

L'attualità del dibattito tra le Regioni italiane sul problema della mobilità - che comporta un rilevante trasferimento di risorse tra le Regioni e che nel 2009 ha prodotto un onere delle Regioni del Sud di un miliardo e settantacinque milioni di euro nei confronti delle Regioni del Centro-nord - rende importante e cruciale analizzare e valutare il fenomeno della mobilità sanitaria in senso sistemico e interdisciplinare, coinvolgendo contemporaneamente economisti ed epidemiologi. È con questo obiettivo che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha organizzato insieme all'Associazione italiana di Epidemiologia (Aie) e all'Associazione italiana di Economia sanitaria (Aies) il convegno «Viaggiare per la salute - La mobilità sanitaria», nel corso del quale sono stati messi a fuoco tra l'altro i temi della definizione di mobilità e dei metodi per misurarla, i modelli anche sofisticati per stimarne le dimensioni, il ruolo della mobilità in un sistema federale, i problemi di contabilità finanziaria della mobilità e le implicazioni di quest'ultima nella gestione aziendale.

Trasversale e condivisa da parte del gran numero di esperti e addetti ai lavori intervenuti al convegno l'opinione che la mobilità è stata troppo spesso affrontata solo nell'aspetto finanziario della compensazione tra le Regioni dei rispettivi debiti e crediti.

Laddove è invece evidente che la mobilità - fenomeno almeno in parte fisiologico nell'ambito di un sistema sanitario correttamente gestito - ha impatti diversificati e importanti sia sulla salute degli assistiti che sul governo delle aziende e delle Regioni.

Unanime l'auspicio per l'elaborazione di proposte e di soluzioni che superino e migliorino le attuali criticità, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino ma avendo ben chiaro anche il bersaglio del controllo dell'inappropriatezza. Obiettivi cui vogliamo contribuire offrendo ai lettori in questo e nei prossimi numeri del settimanale una panoramica delle opinioni in campo. (Red.San.)

MIGRAZIONI SANITARIE/ Tesi e analisi sul fenomeno delle cure lontane dal luogo di residenza

Un viaggio di due ore è mobilità

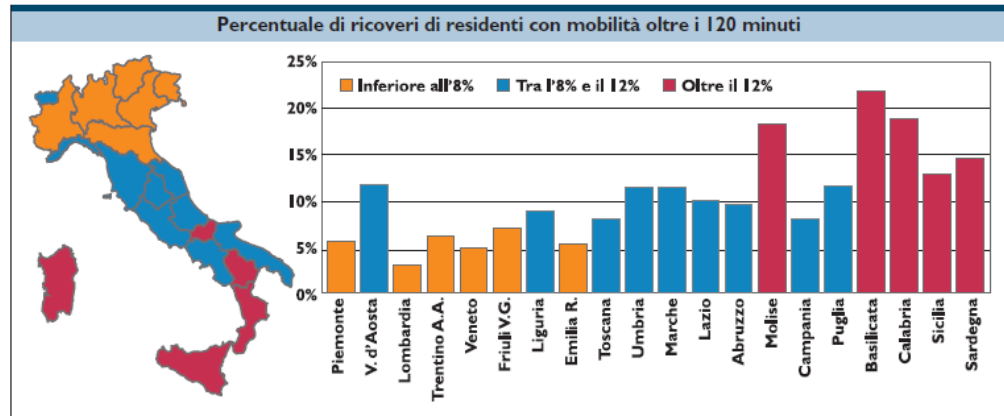
Lo "sconfinamento" scatta se un ricovero arriva dopo oltre 120 minuti

Dalla definizione di mobilità deriva anche la scelta di come misurarla: se l'obiettivo è semplicemente quello di calcolare i saldi finanziari tra Regioni allora la mobilità può definirsi con sconfinamento dei flussi di assistenza sanitaria indipendentemente da dove si trovino la propria casa e l'ospedale prescelto.

Se invece l'analisi riguarda il funzionamento delle reti di assistenza, formali o informali, allora interessa maggiormente sapere quante di queste reti sono state "scavallate" per ottenere il servizio richiesto.

Infine se l'obiettivo è quello di studiare l'attrattività delle strutture e la repulsività di certe zone allora l'alternativa deve essere quella del calcolo della distanza casa-ospedale. Relativamente alla mobilità è poi necessario definire la metrica che può essere quella "geometrica" (distanza in linea retta), quella isometrica (kilometri di strada) o infine quella isocronica (minuti di percorrenza).

Tutte queste misure incorrono in problemi di distorsione dovuti all'ampiezza e alla forma dei confini, alla disposizione delle adiacen-



za e infine alla localizzazione dell'ospedale rispetto alla densità di abitanti sulle aree del territorio.

A seconda di come la si misuri la mobilità assume valori differenti e a esempio per la Regione Lombardia, con un territorio vasto e compatto, la mobilità calcolata come sconfinamento è molto inferiore a quella calcolata come allontanamento che invece assomiglia di

più a quella di altre Regioni.

Utilizzare la distanza casa-ospedale per misurare la mobilità permette di evidenziare le differenti componenti della mobilità stessa che possono sinteticamente essere così definite: componente casuale (quella di chi a esempio sta già lontano da casa per motivi non sanitari), componente di confine (quella che avviene tra punti pros-

simi a un confine regionale), componente programmata (quella dovuta alla prevista utilizzazione di presidi extra regionali di eccellenza e alta specializzazione) e infine la componente subita (quella causata da carenze quali-quantitative dell'offerta o da preferenze anche non corrispondenti alle effettive motivazioni reali e strutturali dell'assistenza).

Considerando la mobilità ospedaliera, e in particolare analizzando per ogni singolo Drg, si evidenzia che la distanza media in Italia tra l'ospedale e il domicilio è circa di 60 minuti non considerando ovviamente che per alcuni ricoverati la distanza effettivamente percorsa non è stata quella da casa bensì dal luogo in cui si è manifestato il bisogno, a esempio quello



di un incidente o del diverso domicilio dovuto a ragioni lavorative o turistiche ecc.

La distribuzione delle distanze medie per ricoveri relativi a un singolo Drg è molto differente e va da pochi minuti a diverse ore con il 10 per cento dei Drg con una distanza media superiore all'ora e mezza.

I Drg per cui la distanza è mini-

ma sono quelli dovuti a patologie banali (a es. Drg 071 Laringotracheite - 39' di media) o a qualche forte emergenza che ha consigliato l'accesso al presidio più vicino (a es. Drg 127 Insufficienza cardiaca e shock - 34' di media) mentre i Drg con medie più elevate sono quelli riferiti a ricoveri di alta complessità e prevalentemente per patologie non acute (a es. Drg 104

Interventi su valvole cardiache - 145' di media o Drg 480 Trapianto di Fegato - 265').

Se si confrontano le distribuzioni regionali dei Drg con valori minori e con valori maggiori delle distanze medie si evidenzia come i primi abbiano una mobilità simile tra le Regioni mentre i secondi evidenzino una mobilità decisamente superiore al Sud.

Per tutte queste considerazioni probabilmente la mobilità dovuta a problemi di effettiva carenza locale di offerta, sia quantitativa che qualitativa, è meglio rappresentata dalla percentuale di ricoveri in ospedali distanti oltre i 120' dalla residenza ed è allora sorprendente osservare come a esempio per la Campania risulti così una mobilità di poco superiore a quella dell'Emilia Romagna e di poco inferiore a quella della Toscana, e come questa "realtà" sia diversa dall'immagine comunemente accreditata. Da ciò ne consegue l'importanza delle modalità di misura nelle analisi riguardanti la mobilità.

Cesare Cislighi
Agenas e Università di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA