



Munich Personal RePEc Archive

**Issues regarding the standard cost
notion: patients' interregional mobility
and «health fashions»**

Pica, Federico and Villani, Salvatore

Università degli Studi di Napoli, Federico II, SVIMEZ, Associazione
per lo Sviluppo del Mezzogiorno

15 June 2010

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/29659/>
MPRA Paper No. 29659, posted 17 Mar 2011 14:51 UTC

Questioni concernenti la nozione di *costo standard*: la mobilità dei pazienti e le mode sanitarie

di Federico Pica e Salvatore Villani

1. *Premessa*

L'art. 117, comma 2, lettera *m*), della Costituzione attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale». Tale precepto, che è ormai considerato come «l'ago della bilancia del federalismo fiscale» – cui è affidato l'arduo compito di definire il giusto equilibrio tra le ragioni dell'autonomia (e quindi della differenziazione) e quelle dell'uniformità, o della «appropriatezza», come è scritto nell'art. 8, comma 1, lett. *b*), della legge delega 42/2009 – è correntemente interpretato nel senso che sussistono livelli essenziali delle prestazioni (da questo punto in poi indicati con l'acronimo LEP) da garantire a *tutti* i cittadini italiani, ovunque essi vivano.

Il problema della fornitura di un livello adeguato dei servizi e della necessaria rimozione degli ostacoli (di natura economica e sociale) che lo impediscono resta, dunque, un compito fondamentale dello Stato unitario, come si evince anche dai principi fondamentali stabiliti nella Parte prima della Carta costituzionale (cfr. art. 3, comma 2, della Costituzione). Lo Stato, tuttavia, non è tenuto a produrre o erogare direttamente i servizi di cui si tratta, essendo responsabile unicamente della definizione e dell'implementazione dei meccanismi attraverso i quali la fornitura suddetta (e quindi la fruizione dei servizi da parte dei cittadini) deve essere *garantita*.

Rileva, al riguardo, l'art. 2, comma 2, lettera *z*), della legge 42/2009, di delega al Governo in materia di federalismo fiscale

Codici JEL: H70; H72; H77; I18.

(d'ora in poi «legge delega»). In esso è indicato come «principio e criterio direttivo di ordine generale», con riferimento ai decreti legislativi che sulla base della legge potranno essere emanati, la «previsione di meccanismi sanzionatori per gli Enti che non assicurano» i LEP; viene ipotizzato, altresì, che il Governo adotti misure che possono giungere «fino all'esercizio del potere sostitutivo di cui all'art. 120, secondo comma, della Costituzione».

Vale, inoltre, il punto che spetta allo Stato, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera *m*), la competenza esclusiva per quanto concerne la determinazione dei LEP.

In ultima analisi, spetta allo Stato:

- a) determinare i livelli di cui si tratta;
- b) definire meccanismi che ne consentano l'implementazione;
- c) ove la produzione dei LEP sia affidata agli Enti territoriali, azionare le misure sanzionatorie e l'esercizio del potere sostitutivo di cui esso dispone, nel caso in cui sia in questione l'effettività dei diritti dei cittadini che l'art. 117, comma 2, lettera *m*), intende garantire.

Rispetto a questi impegnativi compiti la questione finanziaria si pone a valle: occorre che la fruizione dei LEP non sia impedita dalla insufficienza delle risorse rispetto al fabbisogno. A questo fine, è necessario determinare il *fabbisogno*, determinazione che ha come necessaria premessa una questione di *efficacia*: che cosa a chi.

Si noti che l'impostazione proposta, e cioè l'impostazione che risulta dal testo degli artt. 117 e 119 della Costituzione, ha un forte contenuto egualitario (verso il basso). Si tratta, tuttavia, di condizione necessaria, ma non sufficiente, rispetto alla questione dell'equità orizzontale¹. Occorre compensare gli effetti finanziari di scelte che si ritengano non compatibili con il finanziamento dei LEP, in modo tale che esse non producano decurtazione delle risorse disponibili per gli altri fruitori. Ne seguono implicazioni non banali concernenti la sanità², sulle quali è proposto, nei paragrafi che seguono, qualche approfondimento.

¹ Per quanto concerne il problema della interpretazione ed applicazione del principio di equità orizzontale in contesti federali, v. M. Bordignon, A. Fontana e V. Peragine (2006).

² Tali implicazioni approfondiremo in questa sede, sviluppando e completando – con l'ausilio dell'evidenza empirica – un ragionamento che avevamo iniziato in precedenti lavori (cfr. F. Pica, L. D'Alessio e S. Villani (2008), F. Pica (2010), S. Villani (2010).

2. *La mobilità sanitaria interregionale e le sue implicazioni finanziarie*

Per quanto concerne il citato problema dell'efficacia (che cosa a chi) e delle implicazioni prodotte, in sede di determinazione dei LEP, dalle scelte che si ritengono non compatibili con gli stessi, la prima questione che intendiamo porre riguarda il fenomeno della mobilità (o migrazione) sanitaria, e cioè degli spostamenti di pazienti dai territori regionali di residenza verso altre aree considerate più attrezzate dal punto di vista diagnostico e terapeutico, al fine di ottenere un'assistenza migliore. Il detto fenomeno – che è comune a molti Paesi e si concretizza sia nella migrazione in altre nazioni dell'Unione Europea (prevalentemente Francia) e negli Stati Uniti d'America, sia nella ospedalizzazione in Regioni diverse da quella di «residenza sanitaria» (la Azienda ASL di iscrizione che, generalmente, corrisponde a quella di residenza) – nasce dall'introduzione, a partire dal 1992-93³, di un elemento concorrenziale e dal forte contenuto innovativo, che ha trasformato completamente il modello di erogazione e di finanziamento delle prestazioni nell'ambito del servizio sanitario nazionale (SSN): il principio di libera scelta, da parte dei pazienti, del luogo in cui ricevere le cure alle quali hanno diritto in base agli articoli 19 e 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833⁴.

³ Anni in cui fu varata la seconda riforma del sistema sanitario nazionale (SSN), con i decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93. È bene ricordare, in proposito, che gli ultimi 16 anni, sia per la sanità che per il sociale, sono stati particolarmente travagliati: dalle riforme del 1992-93 e 1999, con la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale, alla riforma dell'assistenza sociale del 2000; dal primo tentativo di federalismo fiscale, che consiste nel D.Lgs. 56/2000, alla riforma del Titolo V della Costituzione; dall'approvazione e attuazione dei LEA del 2001, agli accordi e intese Stato-Regioni del 2000 e del 2001, fino al *Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012*.

⁴ I principali fondamenti normativi della mobilità sanitaria sono infatti contenuti nell'art. 19 della legge 833/78, per quanto riguarda la mobilità interregionale, e nell'art. 37 della legge citata, per quanto concerne la mobilità internazionale. A quest'ultimo riguardo si segnala, in particolare, che nel 2008 la Commissione europea ha anche presentato una proposta di direttiva [COM(2008) 415 def. del 2 luglio 2008] che si propone di agevolare l'applicazione dei diritti dei pazienti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera.

Basata su talune sentenze della Corte di Giustizia europea, la proposta della Commissione intende:

- a) meglio definire i diritti dei pazienti ad ottenere cure in uno Stato membro diverso da quello d'origine ed il livello dei rimborsi delle spese sanitarie;
- b) fissare i principi comuni a tutti i sistemi sanitari dell'Unione;
- c) istituire un quadro per la cooperazione europea in materia di riconoscimento delle prescrizioni mediche rilasciate in altri Paesi.

La proposta è stata tuttavia rigettata dal Consiglio europeo dei Ministri del Lavoro, delle Politiche sociali, della Salute e degli Affari dei Consumatori del 1° dicembre 2009 per

L'argomento ha suscitato da sempre un enorme interesse⁵ – sia per chi gestisce i servizi a livello di Aziende sanitarie, sia per chi si occupa della programmazione a livello degli Enti territoriali e, quindi, ha l'esigenza di ottenere informazioni adeguate sul livello dei bisogni da soddisfare e sull'accessibilità ai servizi pubblici locali – ma oggi ne suscita ancor di più, a causa sia delle riforme in corso sia, soprattutto, dei suoi risvolti finanziari⁶. L'esercizio della predetta facoltà di scelta del luogo in cui ricevere le prestazioni sanitarie può determinare, infatti, un disequilibrio tra domanda ed offerta delle stesse, che può condurre, già nel breve periodo, a problemi di «bilancio» per le Aziende sanitarie, perché genera costi ulteriori (le tariffe corrisposte agli erogatori esterni) rispetto a quelli sostenuti per l'erogazione del servizio. Gli spostamenti degli assistiti fra le strutture di erogazione dei servizi sanitari delle Regioni comporta, inoltre, la necessità di provvedere alla regolazione delle posizioni debitorie e creditizie rispetto alle tariffe vigenti per ciascuna prestazione. Ciò avviene in forza dell'istituto della compensazione della mobilità sanitaria interregionale, che trova la propria norma cardine di riferimento nella disciplina relativa al riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basato sulla c.d. «quota capitaria»⁷, e la sua prima regolamentazione in tre note dell'allora

il supposto rischio di squilibri finanziari dei sistemi di sicurezza sociale degli Stati membri, prospettato da alcuni Paesi (e cioè la Spagna e l'Ungheria). La Commissione europea potrebbe ora abbandonare la proposta, lasciando alla Corte di Giustizia europea il potere di decidere caso per caso se e quando gli utenti dei servizi sanitari nazionali hanno il diritto di essere rimborsati per le cure ricevute in altri Paesi dell'Ue.

⁵ La migrazione sanitaria è stata oggetto di approfondimenti sotto il profilo economico-giuridico (France, 1999), sanitario (P. Cacciari *et al.*, 1993; E. Crocetti, 1993; E. Crocetti *et al.*, 1995; N. D'Andrea, 1992; N. D'Andrea, 1993; L. Greco e G. Capozzi, 1989) e sociale (R. Beccarelli e M. Zanon, 1993; N. Crotti, 1992; N. Crotti, 1993; G. Morasso, *et al.* (a cura di), 1992). Tuttavia, gli studi finora effettuati si sono concentrati prevalentemente sul fenomeno della mobilità sanitaria transfrontaliera (Association Internationale de La Mutualité, 2000; H. Hermans, 2000; Ministero della Sanità, 1997), anche in relazione a recenti sentenze della Corte di Giustizia della Comunità Europea [Causa C-158/96 Kohll (1998) Racc. I-1931; causa C-120/95 Decker (1998) Racc. I-1831; causa C-368/98 Vanbraekel (2001) Racc. I-5363; causa C-157/99 Smits and Peerbooms (2001) Racc. I-5473; causa C-56/01 Inizan (2003) Racc. I-12403; causa C-8/02 Leichtle (2004) Racc. I-2641; causa C-385/99 Müller-Fauré and Van Riet (2003) Racc. I-4503; causa C-372/04 Watts (2006) Racc. pp. I-4325], in base alla quale i pazienti hanno il diritto di richiedere trattamenti e prodotti medici in altri Stati membri della Comunità (Mountford, 2000). Gli studi sulla mobilità interregionale, fenomeno ovviamente più rilevante in termini quantitativi e con notevoli ricadute sulle finanze regionali, risultano invece assai più limitati.

⁶ La ricerca della compatibilità finanziaria è particolarmente pressante – come illustra l'analisi proposta qui di seguito (v. par. 2.2.) – per le Regioni del Mezzogiorno, in cui si registra da tempo un saldo della mobilità sanitaria interregionale di segno negativo.

⁷ La quota pro capite di riparto è stata introdotta già dal 1984 sulla base di disposizioni contenute nelle leggi finanziarie dello Stato, disposizioni che hanno portato al su-

Ministero della Sanità (oggi Ministero della Salute)⁸, che definivano le prestazioni da porre in compensazione, le caratteristiche dei flussi informativi (tracciati record), i tempi e le modalità di trasmissione dei dati, il sistema di controllo degli addebiti trasmessi, le procedure di contestazione e quelle previste per l'invio di controdeduzioni.

Le Regioni incontrarono notevoli difficoltà ad impiantare in tempi brevi il necessario sistema informativo e d'archivio dei dimessi non residenti, per classificarli secondo i DRG (*Diagnosis-related group*)⁹ e per determinare le relative tariffe, ma il bilancio finanziario fu alla fine incoraggiante. Pertanto, tale regolamentazione rimase in vigore, così come disposta dal Ministero, sino al 10 dicembre del 2003, data in cui venne adottato, con intesa interistituzionale tra Ministero della Salute, Regioni e Province autonome, il *Testo Unico per la Compensazione Interregionale della mobilità sanitaria*. Con l'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione¹⁰ era emersa infatti, nel tempo, una realtà territoriale caratterizzata dalla presenza di prezzi assai differenziati, che rappresentava, per le Regioni con elevata mobilità passiva, un elemento penalizzante, perché capace di produrre una diminuzione del potere di attrazione delle strutture dislocate sul loro territorio. Fu così che, per eliminare queste sperequazioni, si decise di adottare una tariffa unica convenzionata e stabilire un regime particolare per i 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropria-

peramento del criterio della spesa storica applicato dal 1975 al 1983. In particolare l'art. 27, comma 1, della legge 27.12.1983 n. 730 (Finanziaria 1984) ha disposto che il Fondo Sanitario Nazionale venisse ripartito in base alla popolazione residente con compensazione centrale della mobilità sanitaria. A tal fine si stabilì che le Regioni dovessero trasmettere, ogni tre mesi, al Ministero della Sanità i dati necessari a determinare la mobilità registrata e la migrazione temporanea sulla base di schede tipo di rilevazione predisposte dal Ministero stesso e distinte in base alla natura dell'assistenza ospedaliera (generale, specialistica o di alta specializzazione).

⁸ In particolare, n. 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, n. 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e n. 100/scps/ 4.344 spec del 28 gennaio 1997.

⁹ Il *Diagnosis-related group*, o più semplicemente DRG, è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o *day hospital*) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Tale aspetto permette di quantificare economicamente l'assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. La principale finalità del sistema è, evidentemente, quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.

Il sistema è stato creato da R.B. Fetter e J.D. Thompson dell'Università di Yale ed introdotto dalla Medicare nel 1983; oggi è diffuso anche in Italia. Le versioni attive in Italia sono state le seguenti: 10, 14, 19, e l'attuale 24.

¹⁰ Avvenuta all'inizio degli anni '90, in seguito alla seconda riforma del SSN.

tezza», nonché per le prestazioni di «alta specialità» o erogate nei cosiddetti «centri di eccellenza»¹¹.

In questo modo si intendeva:

a) scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di media-bassa complessità (la c.d. «mobilità evitabile»), in particolare per i ricoveri in regime ordinario attribuiti ai 43 DRG «ad elevato rischio di inappropriatazza» e per altre tipologie di ricovero caratterizzate dal medesimo rischio;

b) garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità (la c.d. «mobilità fisiologica o inevitabile»);

c) consolidare la capacità di attrazione dei centri di alta qualificazione, allo scopo di ottenere volumi di attività tali da garantire la fornitura di un'assistenza di qualità.

Il descritto sistema di compensazione della mobilità sanitaria interregionale fu tuttavia modificato nel 2005 con un decreto del Ministero della Salute¹² che – in seguito ad alcuni accordi approvati dalla Conferenza Stato-Regioni¹³ – prevedeva l'adozione del sistema di *Classificazione internazionale delle malattie (International Classification of Diseases)*¹⁴. In particolare, con tale decreto si rendeva

¹¹ Strutture selezionate per la specificità delle patologie trattate e/o per l'impiego di tecnologie innovative.

¹² Il decreto ministeriale 21 novembre 2005, *Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere* (GU Serie Generale n. 283 del 5 dicembre 2005).

¹³ Il riferimento è agli accordi approvati il 16 dicembre 2004, il 16 giugno 2005 ed il 15 dicembre 2005.

¹⁴ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati.

Nel 1893, la Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, che ebbe luogo a Chicago, approvò la Classificazione internazionale delle cause di morte. L'Italia adottò tale Classificazione fin dal 1924. Sottoposta periodicamente a revisione, la Classificazione internazionale, a partire dalla 6ª revisione (1948), fu adottata anche per rilevare le cause di morbosità oltre che di mortalità. Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29ª Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità è stata approvata la 9ª revisione della Classificazione (ICD9).

Negli Stati Uniti, un Comitato (in cui sono rappresentati le Associazioni professionali ed accademiche dei medici, le Associazioni degli ospedali, l'Ufficio regionale della Organizzazione Mondiale della Sanità, l'amministrazione pubblica-HCFA), ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*), la quale è stata utilizzata dal 1979.

Il termine *clinical* è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte rispetto alla ICD-9, la quale è progettata per la classificazione delle cause di mortalità, mentre la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità. Infatti, le principali modificazioni introdotte sono finalizzate a consentire sia una classificazione più precisa ed analitica delle formulazioni diagnostiche, attraverso l'introduzione di un quinto carattere, sia l'introduzione della classificazione delle procedure.

uniforme, su tutto il territorio nazionale, a partire dal 1° gennaio 2006, l'adozione della versione 2002 del sistema di classificazione ICD-9-CM e la versione 19^a del *Groupes CMS* (DRG 505)¹⁵. Tutto ciò influiva, seppure in via indiretta, sul sistema di compensazione della mobilità interregionale e sulla relativa TUC. L'aggiornamento di quest'ultima ha infatti portato all'individuazione delle tariffe dei nuovi DRG generati dall'adozione della 19^a versione del *Groupes CMS* ed alla revisione tariffaria dei DRG modificati. Nei citati accordi erano inoltre contenute disposizioni che prevedevano:

a) un incremento tariffario del 7% per le aziende miste, intese come tutte le aziende ospedaliere o gli istituti (compresi gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia, in presenza di delibere regionali che riconoscessero un finanziamento aggiuntivo per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali;

b) l'estensione ad altre protesi dei riconoscimenti extratariffari (protesi d'anca e ombrello atriale settale);

c) una disciplina particolare per la compensazione della mobilità collegata all'attività di trapianto, con la previsione di forme di remunerazione *ad hoc* anche per le fasi di osservazione, prelievo (espianto) e trasporto dell'organo.

2.1. La mobilità ospedaliera tra le macroaree (Centro-Nord e Mezzogiorno)

Per l'analisi che qui si propone sono state utilizzate le informazioni contenute nella «banca dati SDO», ossia nella banca dati nazionale sui ricoveri ospedalieri, istituita presso il Ministero del-

La Classificazione ICD9 nella traduzione italiana predisposta e pubblicata a cura dell'ISTAT (*Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte*, 9^a revisione, 1975, Coll. Metodi e Norme, serie C, n. 10, voll. 1-2), è stata utilizzata, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

¹⁵ A partire dal 1° gennaio 2009, sulla base di quanto stabilito dal decreto ministeriale del 18 dicembre 2008, la versione in uso per la codifica delle informazioni cliniche è l'ICD-9-CM 2007, e cioè la versione italiana 2007 della *International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification*, associata alla versione 24 del *groupes* per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG). Com'è noto, infatti, la normativa vigente in materia di sistemi di classificazione della casistica ospedaliera (Decreto ministeriale 21 novembre 2005) ha previsto l'aggiornamento biennale della Classificazione ICD-9-CM e del sistema DRG.

la Salute pubblica e liberamente consultabile per via telematica, a cui affluiscono le informazioni relative a tutti i ricoveri registrati in Italia a partire dal 1996.

Dalle informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 2007¹⁶ risulta (v. Tab. 1a e 1b, riportate in Appendice) che la mobilità sanitaria interregionale, pur subendo una lieve inversione di tendenza rispetto al 2006, ha fatto registrare valori che non si allontanano molto dalla media del quinquennio: nei reparti ospedalieri, sono stati ricoverati per acuti 575.678 pazienti, pari al 7,4% (8,3% nel 2006; 7,3% nel 2005; 7,2% nel 2004; 7,9% nel 2003; il valore medio nel quinquennio è pari, invece, a 7,62%), per il regime ordinario, e 236.422, pari al 6,7% (7,1% nel 2006; 6,2% nel 2005; 6,1% nel 2004; 6,6% nel 2003; il valore medio nel quinquennio è pari, invece, a 6,54%), per il ricovero diurno. A livello di macroaree (v. le Tab. 2a, 2b, 2c e 2d, nonché le Figg. 2a, 2b, 3a e 3b, riportate in Appendice) si può notare, tuttavia, come le Regioni del Centro-Nord presentino una più elevata mobilità attiva, ossia una più elevata capacità di attrazione¹⁷, che risulta sufficientemente consolidata (4% nel 2003; 4,07% nel 2004; 4,05% nel 2005; 4,07% nel 2006; 4,05% nel 2007), nel caso dell'attività di ricovero in regime ordinario, e lievemente in crescita, per quel che concerne il ricovero in

¹⁶ Il flusso informativo delle SDO, sin dalla sua costituzione avvenuta nel 1995, costituisce un patrimonio conoscitivo importante ed irrinunciabile per operatori, programmatori ed utenti del SSN. Il livello di qualità dei dati rilevati attraverso tale sistema ha subito nel corso degli ultimi anni un progressivo miglioramento, principalmente dovuto al fatto che le informazioni contenute nelle SDO vengono ampiamente utilizzate, e quindi verificate, per le attività di controllo di gestione, di finanziamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) e di rimborso della mobilità interregionale. Grazie alla qualità e alla completezza di queste informazioni è oggi possibile monitorare, nel tempo e su tutto il territorio nazionale, le caratteristiche della domanda di ospedalizzazione che emerge dalla popolazione italiana. Non solo, nel contempo, è possibile verificare la risposta degli erogatori pubblici e privati, nonché di valutare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle strutture ospedaliere nell'erogazione delle prestazioni.

Ad oggi il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera è disciplinato dal decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000, che stabilisce la trasmissione dalle Regioni e Province Autonome al Ministero di *file* semestrali con cadenza successiva al 31 dicembre e al 30 giugno dell'anno successivo rispetto all'anno di riferimento. Anche grazie alle iniziative messe in atto dal Ministero a seguito della verifica degli adempimenti cui sono sottoposte le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento, così come previsto dall'intesa del 23 marzo 2005, in materia di obblighi informativi, quasi tutte le Regioni adempiono alle scadenze previste dal DM 380/2000.

¹⁷ La suddetta capacità è misurata mediante un particolare indice, che è denominato «indice di attrazione» ed è calcolato come rapporto percentuale tra le dimissioni di pazienti non residenti nella macroarea esaminata ed il totale delle dimissioni dalle strutture presenti sul suo territorio.

day hospital (3,05% nel 2003; 3,02% nel 2004; 3,17% nel 2005; 3,37% nel 2006; 3,57% nel 2007), mentre la mobilità passiva (e cioè l'indice di emigrazione, o di fuga, da queste Regioni¹⁸) si è mantenuta, nel periodo considerato, a livelli bassissimi (regime ordinario: 1,08% nel 2003; 1,11% nel 2004 e nel 2005; 1,13% nel 2006; 1,04% nel 2007; regime diurno: 0,60% nel 2003; 0,64% nel 2004; 0,67% nel 2005; 0,70% nel 2006; 0,78% nel 2007); le Regioni del Mezzogiorno presentano, al contrario, una più elevata mobilità passiva ed una capacità di attrazione che risulta in lieve crescita, per quanto concerne l'attività di ricovero in regime ordinario (6,05% nel 2003; 6,23% nel 2004; 6,32% nel 2005; 6,37% nel 2006; 6,54% nel 2007), e stazionaria, nel caso del ricovero in *day hospital* (5,28% nel 2003; 4,86% nel 2004; 4,99% nel 2005; 5,02% nel 2006; 4,93% nel 2007).

2.2. La mobilità ospedaliera tra le Regioni

Le Figg. 1a e 1b (in Appendice) consentono di approfondire l'analisi attraverso lo studio degli indici di attrazione e di fuga delle singole Regioni. Il valore medio nazionale può essere assunto come termine di riferimento per suddividere il diagramma in quattro quadranti e descrivere in maniera più accurata la situazione: il quadrante in alto a sinistra individua le Regioni che presentano un tasso di attrazione elevato a fronte di una bassa emigrazione; il quadrante in basso a sinistra ospita, invece, le Regioni caratterizzate da bassi indici di mobilità; nel quadrante in basso a destra si collocano le Regioni che presentano una forza di attrazione inferiore alla media ed una maggiore fuoriuscita di pazienti; nel quadrante in alto a destra si collocano, infine, le Regioni che presentano elevati indici di mobilità.

A completamento dello studio è poi rappresentata, nelle tabelle riportate in Appendice (v., in particolare, le Tabb. 1a e 1b in Appendice), una misura sintetica che consente di esprimere l'attrazione dei bacini di utenza, al netto della fuga, e cioè il cosiddetto «indice sintetico di mobilità» (ISM), calcolato come rapporto tra l'indice di attrazione e l'indice di fuga. L'ISM assume sempre valori maggiori o uguali a zero. È zero, quando l'attrazione è nulla,

¹⁸ Tale indice è calcolato come rapporto percentuale tra le dimissioni effettuate fuori della macroarea di residenza ed il totale delle dimissioni di soggetti che risiedono nella stessa, ovunque effettuate.

cioè quando nel bacino di utenza considerato non sono stati effettuati ricoveri di non residenti. Valori compresi tra 0 e 1 indicano un'immigrazione interregionale inferiore all'emigrazione. Valori superiori a 1 si hanno quando i flussi in entrata superano quelli in uscita.

Non è del tutto chiaro in che misura l'anzidetto fenomeno abbia rilievo nel momento in cui si vanno a determinare i LEP ed i meccanismi che ne consentono l'implementazione: si assuma un certo qualsivoglia morbo e si supponga che possa accertarsi in modo rigoroso che la probabilità di soccombenza in una certa Regione sia maggiore ove il malato non ricorra alle prestazioni dell'ospedale *x*, che si trova in altra Regione. Due sono, al riguardo, le ipotesi: se si ritiene che il di più di probabilità di sopravvivenza prodotto dal «viaggio della speranza» non sia compreso nel LEP al riguardo pertinente, allora i maggiori costi (*stimati al margine*) che il sistema subisce per effetto del «viaggio» andranno posti a carico del fruitore; se si ritiene, invece, che l'accesso a prestazioni che accrescono la possibilità di guarigione sia *diritto* del malato, garantito ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, allora il maggiore costo che il sistema subisce dovrà porsi a carico del sistema medesimo. Nell'uno e nell'altro caso *non dovrà verificarsi*, né direttamente né indirettamente, un peggioramento per le condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie per quanto concerne la parte restante della popolazione, attraverso la decurtazione delle risorse complessivamente disponibili.

3. *Le mode sanitarie*

La seconda questione che intendiamo porre riguarda le cosiddette «mode sanitarie»: supponiamo che in una certa Regione si diffonda la «moda» di un trattamento sanitario (riferito ad una o più morbilità) più costoso rispetto allo *standard*. Può trattarsi di un particolare farmaco (o classe di farmaci) oppure di una particolare tecnica operatoria, come il parto cesareo¹⁹.

¹⁹ Con riferimento ai parti cesarei, dalle informazioni rilevate attraverso le SDO risulta che tale tecnica operatoria è sempre molto diffusa (la percentuale di tagli cesarei rispetto al totale dei parti – pari a 38,39% a livello nazionale – risulta ancora in aumento rispetto agli anni precedenti: 38,36% nel 2006; 38,30% nel 2005; 37,70% nel 2004), specialmente nelle Regioni del Mezzogiorno (v. Fig. 4 in Appendice), sebbene diverse ricerche ne mettono sempre più spesso in discussione i benefici (cfr. M. Norman *et al.*, 2009).

Se il costo di queste tecniche, o farmaci, fosse pienamente comparabile con quello delle soluzioni normalmente adottate e se, soprattutto, l'efficacia di essi risultasse non chiara, nessuno avrebbe nulla da obiettare. Il problema nasce, tuttavia, nel momento in cui l'utilizzo di quel farmaco o di quella particolare tecnica operatoria risultino inappropriati o servano a curare solo parzialmente e/o temporaneamente una determinata patologia, oppure quando presentino effetti collaterali negativi. Alcune ricerche²⁰ hanno evidenziato, per esempio, come farmaci realizzati con un'altissima tecnologia, come quelli cosiddetti «biologici», abbiano un'efficacia pari, o addirittura superiore, rispetto ai farmaci tradizionali (con una comprovata capacità di migliorare i parametri relativi alla qualità della vita dei pazienti trattati), ma presentino anche rilevanti effetti collaterali e costi elevatissimi: in alcuni casi, assolutamente proibitivi.

Valgono, al riguardo, le ipotesi proposte nel par. 2.2: se le prestazioni di cui si tratta (il maggior costo che esse comportano) non sono comprese nei LEP, gli effetti finanziari delle scelte in questione andranno posti a carico di coloro che le adottano; se vale l'ipotesi opposta, lo *standard* andrà corretto in modo da tenere conto dei maggiori costi delle scelte di cui si tratta. Nell'uno e nell'altro caso, occorrerà che la generalità degli utenti non subisca danno, attraverso la decurtazione delle risorse disponibili, per effetto delle scelte in questione. È, pertanto, auspicabile che, assieme alla determinazione dei meccanismi di attuazione del federalismo fiscale, sia effettuata una seria revisione delle attuali misure di contenimento della spesa sanitaria, ed in particolare di quella farmaceutica.

A tale proposito, è bene rilevare, infatti, che gran parte della letteratura economica è concorde nel considerare la compartecipazione al costo delle cure (il c.d. *copayment*, o *cost sharing*, utilizzato nella maggior parte dei paesi OCSE) come uno degli strumenti migliori per indurre il cittadino ad una fruizione più responsabile delle prestazioni sanitarie²¹. Si ritiene, invece, che la completa (o quasi completa) gratuità del sistema sanitario²² produce, nella

²⁰ Cfr., per esempio, J.R. Curtis *et al.* (2007), ove si dimostra come l'utilizzo di costosi prodotti biologici per il trattamento delle varie forme di artrite reumatoide non è risolutivo e, in fondo, aumenta anche il rischio di gravi infezioni batteriche tra i suoi utilizzatori.

²¹ OCSE (2004).

²² In Italia, le prestazioni sanitarie pubbliche sono quasi completamente gratuite, eccezion fatta per i cosiddetti «codici bianchi» (ovvero per le prestazioni erogate in regime

maggior parte dei casi, degli effetti perversi e, più specificamente, fenomeni di *moral hazard* (causati dalla ineliminabile asimmetria informativa che sussiste, in ambito sanitario, tra l'utente del servizio e colui che lo finanzia), dai quali può derivare una riduzione del benessere sociale complessivo²³.

Vi è, dunque, una questione che è strettamente correlata al problema della determinazione dei LEP e che concerne, in particolare, il governo (o, come si usa dire oggi, la *governance*) della spesa farmaceutica. A questo proposito, risultano rilevanti le seguenti osservazioni:

1) spesso si ritiene che una riduzione della spesa farmaceutica voglia dire, *tout court*, miglior appropriatezza della prescrizione dei farmaci; tale concetto ha infatti ispirato la stipula di contratti tra le pubbliche amministrazioni e le Aziende sanitarie che mirano ad incentivare la prescrizione di farmaci a basso costo, o meglio, di farmaci equivalenti dal punto di vista terapeutico, ma più economici²⁴; tuttavia, valutare l'appropriatezza basandosi esclusivamente su un parametro quantitativo, ma allo stesso tempo grossolano, come il costo dei farmaci non è opportuno; tale operazione andrebbe piuttosto inquadrata in un sistema complessivo di valutazione della *performance*, che tenga conto anche della qualità del servizio sanitario, perché è chiaro che, di fronte a terapie sovrapponibili per efficacia e tollerabilità, va privilegiata ed auspicata la prescrizione caratterizzata dal miglior profilo dei costi per il SSN, ma nell'ambito di profili non chiari devono essere sviluppate politiche di confronto e di condivisione dei percorsi, in cui l'appro-

di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, per le quali la legge finanziaria 2007, al comma 796, lettera p, ha previsto il pagamento di una quota fissa pari a 25 euro) e, in alcuni casi, anche per i «codici azzurri», e per i *ticket* sui farmaci, nelle poche Regioni che li hanno adottati (v. Tab. 3, riportata in Appendice). Si segnala, inoltre, che i recenti provvedimenti anti-crisi del Governo (in particolare, il decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78) hanno abolito i *ticket* sulla medicina specialistica e previsto «specifici interventi per le Regioni in grave stato di disavanzo», nonché «un tetto alla spesa farmaceutica». La cornice normativa è comunque farraginosa e complicata dal processo di trasformazione federalista. Infatti, molte scelte di regolazione, in questo settore, sono ormai demandate alle Regioni, ma senza che vi sia un coordinamento di base.

²³ Cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno (2006); F. Pammolli, N.C. Salerno e G. Turchetti (2008), pp. 271-281.

²⁴ Il principio è, ovviamente, del tutto condivisibile, considerato che ogni ricetta del SSN costituisce un assegno che poi tutta la collettività deve pagare. È infatti del tutto corretto che, se due farmaci sono equivalenti dal punto di vista terapeutico, e cioè egualmente efficaci nel trattare una determinata patologia, si debba dare la preferenza a quello più economico, fatte salve intolleranza, inefficacia o controindicazioni per il singolo paziente.

priatezza sia misurata come beneficio complessivo per il paziente e, quindi, per il sistema;

2) l'attuale modello di *governance* della spesa sanitaria genera alcune distorsioni, che incidono sulla concorrenza tra le imprese farmaceutiche; ad esempio, per quanto riguarda l'accesso ai farmaci ospedalieri, si segnala un fenomeno alquanto stravagante che contraddistingue in senso negativo il nostro servizio sanitario e rivela, allo stesso tempo, l'inadeguatezza del predetto modello di *governance*: il filtro/veto esercitato dalle commissioni locali (regionali, provinciali, afferenti ad ASL e/o ad aziende ospedaliere) preposte alla valutazione tecnico-scientifica dei farmaci ospedalieri – e, prima ancora che questo intervenga, l'incertezza da esso prodotta – influenza le dinamiche di mercato e concorre a determinare quel più debole *turnover* di prodotti e produttori che si riscontra nel nostro Paese rispetto ai mercati internazionali²⁵; il proliferare delle suddette commissioni (e dei relativi proutari) rallenta infatti il rilascio dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e l'iscrizione di tali farmaci nella c.d. «fascia H», limitando la disponibilità effettiva degli stessi nei DRG ospedalieri e producendo una segmentazione artificiosa del mercato farmaceutico nazionale; ne deriva una inevitabile riduzione degli obiettivi perseguibili, vale a dire delle cure che in ogni momento possono essere messe a disposizione degli utenti del servizio, e quindi una subdola *diminutio* dei LEA relativi all'assistenza farmaceutica ospedaliera, che contrasta con l'ispirazione federalista e con lo stesso dettato costituzionale (art. 117, comma 2, lett. *m*).

4. Conclusioni

Dalle evidenze raccolte e commentate in questo studio è possibile trarre alcune indicazioni di *policy*, che potrebbero risultare utili in sede di attuazione della sopracitata legge delega in materia di federalismo fiscale.

Le questioni della mobilità dei pazienti e delle «mode sanitarie» sono in qualche modo esemplari: esse mostrano che non è possibile affrontare in modo corretto il problema del finanziamen-

²⁵ Altrove questo *turnover* è essenziale nel «rigenerare» risorse, spostandole dal finanziamento della spesa per prodotti maturi e a brevetto scaduto (i cui prezzi sono stimolati a convergere verso i costi efficienti di produzione) verso quelli innovativi nella fase di lancio.

to delle prestazioni senza avere prima deciso chi debba avere che cosa.

Un punto di partenza imprescindibile appare quello che non debbano farsi gravare maggiori costi e rischi sulla parte restante dei cittadini, a fronte di scelte che taluni altri, per giusta o sbagliata ragione, abbiano ad effettuare. Ciò concerne taluni importi di risorse, dell'ordine di milioni di euro. Se si considera, ad esempio, il saldo della mobilità extra-regione della Calabria, nell'anno 2007 (dato non definitivo, fornito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), si può notare che esso è di segno negativo (-220.316 euro) e che rappresenta il 15,4% del totale dei costi totali di produzione del servizio della Regione, mentre quello della Lombardia è positivo (+430.674 euro) e rappresenta il 37,72% dei costi totali di produzione della Regione.

Vi sono ora tre gruppi: gli «emigrati della speranza»; il resto dei cittadini della Regione Calabria; e i cittadini della Lombardia. Il secondo dei tre gruppi è il più debole: sembra probabile che il «viaggio» dipenda dalla scarsa qualità delle *performances* della sanità calabrese, che il gruppo anzidetto subisce senza alcuno scampo. Mettere nella testa della gente che la maggiore mortalità dipende dal sistema politico, che il cittadino non è in alcun modo in condizioni di effettivamente controllare, appare per il futuro della nostra convivenza civile estremamente pericoloso.

Sembra ugualmente evidente che i maggiori costi non debbono incidere sui cittadini della Lombardia, con riferimento ai quali l'accessibilità, nel senso più ampio, dei servizi sanitari non dovrebbe essere pregiudicata.

Si è in tal modo ricondotti, per la «mobilità» sanitaria, ma anche per le «mode sanitarie», all'alternativa suggerita nel testo. Se si ritiene che il cittadino abbia diritto, con riferimento al livello essenziale delle prestazioni, alla maggiore probabilità di guarigione che il «viaggio della speranza», o l'adeguarsi alla «moda» gli consentano, i costi in tal modo prodotti rientrano nel fabbisogno la cui competenza il sistema, e cioè lo Stato, e cioè noi tutti, in funzione del nostro reddito, abbiamo l'impegno di coprire, senza che le due popolazioni (Calabria e Lombardia) subiscano, direttamente o indirettamente, alcun aggravio o rischio di aggravio.

Se invece si ritiene che ciascuno debba accontentarsi di quello che la sua residenza rende a lui disponibile, naturalmente «viaggi» e «mode» non sono impediti, ma gli effetti finanziari degli uni e delle altre dovranno essere posti a carico di chi li prescelga.

Resta un ulteriore problema. Ciò di cui si ha ragione di discutere non è il costo della prestazione, ma il maggior costo, al margine, che essa produca. La nozione di *costo marginale* è perciò decisiva. Sembra importante che essa sia tenuta in questa faccenda pienamente in conto.

In via del tutto generale, occorre ricordare che la norma di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), della Costituzione impegna lo Stato (che ne ha competenza esclusiva) a garantire un livello *adeguato* di prestazioni a *tutti* i cittadini italiani, ovunque essi vivano, e ad assicurare loro l'*esigibilità* di quei diritti civili e sociali che ne consentano la pari dignità (art. 3, comma 1, della Costituzione). Queste indicazioni spostano l'accento dalle questioni della finanza – che si pongono, come abbiamo spiegato, alla fine del percorso tracciato nella legge delega – a quella più concreta ed urgente di «chi ha diritto a che cosa» (questione dell'*efficacia*). Non ha senso chiedere «quale costo?», o peggio, «quale spesa?», senza avere prima stabilito «che cosa», ossia senza avere determinato la quantità delle prestazioni che si ritenga essenziale.

Appendice statistica

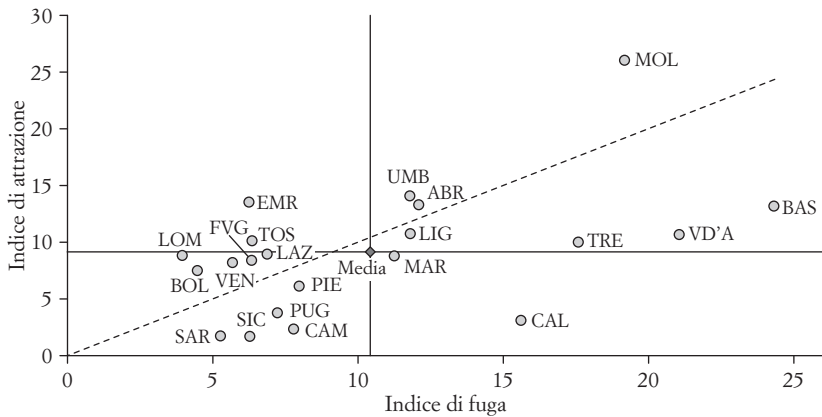


FIG. 1a. Ricoveri per acuti – Regime ordinario – Indici di attrazione e di fuga – Anno 2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

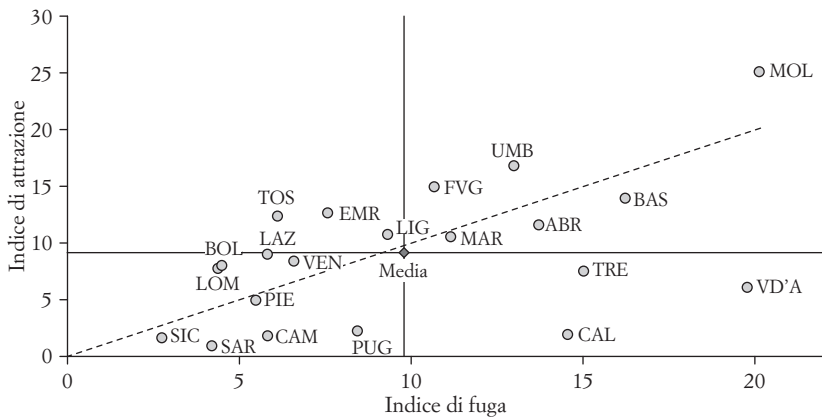


FIG. 1b. Ricoveri per acuti – Day hospital – Indici di attrazione e di fuga – Anno 2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

TAB. 1a. *Mobilità ospedaliera tra Regioni (a). Numero di dimissioni, ricoveri per acuti – Regime ordinario – Anno 2007*

Regione di ricovero	Mobilità attiva (a)	Indice di attrazione (b)	Mobilità passiva (c)	Indice di fuga (d)	Saldo ricoveri (a - c)	Indice sintetico di mobilità (b/d)	Residenti all'estero	Codice residenza errato
Piemonte	28.600	6,26	37.330	8,02	-8.730	0,78	4.958	80
Valle d'Aosta	1.557	10,72	3.463	21,08	-1.906	0,51	280	2
Lombardia	116.013	8,95	48.374	3,94	67.639	2,27	16.068	385
P. A. Bolzano	5.425	7,58	3.105	4,48	2.320	1,69	3.616	26
P. A. Trento	5.259	9,97	10.151	17,62	-4.892	0,57	1.203	33
Veneto	45.356	8,24	30.360	5,67	14.996	1,45	5.746	616
Friuli V. G.	12.561	8,34	9.345	6,34	3.216	1,32	1.571	107
Liguria	22.012	10,77	24.457	11,82	-2.445	0,91	2.897	308
Emilia Romagna	80.066	13,60	33.916	6,25	46.150	2,18	7.781	-
Toscana	42.647	10,16	25.598	6,36	17.049	1,60	7.108	215
Umbria	15.680	14,03	12.906	11,84	2.774	1,19	1.419	29
Marche	17.561	8,92	22.677	11,23	-5.116	0,79	1.335	-
Lazio	66.897	8,92	50.179	6,84	16.718	1,30	7.211	70
Centro-Nord	196.989	4,05	49.216	1,04	147.773	3,88	61.193	1.871
Abruzzo	28.148	13,34	25.126	12,08	3.022	1,10	842	202
Molise	15.263	26,14	10.248	19,20	5.015	1,36	313	5
Campania	18.098	2,30	64.166	7,71	-46.068	0,30	5.976	191
Puglia	23.138	3,73	46.728	7,26	-23.590	0,51	2.825	43
Basilicata	8.349	13,25	17.590	24,34	-9.241	0,54	226	13
Calabria	7.838	3,10	45.275	15,60	-37.437	0,20	1.308	42
Sicilia	11.223	1,72	42.669	6,24	-31.446	0,28	2.559	166
Sardegna	3.987	1,80	12.015	5,25	-8.028	0,34	1.159	-
Mezzogiorno	49.216	1,72	196.989	6,54	-147.773	0,26	15.208	662
Italia	575.678	7,45	575.678	7,45	0,00	1,00	76.401	2.533

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

TAB. 1b. *Mobilità ospedaliera tra Regioni (a). Numero di dimissioni, ricoveri per acuti – Day hospital – Anno 2007*

Regione di ricovero	Mobilità attiva (a)	Indice di attrazione (b)	Mobilità passiva (c)	Indice di fuga (d)	Saldo ricoveri (a – c)	Indice sintetico di mobilità (b/d)	Residenti all'estero	Codice residenza errato
Piemonte	14.084	5,07	15.222	5,46	-1.138	0,93	2.739	14
Valle d'Aosta	376	6,02	1.447	19,78	-1.071	0,30	49	-
Lombardia	34.153	7,80	18.960	4,44	15.553	1,76	5.568	86
P. A. Bolzano	2.140	8,32	1.116	4,52	1.024	1,84	144	7
P. A. Trento	1.938	7,52	4.210	15,02	-2.272	0,50	273	6
Veneto	18.305	8,33	14.140	6,56	4.165	1,27	1.172	142
Friuli V. G.	7.019	14,94	4.766	10,65	2.253	1,40	399	21
Liguria	15.844	10,71	13.551	9,31	2.293	1,15	1.196	93
Emilia Romagna	24.734	12,62	14.055	7,58	10.679	1,66	2.471	-
Toscana	25.015	12,43	11.390	6,07	13.625	2,05	2.282	54
Umbria	9.141	16,86	6.723	12,98	2.418	1,30	344	3
Marche	7.775	10,39	8.414	11,15	-639	0,93	413	-
Lazio	32.819	8,87	20.915	5,84	11.904	1,52	2.084	31
Centro-Nord	74.564	3,57	15.770	0,78	58.794	4,60	19.134	457
Abruzzo	8.907	11,62	10.754	13,70	-1.847	0,85	177	30
Molise	5.476	25,04	4.126	20,11	1.350	1,25	54	2
Campania	7.474	1,81	24.804	5,78	-17.330	0,31	1.908	41
Puglia	4.401	2,20	18.010	8,42	-13.609	0,26	358	3
Basilicata	5.755	13,95	6.895	16,26	-1.140	0,86	58	1
Calabria	2.206	1,90	19.376	14,54	-17.170	0,13	58	20
Sicilia	7.824	1,59	13.569	2,73	-5.745	0,58	985	53
Sardegna	676	0,73	3.979	4,16	-3.303	0,18	157	-
Mezzogiorno	15.770	1,09	74.564	4,93	-58.794	0,22	4.032	150
Italia	236.422	6,68	236.422	6,68	0,00	1,00	23.166	607

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

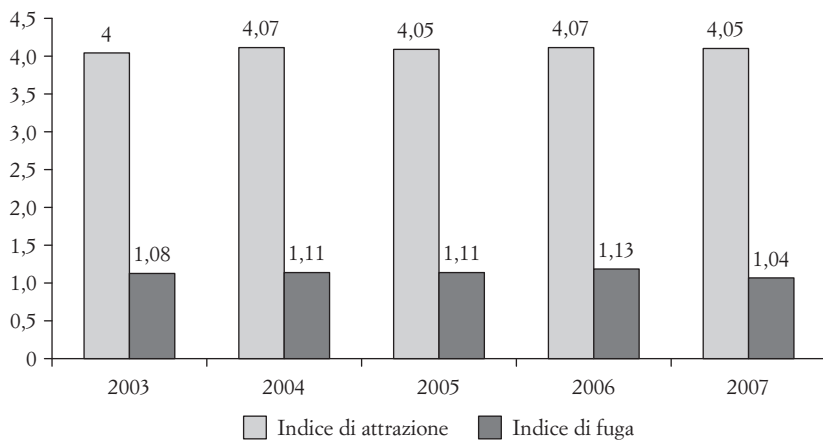


FIG. 2a. Centro-Nord. Mobilità ospedaliera. Ricoveri per acuti – Regime ordinario – Anno 2003-2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

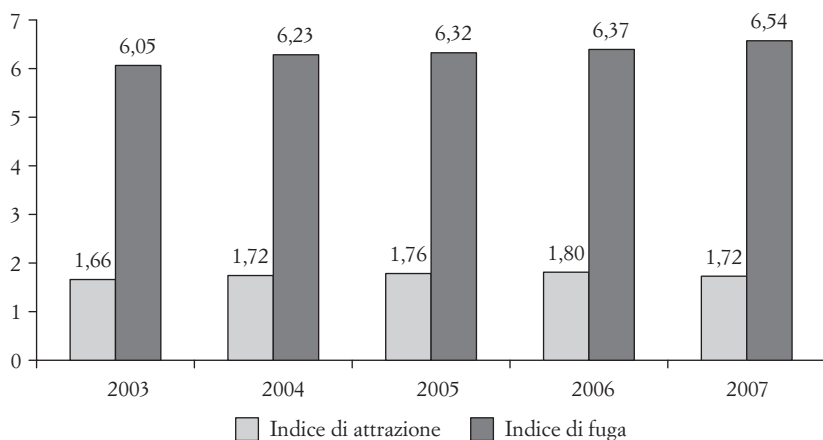


FIG. 2b. Mezzogiorno. Mobilità ospedaliera. Ricoveri per acuti – Regime ordinario – Anno 2003-2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

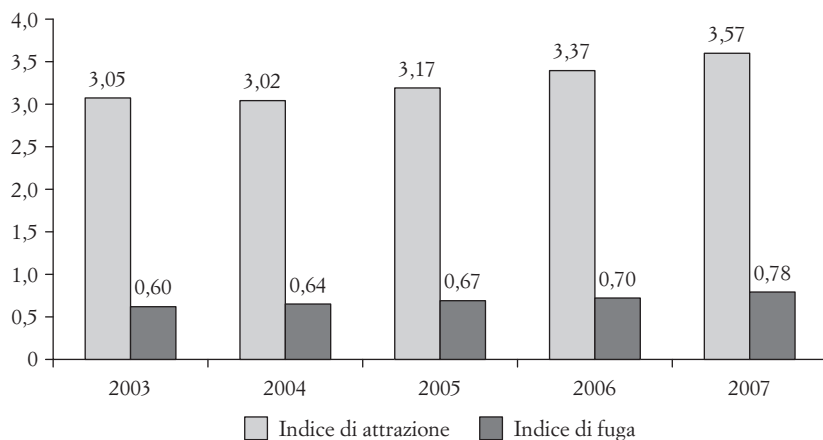


FIG. 3a. Centro-Nord. Mobilità ospedaliera. Ricoveri per acuti – *Day hospital* – Anni 2003-2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

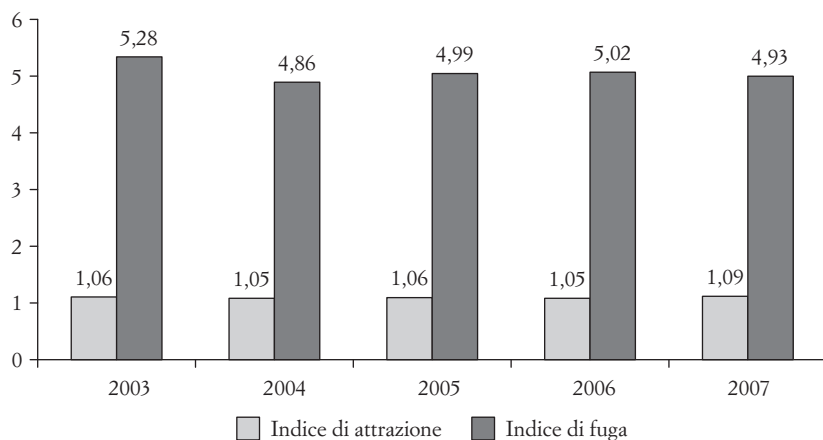


FIG. 3b. Mezzogiorno. Mobilità ospedaliera. Ricoveri per acuti – *Day hospital* – Anni 2003-2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

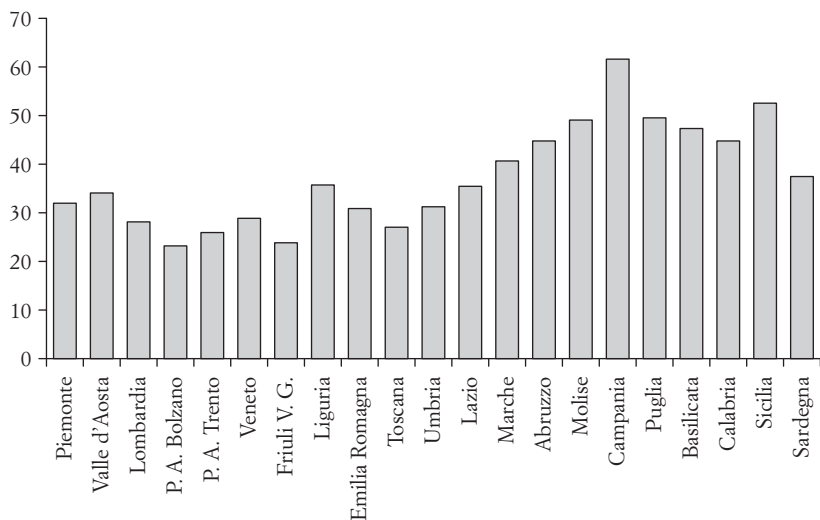


FIG. 4. Percentuale di tagli cesarei nelle Regioni italiane – Anno 2007.

Fonte: Nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute.

TAB. 2a. Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno: anni 2003-2007 (a). Ricoveri per acuti. Regime ordinario. Indice di fuga

Ripartizione di residenza	2003	2004	2005	2006	2007
Ricoveri nella macroarea di residenza (A)					
Centro-Nord	4.889.097	4.839.274	4.798.307	4.756.907	4.667.847
Mezzogiorno	3.158.233	3.090.894	2.999.287	2.964.250	2.815.589
Ricoveri nell'altra macroarea (B)					
Centro-Nord	53.340	54.084	53.691	54.196	49.216
Mezzogiorno	203.539	205.326	202.345	201.626	196.989
Totale Ricoveri (A + B)					
Centro-Nord	4.942.437	4.893.358	4.851.998	4.811.103	4.717.063
Mezzogiorno	3.361.772	3.296.220	3.201.632	3.165.876	3.012.578
Indice di fuga $[B/(A + B) \times 100]$					
Centro-Nord	1,08	1,11	1,11	1,13	1,04
Mezzogiorno	6,05	6,23	6,32	6,37	6,54

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

TAB. 2b. *Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno: anni 2003-2007 (a). Ricoveri per acuti. Day hospital. Indice di fuga*

Ripartizione di residenza	2003	2004	2005	2006	2007
Ricoveri nella macroarea di residenza (A)					
Centro-Nord	2.215.396	2.297.186	2.332.131	2.237.978	2.014.322
Mezzogiorno	1.248.884	1.402.277	1.454.205	1.475.059	1.436.829
Ricoveri nell'altra macroarea (B)					
Centro-Nord	13.401	14.880	15.649	15.711	15.770
Mezzogiorno	69.598	71.600	76.438	77.972	74.564
Totale Ricoveri (A + B)					
Centro-Nord	2.228.797	2.312.066	2.347.780	2.253.689	2.030.092
Mezzogiorno	1.318.482	1.473.877	1.530.643	1.553.031	1.511.393
Indice di fuga $[B/(A + B) \times 100]$					
Centro-Nord	0,60	0,64	0,67	0,70	0,78
Mezzogiorno	5,28	4,86	4,99	5,02	4,93

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

TAB. 2c. *Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno: anni 2003-2007 (a). Ricoveri per acuti. Regime ordinario. Indice di attrazione*

Ripartizione di residenza	2003	2004	2005	2006	2007
Ricoveri nella macroarea di residenza (A)					
Centro-Nord	4.889.097	4.839.274	4.798.307	4.756.907	4.667.847
Mezzogiorno	3.158.233	3.090.894	2.999.287	2.964.250	2.815.589
Ricoveri nell'altra macroarea (B)					
Centro-Nord	203.539	205.326	202.345	201.626	196.989
Mezzogiorno	53.340	54.084	53.691	54.196	49.216
Totale Ricoveri (A + B)					
Centro-Nord	5.092.636	5.044.600	5.000.652	4.958.533	4.864.836
Mezzogiorno	3.211.573	3.144.978	3.052.978	3.018.446	2.864.805
Indice di fuga $[B/(A + B) \times 100]$					
Centro-Nord	4,00	4,07	4,05	4,07	4,05
Mezzogiorno	1,66	1,72	1,76	1,80	1,72

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

TAB. 2d. *Mobilità ospedaliera tra Centro-Nord e Mezzogiorno: anni 2003-2007 (a). Ricoveri per acuti. Day hospital. Indice di attrazione*

Ripartizione di residenza	2003	2004	2005	2006	2007
Ricoveri nella macroarea di residenza (A)					
Centro-Nord	2.215.396	2.297.186	2.332.131	2.237.978	2.014.322
Mezzogiorno	1.248.884	1.402.277	1.454.205	1.475.059	1.436.829
Ricoveri nell'altra macroarea (B)					
Centro-Nord	69.598	71.600	76.438	77.972	74.564
Mezzogiorno	13.401	14.880	15.649	15.711	15.770
Totale Ricoveri (A + B)					
Centro-Nord	2.284.994	2.368.786	2.408.569	2.315.950	2.088.886
Mezzogiorno	1.262.285	1.417.157	1.469.854	1.490.770	1.452.599
Indice di fuga $[B/(A + B) \times 100]$					
Centro-Nord	3,05	3,02	3,17	3,37	3,57
Mezzogiorno	1,06	1,05	1,06	1,05	1,09

(a) Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

Riferimenti bibliografici

- Association Internationale de la Mutualité (AIM) (2000), *Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie*. Rapporto generale effettuato per la Direzione generale dell'occupazione e degli affari sociali della Commissione europea, maggio.
- Beccarelli R., Zanoni M. (1993), *Curarsi all'estero: ragioni e speranze*, in «Salute e Territorio», n. 87, pp. 29-31.
- Bordignon M., Fontana A., Peragine V. (2006), *Il principio di equità orizzontale in un contesto federale*, in AA.VV. (2006), *Federalismo, equità, sviluppo. I risultati delle politiche pubbliche analizzati e misurati dai Conti Pubblici Territoriali*, Bologna, Il Mulino, pp. 125-147.
- Cacciari P., La Porta P., Montella M., Rolli M., Hanau C. (1993), *Le migrazioni in ortopedia*, in «Salute e Territorio», n. 87, pp. 17-21.
- Crocetti E. (1993), *La forza attrattiva della Francia*, in «Salute e Territorio», n. 87, pp. 35-37.
- Crocetti E., Crotti N., Geddes M., Tournade M.F. (1994), *La migrazione sanitaria dei pazienti italiani all'estero: analisi della casistica dell'Istituto Gustave Roussy*, in «Epidemiologia e prevenzione», 18, 61, pp. 204-210.
- Crocetti E., Geddes M. (1995), *La scelta di curarsi a Parigi*, in «Toscana Medica», n. 7, pp. 27-30.
- Crotti N. (1992), *I viaggi della speranza*, in «Salute e Territorio», n. 80, pp. 19-24.
- Crotti N. (1993), *Un viaggio da malati*, in «Salute e Territorio», n. 87, pp. 38-40.
- Curtis J.R., Patkar N., Xie A., Martin C., Allison J.J., Saag M., Shatin D., Saag K.G. (2007), *Risk of Serious Bacterial Infections Among Rheumatoid Arthritis Patients Exposed to Tumor Necrosis Factor & Antagonists*, in «Arthritis & Rheumatism», vol. 56, n. 4, aprile, pp. 1125-1133.
- D'Andrea N. (1992), *La migrazione del bambino malato*, in «Salute e Territorio», n. 80, pp. 31-33.
- D'Andrea N. (1993), *La migrazione pediatrica*, in «Salute e Territorio», n. 87, pp. 13-16.
- France G. (1999), *L'assistenza sanitaria all'estero: un'analisi economico-giuridica*, in «Tendenze Nuove», n. 1, pp. 4-16.
- Gabriele S. (2009), *Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale: la solidarietà poggia su due gambe*, articolo pubblicato sulla rivista telematica «nelMerito.com», 15 maggio.

- Greco L., Capozzi G. (1989), *Differenze regionali nella domanda e nell'offerta di cure pediatriche*, in «Prospettive in pediatria», n. 19, pp. 213-220.
- Hermans H. (2000), *Assistenza sanitaria transfrontaliera e conseguenze delle sentenze Decker e Kohll*, in «Politiche sanitarie», 1, 2, pp. 56-63.
- Ministero della Sanità (1997), *Flussi migratori per cure all'estero di assistito del Servizio sanitario nazionale: indagine sulle autorizzazioni al trasferimento per cure presso centri di altissima specializzazione – anno 1996*, Dipartimento delle professioni sanitarie. Ministero della sanità, Roma.
- Morasso G., Geddes M., Pronzato P., Crotti N. (a cura di) (1992), *Viaggiare per guarire: dati, storia ed interpretazioni delle migrazioni sanitarie in oncologia*, Milano, Masson.
- Norman M., Schlinzig T., Johanson S., Gunnar A. (2009), *Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section*, in «Acta Pædiatrica», 98, 7, pp. 1096-1099.
- Pica F. (2003), *L'ordinamento finanziario dei Comuni e la riforma del Titolo V della Costituzione*, Torino, Giappichelli.
- Pica F. (2009), *Il federalismo fiscale. «Schede tecniche» e «Parole chiave»*, in «Quaderno SVIMEZ», n. 21.
- Pica F. (2010), *Il piccolo dizionario di federalismo fiscale*, Torino, Giappichelli.
- Pica F., D'Alessio L., Villani S. (2008), *La questione dei costi standard ed i problemi del Mezzogiorno*, in «Rivista economica del Mezzogiorno», n. 3-4, pp. 631-666.
- Scudiero M. (a cura di) (2007), *Le Autonomie al centro*, Napoli, Jovene.
- Villani S. (2010), *Elementi per una definizione dei costi standard: una rassegna della letteratura e delle esperienze straniere*, in «Rivista economica del Mezzogiorno», n. 1.
- Violini L., Locatelli F. (2007), *La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti sociali nella dottrina e nella prassi: il caso dell'assistenza sociale*, in M. Scudiero (a cura di), *Le Autonomie al centro*, Napoli, Jovene, pp. 115-158.

