 2 | | | | |
| | Osp. Civile San Giovanni in Fiore (CS) | 43 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| | Osp. di Trebisacce Trebisacce (CS) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | |
| | IRCCSpub I.N.R.C.A. Cosenza (CS) | 2 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA S. Lucia Cosenza (CS) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | 1 |
| | CCA Villa del Sole Cosenza (CS) | | 10 | | | | 3 | | | 23 | | | | 13 | 11 | 14 | | | 2 | | | | | | |
| | CCA Ninetta Rosano Belvedere Marittimo (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Cascini SRL Belvedere Marittimo (CS) | | 5 | | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 4 | 11 | | | 6 | | | | | | | | | |
| | CCA Sacro Cuore Cosenza (CS) | | | | | | | 1 | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Sarmati Cosenza (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA M. Misasi Cosenza (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA S. Luca Praia A Mare (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | |
| | CCA Medical Hotel Sangineto (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA S. Francesco Mendicino (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Madonna della Catena Cosenza (CS) | | 4 | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | |
| | CCA Madonna della Catena Diplignano (CS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Casa di Cura Spinelli S.R.L. Belvedere Marittimo (CS) | | 38 | | | 1 | | 3 | | 3 | | | 2 | | | 4 | | | 2 | | 5 | | | 2 | |
| | la Madonnina S.R.L. (CS) - PRIVATA CONVENZIONATA | | 16 | | | | | | | | | | 1 | | | 9 | | | 1 | | | | | | |
| CATANZARO | Ospedale De Lellis A.O. Pugliese Catanzaro (CZ) | | 2 | | | 1 | 2 | | | | 3 | 3 | | 1 | 27 | | | 211 | 546 | | | | | | 2 |
| | A.O. Mater Domini Catanzaro (CZ) | | 40 | | | 5 | 7 | | 23 | | 3 | 3 | | 129 | | 62 | | | 9 | | | 23 | | | 4 |
| | A.O. Pugliese Catanzaro (CZ) | | 106 | | 1 | 19 | 3 | 20 | 3 | 102 | 9 | 10 | 32 | 253 | 2 | 182 | 1 | 16 | 52 | | 65 | 1 | 20 | | 4 |
| | Osp. Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme Lamezia Terme (CZ) | | 40 | | | 1 | 1 | 6 | 1 | 34 | 4 | 7 | 4 | 102 | 2 | 15 | | 7 | 19 | | | | 1 | 2 | 5 |
| | Osp. di Soveria Mannelli Soveria Mannelli (CZ) | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Osp. Basso Ionio Soverato (CZ) | | 18 | | | 2 | 1 | 3 | | | | | | | | 3 | | | 5 | | | | | | |
| | CCA Villa del Sole Catanzaro (CZ) | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | | 1 | | | | | | | |
| | CCA Villa Serena Catanzaro (CZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Villa Michelino SRL Lamezia Terme (CZ) | | 2 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| | CCA S. Anna Hospital Catanzaro (CZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Fondazione T. Campanella Catanzaro (CZ) | | 50 | | 3 | 4 | | 8 | | 21 | 1 | 3 | | 74 | | 4 | 41 | | 2 | 85 | 6 | 1 | 21 | 15 | 42 |
| CROTONE | Osp. Civile S. Giovanni Di Dio Crotone (KR) | | 38 | | | 1 | 1 | 9 | | | | | 2 | | | | 6 | | 16 | 90 | | | 8 | | 2 |
| | CCA S. Rita Dott. Caparra Ciro' Marina (KR) | | 9 | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| | CCA Istituto S. Anna Crotone (KR) | | | | | | | | | 130 | 5 | 1 | | 73 | | | | | | | | | | | |
| | CCA Romolo Hospital Rocca Di Neto (KR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Calabrodental Crotone (KR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | |
| | CCA Sadel Cotrone (KR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Madonna dello Scoglio Cotrone (KR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIBO VALENTIA | Osp. Jazzolino Vibo Valentia (VV) | | 17 | | | 1 | | | | | | | | | 6 | 5 | | 1 | 2 | | | | | | |
| | Osp. di Tropea Tropea (VV) | | 5 | | | | | | | 1 | | 2 | | 35 | | | | | 2 | | | | | | 1 |
| | Osp. di Serra S. Bruno Serra San Bruno (VV) | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | |
| | CCA Villa dei Geranei Vibo Valentia (VV) | | 5 | | | | | | | 1 | | | | 12 | | 2 | | | | | | | | | |
| REGGIO CALABRIA | A.O. E. Morelli Reggio Di Calabria (RC) | | 101 | | 1 | 12 | 9 | 13 | 2 | 29 | 31 | 7 | 9 | 118 | 8 | 68 | | 327 | 751 | 47 | 1 | 39 | | 7 | |
| | Presidio Ospedaliero Riuniti A.O. Reggio Di Calabria (RC) | | 2 | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 1 | | | | | 5 | | | | | 7 | |
| | Osp. Civile Locri (RC) | | 17 | | | | 2 | 4 | | 23 | 6 | 3 | 7 | 60 | | 4 | | 4 | 4 | | | 1 | | | |
| | Osp. S. Maria degli Ungheresi Polistena (RC) | | 17 | | | | | 2 | | 1 | 2 | | | 7 | | 1 | | | 8 | | | 1 | 1 | | |
| | Osp. Tiberio Evoli Melito Di Porto Salvo (RC) | | 1 | | | | | | | | | | | | | 2 | | | 1 | | | | | | |
| | Osp. Giovanni XXIII Gioia Tauro (RC) | | 6 | | | | | | | 7 | 1 | | | 35 | | | | | 2 | | | | | | |
| | CCA Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia Reggio Di Calabria (RC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CCA Villa Aurora Reggio Di Calabria (RC) | | | | | | | | 2 | | | 8 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| | CCA Policlinico Madonna della Consolazione Reggio Di Calabria (RC) | | 38 | | | | | | | 2 | 4 | | 2 | 55 | 1 | 12 | | 1 | 1 | | 1 | | | 5 | |
| | CCA Villa Caminiti Villa San Giovanni (RC) | | 35 | | | 1 | | 7 | 3 | 1 | 2 | | 2 | 4 | 4 | 23 | | | 1 | | 1 | 4 | | | |
| | CCA Villa S. Anna Reggio Di Calabria (RC) | | 4 | | | | | | | | | 1 | 2 | 26 | | 6 | | | 3 | | | | | | |
| | CCA Villa Elisa SPA Cinquefrondi (RC) | | | | | | | 1 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |

Sono evidenziate in giallo le caselle i cui valori superano il cut-off definito dal Ministero della Salute per i tumori di riferimento.

# BIBLIOGRAFIA


Abelson, J. F. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*(57).

Addeo, F. M. (2007). *Esperienze di analisi di interviste non direttive.* Roma: ARACNE editrice.

AGENAS. (2011). *I tempi di attesa nei siti web di regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadno* .

AGENAS. (2014). *Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.* Roma.

AGENAS, LIbera. (2015). *Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario. Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità.*

Agnoletti, V. (2012). *Verso l'autocura e l'automedicazione. Una convergenza apparente.* Milano: Franco Angeli-Salute e Società.

Allesina, S. G. (2017). *Last name analysis of mobility, gender imbalance, and nepotism across academic systems.* University of California. Kenneth W. Wachter.

Annessi Pessina, E. C. (s.d.). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto Oasi 2011.* Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano.

Antonini, L. (2016). I governatori-commissari: ecco cosa ha devastato la sanità al Sud. *Sanità24*.

ARIADNE. (2013). *3 Modelli di Intranet Portal. Corporate Portal, Self-Service, Social Intranet: tipologie di portali e casi di implementzione.*

Bologna, E. B. (2012). Viaggiare per la salute: necessità o opportunità? *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*.

Bonomi, M. S. (2014). Il diritto alla salute e il sistema sanitario nazionale. *federalismi.it*.

Brizioli, E. (2005). Post-Acuzie, Riabilitazione e Residenzialità: un nodo da sciogliere. *Appunti sulle politiche sociali*(6).

Capasso, S. C. (2008). Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi. *Società italiana di economia pubblica- XX Conferenza*.

CENSIS. (2005). *Strumenti per il monitoraggio e la razionalizzazione della mobilità ospedaliera interregionale. Aspetti motivazionali* . Roma.

Centro Studi Bachelet. (2008). *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale.* LUISS Guido Carli, Roma.

Cipolla, C. F. (A cura di). (2005). *La mobilità passiva in sanità. Una ricerca nella provincia di Ferrara.* Milano: Franco Angeli- Salute e Società.

Cislaghi, C. (2012). Gli strumenti per misurare la mobilità. *La mobilità sanitaria. Quaderni di monitor n°9*.

Cittadinanzattiva. (2012). *Cure programmate e di alta specializzazione in Europa.*

Cittadinanzattiva. (2016). *XIX Rapporto Pit Salute: Accesso di Lusso.* Tribunale per i diritti del malato.

Clarich, M. (2015). *Manuale di diritto amministrativo.* Bologna: il Mulino.

Collicelli, C. (2012). La mobilità sanitaria come problema sociale. *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n° 9*.

Del Gesso, C. (2014). *La visione sistemica dell'azienda sanitaria pubblica.* Milano: Franco Angeli.

Dell'Erba, A. F. (1993). *La tutela della salute. Compatibilità economiche e garanzie sociali.* Milano: Giuffrè .

Di Loreto, P. (2014). Il governo della mobilità nell'ultimo decennio. *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*.

Di Nuoscio, E. (2006). *Il mestiere dello scienziato sociale. Un'introduzione all'epistemologia delle scienze sociali.* Napoli: Liguori.

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SESN e Direzione Generale della Programmazione sanitaria-Ufficio III. (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza.*

Durkheim, E. (1895). *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia.*

Espa, A. L. (2011). *Analisi e valutazione delle politiche pubbliche.* Bologna: Il Mulino.

Eurispes. (2003). *I cittadini e la salute. Cosa pensano i Calabresi del Servizio Sanitario.*

Evangelista, V. (2017). *Geografia sanitaria. Teorie, metodi, ricerca applicata.* Milanio: Franco Angeli.

Fabbri, D. F. (1999). *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri.* Bologna: Il Mulino.

Fassari, L. (2016). Mobilità sanitaria 2016. In totale un giro d'affari di quasi 4 mld. E 13 regioni ci "rimettono". Campania, Calabria e Lazio in testa.

Fattore, G. (2014). La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante. *CARE online*.

FIASO, CREA Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata. (2015). *Laboratorio FIASO sul riparto dei fondi sanitari regionali.*

France, G. (1999). La via Italiana alla concorrenza amministrata. In F. G. di), *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato.* Milano: Giuffrè.

Garofalo, A. (2015). *Monitoraggio in Chirurgia Oncologica: voglia di qualità-Settimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici.* F.A.V.O., Roma.

Gayer, T. R. (2010). Scienza delle finanze. Terza edizione. (C. Rapallini, A cura di)

Gelmini, R. S. (2011). *Classificazione degli interventi chirurgici per complessità.* Chirurgia Generale-UNIMORE.

Giannoni, M. (A cura di). (2010). *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione.* Milano: Franco Angeli.

Gupta, S. D. (2000). Corruption and the Provision of Health Care and Education Services. *IMF Working Paper*(116).

Hall, M. (A cura di). (2013). *Medical Tourism. The ethics, regulation, and marketing of health mobility.* Oxon: Routledge.

ISTAT. (2015). *Rapporto annuale 2015. La situazione del Paese.*

ISTAT. (2016). *La salute in Italia: analisi e approfondimenti delle indagini Istat.*

Istituto Superiore di Sanità. (2008). Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di Sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie. *Programma Nazionale per le linee guida (PNLG)*.

Jorio, E. (2012). *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale.* Maggioli Editore.

Levaggi, R. e. (2010). *Soft budget costraint in health care: evidence from Italy.*

Li Calzi, G. S. (2015). *Mobilità sanitaria. Una proposta di intervento regionale a beneficio dei pazienti, dei sanitari, deglierogatori pubblici e privati.* Assessorato Regionale alla Salute Sicilia.

Longo, F. (2012). Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali. *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*.

Lunt, N. S. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Marjets and Health System Implications: A scoping review.* OECD, Parigi.

Macinati, M. S. (2007). *Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione.* Milano: Franco Angeli.

Macri, C. (2007). Asl di Locri, appalti gonfiati. In cella primari e imprenditori. *Corriere della Sera*.

Mantovani, L. (2004). *Economia applicata alla sanità.* UNINA.

Marra, F. (2011). *Le professioni mediche dell'azienda sanitaria. Rapporto di lavoro, trattamento economico, incarichi, valutazione e responsabilità.* . Milano: Franco Angeli.

Morandi, I. (2014). *prestazioni specialistiche ambulatoriali- Confronto tra le tariffe nazionali ex DM 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10.2014.* AGENAS, Roma.

Mullen, J. (2005). Jhon Major's Citizens Chartes-fifteen years later. *www.academia.edu*.

Nante, N. M. (2016). Mobility trends of patients across Italian Regions: implications for planning and evaluation of hospital services. *Annali di Igiene*(28).

OCSE. (2008). *Building an Institutional framework for Regulatory Impact Analysis (RIA). Guidance for Policy Makers.*

Orzella, L. (2014). Mobilità sanitaria. Prima parte. *CARE* (6).

Pantano, A. (2015). *Chi comanda sulla sanità in Calabria? Un excursus storico del settore tra 'ndrangheta, politica e malaffare.* Università di Pisa, Facoltà di Scienze Politiche.

Parisi, F. B. (2012). La migrazione sanitaria pediatrica in Calabria. *Medico e Bambino pagine elettroniche*.

Pascual, M. C. (2009). Intergenerational health mobility: an empirical approach based on the ECHP. *Applied Economics*(41).

Pasquini, M. P. (1979). *Il servizio sanitario nazionale. Profili funzionali e strutturali.* Napoli: Jovene.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* Beverly Hills.

Quattrone, G. (2013). Gli effetti della riorganizzazione della rete ospedaliera sulla mobilità sanitaria. *Quaderni del Dipartimento Di Scienze Economiche e Sociali*(95).

Rappini, V. D. (2009). La comunicazione aziendale in sanità. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*.

RISSC, Transparency Internationl Italia. (2013). *Corruzione e Sprechi in Sanità.*

Romanini, E. T. (2008). Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale. *G.I.O.T.*(34).

Scullica, F. D. (2015). *Curarsi lontano da casa. Mobilità sanitaria e ricettività. Esperienze di Case Accoglienza e proposte di Interior Design.* Milano: Franco Angelli- Scienze e salute.

Sergi, P. (1989). Taurianova, nuova condanna per Don Francesco Macrì. *laRepubblica.it*.

Serra, A. R. (2008). *Relazione della commissione di indagine sulla qualità dell'assistenza prestata dal Servizio Sanitario della Regione Calabria e sulla effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza.* Roma.

Sesta, M. (A cura di). (2014). *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie* . Maggioli Editore.

Sileoni, S. (2013). La cura è mobile. La mobilità sanitaria interregionale tra il diritto alla libera scelta del luogo di cura e le esigenze finanziarie delle regioni. *IBL Briefing Paper*.

Spinsanti, S. (2010). *Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente.* Treccani.

Tagliaferri, P. (2016). *Le reti oncologiche regionali: situazione attuale, problematiche, prospettive. Le problematiche della mancanza di una Rete.* Associazione Italiana di Oncologia Medica, Sezione Regione Calabria.

Torre, M. (2011). *Chirurgia protesica ortopedica: analisi della mobilità interregionale.* Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Roma.

Toth, F. (2014). *La sanità in Italia.* Bologna: il Mulino.

Tremolada, L. (2015). Sanità, la spesa pubblica pro capite scende a 1816 euro. E nelle regioni? *Il Sole 24 Ore*.

Tronconi, L. P. (2016). *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche comparate.* Maggioli Editore.

Tucci, M. (2012). Pediatra-medico: a che età il passaggio? *corriere.it*.

World Health Organization (WHO). (2010). Health systems financing: the path to universal coverage. *World health report 2010*.

Zocchetti, C. (2012). Definizione della mobilità sanitaria. *La mobilità sanitaria. Quaderno di monitor n°9*.

Zocchetti, C. (2012). La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa? *Statistica e Società*(2).

## SITOGRAFIA


www.agenas.it

www.aocatanzaro.it

www.aocosenza.it

www.asp.crotone.it

www.asp.cs.it

www.asp.cz.it

www.asp.rc.it

www.aspvv.it

www.materdominiaou.it

www.ministerosalute.it

www.noi-italia.istat.it

www.ospedalerc.it

www.quotidianosanità.it

www.regionecalabria.it

www.sanita24.ilsole24ore.com

www.salute.gov.it

http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php

## RIASSUNTO

## CAPITOLO PRIMO- Analisi economica e sociale della mobilità sanitaria in Italia

### La mobilità interregionale

L'espressione "mobilità sanitaria interregionale" può essere declinata assumendo prospettive differenti. Essa, può intendersi, primariamente, come il diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza. Tale diritto in Italia è garantito, da un lato, dall'articolo 32 della Costituzione che sancisce il fondamentale diritto alla salute dell'individuo e, dall'altro, dal principio della "portabilità" del diritto stesso su tutto il territorio nazionale, come previsto nei fondamentali della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per comprendere le motivazioni alla base della "libera circolazione sanitaria" sul territorio nazionale è utile approfondire i principi di fondo che caratterizzano il SSN: l'universalismo e l'equità. Il sistema sanitario, sin dalle sue origini, è stato calibrato sul modello *beveridgeano* o universalistico: uno schema di assicurazione sanitaria universale rivolto a tutti i cittadini, indipendentemente dallo status economico e sociale, quasi completamente finanziato mediante la fiscalità generale. Alla base del modello di libera scelta della struttura di cura da parte del paziente vi è proprio la volontà di garantire una copertura sanitaria adeguata ed equa a tutti, indipendentemente dall'area geografica di residenza. In un contesto economico e sociale così disomogeneo, come l'Italia degli anni '70, "permettere ai pazienti di ottenere l'assistenza senza restrizioni territoriali è sempre apparso utile per offrire pari opportunità ai cittadini". Oltre alla motivazione dell'equità, la libertà di circolazione del paziente si fonda anche sulla volontà di promuovere un sistema di quasi-mercato efficiente nell'offerta dei servizi sanitari. La libera scelta del paziente, da un lato, avrebbe favorito la competizione tra strutture ospedaliere, inducendo queste ultime a migliorare in qualità e funzionalità, dall'altro, avrebbe naturalmente indotto le strutture non recuperabili sul piano dell'adeguatezza e dell'efficienza alla chiusura o al ridimensionamento.

La mobilità sanitaria, però, oltre a configurarsi come diritto, rappresenta anche un sistema di flussi, come diretta conseguenza della "spendibilità" sul territorio nazionale del diritto ad ottenere prestazioni sanitarie. I flussi della mobilità sanitaria hanno ad oggetto sia persone che risorse finanziarie: persone che rinunciano, volontariamente o involontariamente, ad ottenere le cure di cui necessitano presso la propria regione di residenza recandosi altrove, e risorse finanziarie che, in modo più o meno evidente, si trasferiscono dall'ente di tutela responsabile della salute dei residenti al fornitore della prestazione sanitaria.

Possiamo distinguere diverse tipologie di mobilità, a seconda delle circostanze in cui avviene il ricovero fuori regione: la mobilità programmata o di lunga distanza, data dalla decisione volontaria del paziente di recarsi in una regione diversa da quella di residenza per ricevere una prestazione assente nell'offerta sanitaria del proprio servizio regionale o perché si aspetta di ottenere una prestazione/risultato qualitativamente superiore o per evitare liste d'attesa troppo lunghe; la mobilità occasionale e stagionale, che indica tutti quei casi in cui il paziente, trovandosi fuori regione per motivi di studio, lavoro o vacanza, usufruisce delle prestazioni

sanitarie erogate dalle strutture ospedaliere della regione ospitante; la mobilità di confine o di prossimità, che si ha quando il paziente si reca in una regione confinante per ottenere prestazioni ospedaliere, visite specialistiche o anche prescrizioni farmaceutiche (questo tipo di mobilità, in certi casi, può derivare da una scelta legata alla qualità dell'offerta del servizio sanitario regionale, mentre, in altri, rappresenta un'opzione di comodo: può accadere che il presidio sanitario più prossimo geograficamente ad un paziente appartenga al territorio di un'altra regione); la mobilità fittizia, costituita da tutti quei casi in cui il paziente ricorre alle prestazioni erogate dal servizio sanitario di un'altra regione poiché vi dimora stabilmente, per motivi di studio o di lavoro, sebbene risulti ufficialmente residente in un'altra regione.
La mobilità occasionale e stagionale, quella fittizia e la mobilità di confine (legata alla prossimità geografica) sono determinate da fattori accidentali e indipendenti da valutazioni legate alla salute del paziente e alla qualità del servizio sanitario regionale. Pertanto non rilevano ai fini dell'analisi della qualità dell'offerta sanitaria di una regione. Differente è il discorso relativo alla mobilità interregionale programmata, così come anche per la mobilità di confine, nel caso in cui non avvenga soltanto per ragioni di prossimità geografica. Questi rappresentano, effettivamente, degli indicatori di qualità ed efficienza dei servizi sanitari regionali. Nello specifico, la mobilità attiva funge da indice di attrazione sanitaria di una regione, mentre la mobilità passiva costituisce l'indice di fuga sanitaria. La differenza tra mobilità attiva e mobilità passiva esprime il saldo di mobilità interregionale, che può risultare positivo o negativo: positivo quando il numero di pazienti che la regione attrae è superiore rispetto al numero dei residenti che fuggono dalla stessa, negativo quando la quota dei residenti curati in altre regioni supera il numero dei pazienti attratti.

## Una panoramica storica del fenomeno

**Il saldo finanziario.** Elaborando i dati contenuti all'interno delle intese Stato-Regioni relative alla compensazione dei flussi di mobilità sanitaria per gli anni 2008-2016 è possibile ricavare una panoramica storica sull'impatto finanziario del fenomeno. Tutte le regioni del Sud, con la sola eccezione del Molise, e le isole hanno conservato un saldo negativo tendenzialmente stabile negli otto anni presi in esame. Particolarmente preoccupante è la situazione della Campania, che ha mantenuto un saldo negativo attorno ai -300 mln, seppur lievemente in declino tra il 2014 e il 2015, e che, attualmente, detiene il peggior risultato tra le regioni italiane. Al contrario, presentano risultati straordinariamente positivi la Lombardia, che ha migliorato il proprio saldo di circa 120 milioni in meno di dieci anni, giungendo a 538 mln nel 2016, e l'Emilia Romagna, che, invece, mostra un profilo stabile nel tempo, attestandosi sui 333 mln. È come se queste ultime compensassero quasi del tutto i saldi negativi di Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Dunque, più che parlare, come comunemente avviene, di una compensazione strutturale da parte delle regioni del Sud nei confronti delle regioni del Centro-Nord, sarebbe più corretto specificare che i flussi finanziari sono rivolti principalmente a due regioni su tutto il territorio nazionale, quattro se includiamo anche la Toscana e il Veneto.
**Il saldo ospedaliero.** Elaborando i dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera dal 1996 al 2014, è possibile analizzare concretamente il numero di pazienti che, di anno in anno,

hanno usufruito di prestazioni sanitarie fuori regione. Come per il saldo finanziario, le regioni che hanno registrato le performance peggiori sono Campania e Calabria. La prima, che esordiva nel 1996 con un saldo negativo di -32.002, ha visto peggiorare il proprio risultato, arrivando nel 2014 a -54.086, con una differenza di circa 20.000 ricoveri. La Calabria, allo stesso modo, tra il 1996 e il 2014 ha registrato una perdita di quasi 25.000 ricoveri, attestandosi a -49.936. Muovendoci verso il Nord, ci imbattiamo, invece, nelle due regioni i cui saldi hanno raggiunto i valori positivi maggiori: la Lombardia e l'Emilia Romagna. La prima, che partiva già da un attivo pari a +41.712 ricoveri, ha raggiunto quota +122.767 nel 2002 (il 194% in più). Attualmente registra il saldo più alto in Italia (+78.935), seppur inferiore rispetto al 2002. L'Emilia Romagna ha riportato un percorso più regolare rispetto alla Lombardia: partendo da un attivo già piuttosto alto, +50.284, ha incrementato la propria performance del 30% circa fino al 2014.

Esaminando separatamente le componenti di mobilità attiva (indice di attrattività) e mobilità passiva (indice di fuga) con riferimento all'anno 2014, notiamo immediatamente che le regioni più attrattive, in valore assoluto, sono la Lombardia e l'Emilia Romagna, seguite dal Lazio e dal Veneto. Guardando, però, al rapporto tra mobilità attiva e totale dei ricoveri in percentuale, indice che consente di tener conto della dimensione dell'offerta ospedaliera dei diversi SSR, è il Molise a risultare la regione più attrattiva (26,69%), seguita dalla Basilicata (18,72%) e dall'Umbria (15,87%). Guardando alla mobilità passiva, l'indice di fuga relativo più elevato appartiene alle regioni di dimensioni minori: Basilicata (23,90%), Molise (23,13%) e Valle D'Aosta (14,65%). Tale risultato spiega il motivo per cui queste regioni, pur contando su un'elevata mobilità attiva, presentino saldi in equilibrio o moderatamente negativi: sono molti i ricoveri di pazienti provenienti da fuori regione, ma altrettanti i cittadini che fuggono. Le regioni minori, però, non sono le sole a veder emigrare, per ragioni sanitarie, i propri pazienti. In Calabria, il 19,19% dei residenti si rivolge a strutture di ricovero di altre regioni, in Abruzzo il 16,24%, in Umbria e in Liguria più del 12%.

**Flussi per patologie e prestazioni.** Complessivamente, i DRG che presentano una distanza media percorsa superiore ai 60 minuti sono i trapianti (di midollo osseo, di pancreas e rene, di polmone, di fegato, cardiaci, renali), gli interventi cardiochirurgici, alcune prestazioni ortopediche complesse (artrodesi vertebrale e cervicale), gli interventi pediatrici e il trattamento di ustioni estese. Le distanze percorse per questo genere di patologie aumentano spostandosi dal Nord al Sud della penisola: sei ore di media per i residenti in Puglia, sette ore per i pazienti calabresi e fino ad undici ore per i sardi.

## Le cause della mobilità "evitabile"

La mobilità cosiddetta "volontaria" deriva da una scelta, più o meno autonoma, del paziente, il quale, ritenendo indisponibile o inadeguata la prestazione offerta sul territorio regionale, sceglie di recarsi altrove. Sebbene comunemente si pensi che la mobilità volontaria (o "importante") sia un fenomeno del tutto negativo, dunque da correggere, in certi casi essa risulta essere necessaria per il corretto funzionamento dei servizi sanitari. Si tratta della cosiddetta "mobilità fisiologica", che comprende tutti i casi di emigrazione sanitaria dovuti alla cura di patologie rare o, comunque, all'esistenza di pochi centri ad altissima specializzazione sul territorio nazionale in grado di erogare certe prestazioni. Difatti, gli

elevati costi fissi delle procedure ad alta complessità solo se ripartiti su un consistente numero di prestazioni possono avere un'incidenza contenuta. In più, l'iper-specializzazione del prodotto oltre ad impattare positivamente sull'economia del servizio sanitario, consente di avere un ritorno significativo in termini di qualità della prestazione, rendendo il servizio più sicuro ed efficace. Chiarito il significato e la dimensione della mobilità fisiologica, la nostra attenzione si concentra sulla cosiddetta "mobilità evitabile", le cui cause sono trattate di seguito.

**Adeguatezza dell'offerta sanitaria.** Gli indicatori di appropriatezza/efficienza presi in esame sono: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti (rapporto tra il numero delle dimissioni totali e la popolazione residente), percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari, percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero, tasso di mortalità evitabile e tasso di mortalità infantile. I primi tre indicatori riguardano l'adempimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, i restanti due attengono al risultato finale delle prestazioni erogate. L'analisi per regione degli indicatori ci consegna l'immagine di un Paese diviso in due, confermando l'ipotesi che una quota della mobilità interregionale sia attribuibile proprio all'inadeguatezza dell'offerta: i SSR del Sud e delle piccole regioni riportano risultati innegabilmente peggiori rispetto alle altre regioni, esattamente come per la mobilità sanitaria.

**Tempi di attesa.** Secondo l'indagine Fbm-Censis del 2009, per il 72,8% degli italiani la lunghezza delle liste di attesa è il principale problema della sanità italiana. Tuttavia, stando a quanto emerso da una parziale analisi dei tempi di attesa medi per regione, non ci sarebbe una netta correlazione tra liste di attesa e mobilità interregionale, se non per i casi di Sardegna, Abruzzo, Marche, Piemonte e Valle D'Aosta. In tutti gli altri casi, riscontriamo tempi di attesa superiori alla media per le regioni con inferiore mobilità passiva (vedi il caso di Lombardia, Emilia Romagna e Toscana).

**Le motivazioni sociali della mobilità.** Le valutazioni che inducono un soggetto ad andare fuori regione attengono a tre aree di motivazione: l'area della qualità, ovvero la percezione della qualità delle strutture, del personale medico e della loro umanizzazione; l'area della dimensione pratico-logistica, intesa come presenza di un familiare che possa assistere il paziente nella regione, conoscenza di un medico/infermiere dell'ospedale o comodità nel raggiungere la struttura; l'area della necessità, quindi tempi di attesa e assenza della prestazione richiesta nella ASL di residenza. L'area della qualità percepita, che rientra nel più ampio concetto di reputazione della struttura ospedaliera, rappresenta, senza alcun dubbio, la componente motivazionale più rilevante nella scelta migratoria. Difatti, la soddisfazione dei pazienti rispetto alle caratteristiche fisiche e organizzative degli ospedali, all'assistenza medica e all'umanizzazione nei rapporti riflette la geografia della mobilità sanitaria interregionale, vedendo le regioni del Sud e le Isole conseguire risultati peggiori rispetto al resto d'Italia.

Un'altra questione attinente alla dimensione psico-sociale della mobilità riguarda le figure chiave nella scelta del luogo di cura. Tra queste, la più incisiva è quella del medico di famiglia, che, secondo il rapporto Censis del 2005, ha inciso sulla decisione del 56,8% degli intervistati. Altre figure chiave che concorrono nell'indirizzare la scelta della struttura di cura

sono familiari e amici. Difatti, è grazie alla rete di conoscenze interpersonali che si alimenta la reputazione positiva o negativa di un ospedale. Inoltre, nell'ultimo decennio si è profondamente modificato il rapporto tra medico e malato, per via della propensione di quest'ultimo all' "autocura": il paziente è sempre più indipendente e autonomo, anche nella scelta della struttura di ricovero.

**I costi economici e organizzativi della mobilità.** Levaggi e Menoncin notando che le regioni in disavanzo contabile presentavano più alti saldi di mobilità negativa, mentre quelle in equilibrio di bilancio registravano una forte mobilità attiva, sono giunti alla conclusione che per entrambe fosse conveniente cristallizzare i flussi di mobilità. Infatti, le regioni con bilancio negativo, riducendo le prestazioni ospedaliere, in ragione di una minore domanda di servizi sanitari, otterrebbero l'illusorio vantaggio di contenere la spesa, dunque la pressione fiscale sui contribuenti. Le regioni in attivo, invece, attraverso i pazienti provenienti da fuori regione otterrebbero minori costi unitari, compensando il loro surplus di capacità produttiva, senza gravare sulla fiscalità regionale. Tuttavia, le regioni che presentano consistenti saldi negativi di mobilità, in assenza di una domanda proporzionale alla capacità produttiva di cui dispongono, pagano costi unitari (costi fissi diviso le unità di servizi prodotte) superiori, sacrificando l'efficienza produttiva. Di contro, un incremento dell'utenza per le regioni con saldi di mobilità positivi, potrebbe causare un sovraffollamento delle strutture e una lievitazione dei tempi di attesa, come già accade in alcuni casi.

**Le conseguenze sul piano dell'equità.** I costi tangibili o monetari della mobilità sono costituiti principalmente dalle spese di viaggio e dalle spese di soggiorno per gli accompagnatori. A questi si aggiungono una serie di altri disagi non monetizzabili, come la solitudine legata alla lontananza da familiari e amici, la difficoltà nel trovare assistenza durante la degenza e i disagi fisici legati al viaggio. Da uno studio del 2012 è emerso che il possesso di strumenti conoscitivi (il livello di istruzione) e la solidità economica costituiscono determinanti fondamentali nella scelta della struttura di ricovero. Pertanto, possiamo confermare l'esistenza di una disparità nella possibilità di accedere alle cure in regime di mobilità. A questa disparità causata dallo status socioeconomico, si aggiunge, poi, il divario esistente tra regioni del Nord e regioni del Sud nei costi privati della mobilità (spese di viaggio). Concludendo, quanto detto induce ad ammettere che non tutti sono in grado di godere pienamente del proprio diritto alla salute.

## CAPITOLO SECONDO- Migranti da sempre: la mobilità passiva del sistema di salute calabrese

### Un quadro storico generale

La storia recente del servizio sanitario calabrese è segnata da tre interventi rilevanti: la legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007 di riorganizzazione dei confini delle ASL che disponeva l'accorpamento delle 11 ASL allora presenti sul territorio in 5 Aziende (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone), facendo coincidere il territorio di competenza

sanitaria delle ASP al territorio di competenza governativa delle provincie; il Piano di rientro sottoscritto con il Governo nel 2009, in seguito al drammatico quadro delineato dal rapporto della commissione "Serra-Riccio", che per descrivere l'approccio gestionale della classe dirigente del servizio sanitario regionale utilizzava l'emblematica espressione "metodologia del disservizio"; il commissariamento dell'8 luglio 2010, in seguito alla constatazione del totale disallineamento dei risultati conseguiti con gli obiettivi di breve periodo del Piano. A questi eventi hanno costantemente fatto da sfondo una serie di episodi di corruzione e malaffare in cui erano coinvolti organizzazioni criminali, politici e "signorotti locali", responsabili di aver reso "opaca" e pericolosamente inefficiente la sanità calabrese.

**La configurazione del SSR calabrese**

Il territorio regionale si articola in 5 ASP e dispone di quattro AO, di cui una universitaria, un Polo Oncologico e un IRCCS. L'assistenza ospedaliera si avvale di 58 istituti di cura, di cui il 44,83% pubblici (tra presidi ospedalieri, AO e istituti di carattere scientifico-accademico) e il 55,17% privati, superando la media nazionale di privatizzazione dei servizi sanitari (50,57).

**Il quadro economico-finanziario.** Il bilancio regionale per l'anno 2016 vale circa 6,68 miliardi di euro, di cui il il 54% (3,636 miliardi di euro) è rappresentato da spese per la sanità. Tra le voci del finanziamento della spesa sanitaria troviamo l'IRAP, che vale circa 117 mln di euro (3,4%), il gettito dell'addizionale regionale IRPEF, pari a 223 mln di euro (6,5%), e una quota della compartecipazione all'IVA, stimata in 3.086 mln di euro (89,3%). Inoltre, è iscritta tra le entrate anche la voce della mobilità attiva, valutata per soli 29,5 milioni di euro, pari allo 0,8% delle entrate complessive. Dei 3.455 mln di finanziamento 117 mln sono iscritti tra le spese, cui si aggiungono 283 mln destinati alla compensazione della mobilità in uscita. Ripercorrendo, poi, il trend relativo al disavanzo di bilancio, notiamo un sostanziale miglioramento nel corso degli anni. Nel 2007, infatti, il disavanzo ammontava a 265,7 mln di euro, mentre per l'anno 2015 è pari a 58,5 milioni di euro, con un risultato di esercizio positivo in seguito alle coperture e pari a 29,2 milioni.

**Trasparenza.** L'accessibilità per i cittadini ad informazioni sull'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione costituisce uno strumento di controllo democratico sul rispetto degli standard delle prestazioni e sull'impiego delle risorse finanziarie, oltre che un valido deterrente per chi intenda aggirare o violare le norme sull'integrità e la correttezza dell'amministrazione. A riguardo, la cosiddetta "legge anticorruzione" e il d.lgs. n. 33 del 2013 attuativo della legge (recentemente modificati con la legge n. 124 del 2015), operano un riordino sulla disciplina, prevedendo stringenti obblighi di pubblicazione delle informazioni significative nei siti web delle istituzioni, il cui adempimento è costantemente monitorato dall'ANAC. Dall'esame dei tassi complessivi di adempimento la Regione Calabria risulta essere al di sotto della media nazionale (70%). Due aziende calabresi, inoltre, l'AO di Cosenza e quella di Reggio Calabria, figurano tra le ultime dieci aziende in quanto alla pubblicazione dei bilanci e dei documenti relativi ad appalti e contratti, con tassi di adempimento del 41,7% e 20,8%. Particolarmente grave è, infine, il dato relativo alla trasparenza sui tempi di attesa: poco meno dell'80% delle ASP e AO calabresi contiene una

sezione dedicata ai tempi di attesa, ma solo il 65% circa provvede a riempire tali sezioni di contenuti specifici, aggiornati e comprensibili.

**Tempi di attesa.** Il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, approvato nel 2011, prevede una serie di strategie d'intervento finalizzate alla razionalizzazione e semplificazione della gestione delle prenotazioni, mediante la suddivisione del sistema regionale in ambiti territoriali nei quali garantire tempi massimi di attesa e l'individuazione di aree tematiche particolarmente sensibili al fenomeno per cui risulta necessaria un'azione specifica. Dal monitoraggio delle liste d'attesa effettuato dal Ministero della Salute con riferimento all'anno 2015 i tempi di attesa regionali per le principali tipologie di interventi chirurgici risultano inferiori alla media nazionale. In più, ponendo in relazione il tempo medio di attesa con il tasso di emigrazione per ciascuna tipologia di intervento chirurgico, il coefficiente di correlazione è pari a -0,22. Pertanto, possiamo confermare, anche nel caso della Regione Calabria, che i tempi di attesa non incidono sulla scelta di emigrare; semmai, questi ultimi potrebbero rappresentare una determinante del ricorso ad erogatori privati, quindi dell'aumento della spesa out of pocket.

**Centri di eccellenza e strutture ad alto volume di attività.** Uno strumento per la misurazione della qualità dei servizi sanitari è il Programma Nazionale Esiti 2016. Esso propone delle valutazioni sintetiche e intuitive suddivise per strutture sanitarie, ASL e regioni, avvalendosi di fonti istituzionali, quali il Sistema Informativo Ospedaliero, il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza. Pertanto, impiegando tale strumento di audit e i criteri valutativi da esso assunti è possibile stabilire, per alcuni settori specialistici, la quota di strutture che offrono un'assistenza di qualità in Calabria. Partendo dal reparto di maternità, tutti gli ospedali regionali (meno uno) si collocano al di sopra della soglia minima di sicurezza. Per l'area delle malattie respiratorie le prestazioni delle strutture sono in linea con la media nazionale, con quattro presidi tra i più virtuosi, sebbene risulti preoccupante la performance di due cliniche, per le quali il tasso di mortalità aggiustato entro 30 giorni dal ricovero supera il 28%. Concentrandoci sull'area muscoloscheletrica, in particolare sulla gestione dei casi di frattura del femore, solo un ospedale presenta valori di affidabilità superiori alla media nazionale. Per il settore specialistico cerebrovascolare prendiamo, invece, ad esempio il trattamento dell'ictus: due ospedali ottengono un punteggio superiore alle soglie nazionali che indentificano le migliori performance, mentre tre strutture superano gravemente la media nazionale relativa all'indicatore della mortalità a 30 giorni. Infine, procediamo con l'analisi dell'area oncologica, di cui prenderemo ad esame l'approccio chirurgico. A tal proposito, il PNE assume come indicatore di sicurezza e affidabilità della struttura il volume di interventi eseguiti, essendo oramai dimostrata la relazione inversa tra volume di attività e mortalità entro 30 giorni. Pertanto, quello del tumore al colon retto è l'unico caso in cui vi è una struttura ad alto volume di attività in tutte e tre le aree geografiche (CS- CT/KR/VV-RC), mentre per il tumore alla vescica, il tumore alla mammella e le neoplasie del sistema nervoso centrale l'affidabilità chirurgica è garantita in due sole aree. Quanto a tutti gli altri interventi oncologici solo una o nessuna struttura nell'intera regione supera il cut-off di sicurezza.

## I flussi di migrazione sanitaria in Calabria

La Calabria, dopo la Campania, è la regione che presenta la spesa più elevata per mobilità sanitaria, pari a 256,2 milioni di euro nel 2016. Tuttavia, il valore economico della mobilità può essere apprezzato ancor più efficacemente se si considera che la spesa sanitaria pro capite dei cittadini calabresi è di 1.715 euro all'anno, di cui 130 euro (il 7,6 %) sono destinati alla copertura dei debiti dovuti alle fughe sanitarie. Di fatto, più che una vera e propria "fuga", intesa come atto necessario a fronte di specifiche circostanze sfavorevoli, la mobilità sanitaria in Calabria è divenuta una *forma mentis*: quando un cittadino calabrese prende coscienza della patologia che lo affligge, o, ancor prima, quando un sintomo richiede l'esperimento di approfondimenti clinici, sembra automatico pensare di rivolgersi ad una struttura extraregionale, talvolta escludendo a priori la possibilità di reperire un'assistenza sanitaria sicura ed affidabile in regione. Questa naturale propensione ad emigrare ha dato origine ad una concezione della sanità regionale come di un sistema dall'assetto "decentrato", in cui l'opzione migratoria non costituisce un'alterazione dell'assistenza sanitaria nazionale di tipo federale, ma una normale forma d'accesso alle cure.

Quanto alla dimensione storica del fenomeno, nel 2008 la percentuale di pazienti in mobilità saliva dal 20,88% (2004) al 22,53%, fino ad arrivare al 25,63% nel 2012, attestandosi al 28,92% nel 2015, con un incremento di otto punti percentuali in poco meno di dieci anni. Riguardo la composizione dei ricoveri in mobilità suddivisi per ASP al 2015, l'ASP di Reggio Calabria presenta la mobilità relativa più elevata, con un tasso del 32,96%, seguita dalla Azienda di Cosenza, che si attesta al 31,74%, da quella di Crotone, 26,21%, e da quella di Vibo Valentia, 25,69%. Di contro, risulta senza dubbio contenuto il tasso di fuga dall' ASP di Catanzaro, pari al 20,47% dei ricoveri, circa il 10% in meno rispetto al risultato dell'ASP di Reggio Calabria. Guardando, infine, al percorso seguito dal paziente che lo ha condotto fuori regione alla ricerca di un'appropriata assistenza sanitaria, il 30% dei pazienti calabresi in mobilità sono stati inviati nella struttura di cura "su proposta" del medico di base; a questo valore deve aggiungersi una buona parte dei pazienti che hanno programmato il ricovero d'accordo con la struttura ospitante, normalmente indirizzata dal medico di base o dal medico specialista che effettua la prima visita. Inoltre, i ricoveri fuori regione corrispondenti alle nascite, pari al 20%, sono indirizzati nella quasi totalità dei casi dai ginecologi che seguono le gestanti nel corso della gravidanza e che, in diversi circostanze, svolgono l'attività libero professionale in regione, ma operano alle dipendenze di ospedali extraregionali.

**Le principali mete di cura.** Nonostante le difficoltà logistiche incontrate dai cittadini calabresi nell' andare fuori regione, per via della presunta impraticabilità della nuova autostrada A2 e dello stato di smantellamento progressivo della rete ferroviaria, questi decidono comunque di emigrare e, di norma, viaggiano a lungo, recandosi al Centro o al Nord del Paese. Il 40% dei flussi di mobilità dalla Calabria sono rivolti al Lazio (concentrati principalmente nelle seguenti strutture: "Gemelli", "Bambino Gesù", "Campus Biomedico") e alla Lombardia ("San Raffaele", IRCCS "Humanitas"), che si spartiscono equamente la più significativa fetta di pazienti fuori regione. L'Emilia Romagna attrae il 12% dei pazienti in mobilità ("Sant'Orsola"), la Sicilia, invece, il 10%, di cui il 71% è concentrato nella città di Messina ("G. Martino"). Troviamo, poi, Toscana ("Pisana", "Careggi") e Puglia ("Casa

Sollievo della Sofferenza") che presentano entrambe un flusso in entrata pari al 12% della mobilità calabrese. Infine, il 5% dei pazienti che dalla Calabria si reca fuori regione sceglie la vicina Basilicata ("OU del Lagonegrese").

**Emigrazioni per gruppi di patologie ed efficienza dei DRG.** Sono stati analizzati i primi 25 DRG con più alto valore relativo di mobilità. Per 12 DRG su 25 il tasso di fuga supera il valore 50, dunque in tutti questi casi la metà dei pazienti residenti in Calabria decide di cercare cure altrove. Inoltre, tra tali DRG, molte sono prestazioni dai costi elevati, come il trapianto di fegato o intestino, il trapianto di midollo osseo e l'ossigenazione extracorporea a membrane, che presentano tariffe per i ricoveri ordinari (con degenza maggiore di un giorno) superiori a 51.000 euro per ciascun episodio di ricovero. Per giunta, 15 DRG riportano una tariffazione superiore alla media delle tariffe dei DRG ordinari per acuti, pari a 5.639 euro per ricovero. Tutto ciò si traduce in compensazioni della mobilità dall'enorme valore finanziario.

Sempre con riferimento alle 25 prestazioni con maggiore tasso di fuga, si propone una misura dell'efficienza dei DRG per ASP. Per efficienza del DRG, in questo caso, si intende la capacità delle strutture territoriali di trattenere i pazienti residenti in ciascuna ASP mediante la propria offerta. Essa è ottenuta dividendo il valore dei ricoveri avvenuti all'interno degli istituti di cura di ciascuna ASP per il valore totale dei ricoveri degli assistiti dalle rispettive. Dall'analisi emerge la grave inefficienza dei DRG selezionati per tutte le ASP, con la sola eccezione del trapianto di midollo osseo, dell'impianto di defibrillatore cardiaco e della craniotomia per la sola ASP di Catanzaro, che registra l'unico caso di mobilità attiva. Guardano, poi, all'efficienza per ASP, le performance complessive delle Aziende si differenziano poco tra loro. Il punteggio di efficienza più basso è totalizzato dalle ASP di Vibo Valentia (224,46) e di Crotone (347); mentre, la prestazione migliore, seppur palesemente insufficiente, è quella dell'ASP Catanzaro che, con quattro DRG al di sotto della soglia di efficienza 10, ottiene il punteggio più alto (822,81).

**Il caso dell'oncologia.** L'oncologia è l'area sanitaria con il tasso medio di fuga ospedaliera maggiore del 2015, pari al 40,1% relativamente ai DRG oncologici con volume di ricoveri complessivo superiore a 100. La mobilità sanitaria più elevata è registrata per gli interventi di contrasto al tumore del polmone, con un tasso di fuga del 92,7%, per il trattamento chirurgico del tumore maligno alla laringe (67,3%), alla prostata (65,1%) e alla tiroide (65%). Portando l'attenzione sulle neoplasie che colpiscono le donne, il trattamento del cancro all'apparato riproduttivo femminile registra una fuga considerevole, pari al 63,6%, come anche la mastectomia per neoplasie maligne, la cui mobilità ammonta al 46,9%. Al contrario, le diagnosi relative a neoplasie del fegato e delle vie biliari presentano una mobilità contenuta, pari al 19,1%. I dati appena riportati sono stati mostrati al Dottor. Schito, Direttore dell'UO di Oncologia dell'Ospedale Civile "Ferrari" di Castrovillari. Secondo il Dottore, le maggiori cause della mobilità oncologica sono l'insufficienza delle apparecchiature diagnostiche (riportando come esempi il mammotome, la scintigrafia per la ricerca del linfonodo sentinella e i test genetici), l'inadeguatezza dei reparti per la fase chirurgica della terapia di contrasto al tumore e il sottodimensionamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale del malato, il che rende la mobilità oncologica un vero e proprio trasferimento a

lungo termine del paziente. Inoltre, dalla consultazione di Schito è emerso che non esiste una strategia regionale e/o nazionale di orientamento del paziente, sulla base delle esigenze del malato e, al contempo, delle capacità ricettive delle strutture di ricovero: ciascun medico costruisce in modo autonomo la propria rete di conoscenze in base alla quale veicolare l'assistito nel suo percorso di cura, non essendo previsto alcun sistema istituzionale di raccordo e informazione.

**Il caso della pediatria.** La mobilità pediatrica, per quanto numericamente meno consistente rispetto a quella oncologica, risulta ugualmente drammatica, per via dei costi umani e sociali che essa comporta. I ricoveri di pazienti di età inferiore ai 16 anni residenti in Calabria sono stati 15.447, di cui in mobilità 5.983, più del 38% dei ricoveri complessivi: il 13% in più (in valore relativo) del 2008. L' ASP con il maggiore tasso di fuga pediatrica è quella di Cosenza (42,8%), mentre quella di Catanzaro (32,9%) regista circa il 10% di mobilità pediatrica in meno. Le percentuali di ricoveri extraregionali più elevata sono registrate per la craniotomia (86%), i disturbi mentali dell'infanzia (72,73%) e le infezioni/infiammazioni respiratorie (70%). Altrettanto allarmanti sono l'emigrazione al 67,43% per le malattie del sistema nervoso e quella al 43,22% per convulsioni e cefalea tra i minori: in entrambi i casi tra le 236 e le 239 famiglie si sono trasferite in altre regioni per l'assistenza sanitaria. Come per l'oncologia, anche i dati appena esaminati sono stati mostrati ad un medico del settore, la Dott.ssa Meringolo, pediatra da più di venticinque anni, che ha operato in diversi comuni appartenenti alla ASP di Cosenza. Secondo l'esperta, il fattore che più incide sulla decisione di emigrare è la ricerca da parte dei genitori del migliore centro per la cura della patologia di cui è affetto il proprio bambino. Talvolta, infatti, il centro di eccellenza, per via della singolarità del caso clinico o della gravità dello stato di salute del paziente, è indicato direttamente dal pediatra; in altri casi, invece, pur non essendo strettamente necessario andare oltre regione per trattare la patologia, le famiglie ritengono troppo rischioso affidare la salute del bambino a specialisti del territorio.

**Il caso dell'ortopedia.** La mobilità sanitaria interregionale relativa alla chirurgia ortopedica supera il 50% della produzione regionale. Particolarmente consistente è l'emigrazione per la chirurgia protesica, una componente significativa della chirurgia ortopedica e in costante aumento negli ultimi quindici anni. Guardando nel dettaglio alla mobilità per i DRG con volumi di attività superiori a 100, il più alto tasso di migrazione sanitaria, pari al 78,90%, è registrato per l'artroscopia; seguono gli interventi sugli arti superiori (spalla, gomito e altri), tra cui rientra anche la protesica, con una mobilità del 59,16%, gli interventi su anca e femore per i pazienti pediatrici (57, 42%) e gli interventi su arto inferiore e omero (51,29%). I dati sui ricoveri ortopedici avvenuti in regime di mobilità sanitaria sono stati mostrati al Direttore del Dipartimento di Chirurgia Ortopedica dell'ASP di Cosenza, il Dottore Candela. Secondo il Primario per comprendere le ragioni della mobilità ortopedica è sufficiente esaminare la filiera dell'offerta sanitaria, di cui sono componenti essenziali la formazione del personale medico e le prospettive di inserimento di quest'ultimo all'interno delle strutture ospedaliere regionali. L'Università "Magna Graecia" di Catanzaro, per via dell'esiguo numero di studenti/laureati, non sarebbe in grado di soddisfare il fabbisogno regionale di medici e chirurghi, specialmente nell'area ortopedica. Sono molti i

giovani che studiano fuori regione in Policlinici Universitari all'avanguardia in grado di offrire prospettive di impiego, e che, per ovvi motivi, decidono di non tornare in Calabria, progettando il loro futuro altrove. Un ulteriore fattore individuato dal Dottore Candela come causa della mobilità sanitaria è la profonda diffidenza della popolazione calabrese verso il proprio Servizio Sanitario. Una diffidenza che, a suo dire, non sempre si fonda su evidenze empiriche e che penalizza anche "il volto sano" della sanità regionale.

### L'impatto della mobilità sulla politica sanitaria regionale

Il contenimento della mobilità sanitaria passiva risulta essere, oramai da tempo, obiettivo comune a tutti i programmi di politica sanitaria adottati dalla struttura commissariale preposta alla gestione del Dipartimento di Tutela della Salute e Sanità dal 2010. La totalità degli interventi di contenimento dell'emigrazione sanitaria sono stati inquadrati nell'ambito della programmazione della rete sanitaria ospedaliera e territoriale e delle reti di specialità (Rete Oncologica, laboratoristica, del sistema trasfusionale, dei trapianti, delle cure palliative ed *hospice*). Il "Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera" per l'anno 2016, prevede un recupero della mobilità passiva del 30% mediante l'attivazione di nuovi posti letto per le attività in acuzie. Si aggiunga a questo la previsione di una serie di investimenti nel lungo periodo rivolti a: personale (specializzazione delle competenze medico-chirurgiche), risorse tecnologiche (aggiornamento delle apparecchiature diagnostiche e chirurgiche), qualità delle prestazioni, comfort alberghiero, accessibilità (abbattimento delle liste di attesa e delle intermediazioni per l'ammissione alle cure). Il Documento del 2016 includeva altresì una proroga della convenzione tra l'AO "Pugliese-Ciaccio" e l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", finalizzata al contenimento della mobilità extra-regionale di pazienti pediatrici. La convenzione, siglata nel 2012, ma poi interrotta per il 2017, mirava all'istituzione di un "Centro Pediatrico Specialistico" per l'assistenza di I e II livello, mediante l'integrazione del personale delle due strutture, nonché l'aggiornamento e la riqualificazione dei professionisti.

**La rete oncologica regionale.** Il modello organizzativo seguito per la Rete Oncologica prevede la suddivisione dello spazio regionale in tre Aree geografiche, ognuna delle quali è dotata di un Coordinamento Oncologico di Area. Nel Coordinamento di Area rientrano tutti gli erogatori di servizi oncologici che insistono sul territorio, suddivisi per livelli in Hub (preposti alle funzioni di alta specializzazione) e Spoke (che svolgono attività di primo livello come la prima accoglienza e la diagnostica). Sia Hub che Spoke, tuttavia, si occupano della formulazione del Piano Assistenziale Individuale per i pazienti oncologici: gruppi multidisciplinari, diretti dallo specialista le cui competenze sono maggiormente richieste per il trattamento del caso clinico in specie, individuano i percorsi diagnostici e terapeutici più adatti ai pazienti, garantendo loro continuità assistenziale nel tempo. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica troviamo, peraltro, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), prodotti dai Coordinamenti di Area. Si tratta di interventi volti a determinare, sulla base delle migliori pratiche ed evidenze scientifiche, le fasi del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti.

## CAPITOLO TERZO- L'indagine statistica: voce ai cittadini

La partecipazione dei cittadini/pazienti e degli operatori della salute alle decisioni di politica sanitaria rappresenta non solo un diritto, ma anche un dovere di questi ultimi, che, mediante il loro contributo, consentono ai *policy maker* di acquisire coscienza dello stato delle cose, assumendo una visione nuova e differente dei problemi del sistema sanitario. In Italia la valorizzazione del ruolo attivo dei pazienti rientra nella più ampia opera di prevenzione del rischio clinico e di rafforzamento del rapporto di fiducia tra paziente e sistema sanitario. In proposito, nel 1980 furono istituiti da diverse Aziende Sanitarie degli Uffici di Pubblica Tutela, aventi il compito di assicurare l'effettività dei diritti riconosciuti al paziente dalla legislazione nazionale nelle aree dell'informazione e della partecipazione di quest'ultimo alla valutazione dei servizi sanitari. Successivamente, il decreto legge 12 maggio del 1995 n.163 disponeva l'adozione di una "Carta dei servizi" da parte di ciascun erogatore sanitario, pubblico e privato accreditato. Si tratta di un documento che sancisce il patto tra l'Azienda Sanitaria e la comunità nell'intento di superare l'autoreferenzialità delle istituzioni e orientare l'offerta sanitaria al soddisfacimento dei reali bisogni dei pazienti. Muovendo dal valore della partecipazione attiva degli *stakeholders* alla definizione delle scelte di politica sanitaria e in linea con le esperienze istituzionali e associative appena descritte, di seguito è riportato l'esito di un'indagine condotta su un modesto campione di pazienti che ha vissuto un'esperienza di mobilità sanitaria.

## La consultazione come strumento di coinvolgimento e metodo di indagine per la valutazione delle politiche pubbliche

In uno studio guidato da Julia Abelson sulla partecipazione dei cittadini ai processi decisionali nel settore della salute si distingue tra *deliberative methods* e *non deliberative methods*. I primi prevedono il coinvolgimento diretto del cittadino nel processo deliberativo. Di norma, la funzione di siffatti strumenti deliberativi, che per ovvi motivi coinvolgono una piccola fetta di popolazione, è la determinazione di una scala delle priorità di intervento partendo dalle opinioni dei cittadini. I *non deliberative methods*, invece, non prevedono il diretto coinvolgimento del cittadino nelle decisioni di policy, ma la sua consultazione, al fine di acquisire informazioni, percezioni e opinioni utili alla definizione di una politica sanitaria vicina alle esigenze dell'utenza. Il coinvolgimento di pazienti e professionisti, oltre a favorire il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, è un atto di valorizzazione della cittadinanza attiva: la comunità è in grado di promuovere concretamente un cambiamento legislativo ed organizzativo, divenendo co-responsabile del buon funzionamento dei servizi sanitari. Peraltro, la consultazione è un vero e proprio metodo di indagine per la valutazione delle politiche pubbliche. Essa può essere impiegata in tutte le fasi del processo valutativo. *Ex ante* consente di acquisire le opinioni e le informazioni necessarie per progettare una politica pubblica, compensando l'asimmetria informativa che spesso penalizza il decisore rispetto ai soggetti interessati. *In itinere* permette di ottenere un giudizio sul processo di implementazione da parte dei soggetti direttamente coinvolti, cogliendo le ragioni profonde di eventuali difficoltà e rallentamenti. *Ex post* contribuisce alla valutazione dell'impatto, individuando le incongruenze tra i risultati ottenuti e gli obiettivi attesi attraverso l'ascolto dei destinatari della *policy*.

**Metodologia e strumenti per la comprensione dei dati.** Ai fini della presente ricerca si è deciso di impiegare come metodo d'indagine l'intervista semi-strutturata, una tecnica qualitativa che massimizza la possibilità per gli intervistati di esprimersi liberamente e apportare contributi innovativi alla consultazione, mediante l'uso di una "traccia di intervista" in cui sono indicati sinteticamente gli argomenti da trattare sotto forma di domande generali, facendo sì che l'intervistato possa spontaneamente approfondire determinati aspetti o introdurre nuovi temi. Elemento caratteristico dell'intervista semi-strutturata è l'assenza di standardizzazione. Lo scopo della consultazione non è, infatti, la rilevazione dei dati, ma la comprensione della realtà che vive l'intervistato. Per questo la traccia funge da "cornice" entro cui gli intervistati possono esprimersi utilizzando la propria terminologia e il proprio modo di categorizzare la realtà.

**La struttura del campione.** Proporzionalmente all'ampiezza delle ASP (in termini di popolazione assistita), su un totale di 13 intervistati, il campione è stato così ripartito: 4 pazienti per la ASP di Cosenza, 4 per Reggio Calabria, 3 per Catanzaro, 1 per Crotone e 1 per Vibo Valentia. Trattandosi di dati estremamente sensibili si è assicurato l'anonimato degli intervistati, attribuendo a ciascuno di loro un numero ai fini della presentazione dei risultati.

**La traccia di intervista.** La rilevazione ha toccato le seguenti aree tematiche: dati strutturali (ASP, sesso, età); caratteristiche del ricovero (patologia/prestazione, regione di ricovero, tipologia di ricovero); motivazioni della scelta (fattori che hanno inciso sulla decisone, fonte di orientamento); valutazione dell'esperienza migratoria (soddisfazione complessiva, esito delle prestazioni, disagi); comparazione tra il ricovero in mobilità e il ricovero in regione. Per la somministrazione dell'intervista è stato scelto un metodo misto: in parte i pazienti sono stati consultati mediante interviste *face to face*, in parte sono stati raggiunti telefonicamente.

**Le caratteristiche dei ricoveri.** L'indicazione della patologia/prestazione relativa al ricovero, pur non essendo un'informazione suscettibile di interpretazione, è funzionale alla comprensione della complessità del caso, dunque, dell'evitabilità o inevitabilità della mobilità sanitaria. Peraltro, gli iter diagnostici e terapeutici annessi a ciascuna patologia differiscono per strutturazione e durata. Ad ogni modo, per quanto non statisticamente rappresentativo, il campione riflette in parte la distribuzione della mobilità sanitaria regionale per patologie descritta nel secondo capitolo. Difatti, quattro pazienti su tredici hanno scelto l'opzione migratoria per prestazioni di carattere ortopedico; tra questi un caso è di ortopedia pediatrica. La medesima quota di intervistati ha, poi, cercato cure fuori dalla Calabria per patologie oncologiche. Proseguendo in ordine di frequenza, tre pazienti, di cui uno pediatrico, sono emigrati per patologie neurologiche, mentre due soggetti hanno ricevuto prestazioni in regime di mobilità nelle aree sanitarie di ginecologia e oculistica.

**Le motivazioni dell'emigrazione sanitaria.** Due dei ricoveri extraregionali del campione sono riconducibili alla categoria della mobilità fisiologica. Per i restanti ricoveri l'area della qualità spiega la scelta di otto pazienti su undici. Nella totalità dei casi la ricerca di medici competenti e professionali è stata indicata come primo fattore causale della mobilità sanitaria. Seguono, in ordine, la qualità delle strutture, valida come seconda motivazione per tre pazienti su undici, e l'uso di tecniche all'avanguardia, che ha contribuito alla scelta

migratoria di un solo intervistato. Generalmente, la ricerca di uno standard delle prestazioni superiore a quello offerto in Regione trae origine, talvolta, da una pregressa esperienza negativa presso un presidio regionale, talaltra, da una diffidenza generalizzata nei riguardi del Servizio Sanitario della Calabria, fondata sulla negativa reputazione delle strutture e del personale. All' area dell'adeguatezza, che attiene all'impossibilità o alla difficoltà di ottenere le prestazioni richieste presso il proprio ospedale, invece, fanno riferimento tre intervistati su undici. Chiaramente, la valutazione dell'inattuabilità di un'assistenza sanitaria adeguata al proprio caso clinico presso una struttura regionale è, inevitabilmente, condizionata dal giudizio del paziente e dalle informazioni di cui esso dispone. Infine, troviamo l'area logistica, che riguarda le esperienze di mobilità sanitaria condizionate dal tentativo di ridurre gli inconvenienti pratici correlati alle cure extraregionali. Dalle interviste è emerso che per quattro pazienti su undici la presenza di un familiare o di un amico in zona è stato un fattore determinante nella scelta della struttura sanitaria. Tuttavia, la scelta del luogo di cura è affare ben diverso dalla decisione di emigrare. Pertanto, l'area logistica non incide direttamente sulla decisione di emigrare.

Un altro aspetto della scelta migratoria affrontato nel corso delle interviste è la fonte (persona o strumento informativo) che ha orientato il paziente nella scelta della struttura sanitaria. Nel nostro caso otto pazienti su tredici hanno valutato la possibilità di recarsi in un ospedale al di fuori della regione di residenza dietro consiglio di un professionista sanitario. Il resto del campione ha, invece, seguito i pareri di familiari e amici.

**Le valutazioni dei pazienti.** Dodici pazienti su tredici hanno dichiarato di essere stati curati efficacemente o, comunque, di aver apprezzato significativi miglioramenti nel proprio stato di salute. Quanto alla valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero, la quasi totalità del campione (undici intervistati su tredici) si è detta molto soddisfatta del trattamento ospedaliero. Un aspetto apprezzato da tutti i soggetti (anche da chi non si è dichiarato del tutto soddisfatto del ricovero) è la professionalità dei medici, intesa come scrupolosità nel corso della fase diagnostica, chiarezza nell'informare il paziente e premura nei riguardi dell'assistito. Altro motivo di soddisfazione per nove pazienti su tredici è l'accoglienza della struttura, declinata principalmente come umanità del personale sanitario e amministrativo. Un ulteriore aspetto sottolineato da più di un paziente è la comprensione mostrata riguardo ai disagi che la distanza da casa avrebbe potuto procurare ai pazienti. Per questo, ad esempio, gli accertamenti diagnostici erano concentrati in poche date e gli interventi venivano programmati secondo le esigenze logistiche dei pazienti.

Oltre a giudizi sulle prestazioni sanitarie, agli intervistati è stato chiesto di esprimersi in merito ai disagi comunemente annessi alla migrazione. La maggioranza (nove pazienti su tredici) ha manifestato gravi disagi: di questi, sei hanno evidenziato l'onerosità dei costi di viaggio, accentuata dalle carenze infrastrutturali regionali che limitano la possibilità di accedere a mezzi di trasporto economici e veloci; quattro, hanno fatto riferimento ai disagi per gli accompagnatori nell'assentarsi dal posto di lavoro per lunghi periodi di tempo, cui si aggiungono i costi di soggiorno presso strutture alberghiere; altri quattro hanno risentito delle difficoltà di ordine emotivo-psicologico annesse alla lontananza.

**Due esperienze a confronto.** Dal raffronto tra l'esperienza di ricovero regionale e quella extraregionale emerge con chiarezza un dato: la principale criticità riscontrata dai pazienti che hanno ricevuto assistenza in una struttura fuori regione è la carente organizzazione dei presidi calabresi. La difficile comunicazione tra i reparti, l'assenza di équipe multidisciplinari al servizio del paziente, i ritardi e gli oneri burocratici che gravano sugli assistiti sono tutti aspetti che incidono negativamente sulla qualità del servizio ospedaliero. Se a questo si aggiunge la scarsa umanizzazione del personale medico-sanitario nell'approcciarsi al paziente (citata da tre pazienti), la negligenza di alcuni medici e il pessimo servizio alberghiero (indicati in due casi) si completa il quadro dei disservizi rilevati dai nostri intervistati nel raffronto con la sanità extraregionale.

## Strategie d'intervento limitative dell'emigrazione ospedaliera

Nel 2012 il commissario ad acta della regione Campania approvava il decreto n.165, recante l'obbligo per gli assistiti del Servizio Sanitario Regionale di acquisire preventivamente dalla ASL di appartenenza un'autorizzazione per la fruizione di alcuni tipi di prestazioni sanitarie presso strutture extraregionali. Il ricorso ad un'opzione di *policy* talmente restrittiva, oltre a confermare la gravità del fenomeno, è sintomo delle resistenze poste alla limitazione della mobilità sanitaria mediante il miglioramento della gestione del SSR. Del resto, la mancata revisione della programmazione e gestione dell'assistenza sanitaria, annessa alla limitazione forzata della facoltà di viaggiare per la salute, rischierebbe di gravare ulteriormente sui cittadini residenti in tali regioni, già indiscutibilmente penalizzati sotto il profilo dell'equità e della non discriminazione nel godimento del diritto alla salute. Muovendo da tali considerazioni, sono riportate alcune proposte di *policy* che, nel complesso, tendono ad adeguare i servizi sanitari ai bisogni del territorio e a fidelizzare i pazienti.

**Il risanamento del rapporto tra politica e amministrazione.** Sebbene a partire dagli anni Novanta abbia preso avvio un processo di separazione tra politica e amministrazione basato sulla volontà di accrescere l'efficienza nella gestione della PA e garantire l'imparzialità dell'azione amministrativa, la tendenza degli organi politici regionali di intendere impropriamente la politica sanitaria come "gestione" dell'apparato della salute ha indotto a quel fenomeno patologico detto "politicizzazione della sanità". Le disposizioni in materia di dirigenza sanitaria previste dalla Riforma Madia vanno nella direzione della valorizzazione del merito e del rafforzamento del sistema delle responsabilità dirigenziali; tuttavia, il tentativo di separare la politica dalla gestione amministrativa della salute non sembra essere pienamente riuscito. Del resto, la politica in sanità serve: le ASL e le AO sono aziende, i cui azionisti sono i cittadini, rappresentati dalla giunta regionale. Pertanto, la competenza politica nella sanità non può mettersi in discussione, semmai quest'ultima deve essere normata in modo da evitare che la partitocrazia prenda il sopravvento e la gestione amministrativo-sanitaria, spettante ai dirigenti sanitari, venga asservita alle sue logiche.

**Gli accordi interregionali per il governo della mobilità.** Sul piano dell'organizzazione, le maggiori criticità annesse al fenomeno migratorio riguardano la pianificazione dei servizi sanitari. Pertanto, concludere accordi che prevedano dei tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni da erogare in regime di mobilità,

differenziati per gravità di DRG e tipologie di prestazioni, tanto le regioni ospitanti quanto le regioni di residenza sarebbero in grado di programmare anticipatamente l'impatto economico e logistico della migrazione, orientando, altresì, i flussi in base allo stato quali-quantitativo dell'offerta regionale. A partire da questo tipo di accordi dovrebbero prendere avvio progetti di programmazione sanitaria condivisi su più vasta scala, volti a valorizzare le specialità di ciascuna regione. Il risultato ideale sarebbe la creazione di una rete nazionale in cui, fermo restante la garanzia da parte di ciascuna regione delle prestazioni routinarie a standard qualitativi adeguati, si individuino delle strutture di riferimento per aree territoriali cui convogliare i ricoveri di maggiore complessità.

**Un sistema integrato di informazione.** In ambito sanitario si possono distinguere delle aree della comunicazione aziendale cui corrispondo funzioni e interlocutori differenti: l'area della comunicazione sanitaria, concernente quelle iniziative che intervengono sui processi decisionali e sulle scelte di consumo degli utenti, e l'area della comunicazione istituzionale, che include tutte le operazioni di comunicazione dell'identità e dell'immagine aziendale, allo scopo di legittimare il sistema sanitario nel rapporto con i soggetti interni ed esterni a quest'ultimo. Con riferimento alla prima aera si propone un modello di comunicazione diretto a informare il paziente sui servizi offerti, consolidando il senso di appartenenza nei riguardi del sistema sanitario locale e instaurando una relazione di fiducia con gli utenti. Caratteristiche del modello sono: una pianificazione accurata sui vari livelli istituzionali; uno stile semplice e diretto, adatto a tutti i tipi di utenza; il concreto miglioramento dell'offerta sanitaria, quale fattore imprescindibile per il recupero di immagine del sistema; l'orientamento all'ascolto dell'utente. Quanto all'area istituzionale, lo strumento più adeguato per porre in relazione professionisti, UO e presidi è l'intranet. Si tratta di una piattaforma virtuale di diffusione e condivisione dei contenuti, che coniuga tre funzioni strettamente correlate con l'obiettivo del contenimento della mobilità sanitaria: comunicazione della *vision* e dell'identità, ricerca dei contenuti aziendali e collaborazione tra gli utenti del portale.

**Una nuova reputazione a partire dalle università**. Un altro tipo di mobilità concorre, infine, alla fuga sanitaria: la mobilità dei giovani professionisti e degli studenti in formazione universitaria. Pertanto, tra le strategie di contenimento della mobilità sanitaria si dovrebbe includere una programmazione più estesa, volta ad impiantare le condizioni accademiche e professionali necessarie a produrre un miglioramento del servizio nel lungo periodo.