Ministero della Salute

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

La Mobilità Sanitaria in Italia

Secondo rapporto
Edizione 2024

monitor
!"##$%&%'()*+$$+*,-.!(+

Coordinatore Attività
Maria Pia Randazzo – Direttore UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari - Agenas

Responsabile Scientifico
Stefano Domenico Cicala - UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari - Agenas

Responsabile Tecnico
Federico Gioia – UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari - Agenas

Gruppo sezione Mobilità Ospedaliera
Francesco Amabile, Raffaela Ciuffreda - UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari - Agenas

Gruppo sezione Mobilità Specialistica Ambulatoriale
Giordano Brandoni, Stefano Parisi, Francesco Amabile, Raffaela Ciuffreda, Danilo Catania
UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari - Agenas
Giacomo Diedenhofen - UOS PNE e rapporti internazionali - Agenas; Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria e Biometria, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma
Cristian Taormina - UOSD Sanità digitale e Telemedicina - Agenas

Quaderno di Monitor 2025

Supplemento
alla rivista semestrale Monitor

Proprietario ed Editore
AGENAS - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore Editoriale
Giulio Siccardi

Direttore Responsabile
Massimiliano Abbruzzese

Segreteria di Redazione
Eugenia Bignardelli

Sede centrale: Via Toscana, 12
Sede legale: Via Puglie, 23
00187 Roma
tel: 06 42749700

Impaginazione grafica
Digital Angels srl

Stampa
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n° 124 del 13.11.2020

Finito di stampare
nel mese di luglio 2025

Codice ISSN 2282-5975

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244. Agenas assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23, convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad Agenas il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica. Inoltre, con decreto legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022 n. 25, è stato assegnato ad Agenas il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale, con l'obiettivo di assicurare il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.

INDICE

Introduzione **3**
La Mobilità sanitaria in Italia **5**

Metodi **5**
Il modello concettuale **7**
Metodologia di analisi **7**
Attività ospedaliera **7**
Definizione della coorte: Criteri di inclusione ed esclusione 7
Definizione Mobilità Casuale 8
Definizione Mobilità Apparente 9
Definizione di DRG ad alta complessità 9
Definizione di DRG potenzialmente inappropriato 9
Definizione di DRG media o bassa complessità 10
Definizione di Confine e di Prossimità **10**
Definizioni di Mobilità a Tetto e Mobilità Non a Tetto **10**
La classificazione F.A.R.E. per l'identificazione dei ricoveri in mobilità ambulatoriale **11**
Indicatori di Monitoraggio **12**
Indice di fuga (IF) 12
Indice di attrazione per erogatore (IA) 12
Indice Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI): 12
Saldo economico della spesa per mobilità: 13
Percentuale di Mobilità a tetto: 13
Fuga di Confine: 13
Indice di Distanza Accettabile: 13
Indice di Potenziale Attrattività dell'Operatore (IPAO) 14
La tutela statistica della riservatezza per dati aggregati **14**

Mobilità Sanitaria: Mobilità Ospedaliera **15**
Composizione mobilità passiva **15**
Andamenti Mobilità **17**
Componenti della Mobilità sanitaria **18**
La Mobilità Sanitaria Effettiva **19**
Mobilità Passiva 19
La mobilità per Strutture 24
La mobilità per tipologia di struttura 25
Ricoveri in mobilità per acuti e post acuti 26
La mobilità di confine e di Prossimità 27
La mobilità in prossimità accettabile 32
La mobilità per MDC 34
Mobilità Attiva 37
L'indice di Soddisfazione della domanda interna: ISDI **40**
Risultati economici della Mobilità **42**
La relazione tra Ricoveri e Valori Economici della Mobilità **44**
L'indice di potenziale attrattività dell'operatore: IPAO **48**

stat.agenas.it

Mobilità Sanitaria: Mobilità Ambulatoriale **50**
Composizione della mobilità **50**
Andamenti Mobilità **50**
Tipologia di prestazioni in Mobilità sanitaria **51**
La Mobilità Sanitaria **52**
Mobilità Passiva 52
Mobilità Passiva per Categoria FARE I livello 54
Mobilità Passiva per Categoria FA-RE di III livello 56
Mobilità Attiva 57
Il Saldo economico **58**
Soddisfazione della Domanda Interna **59**

Prospettive di sviluppo **61**
L'analisi dei flussi di mobilità sanitaria: una lente fondamentale per comprendere l'equilibrio tra domanda e offerta di cure **61**

Introduzione

Il presente documento costituisce la prosecuzione del lavoro avviato con il Primo Rapporto sulla Mobilità Sanitaria pubblicato da AGENAS, offrendo un'analisi aggiornata e approfondita dei flussi sanitari interregionali in Italia. Proseguendo nell'attività di monitoraggio e valutazione intrapresa lo scorso anno, questa seconda edizione si propone di fornire strumenti conoscitivi utili alle regioni e ai policy maker per la pianificazione sanitaria e per la gestione del governo delle disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure.

In Italia, la mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno chiave per comprendere l'assetto organizzativo e le criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Essa si articola principalmente attraverso due macro-dimensioni: la mobilità ospedaliera e quella ambulatoriale, che insieme hanno rappresentato circa l'85% della spesa complessiva per mobilità sanitaria nel 2023. Questa incidenza sottolinea il ruolo cruciale di tali flussi nella comprensione delle dinamiche di utilizzo dei servizi sanitari e nell'organizzazione territoriale dell'offerta. L'analisi approfondita della mobilità, pertanto, si rivela indispensabile per la pianificazione sanitaria, la distribuzione efficiente delle risorse e la garanzia di un accesso equo e tempestivo alle prestazioni erogate dal SSN.

Già prima dell'emergenza pandemica, il SSN mostrava una significativa mobilità sanitaria interregionale, sintomo di differenze nell'organizzazione e nella capacità attrattiva delle reti assistenziali regionali. Come noto, con l'arrivo della pandemia da COVID-19, i flussi di mobilità hanno subito una contrazione significativa. Considerando la sola mobilità ospedaliera (75% della spesa totale nel 2023), nel 2022, con la progressiva ripresa delle attività sanitarie, i dati, dopo una leggera contrazione, sono tornati ai livelli pre-pandemici, attestandosi nuovamente all'8,5% del totale dei ricoveri.

Questa ripresa si è ulteriormente rafforzata nel 2023, quando la percentuale di ricoveri in mobilità passiva è aumentata fino a raggiungere l'8,69%. La mobilità di specialistica ambulatoriale, sia in termini di volumi sia di spesa, ha seguito lo stesso andamento della mobilità ospedaliera, ma con una minore propensione dei pazienti a cercare cure specialistiche al di fuori della propria regione di residenza (solo il 2,42% delle prestazioni). L'analisi della mobilità ospedaliera in Italia rivela una concentrazione significativa in specifiche Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC).

In particolare, le 'Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo' (MDC 08) rappresentano la principale causa di mobilità sanitaria, caratterizzando circa il 33% dei flussi di pazienti che si spostano per ricevere cure. Per quanto concerne la mobilità sanitaria ambulatoriale, si riscontra una duplice caratterizzazione: in termini di volume di prestazioni, le analisi di laboratorio rappresentano la categoria più richiesta, mentre in termini di spesa, le prestazioni di diagnostica assumono un ruolo preminente. I flussi di mobilità interregionale seguono uno schema geografico consolidato, evidenziando significative differenze tra le aree del Paese: difatti, le regioni del Sud si caratterizzano per flussi di migrazione più accentuati se confrontati con quelli delle regioni del Nord e del Centro.

Questi dati evidenziano la persistenza di disuguaglianze territoriali nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari, richiamando l'attenzione sull'esigenza di un rafforzamento delle reti ospedaliere regionali, in particolare nelle regioni caratterizzate da una minore attrattività.

La Mobilità sanitaria in Italia

Metodi

Questo documento analizza il fenomeno della mobilità sanitaria, definito dall'OECD[1] come "*medical tourism"*, che si basa su due aspetti fondamentali: il movimento, ovvero lo spostamento da una giurisdizione sanitaria di appartenenza a un'altra, e la prestazione sanitaria, che rappresenta la motivazione principale dello spostamento.

La mobilità sanitaria in Italia si articola in due dimensioni principali e complementari:

- Mobilità Attiva: descrive l'attrazione esercitata dalle Strutture Sanitarie di una Regione, siano esse pubbliche o private accreditate, in favore di utenti che risiedono in altre Regioni/Province autonome;
- Mobilità Passiva: descrive la fuga dei propri assistiti, verso Strutture Sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, fuori dalla propria Regione/Provincia autonoma di residenza.

La mobilità sanitaria è pertanto quel fenomeno che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle circolari del Ministero della Salute 100/SCPS/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/SCPS/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/SCPS/4.344 spec. del 28 gennaio 1997 attuative del comma 3 dell'art. 12 del d.lgs. n. 502/1992.

Il Patto per la salute 2010-2012 (n. 243/CSR del 3 dicembre 2009) all'articolo 19 ha proposto l'introduzione di "adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria". Tali accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale sono stati resi obbligatori con la Legge di stabilità 2016 (legge 208/2015 comma 576).

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" all'articolo 3 utilizza la mobilità sanitaria come uno degli elementi correttivi necessari al calcolo del fabbisogno di posti letto per mille abitanti a livello regionale, portando all'aumento o al decremento di questo parametro in base alle caratteristiche della mobilità. La costituzione di bacini di utenza che superano i confini regionali, specie per le piccole regioni, ha evidenziato la possibilità di una mobilità interregionale fisiologica necessaria a garantire sostenibilità e qualità delle cure.

Ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, le Regioni annualmente si accordano sulle regole tecniche per

[1] Lunt et al., (2011). Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

uniformare la procedura per la trasmissione di dati, definire tempi per l'invio, le contestazioni e le controdeduzioni mediante la definizione di un "accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria" che contiene le tariffe uniche convenzionali (TUC) che si basa sulle tariffe fissate dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, che vengono aumentate del 10% per i DRG per le prestazioni più complesse e diminuite del 20% e 40% rispettivamente per i DRG chirurgici e medici appartenenti alla lista dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinario. Al termine dello scambio dei dati il coordinamento delle regioni produce una tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell'anno successivo.
L'ultimo accordo, approvato il 22 settembre 2021, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e in vigore per le attività dell'anno 2020 ha individuato, in linea con i precedenti, i tracciati record per i 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate[2]:

A. Ricoveri ospedalieri e day hospital, differenziati per pubblico e privato
B. Medicina generale
C. Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato
D. Farmaceutica
E. Cure termali
F. Somministrazione diretta di farmaci
G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

La mobilità attiva rappresenta per le Regioni un credito, mentre quella passiva una voce di debito; ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino. Tutte le prestazioni incluse nei LEA, ma non tra quelle in compensazione, devono essere addebitate alla Regione di residenza via fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione all'azienda territoriale di appartenenza del paziente.
Con la legge di Bilancio del 30 dicembre 2020 sopracitata, gli accordi interregionali entrano a tutti gli effetti nel sistema di adempimento dei LEA e costituiscono un elemento valutativo ai fini dell'accesso alla quota premiale.

[2] https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-22092021/convocazione-e-odg/

Il modello concettuale

Metodologia di analisi

Di seguito vengono descritti gli elementi tecnici che determinano i criteri di inclusione ed esclusione della coorte analizzata.

Attività ospedaliera

Definizione della coorte: Criteri di inclusione ed esclusione

Le motivazioni e le circostanze che portano a scegliere di ricevere assistenza sanitaria in un territorio diverso da quello di residenza possono essere molteplici e variegate. Per comprendere meglio il fenomeno, la mobilità sanitaria è stata suddivisa in tre macrocategorie principali: Casuale, Apparente ed Effettiva.

All'interno della categoria Effettiva, la mobilità è ulteriormente classificata nelle seguenti sottocategorie:

- Ricoveri con DRG di alta complessità
- Ricoveri con DRG di media o bassa complessità
- Ricoveri con DRG a rischio di inappropriatezza

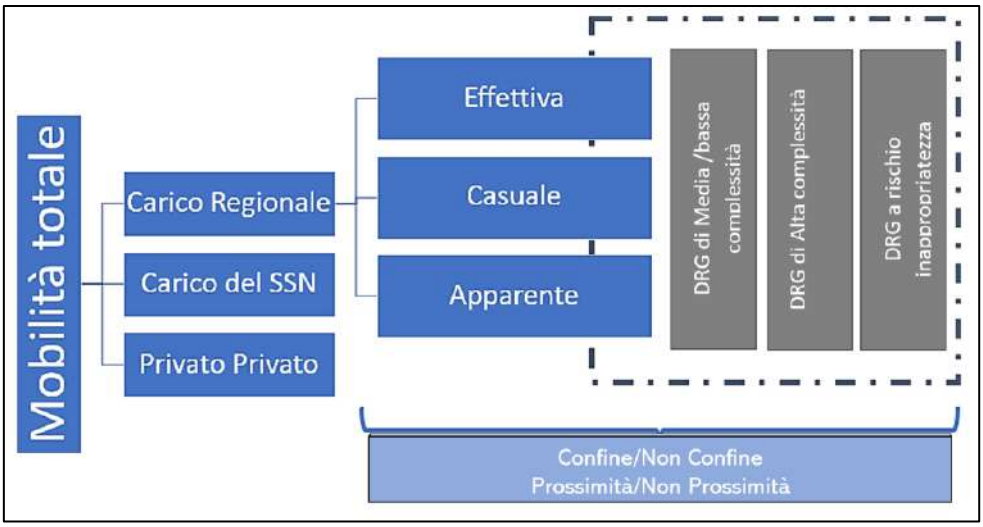
Tutte queste sottocategorie sono ulteriormente suddivise in base alla prossimità geografica rispetto al comune di residenza del paziente, distinguendo tra ricoveri extraregionali effettuati in prossimità e in assenza di servizi (o prestazioni) offerti dalla regione di residenza o in una condizione per cui il tempo di percorrenza per raggiungere la struttura interna è svantaggioso.

Dal modello di analisi sono stati esclusi:

- i ricoveri di pazienti non residenti in Italia.
- i ricoveri non a carico della Regione di residenza.

Nel Riquadro 1 è riportato lo schema concettuale utilizzato per definire la struttura del modello analitico e identificare le diverse determinanti della mobilità sanitaria. Lo schema illustra, in ordine cronologico, i passaggi seguiti per il calcolo delle determinanti, inclusi i criteri di esclusione adottati.

Riquadro 1. Schema concettuale: Descrizione dello schema concettuale per il calcolo delle componenti della mobilità



Lo studio si basa sull'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) come fonte principale di dati[3]. La coorte include tutte le SDO che soddisfano i seguenti criteri:

- Ricoveri in cui la regione di residenza del paziente differisce dalla regione di dimissione;
- Ricoveri di pazienti residenti in Italia;
- Ricoveri presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate;
- Ricoveri in regime ordinario e day hospital/day surgery;
- Ricoveri con onere della degenza classificato con i codici 1, 2 (a carico del SSN), 5 o 6.

Definizione Mobilità Casuale

La Mobilità Casuale include tutte le SDO relative a ricoveri classificati come "Casualità", ovvero ricoveri in regime ordinario che presentano le seguenti caratteristiche:

- Ricoveri in cui la variabile "tipo di ricovero" è associata alle modalità: ricovero urgente, ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e parto non urgente;
- Ricoveri in cui la variabile "provenienza" non presenta le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico, ricovero programmato dallo stesso istituto, paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente dal pronto soccorso (PS);
- Ricoveri che risultano collegati al flusso EMUR-PS.

Per la stima della remunerazione, è stato utilizzato il tariffario stabilito dal Decreto Balduzzi del 2012[4].

[3] Decreto del Ministero della Sanità 28 dicembre 1991 e s.m.i.
[4] Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Definizione Mobilità Apparente

La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza.

La mobilità apparente è fornita dal Ministero della Salute che classifica i ricoveri come in mobilità apparente confrontando la regione di residenza, presente nel flusso SDO, con la regione di domicilio del paziente presente nel sistema TS[5].

Ad esempio, un paziente residente in Calabria e domiciliato in Lombardia, che effettua un ricovero in Lombardia sarà considerato come ricovero in mobilità apparente.

Definizione di DRG ad alta complessità

I DRG (Diagnosis-Related Group)[6], o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, sono un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri. L'obiettivo è raggruppare i pazienti dimessi in categorie clinicamente omogenee e, soprattutto, simili per il consumo di isorisorse ospedaliere. Ogni DRG ha un "peso relativo" che riflette la complessità e il costo medio del trattamento, influenzando il rimborso riconosciuto agli ospedali.

Con il termine "DRG ad alta complessità" si intendono tutti gli 84 DRG ad alta complessità e i 119 DRG pediatrici definiti mediante i criteri di individuazione della mobilità di alta complessità descritti nel Testo dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria con le regole valide per il 2021.

Per le tariffe è stato preso in considerazione il Decreto Balduzzi del 2012[7]. Si parlerà di remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, posto a carico del SSN, stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex decreto ministeriale del 18/10/2012, e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24[8].

Definizione di DRG potenzialmente inappropriato

La quota di mobilità inappropriata deriva da ricoveri potenzialmente inappropriati[9], ai sensi di quanto stabilito dal patto per la salute 2010-2012, in cui si definisce una lista composta da 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario (il dettaglio dei DRG è riportato nell'Allegato 2 nella sezione Allegati).

---

[5] La Mobilità Sanitaria in Italia Rapporto 2022.
[6] Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i.
[7] DECRETO 18 ottobre 2012.
[8] Di conseguenza, i costi riportati potrebbero non coincidere con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera, disponendo le varie regioni di uno specifico tariffario.
[9] Patto della Salute 2010-2012 alt. B (cfr. art 6, c.5).

Definizione di DRG media o bassa complessità

Tutti i ricoveri che non rientrano nelle determinanti sopradescritte sono classificabili come ricoveri a media o bassa complessità.

Definizione di Confine e di Prossimità

La mobilità di confine riguarda i ricoveri che richiedono spostamenti tra Regioni confinanti. I confini delle unità amministrative, a fini statistici, sono costituiti da tre livelli gerarchici (regioni, province e comuni) e uno statistico (ripartizioni geografiche a copertura nazionale), cui si aggiungono negli anni censuari anche le aree speciali (zone in contestazione e isole amministrative)[10].

La prossimità, invece, permette di suddividere i ricoveri in cinque fasce, in base al tempo di percorrenza che intercorre tra il luogo di residenza e la struttura di cura[11]:

- Prossimità entro 30 minuti
- Prossimità tra 30 e 60 minuti
- Prossimità tra 60 e 120 minuti
- Prossimità tra 120 e 180 minuti
- Prossimità oltre 180 minuti

Si definisce un'ulteriore sottocategoria suddivide la prossimità di ricovero in accettabile e non accettabile: prossimità accettabile si classifica in ulteriore sottocategoria di ricovero una struttura per la quale qualora la distanza dal comune di residenza alla struttura di ricovero extraregionale sia inferiore alla distanza necessaria per raggiungere una struttura all'interno della regione di residenza[12], viceversa la prossimità sarà ritenuta non accettabile.

Definizioni di Mobilità a Tetto e Mobilità Non a Tetto[13]

La Mobilità a tetto si riferisce alle prestazioni sanitarie di mobilità extraregionale soggette a un limite massimo di spesa ("tetto di finanziamento"). Comprende, ad esempio, DRG potenzialmente inappropriati, DRG di non alta complessità e attività di lungodegenza/riabilitazione. Queste

[10] Istat (2020); Descrizione dei dati geografici dei confini delle unità amministrative a fini statistici; Confini delle unità amministrative a fini statistici DCAT-ATA.

[11] Jenks, George F. 1967. "The Data Model Concept in Statistical Mapping", International Yearbook of Cartography 7: 186–190.

[12] Non vengono considerate le strutture che eseguono un numero di ricoveri che hanno un numero di DRG minore del 10° percentile delle numerosità su scala nazionale (soglia di occasionalità).

[13] Da Allegato tecnico sui criteri da utilizzare per la definizione dei contenitori SDO contenuto nello "SCHEMA TIPO DI RIFERIMENTO PER GLI ACCORDI DI MOBILITA' TRA REGIONI" - Accordi bilaterali (di cui al comma 492 della L. 178/2020 e smi.) approvato in Commissione Salute, nella seduta del 05/07/2022.

prestazioni vengono regolamentate attraverso accordi bilaterali tra le regioni, con un controllo sui volumi e sui costi sostenuti.

La mobilità non a tetto comprende le prestazioni sanitarie di mobilità extraregionale che non sono soggette a un limite massimo di spesa. Rientrano in questa categoria interventi altamente complessi e urgenti, come i trapianti, l'oncologia chirurgica e medica, il trattamento di grandi ustioni, i traumi gravi, la neuroriabilitazione e i ricoveri in urgenza da pronto soccorso. Queste prestazioni vengono finanziate senza restrizioni di volume, garantendo l'accesso alle cure necessarie senza vincoli di spesa predefiniti.

La classificazione F.A.R.E. per l'identificazione dei ricoveri in mobilità ambulatoriale

Allo base dello studio della mobilità nella specialistica si è usato come riferimento il metodo di classificazione FA-RE, introdotto nella Regione Emilia-Romagna dal 2001[14], che, seguendo un criterio di affinità clinica, colloca in modo sistematico ed univoco ogni prestazione in uno specifico raggruppamento "ad albero"[15], sono stati ricodificati tutti i codici di prestazione adoperati dalle singole Regioni e Province Autonome (PA) e presenti nel flusso ex art. 50 dal 2019 al 2023, ai fini della definizione di una base dati comparabile dell'erogato storico.

Il metodo originale è stato revisionato ai fini della classificazione delle prestazioni di tutte e 21 le Regioni e PA, in quanto dallo studio dei diversi nomenclatori e cataloghi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale regionali è emersa la necessità di apporre modifiche per meglio cogliere la complessità ed eterogeneità emergente. Ad ogni singola prestazione è stato attribuito uno specifico raggruppamento, definito sui primi tre livelli FA-RE. Il primo livello identifica una delle seguenti sei macro-tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione e PAC. Tutte le prestazioni a cui non è stato possibile attribuire una delle categorie sopramenzionate, sono state classificate come "ALTRO". Rispetto alla metodologia originale, sono state aggiunte le categorie di primo livello PAC ("Pacchetto", riferita ai pacchetti di prestazioni ambulatoriali codificati da singole Regioni e PA) e "ALTRO". Il secondo e il terzo livello rappresentano una classificazione di crescente dettaglio delle prestazioni, fino a un massimo di 46 categorie separate di prestazioni.

[14] Fadda A., Repetto F. et al. Attività specialistica ambulatoriale, primo rapporto – Anno 2000. Documento interno Regione Emilia-Romagna. 2001.

[15] Fortino A., Miceli M., Filogna M. et al., FA-RE: un valido sistema di raggruppamento per classificare ed analizzare le prestazioni specialistiche ambulatoriali. QA, 2010; 20(3): 100-6.

Indicatori di Monitoraggio

Gli indicatori di monitoraggio della mobilità sanitaria rappresentano uno strumento fondamentale per i decisori politici, consentendo loro di acquisire una conoscenza approfondita delle dinamiche del fenomeno. Attraverso questi indicatori, è possibile valutare le condizioni iniziali, identificare le criticità legate alla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione, individuare le aree che richiedono interventi correttivi e definire obiettivi realistici e misurabili in un orizzonte temporale definito.

Di seguito è fornito un set di indicatori individuati e calcolati nell'analisi condotta per lo studio della mobilità sanitaria, che possono rappresentare opportuni *alert* per le regioni che devono valutare i processi di mobilità sanitaria.

Inoltre, il set di indicatori individuati rappresenta una prima base informativa per lo sviluppo dei programmi nazionali di cui legge di Bilancio 30 dicembre 2020, n.178, articolo 1, comma 494, anche ai fini del futuro monitoraggio del fenomeno.

Indice di fuga (IF)

L'indice di fuga misura la percentuale di fuga rispetto il fabbisogno di prestazioni sanitarie dei residenti. L'indice analizza il rapporto tra ricoveri effettuati fuori regione da residenti di una regione sul totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa.

$$Indice\ di\ fuga\ = \frac{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Passiva}{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Passiva + volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

Indice di attrazione per erogatore (IA)

L'indice volume di attrazione misura la percentuale di ricoveri in attrazione rispetto il totale delle prestazioni erogate nella regione di osservazione. L'indice rappresenta la capacità di attrazione della regione sul totale della produzione.

$$Indice\ di\ attrazione\ = \frac{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Attiva}{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Attiva + volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

Indice Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI):

L'indice misura la capacità della regione di produrre un'offerta sanitaria in grado di assorbire la domanda interna.

$$ISDI\ = \frac{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Attiva + volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ assenza\ di\ mobilità}{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ passiva + volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

Se l'indicatore assume valore 1 la regione è in grado di soddisfare la domanda sanitaria interna, valori minori di 1 indicano che la regione non riesce a soddisfare la domanda sanitaria interna, mentre valori maggiori di 1 indicano che la regione ha un'offerta sanitaria superiore alla domanda interna.

Saldo economico della spesa per mobilità:

L'indice misura la capacità della regione di produrre ricavi e costi legati a ricoveri in mobilità

$$SALDO\ Mobilità\ = \text{Ricavi da } ricoveri\ o\ prestazioni \text{ in mobilità attiva} - \text{Costi da } ricoveri\ o\ prestazioni \text{ in mobilità passiva}$$

Valori positivi del Saldo indicano che la regione ha una spesa stimata legata alla mobilità passiva inferiori alla stima dei ricavi derivati dalla mobilità attiva. Valori negativi indicano che la regione ha una spesa per mobilità passiva superiore ai ricavi. Infine, le regioni il cui Saldo è nullo hanno equilibrio di spesa.

Percentuale di Mobilità a tetto:

L'indice misura la percentuale di ricoveri in mobilità sanitaria a tetto sul totale dei ricoveri in mobilità sanitaria

$$\%\ Mobilità\ a\ tetto\ = \frac{Ricoveri\ in\ mobilità\ passiva\ classificati\ a\ tetto}{volume\ di\ ricoveri\ o\ prestazioni\ in\ Mobilità\ Passiva}$$

I valori dell'indicatore consentono di determinare la quota di ricoveri in mobilità sanitaria per cui la spesa potrebbe essere ridotta. Valori elevati indicano un ricorso significativo a ricoveri in strutture extraregionali, evidenziando la necessità di interventi per migliorare l'offerta sanitaria a livello regionale e ridurre la dipendenza da strutture esterne.

Fuga di Confine:

L'indice di fuga di Confine (OBJ) misura la percentuale di fuga dei pazienti in regioni confinanti con la regione di residenza. L'indice analizza il rapporto tra ricoveri effettuati presso strutture situate in regioni di confine con la regione di residenza dei pazienti in mobilità sanitaria e totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa.

$$Indice\ di\ fuga\ di\ Confine\ = \frac{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva\ in\ regione\ di\ confine}{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva + volume\ di\ ricoveri\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

Indice di Distanza Accettabile:

L'indice di Distanza Accettabile (ID_A) misura la percentuale di fuga extraregionale relativa ad un ricovero per DRG, per cui la distanza dal Comune di residenza del paziente alla struttura

extraregionale è minore della distanza tra il Comune di residenza e la più vicina struttura della regione di residenza. L'indice analizza il rapporto tra ricoveri effettuati in mobilità sanitaria per cui la distanza è accettabile e totale dei ricoveri effettuati dai residenti della regione stessa.

$$Indice\ di\ distanza\ accettabile\ = \frac{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva\ in\ prossimità\ accettabile}{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva + volume\ di\ ricoveri\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

Indice di Potenziale Attrattività dell'Operatore (IPAO)

L'indice di Potenziale Attrattività dell'Operatore (IPAO) fornisce una stima della potenziale fuga dovuta ad un operatore (chirurgo). L'indice analizza, per ogni DRG chirurgico, il numero di ricoveri con interventi chirurgici eseguiti nella regione di attrazione da uno o più operatori in prima posizione che abbiano operato almeno una volta nella regione di fuga confrontandoli con il totale degli interventi eseguiti nella regione di attrazione.

$$\boldsymbol{IPAO} = \frac{numero\ di\ interventi\ eseguiti\ nella\ regione\ di\ attrazione\ da\ operatori\ che\ abbiano\ operato\ almeno\ una\ volta\ nella\ regione\ di\ fuga}{interventi\ eseguiti\ nella\ regione\ di\ attrazione\ da\ operatori\ in\ prima\ posizione}$$

La tutela statistica della riservatezza per dati aggregati

Si considerano dati aggregati le combinazioni di modalità alle quali è associata una frequenza non inferiore a una soglia prestabilita, ovvero un'intensità data dalla sintesi dei valori assunti da un numero di unità statistiche pari alla suddetta soglia. Il valore minimo attribuibile alla soglia è pari a tre.

Le celle che non rispondono al criterio della soglia adottato o dalle quali si possono trarre riferimenti individuali secondo altri criteri vengono definite "*sensibili*" o "a *rischio*" (*unsafe*).

Ferma restando l'integrità del dato pubblicato, ovvero non facendo ricorso a metodi perturbativi che alterano il dato elementare a priori, cioè prima della pubblicazione della tabella, o a posteriori, cioè, che modificano la tabella contenente delle celle sensibili[16] il problema della protezione di una tabella, nella fase operativa, si riduce ad oscurare le celle sensibili e, al tempo stesso, verificare che il valore relativo a tali celle non possa essere ricavato in altro modo. Per evitare ciò si ricorre ad alzare la soglia di riservatezza, effettuando se necessario delle ulteriori soppressioni (soppressioni secondarie).[17]

[16] Cox, L.H. (1987). A constructive procedure for unbiased controlled rounding. Journal of the American Statistical Association, 82, 398, 520-524.
[17] Istat (2013). Collana Metodi e Norme: Manuale tutela riservatezza, 24-25.

Mobilità Sanitaria: Mobilità Ospedaliera

Composizione mobilità passiva

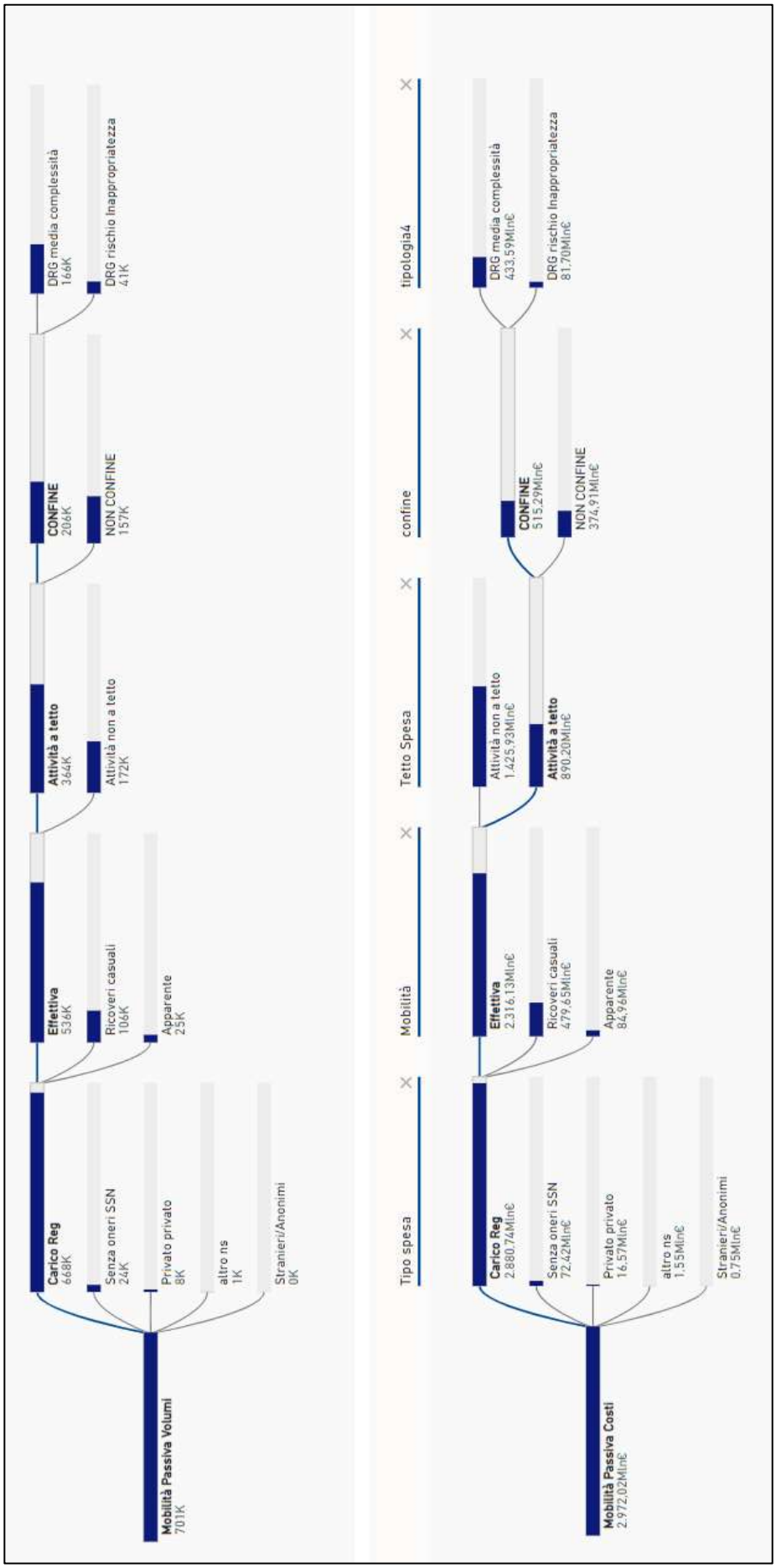
La mobilità sanitaria, ossia la scelta di ricevere assistenza in un territorio diverso da quello di residenza, è determinata da una pluralità di motivazioni e circostanze. I flussi di mobilità analizzati sono divisi in tre determinanti:

- Mobilità apparente: ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando questa non coincide con la regione di residenza.
- Mobilità casuale: ricoveri effettuati in urgenza.
- Mobilità effettiva: componente sulla quale la regione potrebbe intervenire per contrastare il fenomeno della mobilità. Questa è ulteriormente suddivisa in:
    - Ricoveri con DRG di alta complessità;
    - Ricoveri con DRG di media o bassa complessità;
    - Ricoveri classificati con DRG a rischio di inappropriatezza.

Inoltre, tutti i ricoveri sono distinti in base alla classificazione "a tetto" e "non a tetto", alla regione di cura (confine o non confine) e alla prossimità, ovvero la distanza necessaria per raggiungere il luogo di cura a partire dalla residenza del paziente (Figura 1).

La coorte di riferimento per lo studio della mobilità passiva sarà costituita dai ricoveri con oneri a carico della Regione di residenza (Carico Reg). Pertanto, sono esclusi dall'analisi i ricoveri di pazienti non residenti in Italia e quelli non finanziati dalla Regione di residenza.

Figura 1. Composizione della mobilità passiva: distribuzione dei volumi e dei costi (anno 2023)



stat.agenas.it

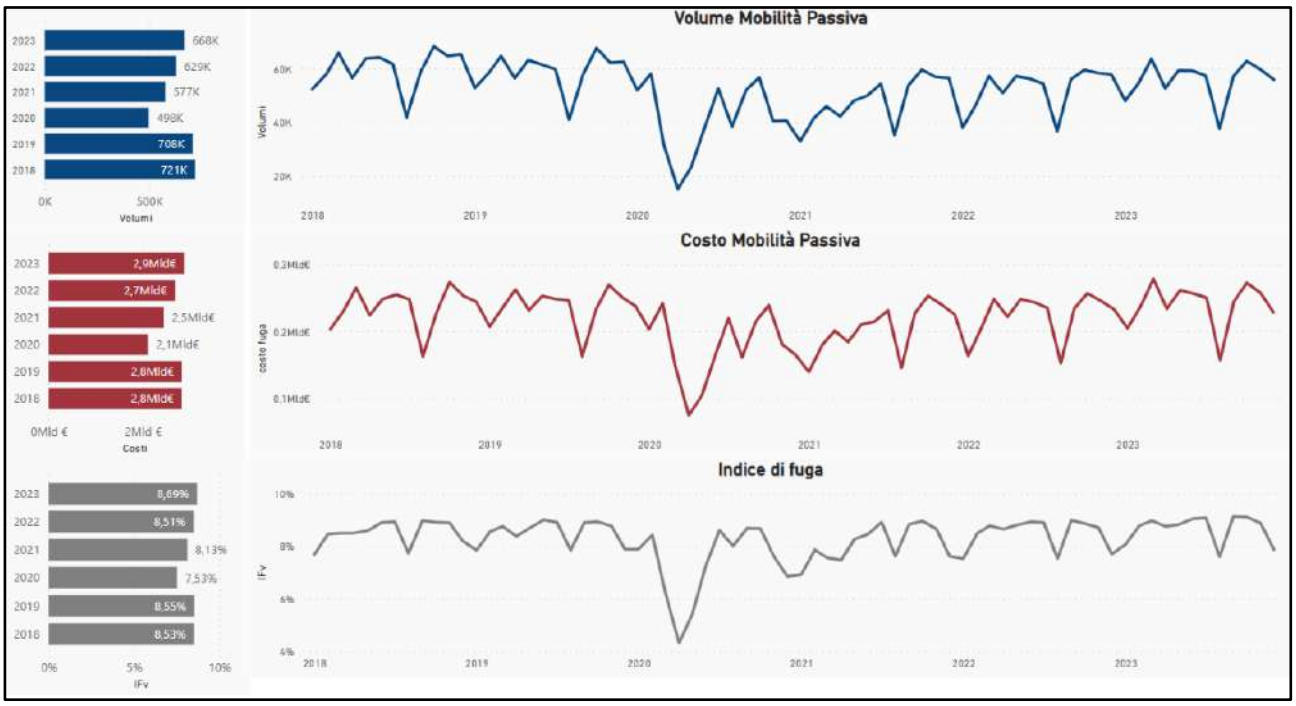
Andamenti Mobilità

In Italia, ad eccezione del periodo pandemico, la mobilità sanitaria dei residenti è caratterizzata da una certa stabilità, sia in termini di volume che di costi, con andamenti stagionali regolari. Nel periodo compreso tra il 2018 e il 2019, il numero di ricoveri in mobilità sanitaria è stato costantemente intorno ai 720.000, con un costo annuo di circa 2,8 miliardi di euro. Tuttavia, durante gli anni della pandemia, questi andamenti hanno subito una flessione significativa, per poi registrare una ripresa a partire dalla seconda metà del 2021.

Nella serie storica osservata, invece, l'indice di fuga, ossia la propensione dei pazienti italiani a ricoverarsi in regioni diverse da quella di residenza, attesta i suoi valori al di sopra dell'8,5%, ma al di sotto del 9%, con un valore massimo registrato nel 2023 (8,69%). Fanno eccezione gli anni del Covid-19, in particolare il 2020, dove l'IF riduce notevolmente il suo valore.

I dati sintetizzati evidenziano la propensione degli italiani a ricorrere alla mobilità sanitaria extra-regionale, mantenendo pattern stagionali, influenzati in particolar modo dal periodo estivo e invernale, e variazioni regolari. (Figura 2).

Figura 2. Andamento per volumi, Spesa e Indice di Fuga in Mobilità Sanitaria Anni: 2018-2023



Componenti della Mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria, così come descritto nei precedenti paragrafi, può essere analizzata suddividendo il fenomeno in diverse tipologie, ciascuna caratterizzata da determinanti specifiche.

La Figura 3 illustra la scomposizione della mobilità totale in mobilità casuale, apparente ed effettiva, quest'ultima con annessa distinzione in base alla complessità dei DRG.

Nella serie storica oggetto di studio si è registrata una diminuzione dei volumi di ricoveri in mobilità con DRG di media complessità (dal 55,4% nel 2018 al 52,8% nel 2023). Parallelamente, la spesa per mobilità ha visto un incremento assoluto di 4,5 punti percentuali per i ricoveri classificati con DRG di alta complessità, che nel 2023 ha costituito il 42,2% della spesa complessiva (Figura 3).

Figura 3. Scomposizione della mobilità totale per costo e volume del ricovero

La Mobilità Sanitaria Effettiva

Mobilità Passiva

La coorte di riferimento per lo studio della mobilità passiva sarà definita solamente dai ricoveri con oneri a carico della regione in mobilità sanitaria effettiva, in ragione della rilevanza di tale flusso. La spesa e il volume dei ricoveri legati alla mobilità sanitaria effettiva ammontano complessivamente a 2,3 miliardi di euro e 536 mila ricoveri, pari a circa l'80% del totale della spesa per mobilità sanitaria. Come illustrato in Figura 4, in Italia, per due ricoveri su tre, la spesa per mobilità effettiva è attribuibile a strutture private accreditate (68%), per un totale di 1,6 miliardi di euro. Anche dal punto di vista dei volumi, la percentuale di ricoveri nelle strutture private accreditate è maggiore rispetto a quelle pubbliche (il 62%, il 38%).

Il fenomeno della mobilità passiva varia notevolmente a seconda dell'area geografica e mostra una variabilità ancora più marcata tra le singole regioni. I volumi di ricoveri dei residenti in Campania, Lombardia e Puglia costituiscono oltre un quarto della mobilità effettiva complessiva (144 mila ricoveri, pari al 27%). Queste stesse regioni registrano anche i livelli di spesa più elevati, pari a 625,3 milioni di euro (27% del totale).

Focalizzandosi sugli indici di fuga, emergono situazioni differenti: Molise e Basilicata mostrano un'elevata propensione al ricovero in fuga, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano si distingue per il numero più basso di ricoveri in fuga rispetto al fabbisogno di prestazioni espresso dai propri residenti.

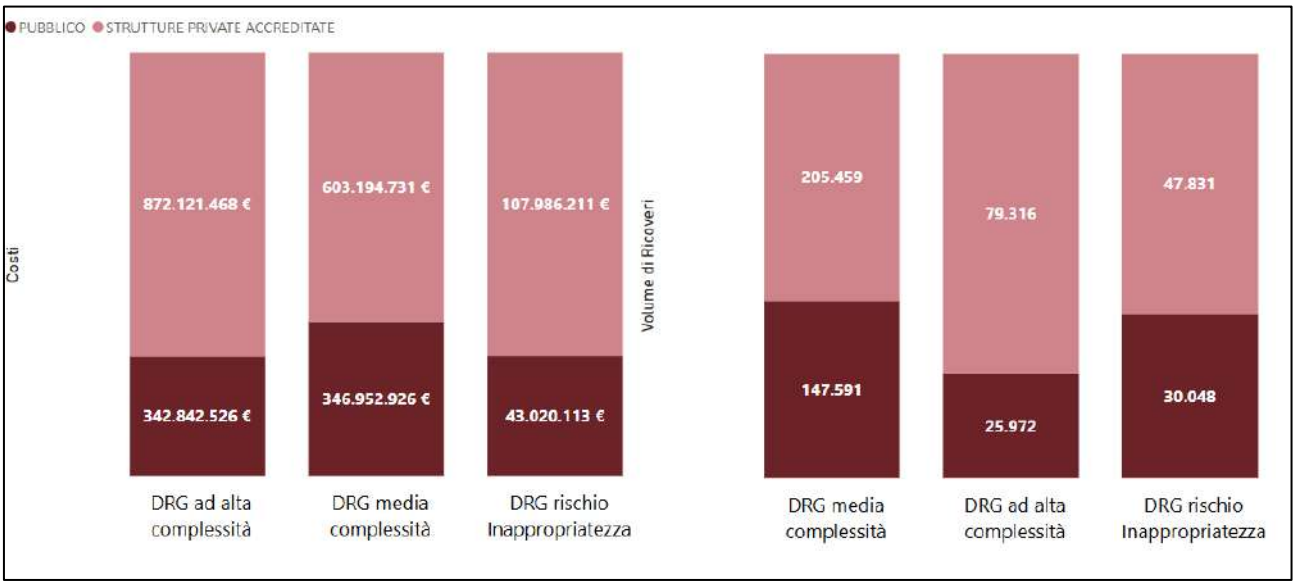
Figura 4. Mobilità passiva effettiva- indice di fuga, volumi e costi per Regione di fuga (anno 2023)

MOBILITA' PASSIVA INDICE DI FUGA

Regione	IFv	VFtot	VFpub %	VFpriv %	Costi	CFpriv %	CFpub %
MOLISE	41,63%	10,3K	43%	57%	39,7MlnE	63%	37%
BASILICATA	35,77%	16,3K	36%	64%	69,2MlnE	70%	30%
CALABRIA	24,78%	39,4K	42%	58%	163,8MlnE	62%	38%
UMBRIA	21,81%	15,6K	41%	59%	65,6MlnE	68%	32%
ABRUZZO	21,60%	25,1K	36%	64%	102,8MlnE	66%	34%
VALLE D'AOSTA	21,18%	2,8K	56%	44%	13,2MlnE	51%	49%
LIGURIA	18,60%	27,1K	35%	65%	126,1MlnE	75%	25%
MARCHE	17,08%	23,2K	41%	59%	92,5MlnE	66%	34%
P.A. TRENTO	16,94%	8,4K	49%	51%	35,1MlnE	50%	50%
PUGLIA	15,27%	42,1K	33%	67%	190,1MlnE	72%	28%
VENETO	10,43%	38,6K	36%	64%	163,7MlnE	70%	30%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	10,36%	10,8K	39%	61%	48,3MlnE	66%	34%
CAMPANIA	10,35%	54,5K	34%	66%	234,9MlnE	69%	31%
TOSCANA	8,84%	26,1K	31%	69%	121,7MlnE	76%	24%
SICILIA	8,69%	32,2K	43%	57%	142,5MlnE	63%	37%
SARDEGNA	8,28%	12,1K	37%	63%	56,4MlnE	68%	32%
EMILIA-ROMAGNA	8,25%	30,9K	35%	65%	126,2MlnE	72%	28%
PIEMONTE	8,06%	30,8K	43%	57%	129,3MlnE	68%	32%
LAZIO	8,03%	39,6K	41%	59%	181,8MlnE	67%	33%
LOMBARDIA	6,40%	47,6K	37%	63%	200,3MlnE	72%	28%
P.A. BOLZANO	5,61%	2,7K	58%	42%	13,0MlnE	39%	61%
Totale	**10,96%**	**536,2K**	**38%**	**62%**	**2.316,1MlnE**	**68%**	**32%**

Inoltre, come si può osservare nella Figura 5, oltre un terzo della spesa in mobilità passiva è assorbito da ricoveri classificati con DRG di alta complessità verso strutture private accreditate (872,12 mln/37,6%).

Figura 5. Mobilità effettiva: distribuzione volume di ricoveri e spesa in mobilità passiva



In relazione alla complessità dei ricoveri, Toscana e Veneto si distinguono come le regioni con le percentuali di spesa per ricoveri in DRG ad alta complessità più elevate a livello nazionale (Toscana: 60,5%; Veneto: 57,6%).

Per i ricoveri in DRG di media complessità, a livello nazionale la proporzione dei ricoveri si attesta al 65,8%, mentre la quota di spesa associata a questa categoria è pari al 41%. Nel 2023, Basilicata (61,07%) e Valle d'Aosta (60,68%) registrano le percentuali di spesa più elevate per questa classe di ricoveri (Tabella 1), concentrando una quota significativa di risorse su ricoveri per i quali la mobilità risulta meno giustificata.

Infine, per quanto riguarda i ricoveri potenzialmente inappropriati, le percentuali più elevate si registrano nella Provincia Autonoma di Trento (25,45%) e in Umbria (19,69%).

Tabella 1. Mobilità effettiva: distribuzione per Regione e per complessità di DRG dei volumi di ricoveri e spesa (%)

Tipo DRG	DRG ad alta complessità		DRG media complessità		DRG rischio Inappropriatezza	
Regione	Fuga	Costi	Fuga	Costi	Fuga	Costi
ABRUZZO	16,21%	41,53%	71,07%	51,67%	12,72%	6,80%
BASILICATA	8,40%	33,72%	81,33%	61,07%	10,27%	5,21%
CALABRIA	10,51%	36,95%	80,53%	57,19%	8,96%	5,87%
CAMPANIA	10,59%	37,35%	81,46%	58,81%	7,95%	3,83%
CITTÁ DEL VATICANO	3,19%	33,75%	86,14%	57,73%	10,67%	8,52%
EMILIA-ROMAGNA	24,58%	57,54%	58,21%	36,85%	17,21%	5,61%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	12,84%	48,27%	71,92%	46,10%	15,25%	5,62%
LAZIO	16,00%	47,66%	71,89%	44,64%	12,12%	7,70%
LIGURIA	6,65%	33,64%	81,16%	59,97%	12,18%	6,39%
LOMBARDIA	23,26%	55,84%	61,53%	37,54%	15,21%	6,61%
MARCHE	20,69%	51,49%	65,14%	42,91%	14,17%	5,60%
MOLISE	18,41%	47,44%	73,34%	50,62%	8,25%	1,95%
P.A. BOLZANO	13,96%	51,89%	74,14%	41,57%	11,90%	6,54%
P.A. TRENTO	13,79%	30,50%	56,85%	44,05%	29,36%	25,45%
PIEMONTE	24,14%	54,99%	57,33%	36,28%	18,53%	8,73%
PUGLIA	17,47%	46,60%	67,91%	47,91%	14,63%	5,50%
SARDEGNA	14,73%	48,22%	73,32%	45,63%	11,94%	6,15%
SICILIA	15,02%	45,61%	76,48%	50,51%	8,50%	3,87%
TOSCANA	22,15%	60,46%	67,39%	36,29%	10,45%	3,25%
UMBRIA	11,57%	36,18%	68,27%	44,13%	20,16%	19,69%
VALLE D'AOSTA	8,52%	30,85%	74,15%	60,68%	17,33%	8,47%
VENETO	24,34%	57,56%	61,03%	37,17%	14,63%	5,27%
Totale	**19,64%**	**52,46%**	**65,84%**	**41,02%**	**14,52%**	**6,52%**

Tabella 2. Mobilità effettiva: distribuzione per Regione e per complessità di DRG dei volumi di ricoveri e spesa (v.a.)

Tipo DRG	DRG ad alta complessità		DRG media complessità		DRG rischio Inappropriatezza		Totale	
Regione	Fuga	Costi	Fuga	Costi	Fuga	Costi	Fuga	Costi
LOMBARDIA	27,0K	320,1Mln€	71,5K	215,2Mln€	17,7K	37,9Mln€	**116,1K**	**573,3Mln€**
EMILIA-ROMAGNA	23,9K	272,0Mln€	56,7K	174,2Mln€	16,8K	26,5Mln€	**97,4K**	**472,7Mln€**
VENETO	12,9K	146,0Mln€	32,3K	94,3Mln€	7,7K	13,4Mln€	**53,0K**	**253,6Mln€**
LAZIO	6,5K	73,0Mln€	29,2K	68,4Mln€	4,9K	11,8Mln€	**40,6K**	**153,2Mln€**
PIEMONTE	7,3K	79,9Mln€	17,4K	52,7Mln€	5,6K	12,7Mln€	**30,3K**	**145,4Mln€**
TOSCANA	7,8K	83,9Mln€	23,6K	50,4Mln€	3,7K	4,5Mln€	**35,0K**	**138,8Mln€**
PUGLIA	2,8K	35,0Mln€	10,8K	36,0Mln€	2,3K	4,1Mln€	**15,9K**	**75,1Mln€**
MARCHE	3,1K	34,3Mln€	9,8K	28,6Mln€	2,1K	3,7Mln€	**15,0K**	**66,6Mln€**
CAMPANIA	1,7K	22,1Mln€	13,4K	34,8Mln€	1,3K	2,3Mln€	**16,4K**	**59,1Mln€**
ABRUZZO	2,3K	22,4Mln€	9,9K	27,9Mln€	1,8K	3,7Mln€	**14,0K**	**54,0Mln€**
MOLISE	1,9K	23,9Mln€	7,7K	25,5Mln€	0,9K	1,0Mln€	**10,5K**	**50,3Mln€**
LIGURIA	1,2K	16,4Mln€	14,5K	29,2Mln€	2,2K	3,1Mln€	**17,9K**	**48,7Mln€**
CITTÁ DEL VATICANO	0,8K	13,7Mln€	20,9K	23,5Mln€	2,6K	3,5Mln€	**24,2K**	**40,7Mln€**
P.A. TRENTO	1,2K	11,6Mln€	5,0K	16,7Mln€	2,6K	9,7Mln€	**8,7K**	**38,0Mln€**
UMBRIA	1,1K	13,3Mln€	6,7K	16,2Mln€	2,0K	7,2Mln€	**9,8K**	**36,7Mln€**
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1,4K	16,5Mln€	7,8K	15,8Mln€	1,7K	1,9Mln€	**10,8K**	**34,2Mln€**
SICILIA	0,8K	10,8Mln€	4,2K	12,0Mln€	0,5K	0,9Mln€	**5,5K**	**23,8Mln€**
BASILICATA	0,6K	7,6Mln€	5,7K	13,8Mln€	0,7K	1,2Mln€	**7,0K**	**22,6Mln€**
CALABRIA	0,3K	4,1Mln€	2,1K	6,4Mln€	0,2K	0,7Mln€	**2,7K**	**11,2Mln€**
P.A. BOLZANO	0,3K	4,8Mln€	1,8K	3,8Mln€	0,3K	0,6Mln€	**2,4K**	**9,2Mln€**
VALLE D'AOSTA	0,1K	1,5Mln€	1,3K	3,0Mln€	0,3K	0,4Mln€	**1,7K**	**5,0Mln€**
SARDEGNA	0,2K	1,9Mln€	0,8K	1,8Mln€	0,1K	0,2Mln€	**1,1K**	**4,0Mln€**
Totale	**105,3K**	**1.215,0Mln€**	**353,1K**	**950,2Mln€**	**77,9K**	**151,0Mln€**	**536,2K**	**2.316,1Mln€**

La mobilità per Strutture

In termini di volumi, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù emerge come la struttura sanitaria con il maggior numero di ricoveri in mobilità attiva, distinguendosi per la sua capacità attrattiva nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni. Nel corso dell'anno, l'ospedale ha registrato un totale di 17.457 ricoveri, pari a 28 milioni di euro di costi a carico delle regioni di provenienza dei pazienti, come dettagliato nella Figura 6. Per quanto concerne invece l'aspetto economico, sempre in riferimento alla Figura 6, le strutture che assorbono i maggiori costi legati alla mobilità sanitaria passiva sono l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, che si colloca al primo posto con un impatto finanziario pari a 63 milioni di euro, e il Policlinico Agostino Gemelli, con 54milioni di euro.

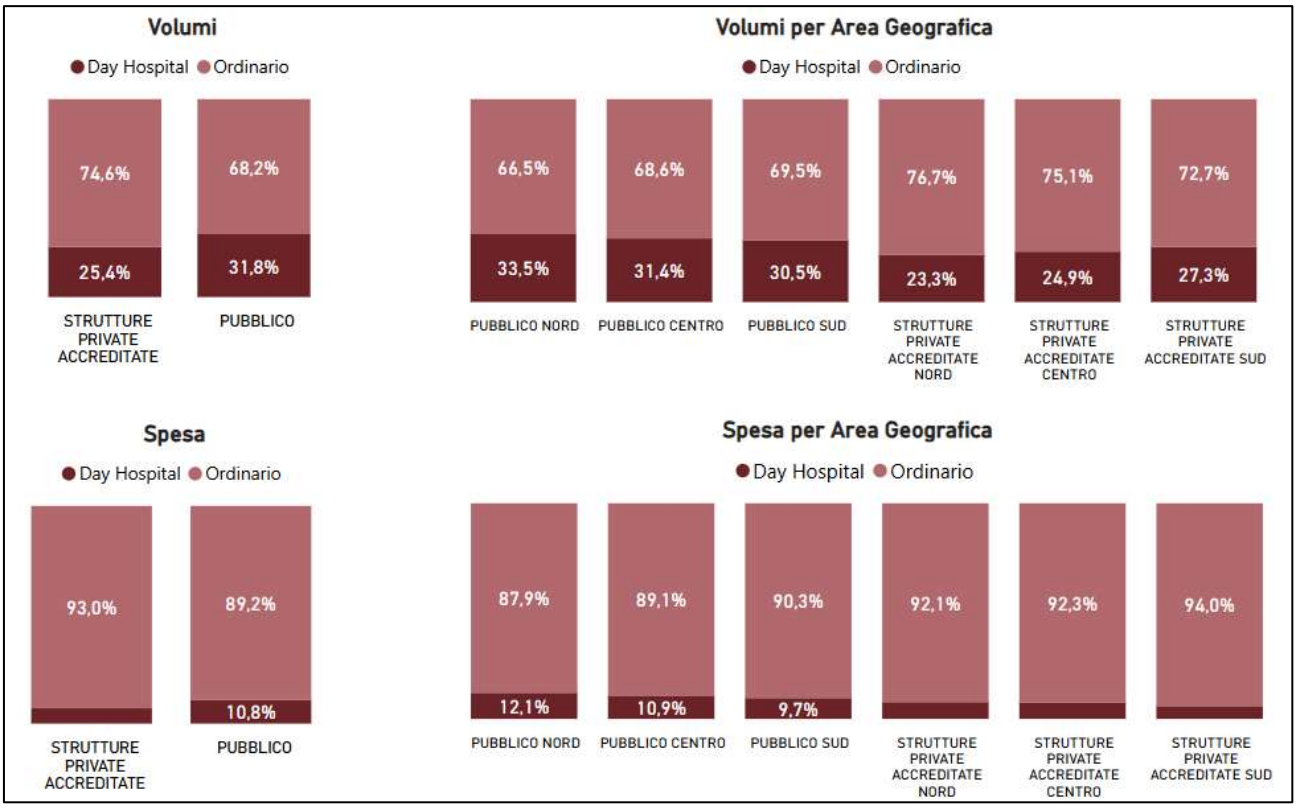
Figura 6. Mobilità passiva: Prime venti strutture per volumi e costi di fuga (anno 2023). "Totale" riferimento alla totalità delle strutture ubicate sul territorio italiano

Istituto	VFtot	Costi
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	17,5K	28,6Mln€
POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI E COMPLESSO	16,5K	54,6Mln€
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS - ROZZANO	11,6K	63,1Mln€
ISTITUTO G. GASLINI	10,0K	20,8Mln€
OSPEDALE SACRO CUORE - DON CALABRIA	8,8K	31,6Mln€
IRCCS SAN RAFFAELE - MILANO	8,6K	54,3Mln€
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	7,8K	35,3Mln€
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRA	7,4K	35,1Mln€
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA	7,3K	26,5Mln€
VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	7,1K	51,5Mln€
OSPEDALE GALEAZZI SPA	6,9K	48,4Mln€
'OSPEDALE P. PEDERZOLI' CASA DI CURA SPA	6,5K	26,2Mln€
NEUROMED I.R.C.C.S.	6,5K	31,0Mln€
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - MILANO	6,5K	24,4Mln€
IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA	6,2K	36,2Mln€
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU' PALIDOR	6,2K	9,5Mln€
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA	6,0K	25,3Mln€
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	5,3K	37,4Mln€
AZIENDA OSPEDALIERA MEYER	4,7K	7,7Mln€
AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	4,5K	24,9Mln€
Totale	536,2K	2.316,1Mln€

La mobilità per tipologia di struttura

Nel 74,6% dei ricoveri in mobilità presso strutture private accreditate, la modalità più diffusa è il ricovero ordinario. Al contrario, il ricorso al day hospital è più frequente nelle strutture pubbliche (Privato: 25,4%; Pubblico: 31,8%). Focalizzandosi sulle strutture private accreditate nel Sud del Paese, si osserva che, nonostante la proporzione di ricoveri ordinari rispetto ai day hospital sia la più bassa a livello nazionale (72,7%), il peso della spesa associata ai ricoveri ordinari in mobilità passiva è il più elevato, raggiungendo il 94% (Figura 7).

Figura 7. Distribuzione dei ricoveri in Day hospital e Ordinari (anno 2023)



Ricoveri in mobilità per acuti e post acuti

La Figura 8 mostra, in termini di volumi e costi, che circa nove su dieci ricoveri per tipologia di ricovero prevalente è in reparti per acuti. Tale proporzione varia lievemente nel Nord del paese dove il ricorso a ricoveri in post-acuzie è molto più alto (Nord:12,74%) che al Centro-Sud (Centro: 6,92%; Sud: 7,13%); inoltre, l'89,5% dei ricoveri in post-acuzie è erogato dalle strutture private, mentre per i ricoveri acuti la percentuale di ricoveri nel privato accreditato scende al 59,2% (Tabella 3).

Figura 8. Mobilità passiva: Ricoveri in mobilità per acuti e post acuti e area geografica (anno 2023)

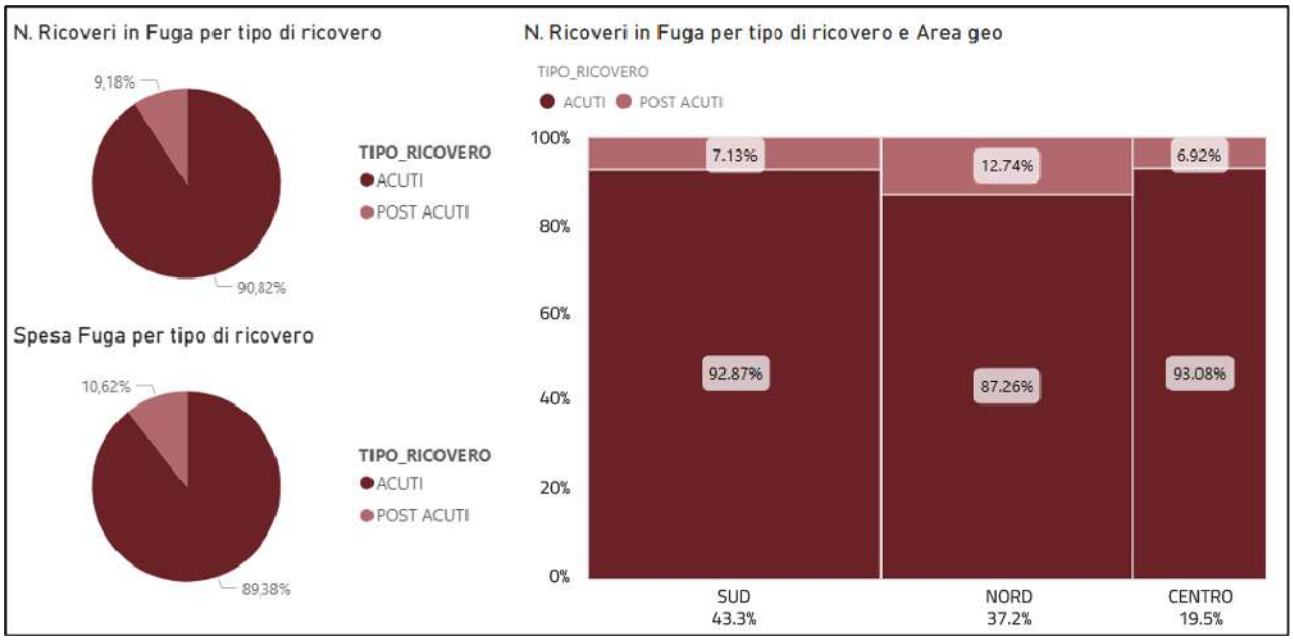


Tabella 3. Volumi e Costi in mobilità passiva per regione e per acuti e post acuti (anno 2023)

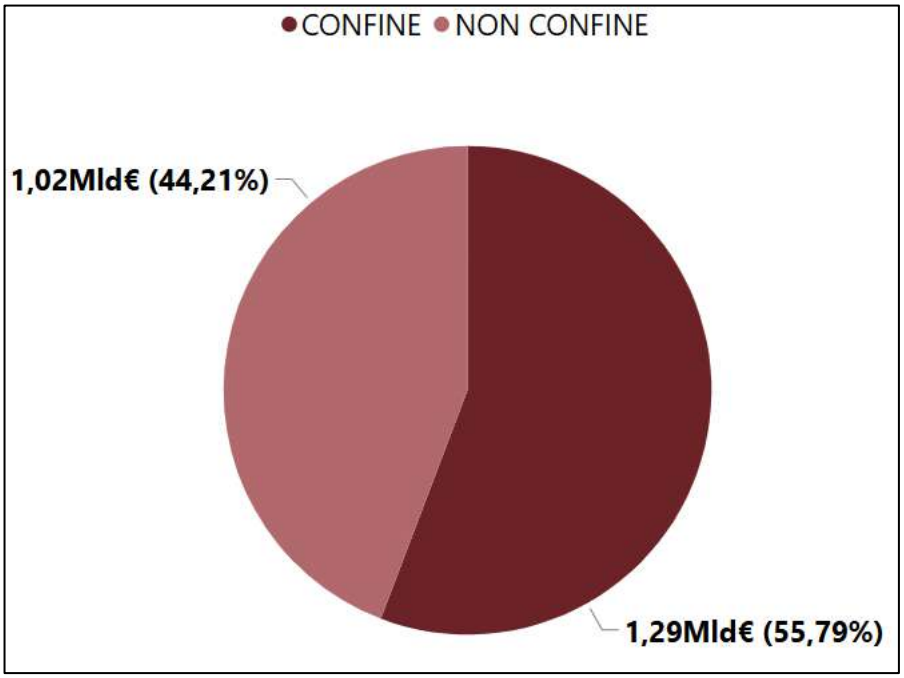
TIPO_RICOVERO	ACUTI							POST ACUTI						
Regione	IFv	Volumi	VFpub %	VFpriv %	Costi	CFpub %	CFpriv %	IFv	Volumi	VFpub %	VFpriv %	Costi	CFpub %	CFpriv %
ABRUZZO	21,92%	24K	37,5%	62,5%	94,8Mln€	36,4%	63,6%	17,30%	1K	7,2%	92,8%	8,1Mln€	6,1%	93,9%
BASILICATA	36,07%	15K	38,4%	61,6%	62,9Mln€	31,8%	68,2%	32,15%	1K	7,2%	92,8%	6,3Mln€	8,1%	91,9%
CALABRIA	25,47%	37K	43,5%	56,5%	152,2Mln€	39,9%	60,1%	16,95%	2K	14,4%	85,6%	11,6Mln€	15,7%	84,3%
CAMPANIA	10,03%	50K	36,3%	63,7%	211,9Mln€	33,1%	66,9%	16,45%	4K	8,2%	91,8%	22,9Mln€	9,2%	90,8%
EMILIA-ROMAGNA	8,11%	27K	38,3%	61,7%	111,5Mln€	29,8%	70,2%	9,51%	3K	8,9%	91,1%	14,7Mln€	12,1%	87,9%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	9,34%	9K	42,3%	57,7%	42,8Mln€	36,1%	63,9%	40,49%	1K	16,0%	84,0%	5,6Mln€	17,4%	82,6%
LAZIO	8,10%	37K	42,7%	57,3%	166,5Mln€	33,0%	67,0%	7,35%	3K	23,8%	76,2%	15,3Mln€	27,4%	72,6%
LIGURIA	18,20%	24K	38,7%	61,3%	112,4Mln€	27,4%	72,6%	22,77%	3K	6,6%	93,4%	13,7Mln€	6,2%	93,8%
LOMBARDIA	5,76%	38K	44,1%	55,9%	152,7Mln€	35,5%	64,5%	11,98%	9K	6,0%	94,0%	47,6Mln€	5,9%	94,1%
MARCHE	17,19%	22K	42,5%	57,5%	86,6Mln€	34,7%	65,3%	15,24%	1K	16,2%	83,8%	6,0Mln€	19,3%	80,7%
MOLISE	41,53%	10K	44,9%	55,1%	36,2Mln€	39,6%	60,4%	43,12%	1K	8,9%	91,1%	3,5Mln€	7,2%	92,8%
P.A. BOLZANO	5,82%	2K	61,6%	38,4%	11,9Mln€	64,9%	35,1%	3,98%	0K	14,4%	85,6%	1,1Mln€	21,1%	78,9%
P.A. TRENTO	17,70%	8K	52,0%	48,0%	32,2Mln€	53,6%	46,4%	10,81%	1K	11,7%	88,3%	2,9Mln€	10,5%	89,5%
PIEMONTE	8,06%	27K	46,8%	53,2%	109,9Mln€	36,4%	63,6%	8,06%	3K	11,4%	88,6%	19,5Mln€	9,1%	90,9%
PUGLIA	14,91%	38K	35,7%	64,3%	173,4Mln€	29,8%	70,2%	20,42%	4K	10,6%	89,4%	16,7Mln€	13,4%	86,6%
SARDEGNA	8,03%	11K	39,0%	61,0%	52,0Mln€	33,0%	67,0%	14,25%	1K	11,6%	88,4%	4,3Mln€	14,8%	85,2%
SICILIA	8,59%	30K	45,8%	54,2%	129,1Mln€	39,3%	60,7%	9,94%	2K	12,7%	87,3%	13,4Mln€	13,7%	86,3%
TOSCANA	8,37%	24K	31,7%	68,3%	111,2Mln€	24,8%	75,2%	22,52%	2K	16,9%	83,1%	10,5Mln€	19,3%	80,7%
UMBRIA	22,10%	15K	42,7%	57,3%	61,9Mln€	33,8%	66,2%	17,92%	1K	10,7%	89,3%	3,7Mln€	9,4%	90,6%
VALLE D'AOSTA	20,93%	3K	61,5%	38,5%	11,5Mln€	54,4%	45,6%	23,85%	0K	5,5%	94,5%	1,7Mln€	9,2%	90,8%
VENETO	10,07%	35K	39,2%	60,8%	146,8Mln€	31,8%	68,2%	14,87%	4K	8,0%	92,0%	16,9Mln€	12,3%	87,7%
Totale	**10,78%**	**487K**	**40,8%**	**59,2%**	**2.070,3Mln€**	**34,0%**	**66,0%**	**13,19%**	**49K**	**10,5%**	**89,5%**	**245,9Mln€**	**11,6%**	**88,4%**

La mobilità di confine e di Prossimità

Uno degli elementi che può influenzare la mobilità è la distanza tra il luogo di residenza e il luogo di cura; è possibile analizzare gli spostamenti in mobilità sanitaria verso regioni di confine.

Quando parliamo di mobilità di confine dobbiamo considerare che nel 2023, su un totale di circa 2,3 miliardi di euro scambiati in mobilità effettiva, più della metà sono stati scambiati tra regioni confinanti (55,79%) (Figura 9).

Figura 9. Distribuzione della mobilità di confine per Spesa (anno 2023)

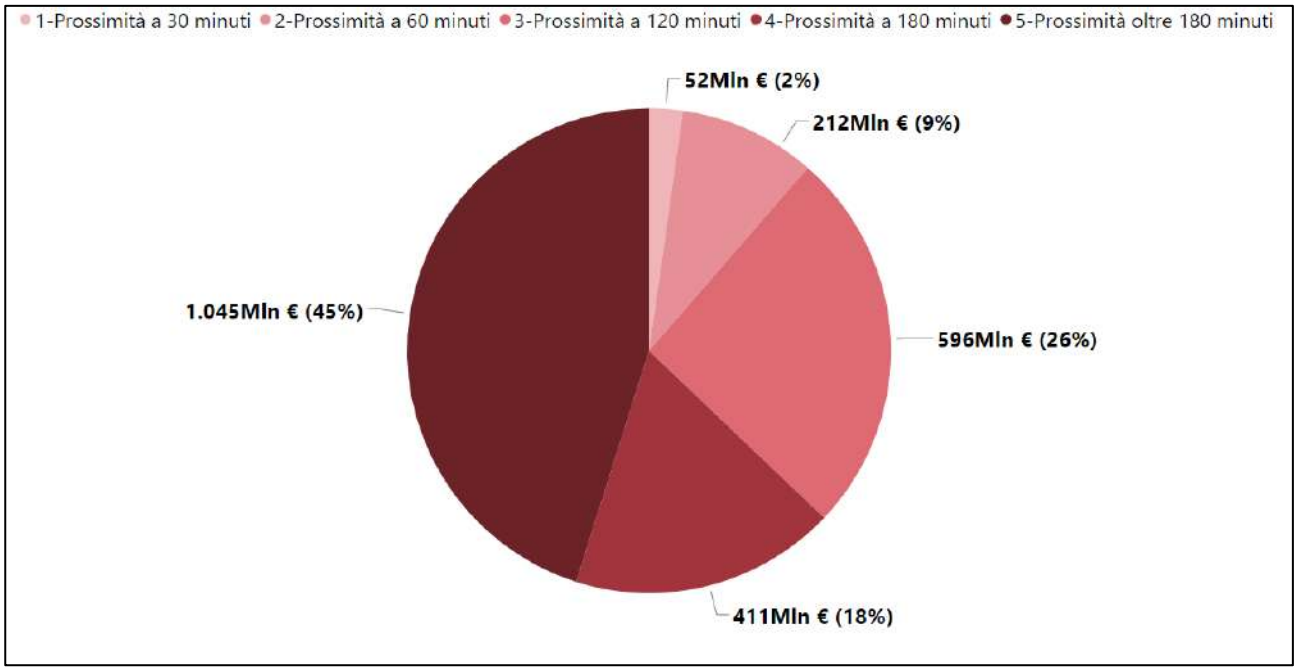


Oltre alla variabile del confine, un altro aspetto rilevante legato alla distanza tra il luogo di residenza e quello di cura è la prossimità del ricovero, che suddivide i ricoveri in fasce basate sulla distanza tra il luogo di residenza e quello di ricovero extraregionale. Sono state definite cinque fasce di prossimità:

1. Prossimità entro 30 minuti
2. Prossimità entro 60 minuti
3. Prossimità entro 120 minuti
4. Prossimità entro 180 minuti
5. Prossimità oltre 180 minuti

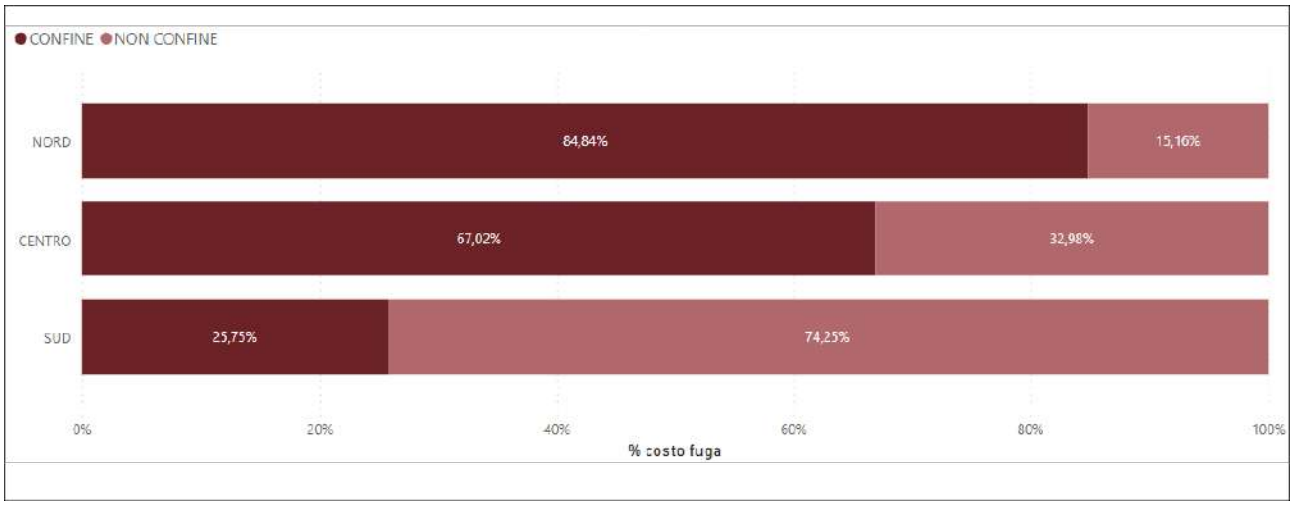
Analizzando la Figura 10 che riporta la distribuzione della mobilità effettiva in base a queste fasce di prossimità, emerge che il 2% dei ricoveri avviene entro 30 minuti, il 9% entro 60 minuti, il 26% entro 120 minuti, il 18% entro 180 minuti e il 45% oltre 180 minuti.

Figura 10. Distribuzione della mobilità per fasce di prossimità per Spesa (anno 2023)



Osservando la distribuzione della mobilità effettiva in relazione alle fasce di prossimità e alla posizione geografica si osserva una marcata tendenza per le aree del Nord Italia a ricoverarsi in regioni di confine con una percentuale significativamente più alta rispetto al resto del Paese (84,8%). Seguono le regioni del Centro, con una proporzione pari al 67%, mentre il Sud registra la quota più bassa di mobilità verso regioni di confine, attestandosi al 25,7% (Figura 11).

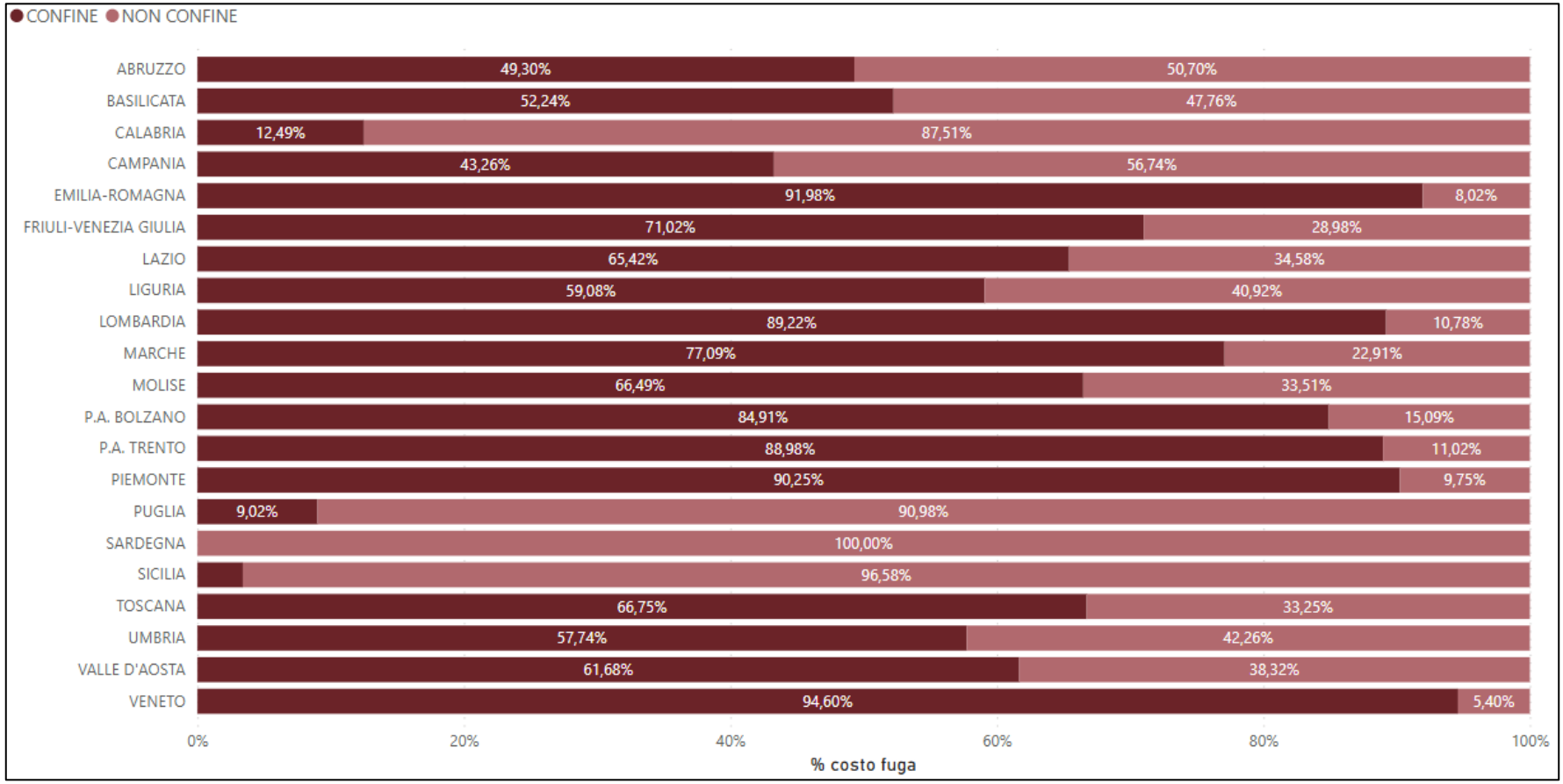
Figura 11. Distribuzione della mobilità di confine per Spesa e area geografica (anno 2023)



La Regione che più di tutte è caratterizzata da ricoveri in mobilità di confine è il Veneto (94,6%), a cui seguono l'Emilia-Romagna al Nord, le Marche (77,09%) al Centro e infine il Molise (66,49%) al Sud.

La composizione della spesa a livello regionale conferma il Veneto come la regione con la maggiore percentuale di spesa in mobilità di confine, mentre la Puglia e la Sicilia, anche per le loro caratteristiche geografiche, sono le regioni con la minore proporzione di spesa per mobilità di confine (Figura 12).

Figura 12. Distribuzione della mobilità di confine per Spesa e regione (anno 2023)



In Italia, la mobilità sanitaria che coinvolge spostamenti non legati a regioni confinanti o di prossimità è prevalentemente composta da ricoveri di residenti nelle regioni del Sud, che rappresentano il 72,78% del totale e comportano una spesa di circa 742 milioni di euro. La spesa per la mobilità sanitaria non di confine in quattro regioni del Sud, ovvero Sicilia, Puglia, Calabria e Campania[18], supera la metà del totale nazionale, raggiungendo 587 milioni di euro, pari al 57,4% della spesa complessiva in questa categoria (Tabella 4).

Tabella 4. Distribuzione Volumi e Costi della Mobilità passiva di confine e non Confine per regione

	CONFINE				NON CONFINE			
Area geografica	Volumi	Spesa	%Volume	%Costo	Volumi	Spesa	%Volume	%Costo
SUD	**63,2K**	**257,3Mln€**	**27,22%**	**25,75%**	**168,9K**	**742,0Mln€**	**72,78%**	**74,25%**
CAMPANIA	23,8K	101,6Mln€	43,77%	43,26%	30,6K	133,2Mln€	56,23%	56,74%
PUGLIA	4,5K	17,1Mln€	10,72%	9,02%	37,6K	173,0Mln€	89,28%	90,98%
CALABRIA	5,3K	20,5Mln€	13,49%	12,49%	34,1K	143,3Mln€	86,51%	87,51%
SICILIA	0,8K	4,9Mln€	2,55%	3,42%	31,4K	137,6Mln€	97,45%	96,58%
ABRUZZO	12,6K	50,7Mln€	50,05%	49,30%	12,5K	52,1Mln€	49,95%	50,70%
BASILICATA	8,9K	36,1Mln€	54,99%	52,24%	7,3K	33,0Mln€	45,01%	47,76%
SARDEGNA					12,1K	56,4Mln€	100,00%	100,00%
MOLISE	7,2K	26,4Mln€	69,59%	66,49%	3,1K	13,3Mln€	30,41%	33,51%
NORD	**167,3K**	**725,5Mln€**	**83,78%**	**84,84%**	**32,4K**	**129,7Mln€**	**16,22%**	**15,16%**
LOMBARDIA	39,9K	178,7Mln€	83,89%	89,22%	7,7K	21,6Mln€	16,11%	10,78%
VENETO	36,0K	154,9Mln€	93,34%	94,60%	2,6K	8,8Mln€	6,66%	5,40%
PIEMONTE	27,7K	116,7Mln€	89,82%	90,25%	3,1K	12,6Mln€	10,18%	9,75%
EMILIA-ROMAGNA	27,7K	116,0Mln€	89,68%	91,98%	3,2K	10,1Mln€	10,32%	8,02%
LIGURIA	17,0K	74,5Mln€	62,75%	59,08%	10,1K	51,6Mln€	37,25%	40,92%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	7,7K	34,3Mln€	71,03%	71,02%	3,1K	14,0Mln€	28,97%	28,98%
P.A. TRENTO	7,3K	31,3Mln€	86,85%	88,98%	1,1K	3,9Mln€	13,15%	11,02%
VALLE D'AOSTA	1,9K	8,1Mln€	65,44%	61,68%	1,0K	5,1Mln€	34,56%	38,32%
P.A. BOLZANO	2,1K	11,0Mln€	80,52%	84,91%	0,5K	2,0Mln€	19,48%	15,09%
CENTRO	**71,3K**	**309,4Mln€**	**68,24%**	**67,02%**	**33,2K**	**152,3Mln€**	**31,76%**	**32,98%**
LAZIO	26,5K	119,0Mln€	66,81%	65,42%	13,1K	62,9Mln€	33,19%	34,58%
TOSCANA	17,8K	81,2Mln€	68,15%	66,75%	8,3K	40,5Mln€	31,85%	33,25%
MARCHE	18,1K	71,3Mln€	78,13%	77,09%	5,1K	21,2Mln€	21,87%	22,91%
UMBRIA	8,9K	37,9Mln€	57,31%	57,74%	6,7K	27,7Mln€	42,69%	42,26%
Totale	**301,8K**	**1.292,2Mln€**	**56,27%**	**55,79%**	**234,5K**	**1.023,9Mln€**	**43,73%**	**44,21%**

[18] La regione Sardegna non viene considerata in confine con nessuna regione d'Italia.

Sia per i ricoveri in mobilità di confine che per quelli non di confine, le strutture private accreditate assorbono costantemente circa due terzi della spesa stimata complessiva (Tabella 5).

Tabella 5. Distribuzione dei volumi e della Spesa per Mobilità passiva per Rapporto SSN

	CONFINE				NON CONFINE			
RAPPORTO SSN	Volumi	Spesa	%TC Volumi	%TC Spesa	Volumi	Spesa	%TC Volumi	%TC Spesa
⊟ **PRIVATO ACCREDITATO**	**185K**	**892,13Mln€**	**61,29%**	**69,04%**	**148K**	**691,17Mln€**	**62,98%**	**67,50%**
SUD	38K	169,61Mln€	12,48%	13,13%	107K	500,47Mln€	45,81%	48,88%
NORD	105K	506,79Mln€	34,73%	39,22%	18K	85,89Mln€	7,88%	8,39%
CENTRO	42K	215,74Mln€	14,07%	16,69%	22K	104,81Mln€	9,29%	10,24%
⊟ **PUBBLICO**	**117K**	**400,10Mln€**	**38,71%**	**30,96%**	**87K**	**332,72Mln€**	**37,02%**	**32,50%**
SUD	25K	87,73Mln€	8,45%	6,79%	61K	241,51Mln€	26,22%	23,59%
NORD	63K	218,72Mln€	20,72%	16,93%	14K	43,76Mln€	5,94%	4,27%
CENTRO	29K	93,64Mln€	9,54%	7,25%	11K	47,45Mln€	4,86%	4,63%
Totale	**302K**	**1.292,23Mln€**	**100,00%**	**100,00%**	**234K**	**1.023,89Mln€**	**100,00%**	**100,00%**

La mobilità in prossimità accettabile

La mobilità accettabile si riferisce a quei casi di mobilità sanitaria in cui, per ragioni legate alla distanza geografica, il ricovero presso una struttura extraregionale risulta più conveniente in termini di prossimità rispetto a quello presso una struttura della propria regione. In altre parole, il paziente sceglie di ricoverarsi fuori regione perché il luogo di cura extraregionale è più vicino rispetto alla struttura regionale più prossima alla sua residenza.

Per analizzare e quantificare questo fenomeno, è stato introdotto l'Indice di Distanza Accettabile (ID_A). Questo indicatore misura la percentuale di ricoveri in mobilità sanitaria per cui la scelta extraregionale risulta giustificata dalla vicinanza geografica, rispetto al totale dei ricoveri effettuati dai residenti:

$$Indice\ di\ distanza\ accettabile = \frac{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva\ in\ prossimità\ accettabile}{volume\ di\ ricoveri\ in\ Mobilità\ Passiva + volume\ di\ ricoveri\ in\ assenza\ di\ mobilità}$$

L'utilizzo dell'$\boldsymbol{ID_A}$ oltre a identificare le aree geografiche in cui la mobilità accettabile è particolarmente rilevante, consente di distinguere la mobilità inevitabile da quella su cui è possibile intervenire e supportare una pianificazione sanitaria più efficace, focalizzando gli sforzi sull'ottimizzazione dei servizi regionali per ridurre la mobilità non necessaria, senza penalizzare quella accettabile.

L'interpretazione dell'indice:

- Valori elevati di $\boldsymbol{ID_A}$ indicano che una quota significativa di ricoveri in mobilità passiva si svolge verso strutture extraregionali più vicine rispetto alle opzioni disponibili all'interno della regione.
- Valori bassi di $\boldsymbol{ID_A}$ suggeriscono che i ricoveri extraregionali avvengono prevalentemente verso strutture distanti.

Il grafico sottostante illustra la mobilità accettabile suddivisa per MDC. Dalla Figura 13 emerge che la percentuale più elevata di "fuga accettabile" si registra per l'MDC 15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale, con un valore del 35,67%. In questo caso, quasi 4 ricoveri su 10 risultano giustificati dal fattore "prossimità", ovvero è più conveniente, in termini di tempo, accedere a una struttura extra-regionale piuttosto che a una regionale.

Sul fronte dei costi, gli MDC più rilevanti sono l'MDC 8 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con un costo pari a 39,4 milioni di euro, e l'MDC 5 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, con 24,2 milioni di euro.

Nel complesso, la mobilità accettabile rappresenta circa il 6% dei volumi e dei costi della mobilità totale, corrispondenti a 33,9 mila ricoveri e 139 milioni di euro.

Figura 13. Volumi, costi e percentuale di Mobilità accettabile per MDC (anno 2023)

MDC	VFtot	VF acc	%FugaAcc	CostoTot	CostoAcc	%CostoAcc
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	11,6K	4,1K	35,67%	21,6Mln€	5,5Mln	25,46%
14 - Gravidanza, parto e puerperio	8,7K	2,2K	25,09%	10,9Mln€	3,0Mln	27,82%
22 - Ustioni	0,1K	0,0K	12,50%	0,8Mln€	0,3Mln	32,25%
PRE -	2,1K	0,3K	11,91%	96,6Mln€	15,1Mln	15,60%
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	14,0K	1,3K	9,15%	39,5Mln€	3,0Mln	7,58%
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	26,3K	2,0K	7,74%	100,9Mln€	4,7Mln	4,65%
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	21,7K	1,7K	7,63%	84,7Mln€	7,4Mln	8,68%
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	18,3K	1,3K	7,25%	55,5Mln€	5,4Mln	9,76%
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	21,2K	1,5K	7,06%	39,8Mln€	2,3Mln	5,84%
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	16,4K	1,1K	6,90%	21,6Mln€	1,5Mln	7,00%
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	25,6K	1,7K	6,76%	56,9Mln€	3,7Mln	6,50%
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	16,7K	1,0K	6,23%	31,5Mln€	1,7Mln	5,42%
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	46,4K	2,8K	6,12%	306,7Mln€	24,2Mln	7,88%
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	13,0K	0,8K	5,98%	59,3Mln€	2,3Mln	3,96%
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	3,1K	0,2K	5,93%	10,7Mln€	0,8Mln	7,47%
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	11,6K	0,6K	5,48%	52,2Mln€	3,0Mln	5,67%
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2,1K	0,1K	5,30%	9,3Mln€	0,6Mln	6,97%
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	172,9K	7,9K	4,56%	933,0Mln€	39,4Mln	4,23%
24 - Traumatismi multipli rilevanti	0,0K	0,0K	4,55%	0,2Mln€	0,0Mln	2,48%
Totale	**536,2K**	**33,9K**	**6,33%**	**2.316,1Mln€**	**139,0Mln**	**6,00%**

La mobilità per MDC[19]

Indipendentemente dall'area geografica, la mobilità sanitaria per cure è caratterizzata principalmente da ricoveri associati al gruppo di diagnosi principali "08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo". In Italia 2 ricoveri su 10 classificati per tale MDC avvengono in mobilità sanitaria, con un Indice di Fuga (***IFv***) del 19,68%. Di questi, la maggior parte (80,3%) si svolge presso strutture private accreditate (Figura 14).

Se invece si analizzano i ricoveri classificati per MDC in base alla proporzione di residenti che si spostano fuori regione rispetto al bisogno di salute espresso, il gruppo "20 - Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti" emerge come quello con la maggiore tendenza al ricovero extraregionale (41,95%), con una preferenza per le strutture private convenzionate (Tabella 6).

[19] I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG, (Diagnosis Related Groups) sistema di classificazione dei ricoveri di pazienti dimessi dagli ospedali per acuti.

Figura 14. Distribuzione primi 5 MDC per Volume di ricoveri e Spesa in mobilità passiva (anno 2023)

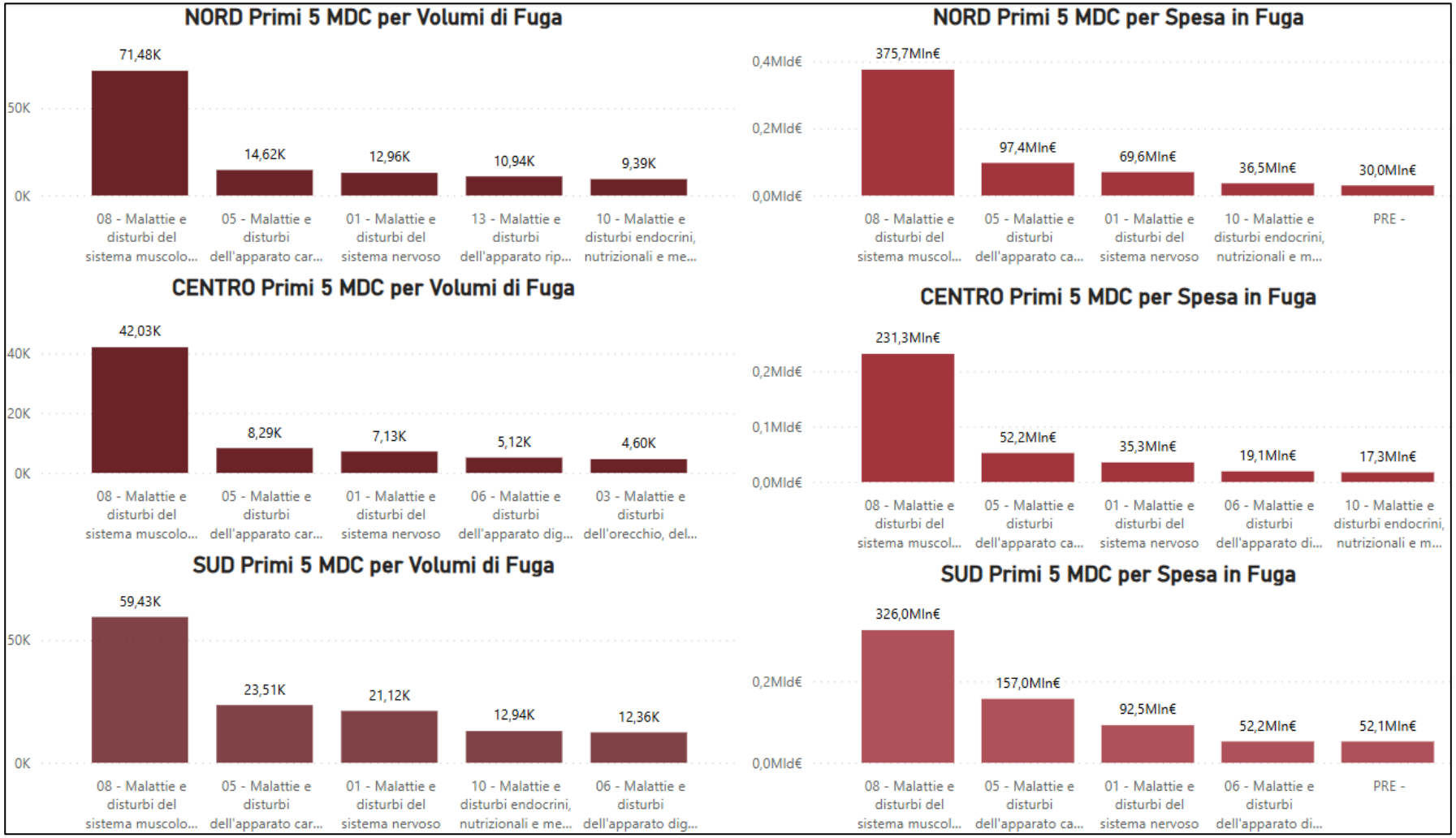


Tabella 6. Distribuzione per classe di Major Diagnostic Category (MDC) per Volume, Spesa e *IFv* (anno 2023)

MDC	IFv	Volumi	VFpub %	VFpriv %	Costi	CFpub %	CFpriv %
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	16,05%	41,2K	39,9%	60,1%	197,4Mln€	36,4%	63,6%
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	13,00%	16,4K	56,9%	43,1%	21,6Mln€	55,5%	44,5%
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	9,88%	21,2K	54,5%	45,5%	39,8Mln€	53,8%	46,2%
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	8,02%	11,6K	60,0%	40,0%	52,2Mln€	58,5%	41,5%
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	9,51%	46,4K	30,3%	69,7%	306,7Mln€	28,8%	71,2%
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7,33%	26,3K	47,8%	52,2%	100,9Mln€	43,9%	56,1%
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	8,32%	13,0K	60,2%	39,8%	59,3Mln€	60,8%	39,2%
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	19,68%	172,9K	19,7%	80,3%	933,0Mln€	14,8%	85,2%
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	6,78%	16,7K	43,5%	56,5%	31,5Mln€	41,4%	58,6%
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	19,93%	26,8K	30,3%	69,7%	101,2Mln€	17,5%	82,5%
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	8,25%	21,7K	57,1%	42,9%	84,7Mln€	62,7%	37,3%
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	9,24%	14,0K	50,5%	49,5%	39,5Mln€	51,8%	48,2%
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9,14%	25,6K	39,7%	60,3%	56,9Mln€	39,4%	60,6%
14 - Gravidanza, parto e puerperio	3,86%	8,7K	83,3%	16,7%	10,9Mln€	79,8%	20,2%
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	3,07%	11,6K	79,7%	20,3%	21,6Mln€	82,2%	17,8%
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	7,50%	3,9K	62,1%	37,9%	7,5Mln€	66,3%	33,7%
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	8,51%	18,3K	69,6%	30,3%	55,5Mln€	70,9%	29,1%
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	7,35%	2,1K	60,2%	39,8%	9,3Mln€	56,6%	43,4%
19 - Malattie e disturbi mentali	15,87%	13,1K	26,4%	73,6%	32,2Mln€	12,8%	87,2%
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	41,95%	3,1K	2,3%	97,7%	10,7Mln€	1,4%	98,6%
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	13,02%	2,9K	62,8%	37,2%	6,8Mln€	58,0%	42,0%
22 - Ustioni	9,04%	0,1K	92,5%	7,5%	0,8Mln€	98,4%	1,6%
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	9,98%	15,4K	35,5%	64,5%	34,1Mln€	25,4%	74,6%
24 - Traumatismi multipli rilevanti	4,88%	0,0K	81,8%	18,2%	0,2Mln€	92,1%	7,9%
25 - Infezioni da H.I.V.	4,17%	0,3K	92,6%	7,4%	0,8Mln€	92,2%	7,8%
NA -	11,81%	0,9K	39,7%	60,2%	4,4Mln€	46,2%	53,8%
PRE -	16,91%	2,1K	69,0%	31,0%	96,6Mln€	68,8%	31,2%
Totale	**10,96%**	**536,2K**	**38,0%**	**62,0%**	**2.316,1Mln€**	**31,6%**	**68,4%**

Mobilità Attiva

Analogamente a quanto osservato per la mobilità passiva, anche l'analisi della mobilità attiva si concentra esclusivamente sui volumi di mobilità sanitaria effettiva.

Per la mobilità attiva (Tabella 7), l'indice di attrazione medio nazionale è stato pari al 10,52% nel 2023, con dodici regioni che superano questo valore medio.

L'indice di mobilità attiva, che rappresenta la quota di ricoveri attratti da una regione rispetto al totale della sua produzione sanitaria, evidenzia che il Molise è la regione più attrattiva d'Italia (42,08%) e a seguire l'Emilia-Romagna (22,07%) e la Basilicata (19,37%). Al contrario, le regioni meno attrattive, considerando sempre la loro produzione sanitaria, sono la Sicilia, la Sardegna e la Calabria, penalizzate anche dalla loro posizione geografica.

In termini di volumi assoluti di ricoveri in mobilità attiva, nel 2023 le regioni più attrattive sono risultate essere la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto, che insieme hanno assorbito il 57% dei ricavi complessivi derivanti dalla mobilità sanitaria.

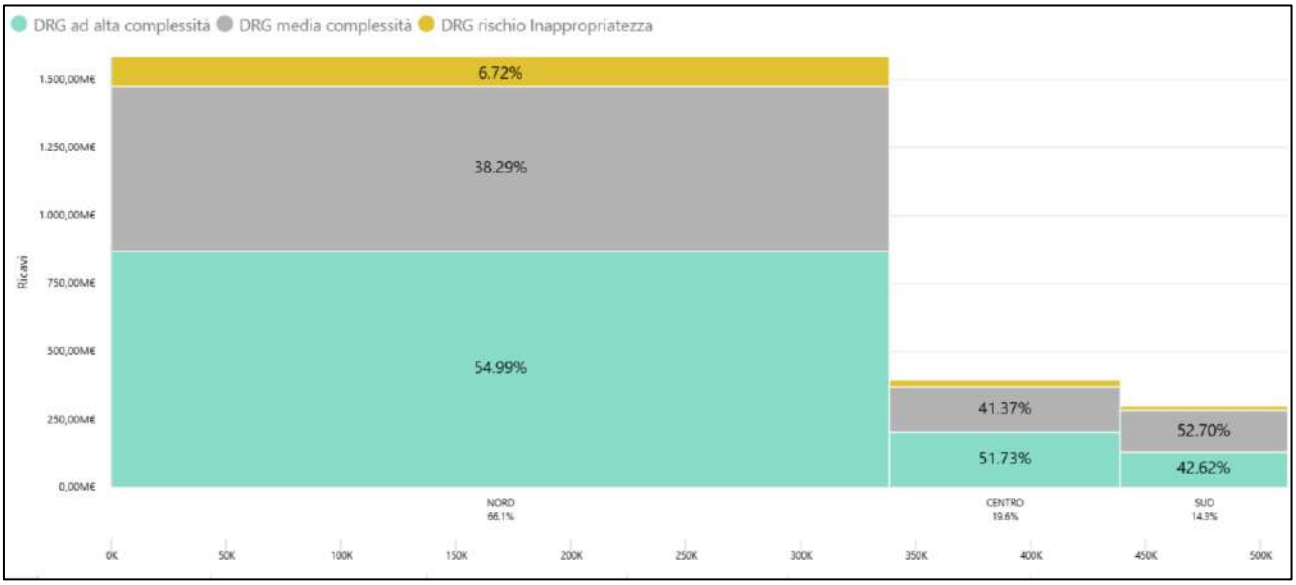
Tabella 7. Distribuzione per regione, Indice di Attrazione, volumi e ricavi in mobilità effettiva (anno 2023)

Regione	IAvtot	VAtot	%Vpub	%Vpriv	Ricavi	Rpub %	Rpriva %
LOMBARDIA	14,29%	116,1K	26,10%	73,90%	573,26Mln€	21,6%	78,4%
EMILIA-ROMAGNA	22,07%	97,4K	35,42%	64,58%	472,74Mln€	29,1%	70,9%
VENETO	13,77%	53,0K	37,47%	62,53%	253,61Mln€	34,4%	65,6%
LAZIO	8,23%	40,6K	24,35%	75,65%	153,15Mln€	22,5%	77,5%
TOSCANA	11,53%	35,0K	69,91%	30,09%	138,79Mln€	50,8%	49,2%
PIEMONTE	7,93%	30,3K	39,41%	60,59%	145,34Mln€	31,5%	68,5%
LIGURIA	13,10%	17,9K	80,32%	19,68%	48,66Mln€	77,1%	22,9%
CAMPANIA	3,36%	16,4K	43,87%	56,13%	59,15Mln€	31,8%	68,2%
PUGLIA	6,37%	15,9K	26,23%	73,77%	75,10Mln€	20,2%	79,8%
MARCHE	11,78%	15,0K	46,90%	53,10%	66,64Mln€	41,4%	58,6%
ABRUZZO	13,31%	14,0K	49,87%	50,13%	54,05Mln€	39,5%	60,5%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	10,40%	10,8K	64,66%	35,34%	34,18Mln€	66,2%	33,8%
MOLISE	42,08%	10,5K	9,62%	90,38%	50,34Mln€	4,3%	95,7%
UMBRIA	14,87%	9,8K	71,59%	28,41%	36,69Mln€	74,6%	25,4%
P.A. TRENTO	17,53%	8,7K	23,92%	76,08%	37,96Mln€	18,9%	81,1%
BASILICATA	19,37%	7,0K	99,83%	0,17%	22,62Mln€	99,7%	0,3%
SICILIA	1,61%	5,5K	58,80%	41,20%	23,76Mln€	54,5%	45,5%
CALABRIA	2,17%	2,7K	46,44%	53,56%	11,19Mln€	46,3%	53,7%
P.A. BOLZANO	5,05%	2,4K	92,51%	7,49%	9,17Mln€	86,9%	13,1%
VALLE D'AOSTA	14,16%	1,7K	83,48%	16,52%	5,02Mln€	70,1%	29,9%
SARDEGNA	0,85%	1,1K	54,84%	45,16%	4,03Mln€	34,8%	65,2%
Totale	**10,52%**	**512,0K**	**39,77%**	**60,23%**	**2.275,44Mln€**	**32,2%**	**67,8%**

I ricavi derivanti dai ricoveri in mobilità attiva per DRG di media e bassa complessità rappresentano una componente significativa per la maggior parte delle regioni italiane. Questo peso economico è particolarmente marcato nelle regioni del Sud, dove tali ricoveri costituiscono il 52,7% dei ricavi complessivi. come evidenziato nella Figura 15.

Al contrario, l'attrazione maggiore per i DRG di alta complessità si osserva nelle regioni del Nord, che generano il 54,99% dei ricavi complessivi per questa tipologia di prestazioni, come si può notare sempre nella Figura 15.

Figura 15. Distribuzione di ricavi e volume ricoveri per Area geografica di attrazione e tipologia di DRG (anno 2023)



La Tabella 8 analizza i ricavi e i volumi della mobilità sanitaria attiva in Italia, classificandoli per Regione di attrazionee per livello di complessità dei DRG (Alta, Media-Bassa, e a rischio di inappropriatezza). Le regioni più attrattive, in termini di mobilità sanitaria attiva, sono principalmente quelle del Nord Italia, con Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto in testa per i volumi e, soprattutto, per i ricavi generati.

Tabella 8. Distribuzione per regione, tipologia di DRG, volumi e ricavi in mobilità effettiva (anno 2023)

TIPO DRG	DRG ad alta complessità							DRG media complessità							DRG rischio Inappropriatezza						
Regione	IAvtot	VAtot	%Vpub	%Vpriv	Ricavi	Rpub %	Rpriva %	IAvtot	VAtot	%Vpub	%Vpriv	Ricavi	Rpub %	Rpriva %	IAvtot	VAtot	%Vpub	%Vpriv	Ricavi	Rpub %	Rpriva %
LOMBARDIA	27,25%	27,0K	17,53%	82,47%	320,11Mln€	20,5%	79,5%	11,80%	71,5K	28,40%	71,60%	215,23Mln€	23,4%	76,6%	16,33%	17,7K	29,88%	70,12%	37,92Mln€	20,3%	79,7%
EMILIA-ROMAGNA	40,42%	23,9K	23,76%	76,24%	272,01Mln€	26,6%	73,4%	18,28%	56,7K	37,96%	62,04%	174,20Mln€	32,5%	67,5%	23,30%	16,8K	43,51%	56,49%	26,53Mln€	33,9%	66,1%
VENETO	26,14%	12,9K	26,55%	73,45%	145,98Mln€	32,0%	68,0%	11,57%	32,3K	43,13%	56,87%	94,26Mln€	39,8%	60,2%	13,86%	7,7K	32,04%	67,96%	13,37Mln€	23,3%	76,7%
LAZIO	14,12%	6,5K	20,75%	79,25%	72,99Mln€	22,1%	77,9%	7,52%	29,2K	25,55%	74,45%	68,36Mln€	24,6%	75,4%	8,28%	4,9K	21,93%	78,07%	11,80Mln€	12,3%	87,7%
TOSCANA	20,21%	7,8K	30,41%	69,59%	83,91Mln€	33,4%	66,6%	9,96%	23,6K	82,80%	17,20%	50,36Mln€	79,1%	20,9%	12,90%	3,7K	70,58%	29,42%	4,52Mln€	59,8%	40,2%
PIEMONTE	16,87%	7,3K	24,69%	75,31%	79,93Mln€	30,6%	69,4%	6,31%	17,4K	47,57%	52,43%	52,73Mln€	36,6%	63,4%	8,88%	5,6K	33,33%	66,67%	12,68Mln€	16,2%	83,8%
LIGURIA	12,49%	1,2K	86,48%	13,52%	16,37Mln€	88,4%	11,6%	13,18%	14,5K	79,50%	20,50%	29,18Mln€	70,9%	29,1%	12,93%	2,2K	82,43%	17,57%	3,11Mln€	76,4%	23,6%
CAMPANIA	4,61%	1,7K	32,09%	67,91%	22,09Mln€	29,5%	70,5%	3,23%	13,4K	44,87%	55,13%	34,78Mln€	32,9%	67,1%	3,64%	1,3K	49,35%	50,65%	2,27Mln€	37,0%	63,0%
PUGLIA	9,20%	2,8K	14,83%	85,17%	34,99Mln€	15,7%	84,3%	5,69%	10,8K	31,29%	68,71%	35,98Mln€	25,5%	74,5%	7,87%	2,3K	16,38%	83,62%	4,13Mln€	11,6%	88,4%
MARCHE	21,30%	3,1K	29,68%	70,32%	34,32Mln€	38,5%	61,5%	10,11%	9,8K	52,02%	47,98%	28,59Mln€	45,7%	54,3%	13,17%	2,1K	48,47%	51,53%	3,73Mln€	35,0%	65,0%
ABRUZZO	21,45%	2,3K	26,38%	73,62%	22,45Mln€	32,1%	67,9%	11,94%	9,9K	55,01%	44,99%	27,92Mln€	45,2%	54,8%	15,84%	1,8K	51,04%	48,96%	3,68Mln€	40,3%	59,7%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	12,83%	1,4K	52,19%	47,81%	16,50Mln€	64,1%	35,9%	9,99%	7,8K	65,23%	34,77%	15,76Mln€	68,3%	31,7%	10,77%	1,7K	72,46%	27,54%	1,92Mln€	67,5%	32,5%
MOLISE	57,32%	1,9K	1,76%	98,24%	23,88Mln€	1,3%	98,7%	38,90%	7,7K	11,80%	88,20%	25,48Mln€	7,0%	93,0%	48,49%	0,9K	7,83%	92,17%	0,98Mln€	7,3%	92,7%
UMBRIA	17,77%	1,1K	59,59%	40,41%	13,28Mln€	67,1%	32,9%	13,38%	6,7K	70,15%	29,85%	16,19Mln€	73,8%	26,2%	20,79%	2,0K	83,36%	16,64%	7,22Mln€	90,5%	9,5%
P.A. TRENTO	24,07%	1,2K	20,88%	79,12%	11,58Mln€	22,9%	77,1%	13,18%	5,0K	31,99%	68,01%	16,72Mln€	24,8%	75,2%	35,77%	2,6K	9,70%	90,30%	9,66Mln€	4,1%	95,9%
BASILICATA	22,78%	0,6K	100,00%	0,00%	7,63Mln€	100,0%		19,18%	5,7K	99,95%	0,05%	13,81Mln€	99,8%	0,2%	18,63%	0,7K	98,75%	1,25%	1,18Mln€	95,6%	4,4%
SICILIA	2,18%	0,8K	47,23%	52,77%	10,84Mln€	48,7%	51,3%	1,52%	4,2K	60,59%	39,41%	12,00Mln€	60,2%	39,8%	1,70%	0,5K	63,19%	36,81%	0,92Mln€	48,4%	51,6%
CALABRIA	2,54%	0,3K	34,05%	65,95%	4,13Mln€	61,3%	38,7%	2,13%	2,1K	49,53%	50,47%	6,40Mln€	38,4%	61,6%	2,19%	0,2K	33,19%	66,81%	0,66Mln€	29,3%	70,7%
P.A. BOLZANO	7,87%	0,3K	75,00%	25,00%	4,76Mln€	84,5%	15,5%	4,98%	1,8K	98,36%	1,64%	3,81Mln€	96,3%	3,7%	3,79%	0,3K	76,68%	23,32%	0,60Mln€	45,9%	54,1%
VALLE D'AOSTA	17,45%	0,1K	29,05%	70,95%	1,55Mln€	32,4%	67,6%	13,51%	1,3K	93,40%	6,60%	3,05Mln€	93,5%	6,5%	15,98%	0,3K	67,77%	32,23%	0,42Mln€	39,9%	60,1%
SARDEGNA	1,75%	0,2K	21,89%	78,11%	1,94Mln€	23,0%	77,0%	0,77%	0,8K	66,94%	33,06%	1,84Mln€	50,2%	49,8%	0,80%	0,1K	21,17%	78,83%	0,25Mln€	12,9%	87,1%
Totale	**19,72%**	**104,5K**	**24,85%**	**75,15%**	**1.201,24Mln€**	**28,5%**	**71,5%**	**8,89%**	**332,2K**	**44,43%**	**55,57%**	**926,66Mln€**	**37,4%**	**62,6%**	**12,56%**	**75,3K**	**39,91%**	**60,09%**	**147,54Mln€**	**29,2%**	**70,8%**

L'indice di Soddisfazione della domanda interna: ISDI

L'ISDI è un indicatore sviluppato dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per valutare l'efficacia di una regione nel rispondere ai bisogni di cura della propria popolazione.

L'ISDI viene calcolato come il rapporto tra la quantità di prestazioni sanitarie ospedaliere erogate all'interno della regione e la domanda complessiva di prestazioni sanitarie da parte dei residenti. Questo indicatore può assumere valori superiori, uguali o inferiori a 1, fornendo informazioni precise sulla capacità della regione di soddisfare la propria domanda sanitaria:

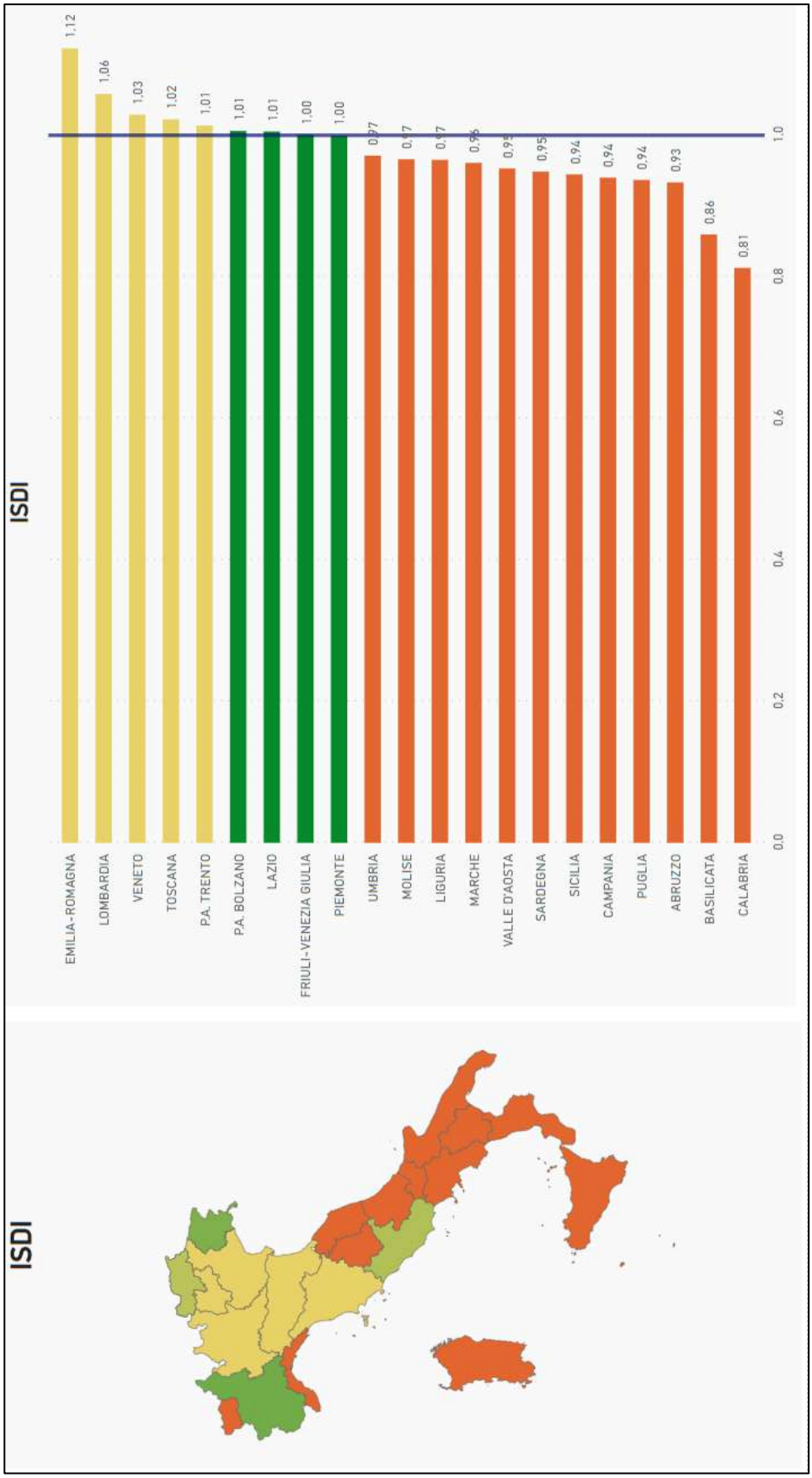
- ISDI = 1: la regione è potenzialmente in grado di soddisfare la domanda interna di cure.
- ISDI < 1: la regione non è potenzialmente in grado di soddisfare la domanda interna di cure e questo può indurre i cittadini a migrare verso altre regioni (mobilità passiva).
- ISDI > 1: la regione produce un'offerta di prestazioni sanitarie superiore alla domanda interna e potrebbe essere un bacino di attrazione per pazienti di altre regioni (mobilità attiva).

La Figura 16 presenta i valori dell'ISDI calcolati per ciascuna regione italiana sulla base dei flussi di mobilità sanitaria ospedaliera dei residenti nel 2023.

Le regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e la Provincia Autonoma di Trento mostrano un ISDI superiore a 1, dimostrando non solo la capacità di soddisfare i bisogni sanitari interni ma anche di attrarre pazienti da altre aree del Paese.

Regioni come la Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte si collocano in una posizione di quasi equilibrio tra domanda e offerta di cure. Al contrario, la maggior parte delle regioni meridionali, e in particolare la Calabria, con un ISDI pari a 0,81, rientrano tra quelle che non riescono a soddisfare adeguatamente la domanda interna.

Figura 16. Distribuzione per regione dell'Indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI) (anno 2023)



Risultati economici della Mobilità

L'analisi del saldo della mobilità Sanitaria Regionale dal 2018 al 2023 mostra che le disparità regionali rimangono evidenti, con le regioni del Nord che continuano a beneficiare di un saldo positivo e quelle del Sud che affrontano sfide significative di contrasto al fenomeno della mobilità sanitaria. La Tabella 9 presenta l'andamento del saldo della spesa complessiva in mobilità sanitaria per i residenti delle regioni italiane nel periodo 2018-2023. I dati confermano una marcata eterogeneità tra le regioni, con una chiara distinzione tra quelle del Nord e quelle del Sud. Le regioni Emilia-Romagna e Lombardia mostrano un rilevante saldo economico positivo, con una tendenza all'aumento nel corso degli anni. Si osserva un significativo incremento tra il 2022 e il 2023, suggerendo un recupero post-pandemico e una maggiore capacità attrattiva. Ad esempio, la Lombardia, nel 2023, ha un saldo di 383.3Mln€. Le regioni del Sud, invece, registrano un saldo negativo persistente, con valori alti in Calabria, Campania e Sicilia. Queste ultime regioni rimangono le regioni con il saldo negativo più marcato nel 2023, con deficit rispettivamente di 191,8 milioni di euro, 139,6 milioni di euro e 211,3 milioni di euro. Infine, la P.A. Trento conferma una inversione di tendenza positiva del saldo economico.

Tabella 9. Saldo economico per Area geografica e regione (anni 2018-2023)

Regione	2018	2019	2020	2021	2022	2023
VENETO	80,2Mln€	93,4Mln€	97,3Mln€	101,8Mln€	108,0Mln€	115,4Mln€
VALLE D'AOSTA	-5,5Mln€	-7,0Mln€	-5,9Mln€	-7,0Mln€	-8,7Mln€	-9,2Mln€
UMBRIA	4,7Mln€	2,9Mln€	-3,3Mln€	-8,6Mln€	-11,0Mln€	-24,2Mln€
TOSCANA	104,4Mln€	56,8Mln€	42,3Mln€	36,4Mln€	31,5Mln€	27,0Mln€
SICILIA	-151,5Mln€	-156,1Mln€	-96,1Mln€	-109,4Mln€	-131,3Mln€	-139,7Mln€
SARDEGNA	-53,0Mln€	-55,1Mln€	-34,8Mln€	-40,9Mln€	-50,2Mln€	-56,9Mln€
PUGLIA	-131,0Mln€	-129,0Mln€	-82,3Mln€	-86,6Mln€	-116,3Mln€	-126,9Mln€
PIEMONTE	1,6Mln€	11,8Mln€	20,9Mln€	22,8Mln€	25,7Mln€	23,0Mln€
P.A. TRENTO	-4,6Mln€	0,4Mln€	-4,2Mln€	-0,0Mln€	5,3Mln€	5,6Mln€
P.A. BOLZANO	-0,9Mln€	-2,8Mln€	-3,4Mln€	-4,2Mln€	-2,4Mln€	-3,1Mln€
MOLISE	11,3Mln€	9,2Mln€	14,0Mln€	9,0Mln€	6,9Mln€	3,2Mln€
MARCHE	-25,1Mln€	-20,7Mln€	-8,8Mln€	-19,8Mln€	-27,7Mln€	-25,6Mln€
LOMBARDIA	490,1Mln€	488,9Mln€	233,7Mln€	284,8Mln€	361,9Mln€	383,3Mln€
LIGURIA	-56,1Mln€	-58,9Mln€	-42,3Mln€	-59,8Mln€	-69,2Mln€	-73,5Mln€
LAZIO	-64,0Mln€	-58,1Mln€	-23,0Mln€	-16,0Mln€	-13,0Mln€	-14,2Mln€
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3Mln€	-3,5Mln€	-3,5Mln€	-7,1Mln€	-13,5Mln€	-14,1Mln€
EMILIA-ROMAGNA	273,1Mln€	296,6Mln€	227,3Mln€	288,0Mln€	337,0Mln€	387,2Mln€
CAMPANIA	-250,0Mln€	-243,2Mln€	-170,3Mln€	-184,6Mln€	-204,2Mln€	-211,3Mln€
CALABRIA	-188,7Mln€	-182,2Mln€	-128,6Mln€	-159,8Mln€	-178,6Mln€	-191,9Mln€
BASILICATA	-30,2Mln€	-37,2Mln€	-31,1Mln€	-40,1Mln€	-48,1Mln€	-52,2Mln€
ABRUZZO	-54,1Mln€	-56,5Mln€	-46,3Mln€	-48,8Mln€	-51,4Mln€	-53,2Mln€

In particolare, nell'anno 2023, l'analisi dei dati evidenzia un panorama diversificato, con differenze significative tra le regioni del Nord, del Centro e del Sud. La Figura 17 riportata di seguito illustra il confronto sul saldo della spesa complessiva legata alla mobilità sanitaria per i residenti delle regioni italiane nel 2023.

La Figura 18 mostra invece i saldi economici per regione, evidenziando come le regioni del Nord mostrano saldi economici prevalentemente positivi; d'altra parte, le regioni del Sud evidenziano saldi negativi più marcati, a testimonianza delle difficoltà nel trattenere i propri residenti per le cure sanitarie.

Figura 17. Saldo economico per Area geografica (anno 2023)

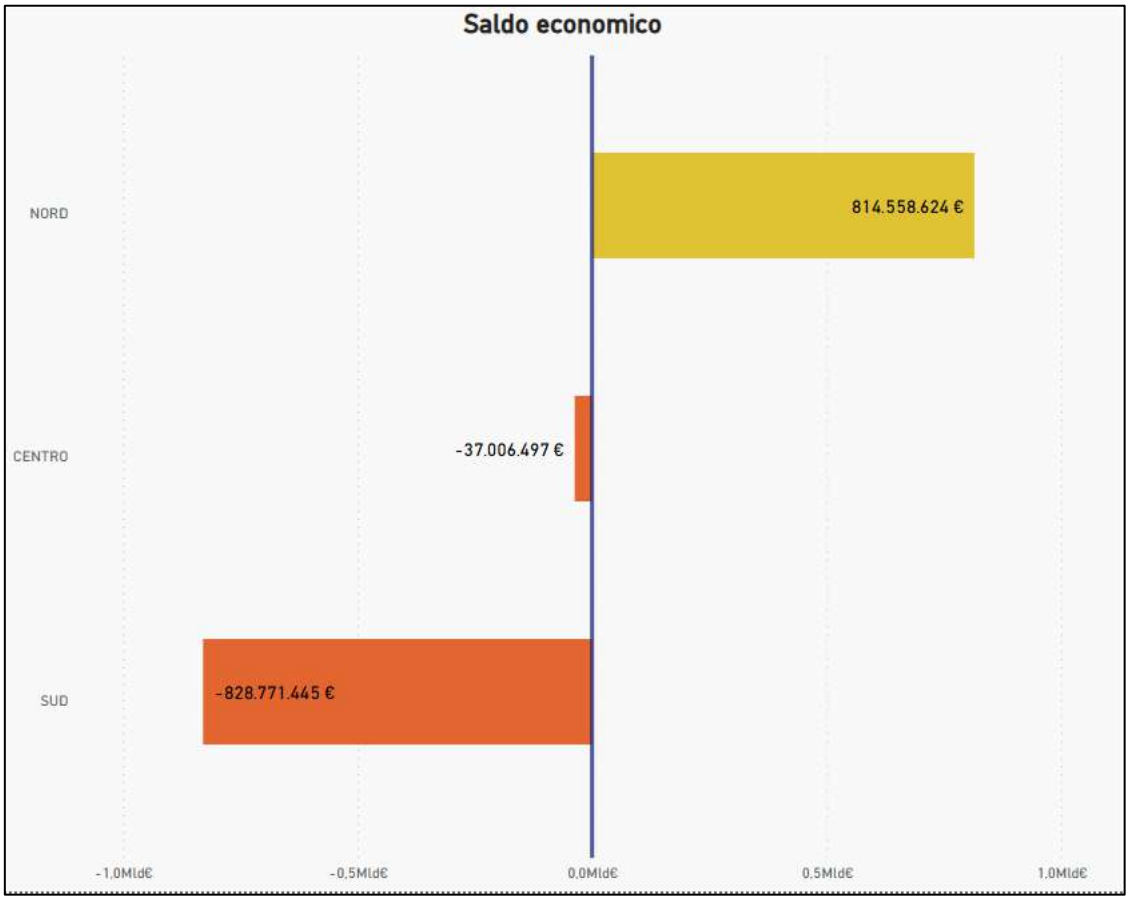
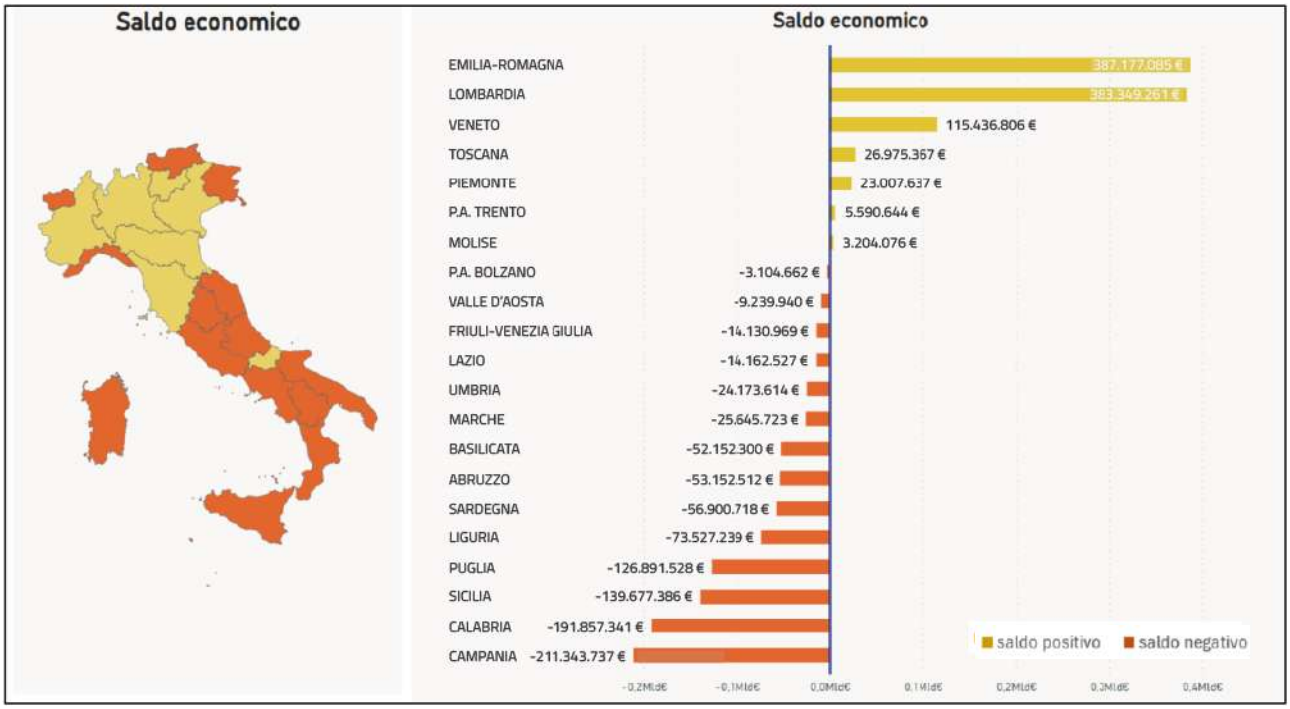


Figura 18. Saldo Economico per Regione (Anno 2023)

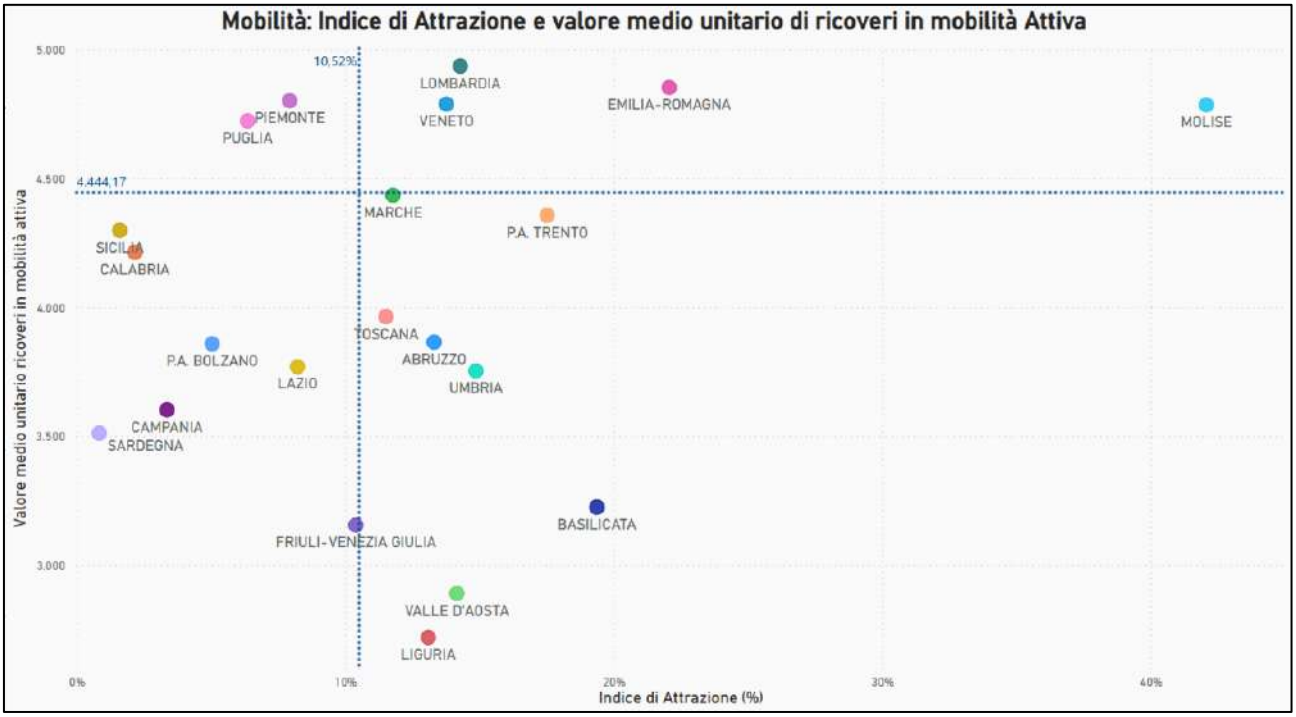


La relazione tra Ricoveri e Valori Economici della Mobilità

In merito ai flussi di mobilità, è interessante analizzare il legame tra i valori economici e i relativi volumi di prestazioni sanitarie in mobilità. Questa relazione consente, oltre ad approfondire il collegamento tra i volumi e i valori della mobilità interregionale, permette anche di esaminare separatamente i fenomeni di attrazione e di fuga. In particolare, è possibile correlare gli indici di attrazione (ossia i ricoveri dei pazienti provenienti da altre Regioni rispetto al totale dei ricoveri effettuati nelle strutture della Regione di ricovero) al valore medio unitario dei ricoveri in mobilità attiva (calcolato come il rapporto tra i proventi per mobilità attiva e i relativi volumi di ricoveri). In alternativa, è possibile correlare gli indici di fuga (i ricoveri dei residenti in strutture fuori dalla propria Regione rispetto al totale dei ricoveri dei residenti) con il valore medio unitario dei ricoveri in mobilità passiva (calcolato come il rapporto tra i costi per mobilità passiva e i relativi volumi). Il primo grafico mette in relazione gli indici di attrazione con il valore medio unitario dei ricoveri in mobilità attiva (Figura 19). Nel 2023, il valore medio nazionale di un ricovero in mobilità interregionale è pari a 4.444€ (rispetto ai 4.090€ del 2019), con un massimo di 4.935€ registrato in Lombardia. In generale, in diverse Regioni del Nord, il costo medio di un ricovero è superiore alla media nazionale (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto e Lombardia), alle quali si aggiungono Puglia e Molise. Al contrario, i valori medi del costo di un ricovero risultano inferiori (al di sotto dei 3.000€) in Liguria e Valle d'Aosta. Le Regioni si distribuiscono in quattro quadranti. Nel primo quadrante (in alto a destra) si trovano le Regioni con alti tassi di attrazione per cure ospedaliere e costi mediamente

elevati, come Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Molise. Nel secondo quadrante (in alto a sinistra) si collocano Puglia e Piemonte, che presentano indici di attrazione inferiori alla media nazionale, ma con un costo elevato per il ricovero. Nel terzo quadrante (in basso a sinistra) si trovano le cinque Regioni (Campania, Sicilia, Calabria, Lazio, Sardegna e P.A. Bolzano) con scarsa capacità di attrazione, che registrano bassi indici di attrazione ma prestazioni di mobilità attiva con un costo unitario inferiore alla media nazionale. Infine, nel quarto quadrante si collocano le Regioni (Basilicata, Marche, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Toscana, Valle d'Aosta e Umbria) che mostrano indici di attrazione relativamente elevati, ma con ricoveri dal valore medio inferiore alla media italiana.

Figura 19. Distribuzione Indice di attrazione e valore medio dei ricoveri in mobilità attiva per Regione di attrazione: anno 2023



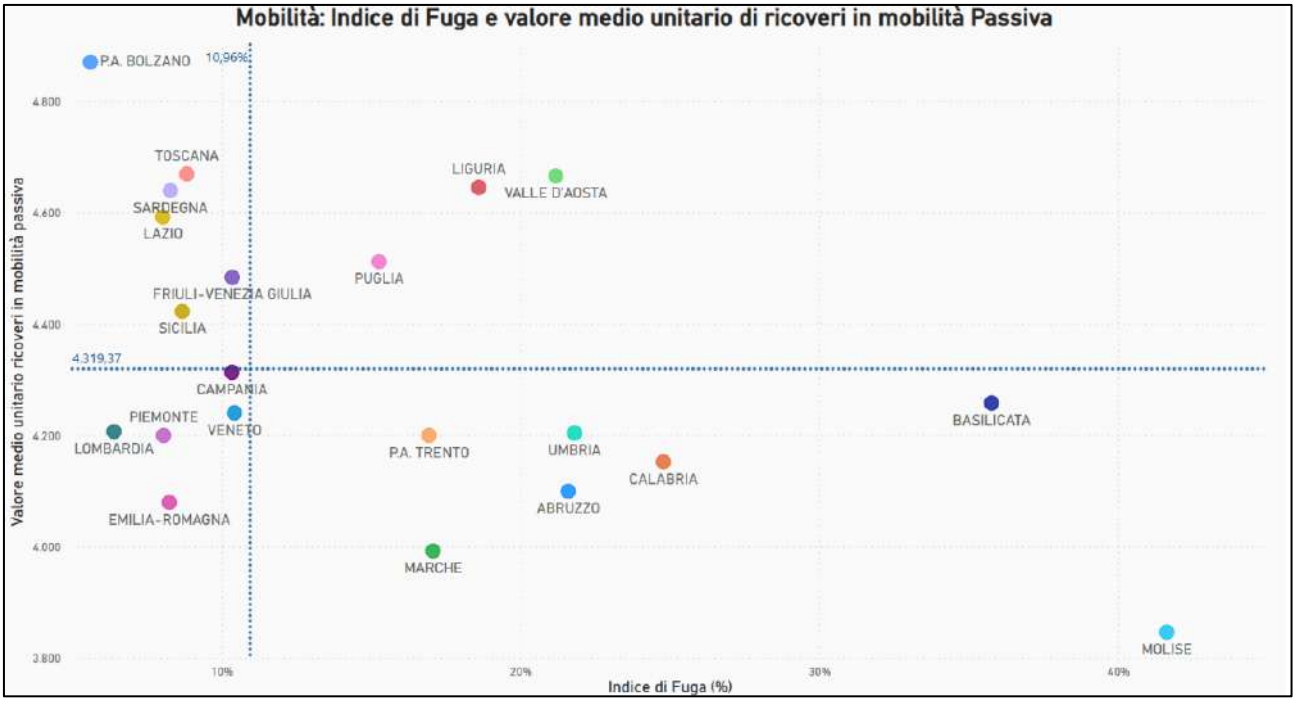
Per quanto concerne la mobilità passiva, il grafico che segue incrocia l'indice di fuga per regione con i valori medi unitari dei ricoveri in mobilità passiva. Nel 2023, il valore medio di un ricovero in mobilità passiva è pari a 4.319€ (rispetto ai 4.002€ nel 2019), con un massimo di 4.870€ nella P.A. Bolzano e un minimo di 3.845€ in Molise.

Analizzando i dati in modo più dettagliato, nel primo quadrante si collocano Puglia, Liguria e Valle d'Aosta, che presentano alti tassi di fuga per ricoveri con un valore mediamente elevato. Sardegna,

stat.agenas.it

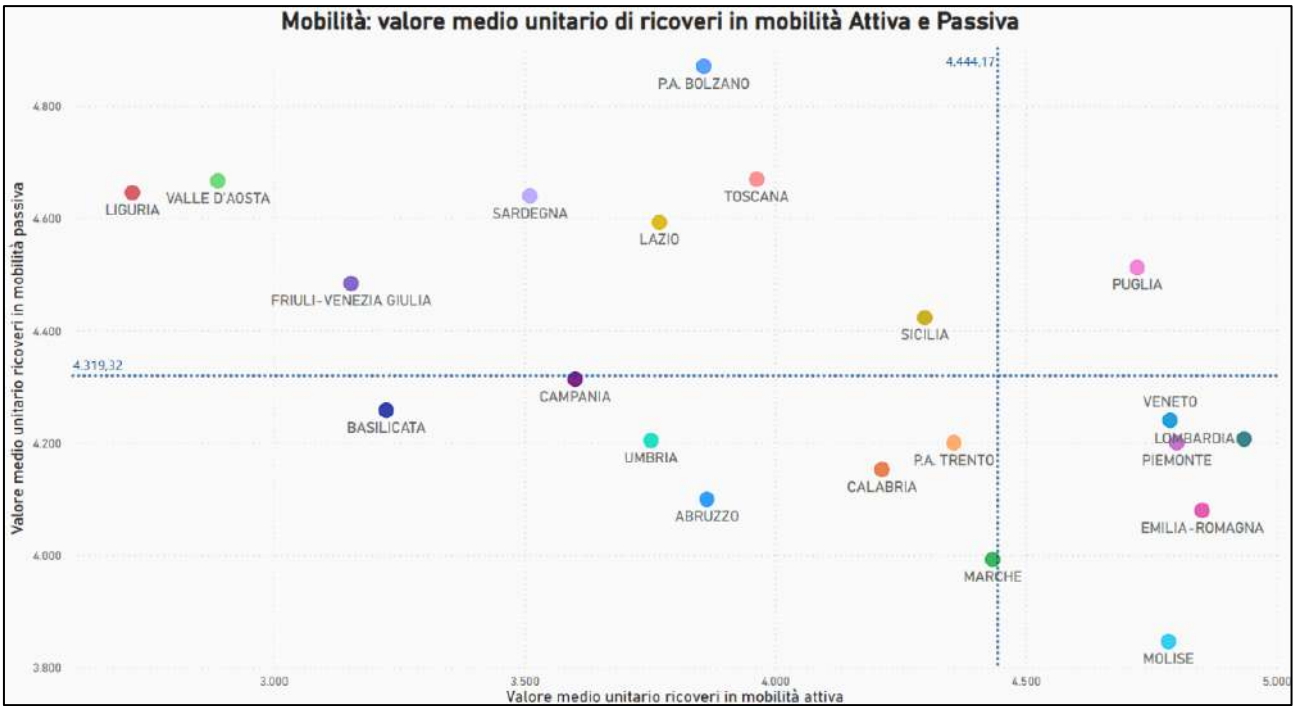
Sicilia, Bolzano, Lazio, Toscana e Friuli-Venezia Giulia costituiscono un gruppo di regioni con tassi di fuga inferiori alla media nazionale, ma con ricoveri caratterizzati da un alto costo medio. Lombardia, Emilia-Romagna, Campania, Piemonte e Veneto si distinguono come le regioni con i tassi di fuga più bassi e un costo medio dei ricoveri in mobilità dei propri residenti contenuto. Infine, tra le regioni con alti tassi di fuga e costi medi relativamente bassi, emerge il caso del Molise, che presenta tassi di fuga quasi quattro volte superiori alla media nazionale, accompagnati da bassi costi medi dei ricoveri in mobilità regionale.

Figura 20. Distribuzione Indice di fuga e valore medio dei ricoveri in mobilità passiva per Regione: anno 2023



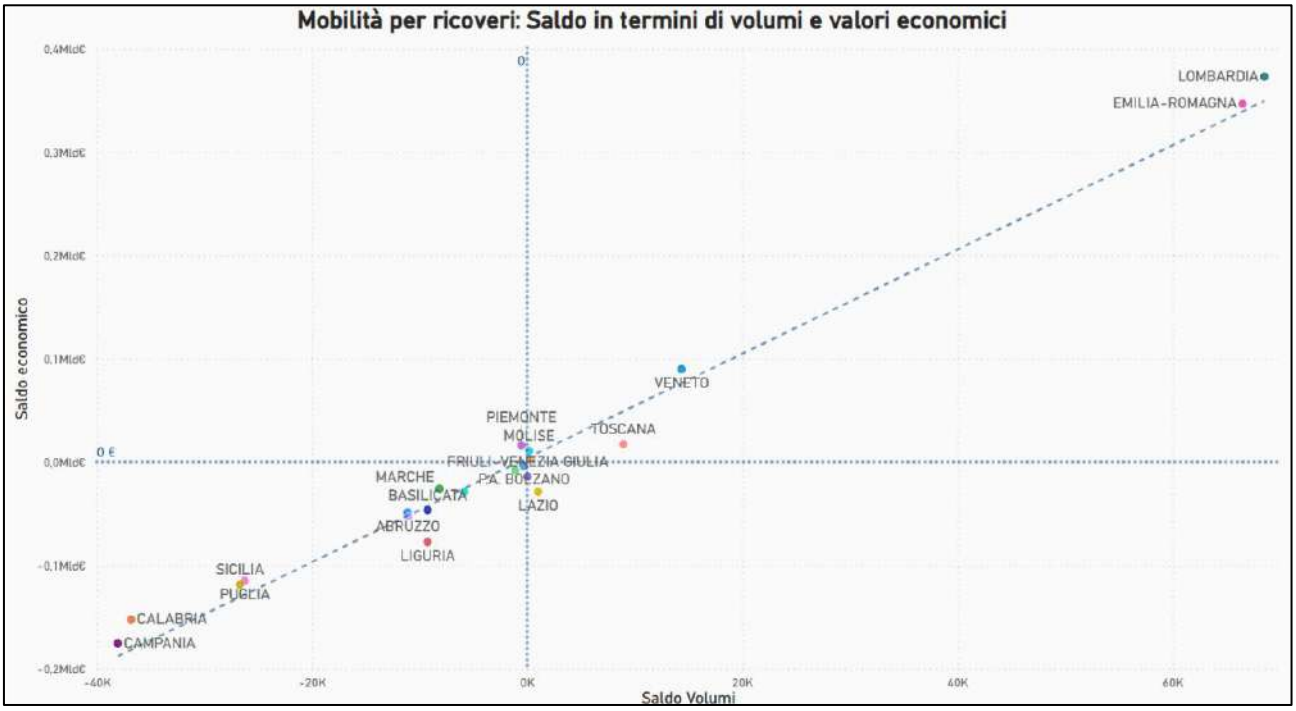
Per analizzare in modo più approfondito il posizionamento complessivo dei sistemi regionali rispetto all'equilibrio tra i flussi di mobilità e i loro costi, è possibile incrociare i valori medi unitari dei ricoveri in mobilità attiva e passiva (Figura 21). Nel primo quadrante si trova esclusivamente la Regione Puglia, che presenta valori unitari superiori alla media nazionale per i ricoveri in mobilità sia attiva che passiva. Nel secondo quadrante si posizionano otto Regioni (Sicilia, Toscana, Liguria, Valle d'Aosta, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, e PA Bolzano), che evidenziano livelli di complessità medio-alti nei ricoveri in mobilità passiva, ma bassi nei ricoveri in mobilità attiva. Abruzzo, Umbria, Trento, Campania, Basilicata, Marche e Calabria manifestano valori medi unitari di ricovero contenuti sia in mobilità attiva che passiva. Infine, la maggior parte delle regioni del Nord e il Molise, si distinguono per ricavi mediamente elevati nei ricoveri in mobilità attiva e costi medio-bassi per quelli in mobilità passiva.

Figura 21. Distribuzione valore medio dei ricoveri in mobilità passiva e valore medio dei ricoveri in mobilità attiva per Regione: anno 2023



L'incrocio tra i valori economici con i correlati volumi di prestazione, mostrato in Figura 22, e in particolare tra il saldo di mobilità in termini di volumi e il medesimo saldo in termini economici, consente una visione dell'equilibrio tra i due saldi. La maggior parte delle Regioni si colloca nel I e nel III quadrante in un intorno della bisettrice, attestando un'uguaglianza di segno tra i due saldi. Vanno segnalate le regioni che si posizionano sulle code. Lombardia ed Emilia-Romagna, a conferma della forte attrattività che esercitano sulle altre regioni, hanno saldi di ricoveri molto positivi e saldi economici altrettanto elevati, di contro diverse regioni del Sud (Campania, Calabria, Sicilia e Puglia) si collocano all'estremità opposta della bisettrice perché caratterizzate da saldi di ricoveri negativi e saldi economici bassi.

Figura 22. Mobilità per ricoveri ospedalieri saldo in termini di volumi e valori economici: anno 2023



L'indice di potenziale attrattività dell'operatore: IPAO

L'IPAO è un indicatore che consente di stimare la potenziale fuga sanitaria legata a uno specifico operatore sanitario, ovvero il medico chirurgo. Questo indice analizza, per ogni DRG chirurgico, il numero di ricoveri eseguiti nella regione di attrazione da operatori in prima posizione (chirurghi principali) che abbiano operato almeno una volta nella Regione di fuga. Tale dato viene confrontato con il totale degli interventi chirurgici eseguiti nella regione di attrazione da operatori in prima posizione. L'indicatore evidenzia se la presenza di uno specifico chirurgo in una regione di attrazione è un fattore determinante per la mobilità passiva dalla regione di fuga. Questo consente di monitorare il fenomeno della fuga sanitaria che non è legata soltanto alla struttura o alla qualità complessiva del sistema sanitario, ma anche alla reputazione e alle competenze individuali degli operatori. Un valore elevato dell'IPAO suggerisce che i pazienti preferiscono seguire un determinato chirurgo, indipendentemente dalla struttura in cui opera.

Figura 23. Indice di potenziale attrattività dell'operatore (IPAO) per regione (anno 2023)

REGIONE	IPAO	RICOVERI POTENZIALMENTE ATTRATTI DA OPERATORE	RICOVERI CHIRURGICI IN FUGA
TOSCANA	25,4%	5.436	21.402
VENETO	23,2%	6.933	29.907
LAZIO	18,3%	5.799	31.774
EMILIA-ROMAGNA	17,4%	4.156	23.893
LOMBARDIA	16,3%	5.441	33.451
MARCHE	13,9%	2.537	18.258
LIGURIA	13,2%	2.840	21.560
FRIULI-VENEZIA GIULIA	12,8%	1.108	8.671
PIEMONTE	10,3%	2.393	23.341
UMBRIA	9,9%	1.090	10.958
PUGLIA	9,3%	2.835	30.549
CAMPANIA	9,0%	3.130	34.591
P.A. TRENTO	5,3%	355	6.650
P.A. BOLZANO	3,6%	78	2.163
MOLISE	3,2%	225	7.073
SICILIA	3,2%	752	23.836
ABRUZZO	3,0%	546	18.093
SARDEGNA	2,8%	261	9.427
VALLE D'AOSTA	2,1%	46	2.143
CALABRIA	1,7%	459	27.585
BASILICATA	0,5%	53	11.544
Totale	**11,7%**	**46.473**	**396.869**

La Figura 23 mostra l'IPAO per ciascuna regione italiana nel 2023, evidenziando il ruolo della reputazione individuale dei chirurghi nella mobilità sanitaria passiva. Toscana (25,4%), Veneto (23,2%) e Lazio (18,3%) registrano i valori più elevati, indicando che una quota significativa di ricoveri chirurgici in fuga da queste regioni è influenzata dalla presenza di specifici operatori sanitari in altre aree del Paese. Al contrario, regioni come Basilicata (0,5%), Calabria (1,7%) e Valle d'Aosta (2,1%) mostrano valori molto bassi, segnalando una minore incidenza della mobilità passiva legata all'operatore. Questo dato suggerisce che la fuga sanitaria potrebbe non dipendere esclusivamente dalla qualità delle strutture, ma anche dalla notorietà e dalle competenze individuali dei professionisti.

Mobilità Sanitaria: Mobilità Ambulatoriale

Composizione della mobilità

La mobilità ambulatoriale rappresenta in termini di spesa circa il 15% della spesa annua assorbita dalla mobilità sanitaria. Questo tipo di mobilità è strettamente legato alla necessità di garantire un accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari, riducendo al contempo le disuguaglianze territoriali e migliorando l'efficienza del sistema. La composizione della mobilità ambulatoriale è influenzata da diversi fattori, tra cui la distribuzione geografica delle strutture sanitarie, le politiche regionali e nazionali in materia di salute e le specifiche esigenze cliniche dei pazienti. In molti casi, la mobilità ambulatoriale coinvolge non solo i pazienti, ma anche i loro familiari o accompagnatori, aggiungendo un ulteriore livello di complessità alla gestione dei flussi.

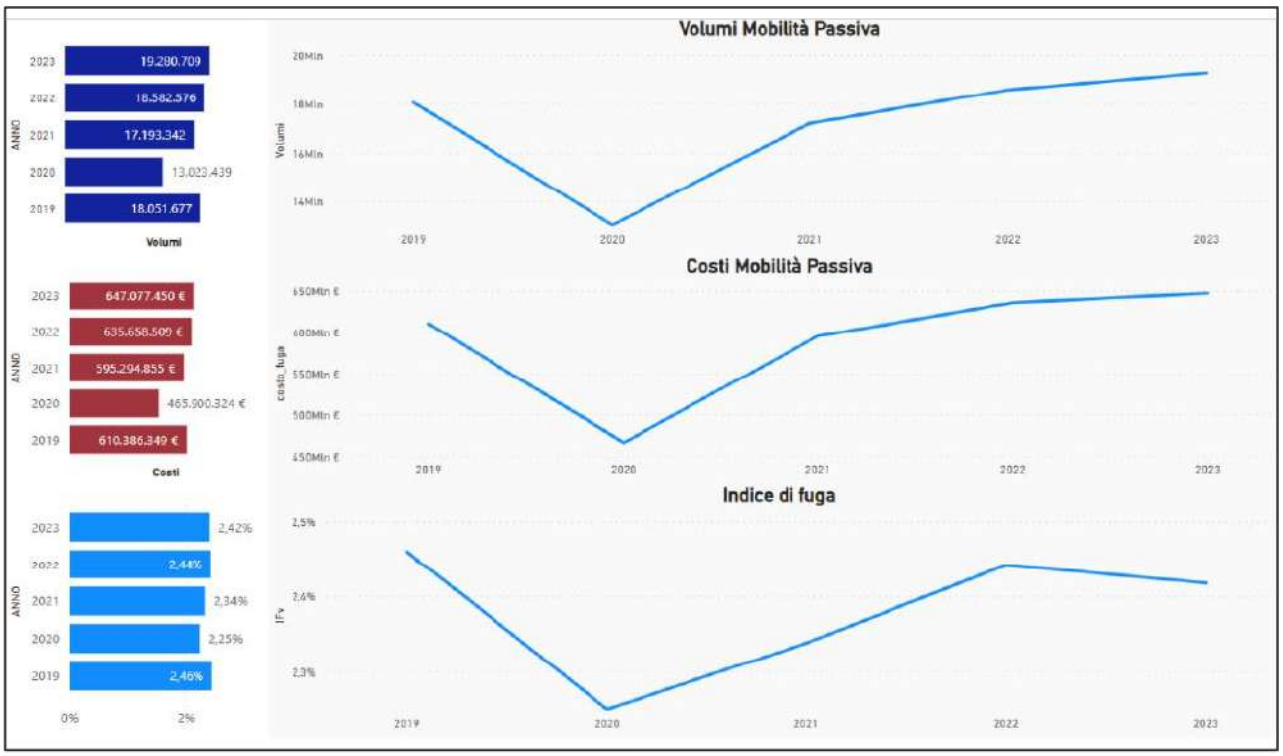
La mobilità sanitaria relativa alle prestazioni ambulatoriali comprende una varietà di prestazioni, che includono visite specialistiche, come quelle cardiologiche, dermatologiche e neurologiche, esami diagnostici, come radiografie, ecografie e risonanze magnetiche, analisi di laboratorio, prestazioni di riabilitazione come fisioterapia e logopedia e altre prestazioni specialistiche come le terapie oncologiche ambulatoriali e la dialisi, che in questo rapporto saranno organizzate secondo la classificazione FA-RE.

Andamenti Mobilità

La Figura 24 mostra l'andamento della mobilità sanitaria ambulatoriale passiva tra il 2019 e il 2023, analizzando tre indicatori principali: i volumi della mobilità passiva, i costi della mobilità passiva e l'indice di fuga.

I volumi, dopo una significativa contrazione nel 2020, hanno registrato una crescita costante dal 2021 in poi, superando nel 2023 i livelli pre-pandemia del 2019. Anche i costi hanno seguito un andamento simile e, difatti, dopo una riduzione iniziale, hanno mostrato un incremento progressivo, raggiungendo nel 2023 circa 647 milioni di euro, il valore più alto dell'intero periodo analizzato. L'indice di fuga, in calo nel 2020, ha iniziato a risalire nel 2021, toccando il massimo nel 2022 (2,44%) per poi registrare una lieve flessione nel 2023, attestandosi al 2,42%.

Figura 24. Andamento per volumi, Spesa e Indice di Fuga in Mobilità Sanitaria ambulatoriale (Anni 2019-2023)

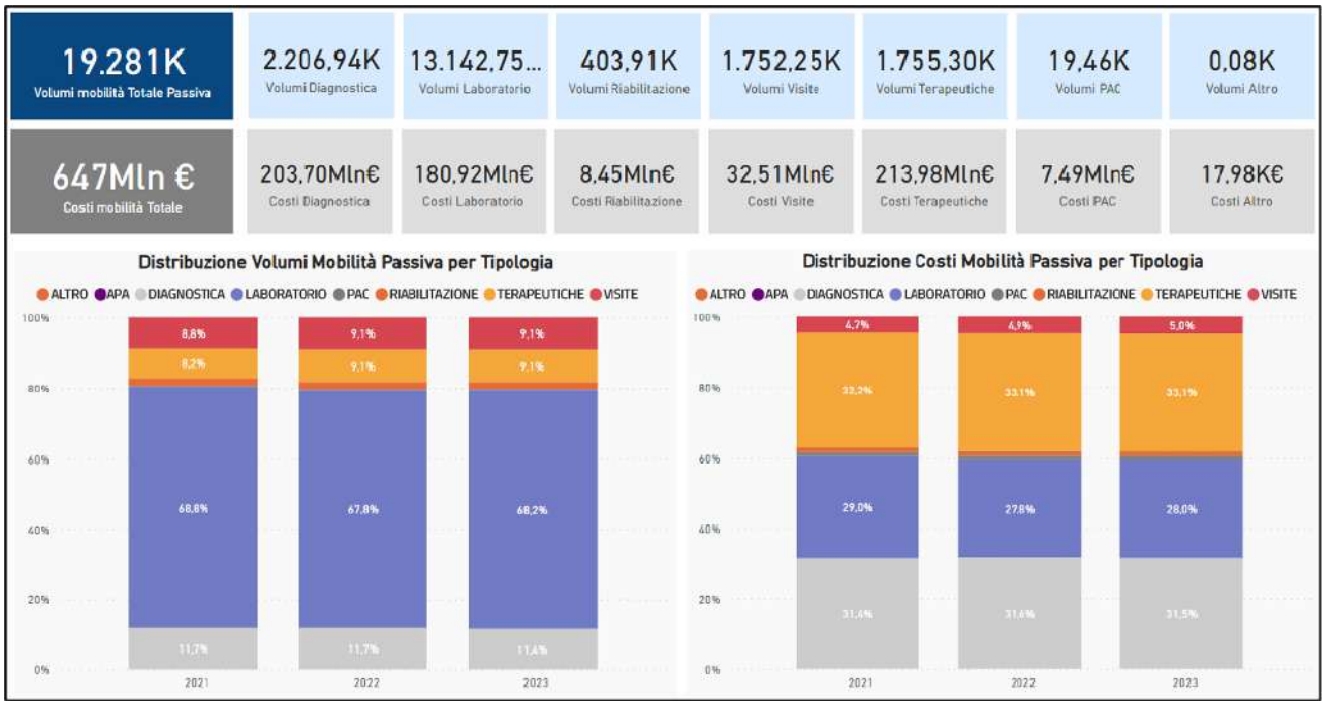


Tipologia di prestazioni in Mobilità sanitaria

L'analisi della mobilità sanitaria ambulatoriale a macro-livello può essere condotta attraverso lo studio della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, classificate secondo le categorie del primo livello FA-RE.

Negli ultimi tre anni, l'andamento della mobilità sanitaria per le prestazioni ambulatoriali analizzate non ha mostrato variazioni significative, confermando una relativa stabilità del fenomeno. In termini di volume, le prestazioni di Laboratorio rappresentano circa i due terzi del totale delle prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità, un impatto numerico maggiore rispetto all'impatto finanziario. Dal punto di vista economico, invece, le prestazioni di Terapia e Diagnostica assorbono la quota più rilevante della spesa complessiva legata alla mobilità sanitaria, evidenziando un maggiore impatto finanziario rispetto alla loro incidenza numerica (figura 25).

Figura 25. Scomposizione della mobilità totale in categorie FA-RE I livello per costo e volume del ricovero: anno 2021-2023



La Mobilità Sanitaria

Mobilità Passiva

Il fenomeno della mobilità per prestazioni relative alla specialistica ambulatoriale passiva si caratterizza in modo diverso a seconda dell'area geografica che viene presa in considerazione e con una variabilità ancora maggiore se si osservano le singole regioni. Un indicatore particolarmente adatto per descrivere la propensione dei residenti di una regione a spostarsi in altre regioni per richiedere prestazioni ambulatoriali è l'indice di fuga (***IFv***), ovvero la proporzione di prestazioni effettuate in mobilità sanitaria passiva rispetto il totale delle prestazioni richieste dai residenti di una regione.

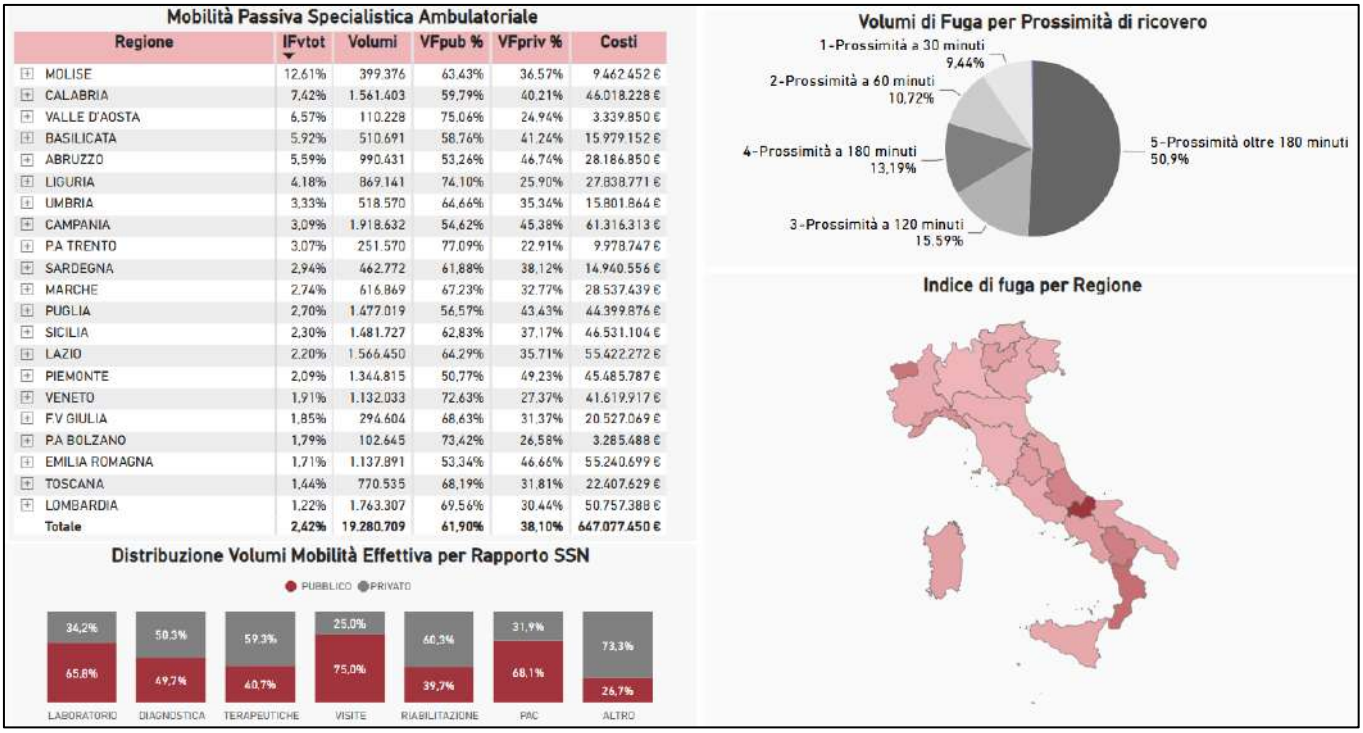
La Figura 26 presenta una panoramica dettagliata della mobilità passiva di specialistica ambulatoriale in Italia per l'anno 2023, suddivisa per regione e analizzata attraverso tre principali indicatori: volumi, costi e indice di fuga. Viene inoltre evidenziata la suddivisione tra strutture pubbliche e private accreditate, nonché l'incidenza della mobilità verso strutture extraregionali più o meno distanti, suddividendo la distanza per fasce di prossimità. Le regioni con la maggiore propensione alla fuga di pazienti per cure ambulatoriali sono: Molise (indice di fuga 12,61%), Calabria (7,42%) e Valle

D'Aosta (6,57%). Invece, le regioni con il più basso indice di fuga sono Lombardia (1,22%), Toscana (1,44%) ed Emilia-Romagna (1,71%).

In media, il 61,90% delle prestazioni viene erogato dal settore pubblico, mentre il 38,10% viene erogato dal privato. Tuttavia, il settore privato ha una presenza più marcata nelle prestazioni di Terapia (59,3%) e di Riabilitazione (60,3%).

Per quanto riguarda la distanza percorsa dai pazienti per ricevere cure al di fuori della propria regione di residenza, il 50,9% dei pazienti si sposta per oltre 180 minuti per ricevere cure ambulatoriali.

Figura 26. Mobilità passiva di specialistica ambulatoriale in Italia suddivisa per Indice di Fuga, Volumi (pubblici e privati), Costi e Prossimità, per l'anno 2023



Mobilità Passiva Specialistica Ambulatoriale

Regione	IFvtot	Volumi	VFpub %	VFpriv %	Costi
MOLISE	12,61%	399.376	63,43%	36,57%	9.462.452 €
CALABRIA	7,42%	1.561.403	59,79%	40,21%	46.018.228 €
VALLE D'AOSTA	6,57%	110.228	75,06%	24,94%	3.339.850 €
BASILICATA	5,92%	510.691	58,76%	41,24%	15.979.152 €
ABRUZZO	5,59%	990.431	53,26%	46,74%	28.186.850 €
LIGURIA	4,18%	869.141	74,10%	25,90%	27.838.771 €
UMBRIA	3,33%	518.570	64,66%	35,34%	15.801.864 €
CAMPANIA	3,09%	1.918.632	54,62%	45,38%	61.316.313 €
PA TRENTO	3,07%	251.570	77,09%	22,91%	9.978.747 €
SARDEGNA	2,94%	462.772	61,88%	38,12%	14.940.556 €
MARCHE	2,74%	616.869	67,23%	32,77%	28.537.439 €
PUGLIA	2,70%	1.477.019	56,57%	43,43%	44.399.876 €
SICILIA	2,30%	1.481.727	62,83%	37,17%	46.531.104 €
LAZIO	2,20%	1.566.450	64,29%	35,71%	55.422.272 €
PIEMONTE	2,09%	1.344.815	50,77%	49,23%	45.485.787 €
VENETO	1,91%	1.132.033	72,63%	27,37%	41.619.917 €
FV GIULIA	1,85%	294.604	68,63%	31,37%	20.527.069 €
PA BOLZANO	1,79%	102.645	73,42%	26,58%	3.285.488 €
EMILIA ROMAGNA	1,71%	1.137.891	53,34%	46,66%	55.240.699 €
TOSCANA	1,44%	770.535	68,19%	31,81%	22.407.629 €
LOMBARDIA	1,22%	1.763.307	69,56%	30,44%	50.757.388 €
Totale	**2,42%**	**19.280.709**	**61,90%**	**38,10%**	**647.077.450 €**

Mobilità Passiva per Categoria FARE I livello

Il grafico e la tabella offrono un'analisi dettagliata dei costi della mobilità passiva nella specialistica ambulatoriale, suddivisi secondo le categorie FA-RE I livello, che comprendono terapeutiche, diagnostica, laboratorio, visite e riabilitazione. Dal grafico emerge che le spese maggiori sono associate alle prestazioni terapeutiche (214 mln €), diagnostiche (204 mln €), e di laboratorio (181 mln €), mentre le categorie visite (33 mln €) e riabilitazione (8 mln €) presentano costi significativamente inferiori (Figura 27).

La Tabella 10 fornisce una distribuzione regionale dell'indice di fuga, dei volumi e dei costi per ciascuna categoria. In particolare, il Molise registra il tasso di fuga più elevato in quattro delle cinque categorie, fatta eccezione per le prestazioni terapeutiche, dove è superato solo dalla Basilicata.

Le regioni con il più basso indice di fuga complessivo sono Lombardia, Toscana ed Emilia-Romagna.

Figura 27. Mobilità Sanitaria Ambulatoriale: Distribuzione dei Costi per Categoria FA-RE di I livello

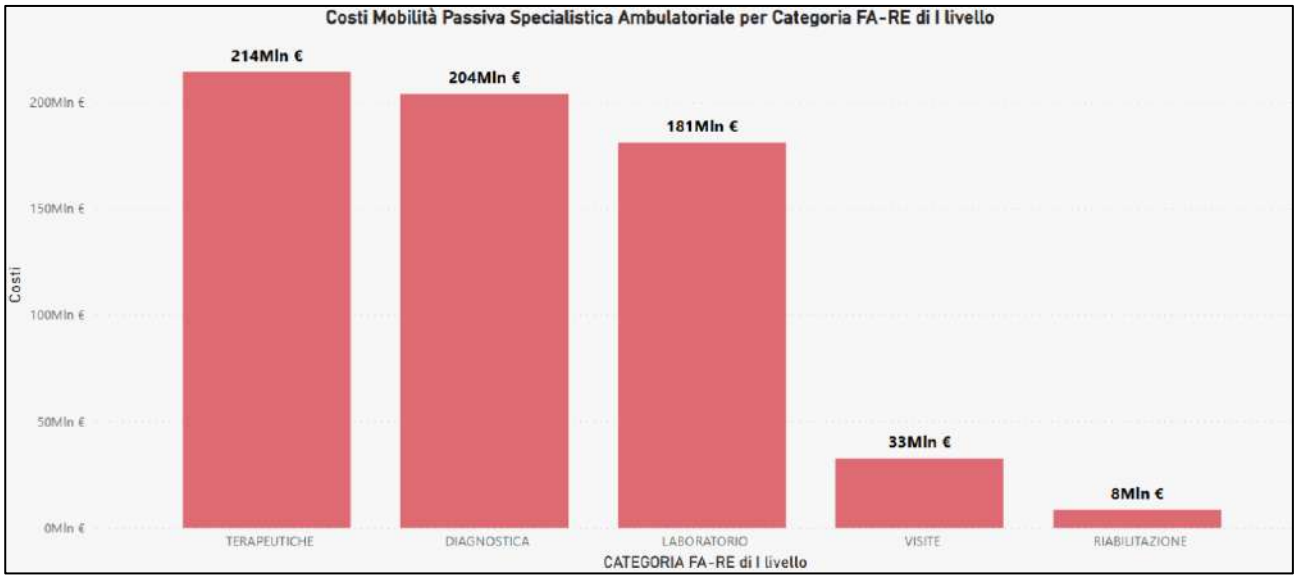


Tabella 10. Mobilità Sanitaria Ambulatoriale: Distribuzione regionale di indice di Fuga, Volumi e Costi per Categoria FA-RE di I livello

Mobilità Passiva Specialistica Ambulatoriale															
Categoria FA-RE di I livello	DIAGNOSTICA			LABORATORIO			RIABILITAZIONE			TERAPEUTICHE			VISITE		
Regione	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi
ABRUZZO	7,72%	106.085	10.096.086 €	5,22%	685.052	7.586.937 €	2,70%	21.395	240.841 €	8,39%	92.854	8.597.615 €	6,49%	84.099	1.475.742 €
BASILICATA	9,95%	58.941	4.720.289 €	5,63%	307.681	4.087.732 €	0,51%	9.330	131.340 €	29,48%	82.174	4.150.505 €	10,80%	47.768	825.275 €
CALABRIA	10,23%	149.685	14.424.298 €	6,92%	1.108.173	13.679.793 €	2,33%	29.219	512.140 €	15,02%	122.739	12.871.514 €	9,97%	148.094	2.668.898 €
CAMPANIA	3,62%	208.586	17.591.750 €	2,70%	1.284.079	20.846.157 €	1,51%	32.138	491.280 €	6,94%	198.856	18.354.568 €	5,21%	192.123	3.368.152 €
EMILIA ROMAGNA	2,76%	181.957	20.465.317 €	1,45%	738.957	13.069.661 €	1,37%	20.194	529.473 €	4,80%	102.717	19.180.329 €	1,74%	93.399	1.794.681 €
F.V GIULIA	4,01%	55.171	6.632.880 €	1,45%	176.158	2.546.790 €	1,61%	9.447	154.141 €	3,93%	27.127	10.683.617 €	2,36%	26.639	481.244 €
LAZIO	4,27%	223.954	20.511.602 €	2,06%	1.047.750	14.504.860 €	0,59%	29.337	475.024 €	3,03%	130.999	16.885.604 €	2,28%	133.204	2.417.496 €
LIGURIA	5,87%	92.594	7.995.108 €	4,03%	624.010	6.037.562 €	1,26%	13.882	326.141 €	5,72%	56.841	11.924.325 €	5,00%	81.732	1.522.373 €
LOMBARDIA	1,25%	179.895	15.775.600 €	1,04%	1.128.514	11.567.892 €	0,95%	51.779	771.170 €	3,78%	239.497	19.221.361 €	1,61%	162.620	2.961.857 €
MARCHE	7,17%	102.577	10.811.668 €	2,09%	377.693	6.854.214 €	1,36%	10.840	155.576 €	6,15%	55.897	9.303.325 €	5,36%	69.553	1.334.987 €
MOLISE	11,58%	37.106	2.431.963 €	11,98%	274.969	3.130.366 €	5,88%	7.553	97.733 €	23,47%	43.092	2.709.403 €	14,83%	35.161	588.924 €
P.A BOLZANO	2,23%	11.271	1.113.222 €	1,79%	70.595	1.164.565 €	0,70%	2.748	39.116 €	2,77%	8.491	776.140 €	1,64%	9.492	179.219 €
P.A TRENTO	5,19%	32.363	3.363.361 €	2,53%	162.582	1.971.648 €	1,59%	4.544	79.700 €	8,21%	22.623	3.970.958 €	5,15%	29.440	585.267 €
PIEMONTE	2,79%	135.098	10.939.087 €	2,03%	956.575	13.196.575 €	1,48%	35.241	2.400.261 €	2,21%	99.509	16.516.514 €	2,22%	118.100	2.278.416 €
PUGLIA	4,64%	167.141	16.456.361 €	2,49%	1.050.969	12.962.440 €	1,04%	28.644	398.001 €	4,62%	114.235	12.221.338 €	3,54%	115.304	2.130.430 €
SARDEGNA	2,84%	42.661	4.010.085 €	3,11%	336.575	4.484.775 €	0,84%	11.613	201.380 €	4,25%	30.449	5.419.992 €	3,09%	41.297	776.982 €
SICILIA	3,02%	133.221	10.898.790 €	2,22%	1.115.070	21.394.552 €	0,95%	31.928	535.858 €	2,81%	75.918	11.194.163 €	3,51%	125.044	2.396.531 €
TOSCANA	1,99%	76.318	6.764.191 €	1,25%	541.787	6.487.918 €	8,12%	16.985	258.263 €	3,28%	66.980	7.531.217 €	1,60%	68.168	1.274.385 €
UMBRIA	5,97%	57.885	5.549.289 €	2,66%	336.771	4.808.369 €	5,70%	12.277	160.559 €	7,74%	60.959	4.312.373 €	5,41%	50.307	898.176 €
VALLE D'AOSTA	10,92%	12.619	1.095.432 €	5,96%	76.035	916.330 €	2,32%	1.939	47.257 €	8,54%	7.004	1.056.966 €	10,60%	12.623	221.023 €
VENETO	2,83%	141.814	12.056.246 €	1,67%	742.752	9.621.133 €	0,76%	22.877	445.748 €	4,94%	116.336	17.093.635 €	2,55%	108.082	2.327.326 €
Totale	**3,37%**	**2.206.942**	**203.702.623 €**	**2,18%**	**13.142.747**	**180.920.269 €**	**1,17%**	**403.910**	**8.451.003 €**	**4,76%**	**1.755.297**	**213.975.463 €**	**3,09%**	**1.752.249**	**32.507.384 €**

Mobilità Passiva per Categoria FA-RE di III livello

Il grafico e la tabella seguenti forniscono un'analisi dettagliata della mobilità passiva per la specialistica ambulatoriale relativa alla categoria FA-RE III livello. Vengono mostrate le cinque prime categorie per livello di costo: genetica/citogenetica (FA-RE I – Laboratorio), radioterapia (FA-RE I – Terapeutiche), chirurgia ambulatoriale maggiore (FA-RE I – Terapeutiche), RM – risonanza magnetica (FA-RE I – Diagnostica) e medicina nucleare (FA-RE I – Diagnostica). Si può osservare nel grafico (Figura 28) che i costi maggiori sono associati alla categoria Genetica/Citogenetica: 109 milioni di euro.

La Tabella 11 fornisce una dettagliata suddivisione regionale dell'indice di fuga, dei costi e dei volumi di fuga per ciascuna categoria. In particolare, la Puglia registra un indice di fuga elevato (65,85%) per la Chirurgia Ambulatoriale Maggiore, il che significa che su tre pazienti che necessitano di queste cure nella regione, circa due si spostano verso un'altra regione per fruire di prestazioni in questa categoria. Per le altre categorie si osservano i seguenti valori particolarmente elevati di indice di fuga:

Genetica/Citogenetica: Valle d'Aosta (78,27%).

Medicina Nucleare: Abruzzo (32,05%) e Calabria (27,19%).

Radioterapia: Calabria (33,2%).

Risonanza Magnetica (RM): Valle d'Aosta (30,47%) e Puglia (15,36%).

Figura 28. Mobilità Sanitaria Ambulatoriale: Distribuzione dei Costi per Categoria FA-RE di III livello

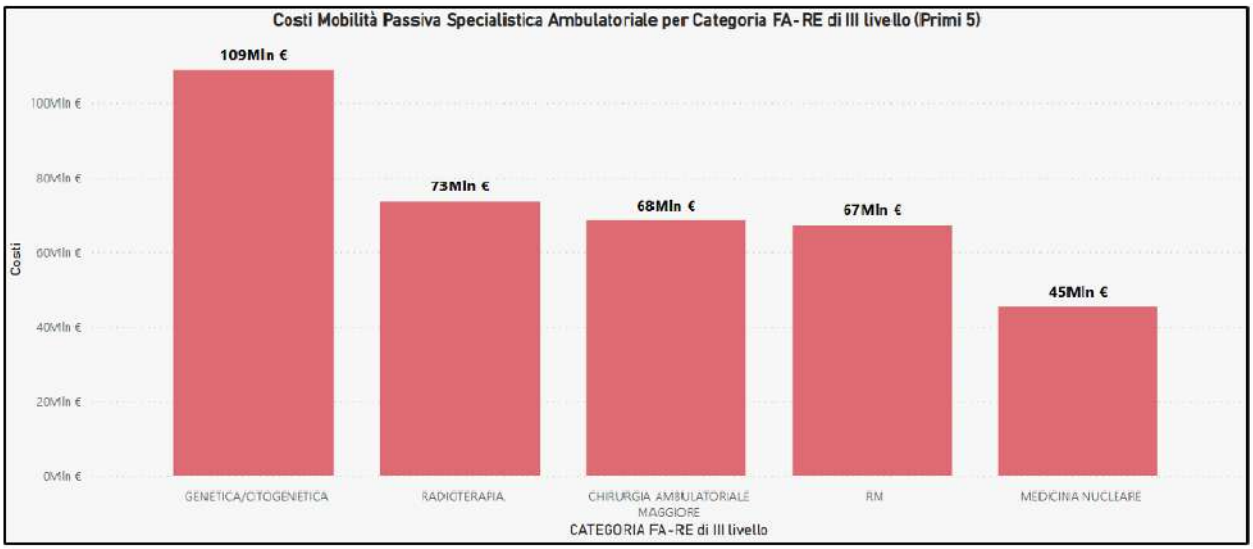


Tabella 11. Mobilità Sanitaria Ambulatoriale: Distribuzione regionale di indice di Fuga, Volumi e Costi per Categoria FA-RE di III livello

CATEGORIA FA-RE di III livello	CHIRURGIA AMBULATORIALE MAGGIORE			GENETICA/CITOGENETICA			MEDICINA NUCLEARE			RADIOTERAPIA			RM		
Regione	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi	IFvtot	Volumi	Costi
ABRUZZO	13,32%	3.025	2.916.134 €	27,47%	28.491	4.125.605 €	32,05%	3.989	3.114.521 €	9,72%	31.132	3.567.817 €	17,28%	18.055	2.947.919 €
BASILICATA	10,94%	654	618.730 €	46,46%	17.818	2.434.370 €	14,75%	1.180	697.617 €	8,15%	9.314	1.390.876 €	21,10%	11.184	1.763.366 €
CALABRIA	6,81%	1.722	1.762.678 €	46,71%	54.577	7.950.518 €	27,19%	6.457	5.021.057 €	33,20%	49.956	7.541.746 €	9,39%	13.135	2.596.707 €
CAMPANIA	32,00%	3.989	3.942.031 €	33,07%	100.118	13.953.157 €	5,63%	7.371	5.198.734 €	7,22%	54.537	7.265.300 €	5,30%	21.932	4.158.184 €
EMILIA ROMAGNA	11,15%	8.058	9.640.041 €	28,37%	58.984	8.792.485 €	4,84%	2.542	1.886.873 €	2,69%	9.692	5.017.364 €	9,82%	50.860	11.323.726 €
F.V GIULIA	25,46%	6.647	9.036.829 €	12,84%	9.120	1.496.743 €	8,50%	1.154	744.169 €	1,34%	1.599	661.199 €	14,65%	16.034	3.537.679 €
LAZIO	5,68%	3.635	3.138.769 €	13,29%	64.098	8.979.157 €	8,53%	8.547	6.766.717 €	1,74%	23.226	4.823.112 €	7,38%	28.605	5.052.291 €
LIGURIA	15,97%	4.175	4.190.511 €	15,79%	17.634	2.550.572 €	13,92%	2.340	1.688.139 €	2,96%	6.739	2.702.499 €	9,90%	10.068	1.983.320 €
LOMBARDIA	2,72%	4.911	5.060.192 €	11,21%	42.770	5.616.642 €	3,75%	4.621	2.690.146 €	7,05%	19.713	3.859.553 €	2,73%	23.078	4.868.980 €
MARCHE	22,19%	4.981	4.324.517 €	50,37%	29.236	4.686.366 €	13,44%	2.208	2.062.547 €	13,65%	12.729	3.036.006 €	24,06%	25.820	4.921.326 €
MOLISE	31,62%	813	703.503 €	58,90%	13.655	1.812.972 €	18,86%	966	502.521 €	8,65%	7.202	759.348 €	10,34%	3.023	506.498 €
P.A BOLZANO	1,47%	102	117.698 €	29,28%	5.906	776.914 €	9,17%	187	115.266 €	7,02%	1.808	317.921 €	10,46%	2.647	551.802 €
P.A TRENTO	37,43%	1.439	1.699.162 €	30,09%	7.630	917.171 €	8,30%	898	570.229 €	7,25%	2.965	976.393 €	11,17%	5.180	1.311.715 €
PIEMONTE	6,84%	4.789	5.218.819 €	10,70%	50.090	7.823.400 €	4,98%	3.054	2.529.157 €	1,97%	8.896	6.333.053 €	3,06%	11.227	2.515.762 €
PUGLIA	65,85%	3.515	3.558.596 €	12,95%	49.130	7.084.309 €	8,23%	4.914	3.603.032 €	7,88%	30.610	5.542.193 €	15,36%	35.974	6.228.457 €
SARDEGNA	2,89%	541	562.088 €	16,29%	18.149	2.642.941 €	9,89%	1.292	1.017.696 €	4,54%	10.131	3.868.080 €	5,09%	4.653	992.246 €
SICILIA	24,92%	1.546	1.620.300 €	31,85%	103.238	15.382.341 €	4,76%	3.232	2.245.614 €	4,02%	20.192	6.249.570 €	5,14%	13.191	2.856.958 €
TOSCANA	3,78%	2.161	1.962.101 €	8,90%	21.033	3.093.896 €	4,56%	2.103	1.727.102 €	6,47%	13.043	3.285.331 €	3,80%	10.624	2.107.447 €
UMBRIA	8,27%	1.200	1.038.518 €	32,38%	21.157	2.964.346 €	12,42%	1.348	961.109 €	7,72%	9.503	1.600.122 €	14,64%	12.871	2.233.780 €
VALLE D'AOSTA	38,69%	354	345.040 €	78,27%	3.853	490.501 €	12,93%	166	119.897 €	10,90%	1.327	290.263 €	30,47%	2.932	509.107 €
VENETO	7,68%	6.743	6.867.182 €	10,03%	31.992	5.063.098 €	3,32%	2.361	1.950.829 €	7,98%	21.464	4.380.885 €	4,93%	19.988	4.300.714 €
Totale	**8,88%**	**65.000**	**68.323.438 €**	**19,44%**	**748.679**	**108.637.503 €**	**7,19%**	**60.930**	**45.212.970 €**	**5,69%**	**345.778**	**73.468.632 €**	**7,39%**	**341.081**	**67.267.984 €**

Mobilità Attiva

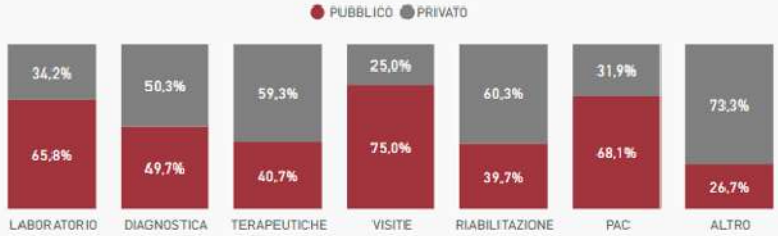
L'Indice di attrazione per mobilità sanitaria (IAv) viene calcolato come il rapporto tra il numero di prestazioni sanitarie erogate a cittadini non residenti e il numero totale di prestazioni sanitarie erogate nella regione, moltiplicato per 100. L'IAv permette di misurare la capacità di una regione di attrarre pazienti da altre regioni e il peso delle prestazioni erogate a cittadini non residenti rispetto alla produzione. Come per la mobilità da ricoveri ospedalieri, la regione Molise è la regione con il valore più alto dell'indice di mobilità attiva (13,48%), seguono la Basilicata (4,52%) e la Provincia Autonoma di Trento (3,99%); mentre Sicilia (0,50%), Calabria (0,98%) e Sardegna (0,62%) sono le regioni meno soggette ad erogare prestazioni a cittadini extra-regionali (Figura 29).

Figura 29. Mobilità attiva di specialistica ambulatoriale in Italia suddivisa per Indice di attrazione, Volumi (pubblici e privati), Ricavi e Prossimità, per l'anno 2023

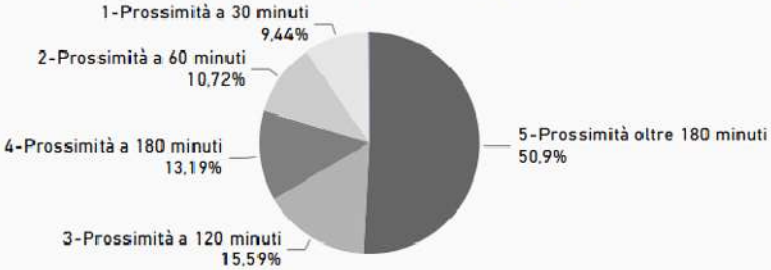
Mobilità Attiva Specialistica Ambulatoriale

Regione	IAv	Volumi	VApub %	VApriv %	Ricavi
MOLISE	13,48%	431.123	12,38%	87,62%	34.578.496 €
BASILICATA	4,52%	383.596	47,89%	52,11%	10.968.330 €
P.A TRENTO	3,99%	329.447	44,35%	55,65%	8.689.629 €
LAZIO	3,76%	2.726.683	37,93%	62,07%	69.801.455 €
F.V GIULIA	3,49%	565.409	92,25%	7,75%	24.649.243 €
EMILIA ROMAGNA	3,16%	2.131.649	90,95%	9,05%	61.502.718 €
ABRUZZO	3,08%	531.647	80,84%	19,16%	12.113.705 €
TOSCANA	2,96%	1.607.996	94,99%	5,01%	48.216.050 €
UMBRIA	2,93%	455.571	99,56%	0,44%	11.963.978 €
LOMBARDIA	2,84%	4.184.599	42,96%	57,04%	156.048.812 €
LIGURIA	2,73%	559.800	91,85%	8,15%	13.382.029 €
VALLE D'AOSTA	2,59%	41.689	95,43%	4,57%	1.336.151 €
MARCHE	2,50%	563.128	60,48%	39,52%	11.284.339 €
VENETO	2,46%	1.463.281	66,32%	33,68%	94.240.237 €
P.A BOLZANO	2,28%	131.581	95,74%	4,26%	3.499.368 €
PIEMONTE	2,04%	1.312.003	83,22%	16,78%	33.239.558 €
CAMPANIA	1,17%	713.243	19,56%	80,44%	18.737.667 €
PUGLIA	1,01%	545.089	64,29%	35,71%	19.068.771 €
CALABRIA	0,98%	192.152	54,39%	45,61%	3.235.829 €
SARDEGNA	0,62%	95.737	59,76%	40,24%	1.598.155 €
SICILIA	0,50%	315.286	36,27%	63,73%	8.922.928 €
Totale	**2,42%**	**19.280.709**	**61,90%**	**38,10%**	**647.077.450 €**

Distribuzione Volumi Mobilità Attiva Effettiva per Rapporto SSN



Volumi attrazione per prossimita di ricovero

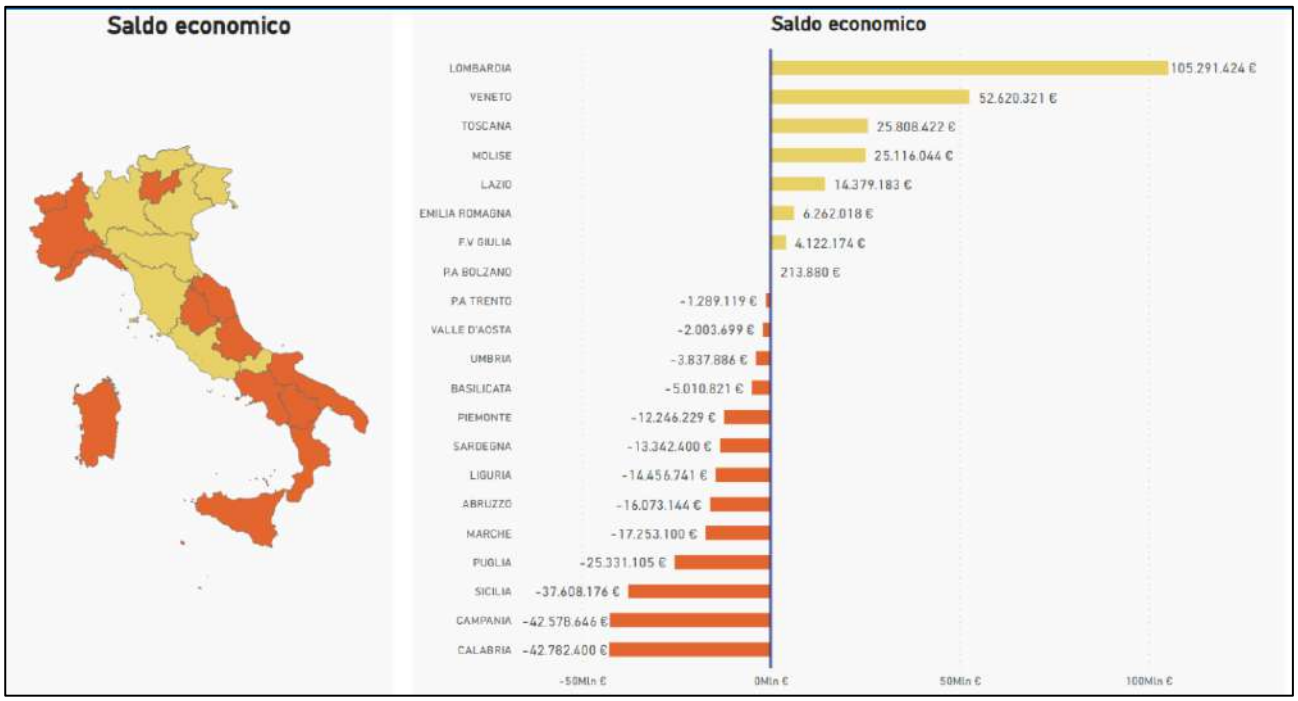


Indice di Attrazione per Regione

Il Saldo economico

Il grafico in Figura 30 mostra, per ogni regione, il saldo economico delle prestazioni in mobilità sanitaria, ovvero la differenza tra la spesa sostenuta per i residenti che ricevono prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva e i ricavi per prestazioni ambulatoriali erogate a cittadini non residenti nella regione. Nel 2023, in Italia, si osservano notevoli differenze tra le diverse aree del paese. Infatti, per gran parte delle regioni il saldo economico, per prestazioni di specialistica ambulatoriale, è negativo. Hanno un rilevante saldo economico positivo: Lombardia (+105.291.424 mln €), Veneto (+ 52,6 mln €), Toscana: (+25,8mln €).

Figura 30. Saldo economico regionale di mobilità sanitaria di specialistica ambulatoriale, anno 2023

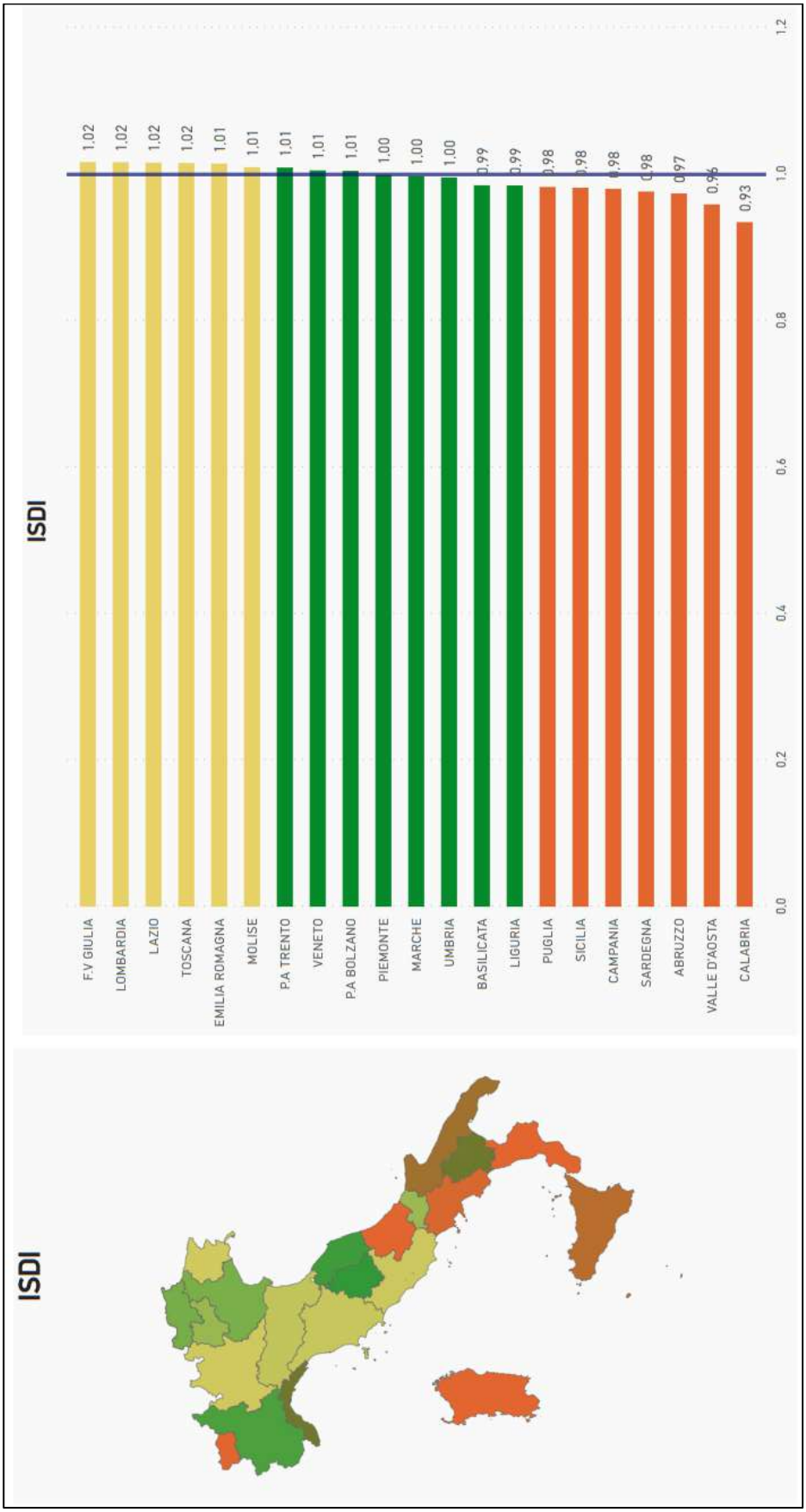


Soddisfazione della Domanda Interna

La soddisfazione della Domanda Interna, ovvero la capacità della regione di produrre un numero di prestazioni ambulatoriali potenzialmente sufficiente a soddisfare il bisogno di salute della regione, viene misurato tramite l'indice ISDI. L'indicatore può assumere valori maggiori, uguali o minori di uno e, a seconda del valore che assume, fornisce informazioni diverse sulla capacità della regione di soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione residente.

Come si evince dal grafico sottostante (figura 31), l'ISDI complessivo per la specialistica ambulatoriale raggiunge l'equilibrio nella maggioranza delle regioni del Paese, con altre leggermente distanti dal punto di equilibrio, ad eccezione della Calabria (0,93), che presenta un discostamento negativo maggiore.

Figura 31. ISDI Indice di Soddisfazione della Domanda Interna: anno 2023



stat.agenas.it

Prospettive di sviluppo

L'analisi dei flussi di mobilità sanitaria: una lente fondamentale per comprendere l'equilibrio tra domanda e offerta di cure

In conclusione, la mobilità sanitaria è un fenomeno complesso e multiforme, che non può essere ridotto a una semplice analisi economica o geografica. Per comprenderlo appieno, è necessario adottare un approccio olistico e multidimensionale, che tenga conto dei molteplici fattori che possono influenzare la scelta di spostarsi in altre regioni.

La prossimità, ad esempio, non va intesa solo come distanza fisica, ma anche come "prossimità accettabile" per il paziente. Questa si caratterizza in base alla valutazione della qualità dei servizi offerti, dei tempi di attesa e dei benefici complessivi rispetto alle alternative disponibili nella regione di residenza. Altrettanto importanti sono le caratteristiche del territorio, i bisogni di cura specifici della popolazione e l'adeguatezza dell'offerta sanitaria locale. Allo stesso modo, il ruolo dei medici, in virtù del rapporto fiduciario con i pazienti, può influenzare significativamente la mobilità sanitaria, arrivando in alcuni casi a configurare pratiche di "*fishing sanitario*", ovvero la spinta a curarsi fuori regione anche quando l'offerta locale è adeguata e di qualità. Non ultimo, è necessario comprendere e gestire i fenomeni di mobilità interna e il rischio di ingiustificate distorsioni del volume di ricoveri nelle diverse strutture sanitarie interne.

Un ecosistema sanitario così complesso ci spinge ad esplorare nuove prospettive di analisi per una valutazione efficace dei determinanti della mobilità sanitaria.

Per affrontare la complessità del sistema sanitario, è dunque, necessario adottare un approccio multidimensionale che integri alle dimensioni già esplorate in questi anni, nuovi fattori come accessibilità, stagionalità delle cure e distribuzione demografica.

Una pianificazione attenta deve bilanciare l'offerta sanitaria con i bisogni specifici della popolazione, considerando variabili cliniche, gestionali, territoriali e temporali. Questo framework analitico permetterà di ottimizzare l'efficienza e l'equità del sistema, mitigando criticità come la saturazione dei reparti e le disparità geografiche. L'inclusione di tali elementi nello studio della mobilità sanitaria e l'adozione di adeguati strumenti statistici per la sua analisi possono rappresentare la base per sviluppare strategie mirate e sostenibili. In questa prospettiva, l'analisi nazionale dei flussi di mobilità sanitaria si configura come uno strumento indispensabile per supportare una programmazione sanitaria di livello centrale, capace di indirizzare politiche integrate, promuovere migliori azioni di governance della sanità territoriale e rafforzare l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale.

La nuova sfida è dunque rafforzare lo studio dei determinanti e degli esiti della mobilità sanitaria, sia extraregionale sia intraregionale, orientando le azioni verso la ricerca e lo sviluppo di uno strumento fondamentale per orientare le politiche sanitarie di assistenza territoriale, ottimizzare l'allocazione delle risorse, dei tempi di attesa e garantire che i pazienti ricevano cure appropriate e di qualità, indipendentemente dalla loro residenza o condizione socioeconomica.

stat.agenas.it