

*Master Universitario di Secondo Livello in*  
MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE - MAS

III EDIZIONE  
2015 - 2016

**MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE OSPEDALIERA**  
***IL CASO MOLISE***

*A cura di*  
GIUSEPPE MASSARO

*Relatore*  
PROF.SSA MARINELLA D'INNOCENZO



## INDICE

	<b><u>PREFAZIONE</u></b>	
1.	<b><u>INTRODUZIONE</u></b>	<b>4</b>
2.	<b><u>LA REGIONE MOLISE - AMBITO DI RIFERIMENTO</u></b>	<b>11</b>
3.	<b><u>MOBILITÀ SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE SALDO E PASSIVA ANNO 2015 ANALISI DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERE</u></b>	<b>18</b>
4.	<b><u>MOBILITÀ SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE SALDO E PASSIVA ANNO 2015 ANALISI DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERE</u></b>	<b>31</b>
5.	<b><u>CONCLUSIONI</u></b>	<b>40</b>
▪	<b><u>APPENDICE</u></b>	<b>44</b>
	- <b><u>Strutture di Ricovero della Regione Molise (2015)</u></b>	
	- <b><u>Regione Molise: popolazione e tempi di percorrenza</u></b>	
	- <b><u>Tabelle di confronto Passiva vs Attiva</u></b>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2013</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2013 per Regione</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2013 per MDC</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2013 per DRG (primi 30 DRG per importo)</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2012</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2012 per Regione</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2012 per MDC</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2012 per DRG (primi 30 DRG per importo)</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2011</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2011 per Regione</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2011 per MDC</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2011 per DRG (primi 30 DRG per importo)</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2010</u>	
	<u>Mobilità Passiva vs Attiva 2010 per Regione</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2010 per MDC</u>	
	<u>Mobilità Passiva 2010 per DRG (primi 30 DRG per importo)</u>	
	- <b><u>Accordo Triennale 2016-2018 per la gestione della mobilità sanitaria fra la regione Molise e le regioni Campania, Lazio, Abruzzo (per le prestazioni di assistenza sanitaria erogate dall' Ircs Neuromed).</u></b>	
▪	<b><u>PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI</u></b>	



## PREFAZIONE

L'attribuzione alle Regioni delle competenze in ambito sanitario e la nascita dei Servizi Sanitari Regionali ha posto la Mobilità Sanitaria Interregionale tra i temi centrali dei processi di programmazione nazionale e delle politiche sanitarie territoriali. L'impatto economico e sociale determinato dallo spostamento dei cittadini verso altre Regioni per ragioni di salute, costituisce una delle maggiori criticità per i Servizi Sanitari locali ed è alla base dei più importanti cambiamenti previsti dai provvedimenti normativi di programmazione sanitaria emanati in questi anni.

Il documento nasce dall'attenzione posta sulla materia dai principali atti di indirizzo nazionale in ambito sanitario (Patto per la Salute 2014-2016; Legge di Stabilità 2016) e, quindi, dalla volontà di operare un'osservazione specifica per la Regione Molise, grazie anche alla prospettiva derivante dal rapporto di collaborazione instaurato con l'Amministrazione Regionale molisana.

Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale è per il Molise eccezionale ed incomparabile. Pur essendo Regione in Piano di rientro dal debito sanitario, e quindi caratterizzata dalle problematiche tipiche delle regioni meridionali (Cfr. elevata mobilità passiva), il saldo di mobilità sanitaria interregionale che il Molise storicamente registra è positivo.

Condizione che costituisce una vera tipicità e tale rendere la Regione un caso unico a livello nazionale.

Lo studio proposto, preliminarmente introdotto dalla rappresentazione del contesto nazionale di riferimento (anche per mezzo del quadro normativo di settore) e facendo seguito all'osservazione dell'ambito regionale, è stato realizzato attraverso l'analisi dettagliata della mobilità sanitaria interregionale del Molise. La prospettiva assunta è stata rivolta specificatamente all'assistenza ospedaliera, in quanto la stessa rappresenta la componente più rilevante del fenomeno trattato ed è maggiormente strutturata dal punto di vista informativo.

L'analisi di dettaglio del fenomeno mobilità, con riferimento alle sue due componenti, mobilità passiva e mobilità attiva, ha permesso di verificare l'impatto che la stessa ha sull'assetto strutturale e sulla sostenibilità del sistema sanitario regionale molisano.

Sebbene la mobilità passiva, che risulta essere molto elevata, può essere ricondotta nelle dinamiche tipiche nazionali, la determinante che rende eccezionale la condizione del Molise è rappresentata dalla mobilità attiva. Mentre gli elevati livelli di mobilità passiva derivano dalle criticità storiche del SSN, tipiche delle regioni meridionali (forte ospedalocentricità; livelli di spesa sempre crescenti e spesso insufficienti a garantire prestazioni tali da soddisfare i cittadini; mancanza di controlli sistemici sull'efficacia delle prestazioni; eccesso di burocratizzazione dell'attività amministrativa; difficoltà di assicurare uniformità assistenziale), nonché dalla non completa strutturazione del servizio sanitario locale per le ridotte dimensioni della regione, la mobilità attiva costituisce la vera eccezione.

La portata della capacità del Molise di attrarre pazienti provenienti da altre regioni, quasi esclusivamente limitrofe, non è soltanto in grado di rendere positivo il saldo, compensando quindi gli elevati livelli di mobilità passiva, ma è tale da condizionare lo stesso assetto sanitario della regione.

Lo studio si presenta, pertanto, quale indagine sul caso della mobilità sanitaria interregionale della Regione Molise, che a dispetto delle sue ridotte dimensioni e quindi nonostante una limitata strutturazione del proprio sistema sanitario, detiene un'enorme capacità attrattiva di pazienti provenienti da altre regioni. Condizione che, tuttavia, non ha sottratto il sistema sanitario locale dalle criticità e dal processo di destabilizzazione che ha portato al Piano di rientro dal *deficit* sanitario.

In risposta a tale problematica, la tesi proposta con il presente studio, richiamando altresì l'orientamento della recente normativa in materia, suggerisce un possibile strumento attraverso cui riuscire a ridefinire i flussi di mobilità attiva della Regione Molise e bilanciare correttamente le esigenze in questione.

Per consentire anche al lettore non molisano una visione completa del tema trattato, sono proposti in appendice documenti e rappresentazioni grafiche ad integrazione e supporto di quanto esposto nell'analisi svolta per una più facile lettura delle argomentazioni trattate.

In particolare, le rappresentazioni grafiche presentate hanno lo scopo di riprodurre l'assetto della rete ospedaliera del Molise attraverso la distribuzione sul territorio regionale delle Strutture di ricovero e delle discipline ospedaliere, nonché altre indicazioni di carattere geografico come i tempi di percorrenza e la popolazione residente per densità comunale. Le due rappresentazioni grafiche proposte in appendice costituiscono, altresì, una chiave di lettura del processo evolutivo che la rete ospedaliera molisana sta vivendo attraverso le previsioni del Programma Operativo 2015-2018 e quindi il passaggio dalla originaria configurazione costituita da sei strutture pubbliche, all'assetto bilanciato sui tre presidi localizzati nei centri maggiori della Regione.

Sono altresì proposti, in forma di approfondimento analitico, per il periodo compreso tra gli anni 2010-2013, tabelle e schemi sintetici che rappresentano, per ciascuna annualità e per valore della produzione e numero di dimessi, i rapporti, in termini di mobilità sanitaria ospedaliera, tra la Regione Molise e le altre Regioni Italiane. I dati sono stati elaborati attraverso le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e sulla base del sistema di classificazione DRG - Diagnosis Related Group (ROD raggruppamenti omogenei di diagnosi); MDC - Major Diagnostic Category (categoria diagnostica principale); ICD-9-CM sistema internazionale di classificazione delle diagnosi e delle procedure chirurgiche e diagnostico-terapeutiche (International Classification of Diseases, 9th revision — Clinical Modification).

In chiusura è, inoltre, presentato, con riferimento alla programmazione territoriale di area vasta quale migliore soluzione alla questione trattata, uno schema di Accordo per il triennio 2016-2018, per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Molise e le Regioni Campania, Lazio, Abruzzo, per le prestazioni di assistenza sanitaria erogate dall'Irccs Neuromed.

La definizione di uno studio sulla mobilità sanitaria del Molise intende avere, tra l'altro, l'aspirazione, pur nei limiti di una modesta stesura, di poter costituire un punto di avvio per ulteriori approfondimenti sulla materia trattata e poter essere strumento di supporto alle scelte di programmazione ed organizzazione sanitaria, al fine del miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza regionale.

Il volume è, pertanto, destinato non soltanto ad operatori del settore sanitario ma a tutti coloro che, a vario titolo, sono interessati a comprendere e monitorare l'attività ospedaliera.

Il documento è stato realizzato con il contributo della Regione Molise ed in particolare grazie al supporto del Direttore Generale per la Salute, nonché tutor nella redazione del presente elaborato, DOTT.SSA MARINELLA D'INNOCENZO.

Campobasso, settembre 2016

GIUSEPPE MASSARO

## INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura l'assistenza sanitaria ai cittadini attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del luogo di residenza, pertanto, con il termine mobilità sanitaria si intende la possibilità, e quindi il diritto del cittadino di ottenere assistenza sanitaria anche in un territorio diverso da quello di origine.

La mobilità sanitaria è, dunque, quel fenomeno costituito da quegli assistiti che usufruiscono di assistenza presso strutture sanitarie fuori del proprio ambito di residenza, e quindi la possibilità, per il cittadino residente in una Regione, di ottenere l'erogazione di una prestazione sanitaria da un'Azienda sanitaria locale di un'altra Regione.

Il tema della mobilità sanitaria ha assunto un ruolo centrale già con la riforma del '92, fermo restando, infatti, il principio della libertà di scelta sancito con l'articolo 32 della Costituzione, l'articolo 12, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, così come modificato dall'articolo 14 del d.lgs. n. 517 del 1993, prevede, con riferimento al fondo sanitario nazionale, che il finanziamento per le prestazioni erogate in caso di mobilità sanitaria debba essere compensato *«in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome»*. In tal senso, l'articolo 8-sexies, comma 8, del d.lgs. n. 502/1992 sancisce che: *“Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale”*.

Lo studio della mobilità dei pazienti fra le Regioni italiane costituisce, oltre che uno strumento per comprendere i flussi migratori sanitari e per capire, quindi, la propensione dei cittadini ai diversi servizi offerti dal SSN, un dispositivo di programmazione per le specifiche politiche sanitarie territoriali. Con riferimento a tale ultimo aspetto, si deve considerare come tale fenomeno comporti l'esigenza di compensare i costi dell'assistenza sostenuti dalla Regione in cui è stata effettuata la prestazione rispetto a quella di residenza, che ha invece percepito il finanziamento.

Parlare di mobilità sanitaria significa, dunque, far riferimento, anche e forse per lo più, ai flussi di fondi che si determinano in conseguenza degli eventi migratori degli utenti da una ASL all'altra. Nel caso in cui le due Aziende siano della stessa Regione, i flussi di finanziari rimarranno a livello territoriale, se invece l'utente ha scelto un'altra Regione, la Regione che eroga la prestazione sarà compensata dalla Regione da cui il paziente proviene per residenza.

La mobilità, pertanto, può restare entro i confini territoriali di una Regione, e parleremo di mobilità intraregionale, andare oltre tali confini, mobilità interregionale, oppure oltrepassare i confini nazionali, mobilità internazionale.

Focalizzando l'attenzione sulla mobilità interregionale, si possono distinguere due categorie di mobilità:

- attiva: prestazioni offerte da una Regione ad assistiti non residenti (indice di attrazione);
- passiva: prestazioni sanitarie dei residenti di una Regione effettuate fuori da questa (indice di fuga).

In termini finanziari, per le Regioni, quindi, la mobilità attiva si configura come una voce di credito, mentre la passiva costituisce una voce di debito.

Dal punto di vista della qualità dei servizi offerti, invece, il raffronto tra l'indice di attrazione e l'indice di fuga è un primo marginale parametro per misurare il "valore" del singolo Servizio Sanitario Regionale (SSR) e può esprimere in maniera aggregata il grado di efficacia ed efficienza nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, oltre che, indirettamente, della qualità percepita dai cittadini nell'erogazione dei servizi sanitari.

In questa sede, l'attenzione sarà specificatamente rivolta alla mobilità interregionale (quando cioè la persona si cura presso presidi di una Regione diversa da quella di residenza) che può essere determinata da differenti ragioni: dall'aspettativa di esiti significativamente migliori rispetto a quelli che si otterrebbero facendosi curare nella propria Regione (determinando spostamenti anche per distanze considerevoli e quindi per affrontare cure importanti) oppure per ricorrere in via occasionale alle cure, non costituendo le stesse il motivo predominante dello spostamento (dovuto a ragioni differenti: lavoro, studio, vacanza).

Nell'ambito della mobilità interregionale si distingue, altresì, "la mobilità di prossimità", che si verifica tra Regioni confinanti e i cui valori spesso, sia nella componente attiva sia in quella passiva, sono molto rilevanti ed esprimono la diversa capacità di attrazione e di fuga che le singole Regioni registrano nei confronti dei territori limitrofi. La mobilità di confine non è rilevante soltanto in termini di volumi complessivi di prestazioni erogate, ma si contraddistingue in quanto spesso riguarda attività sanitarie meno significative, come ricoveri di bassa complessità, ovvero prestazioni ambulatoriali o di assistenza farmaceutica.

La mobilità di confine è così caratteristica da territorio a territorio ed è divenuta, con l'attuale normativa, oggetto di accordi bilaterali obbligatori tra Regioni per un efficiente uso delle risorse.

Nella sua accezione più generale, la mobilità interregionale esprime, quindi, in forma evidente la mancanza di uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che, teoricamente, dovrebbero essere assicurati in maniera indifferenziata sul territorio nazionale. Il fenomeno della mobilità interregionale, di fatto, permette l'osservazione delle notevoli differenze tra i Servizi Sanitari delle Regioni italiane, che si distinguono non soltanto per la qualità dell'offerta, ma altresì per le tipologie di prestazioni erogate.

Nell'individuazione delle ragioni del fenomeno trattato non vanno, inoltre, trascurati i casi in cui non vi è un effettivo spostamento dei pazienti, ma lo stesso è solo apparente. È l'ipotesi in cui le prestazioni sono erogate a pazienti che vivono nel territorio dove il servizio gli viene erogato, ma che sono residenti in altra regione. La compensazione delle prestazioni tra le Regioni ha luogo, infatti, sulla base della residenza, e quindi costituiscono oggetto di mobilità anche le attività sanitarie percepite da abitanti in una Regione ma residenti in un'altra.

I decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 hanno, di fatto, modificato il ruolo e la percezione della domanda nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sotto tre aspetti fondamentali: aumento della responsabilizzazione economico-finanziaria delle Regioni; aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, come strumento per realizzare obiettivi di efficienza ed autonomia gestionale; finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere (DRG), anche quale elemento di competizione tra i diversi sistemi.

Prima delle riforme citate, l'attribuzione solo parziale della responsabilità finanziaria alle Regioni, si traduceva in una minore percezione dei rischi connessi agli squilibri derivanti dalla cattiva gestione delle limitate risorse disponibili. La tutela della salute veniva "concepita" e realizzata in modo indipendente dai



vicoli finanziari e dal perseguimento di una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse. In questo contesto, i disavanzi erano, pertanto, intesi quasi come strutturali e la mobilità sanitaria era concepita semplicemente come fenomeno proprio del sistema generale e per questo "risolto" dalla compensazione per la distribuzione non uniforme dei servizi sul territorio nazionale. L'insostenibilità di tale approccio e la sempre maggiore rigidità imposta dai vincoli di bilancio ha messo in crisi tale modello e le Regioni sono state obbligate a far fronte ai disavanzi derivanti dai saldi negativi di mobilità con risorse proprie.

L'entrata in vigore del decreto legislativo n. 502/92 ha determinato che la compensazione conseguente ai processi di mobilità sanitaria divenisse una componente fondamentale per l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni, sancendo la conclusione definitiva, anche attraverso l'introduzione di un sistema prospettico, del finanziamento del SSN basato sulla copertura a piè di lista dei costi sostenuti. Il decreto ha disposto, quindi, l'introduzione del sistema di remunerazione a tariffa per gli erogatori di prestazioni sanitarie quale strumento efficace per il controllo dell'offerta, perciò valido anche ai fini del contenimento della spesa. Tale modello di pagamento ha trovato applicazione anche sulla mobilità sanitaria e quindi sulle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre Regioni, prevedendo appunto che la compensazione della mobilità debba avvenire sulla base delle contabilità analitiche per singolo caso trattato e non più sui saldi complessivi delle prestazioni erogate.

La Conferenza Stato-Regioni, alla fine del 1993, detta, pertanto, le regole in base alle quali effettuare la compensazione della mobilità sanitaria. Viene stabilito che le procedure di rimborso non riguardino più soltanto i ricoveri, ma anche il settore farmaceutico, la medicina di base, quella specialistica e la termale (ove riconosciuta dal SSR). Si decide, inoltre, tema principale della Conferenza, che i ricoveri non vadano addebitati sulla base delle tariffe regionali ma vadano definite tariffe uniche valide per tutte le Regioni. La circolare ministeriale 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, in attuazione di quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, individua le procedure che ogni Regione deve seguire e, con riferimento alla valorizzazione dei ricoveri ordinari, sancisce che i casi siano individuati sulla base della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e classificati in raggruppamenti diagnostici (DRG).

Dal 1995 al 2002, tuttavia, si ha, ai fini della valorizzazione della mobilità, l'applicazione dei tariffari regionali e si verifica un incremento dei saldi di oltre il 60% rispetto all'incremento che nello stesso periodo ha avuto il fondo sanitario. Evidente appare, quindi, l'incapacità del sistema nel gestire il fenomeno, che insieme alle differenze tra i tariffari regionali, costituiscono le ragioni fondamentali che inducono le Regioni al ritorno all'originaria tariffa unica (TUC)<sup>1</sup>.

Il ricorso alla tariffa unica raccoglie in sé il concetto secondo il quale la compensazione della mobilità sanitaria debba avvenire sulla base di un accordo tra Regioni, rivolto a governare il fenomeno nel rispetto di alcuni punti fondamentali. L'introduzione della compensazione attraverso una tariffa unica persegue tre

---

<sup>1</sup> La compensazione interregionale della mobilità è regolata dal Testo Unico approvato, di solito annualmente, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome. Sono oggetto di compensazione:

- i ricoveri per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza e neonatali (in alcune Regioni anche i ricoveri psichiatrici) - Flusso A;
- la medicina generale - Flusso B;
- la specialistica ambulatoriale e il pronto soccorso - Flusso C;
- la farmaceutica territoriale convenzionata - Flusso D;
- l'attività termale - Flusso E;
- la somministrazione e l'erogazione diretta dei farmaci - Flusso F;
- l'attività di trasporto in emergenza in ambulanza e d'elisoccorso - Flusso G.

finalità fondamentali: scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio bassa complessità, soprattutto se ricompresi nei DRG ad alto rischio di inappropriatazza<sup>2</sup>; garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità; prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta specializzazione.

Con la TUC, così, si introduce un corrispettivo unico nazionale che ha valore, nell'ambito di un accordo tra le Regioni, solo per la compensazione della mobilità e non può rappresentare riferimento rispetto alle tariffe e ai costi reali delle prestazioni; nella visione che la compensazione deve incentivare le Regioni a realizzare l'organizzazione dei servizi in maniera da poter soddisfare le esigenze della propria popolazione, evitando le difficoltà della migrazione sanitaria.

L'erogazione di prestazioni sanitarie in favore dei non residenti costituisce, perciò, aspetto rilevante per le gestioni economiche delle regioni e il tema della mobilità sanitaria interregionale è, altresì, strettamente connessa a quella riguardante i tetti di spesa delle prestazioni assistenziali. Tra le questioni attualmente più discusse, vi è, infatti, la legittimità della fissazione di limiti di finanziamento alle singole strutture pubbliche e private, anche con riferimento alle prestazioni per i residenti fuori Regione, perché non gravanti sull'Amministrazione regionale di riferimento. Come già rappresentato, infatti, la spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti è inizialmente a carico delle Regioni erogante e solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle Regioni di residenza degli assistiti, corrisposti a consuntivo e dopo un'operazione di compensazione.

La delicatezza e l'importanza della questione trattata, e dell'impatto della voce mobilità sanitaria per i bilanci dei servizi sanitari regionali, sono testimoniate dalla normativa emanata negli ultimi anni a regolamentare il settore.

Il Patto per la Salute 2010-2012<sup>3</sup>, quale accordo finanziario e programmatico, a rilevanza triennale, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, costituisce un'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e assicurare l'unitarietà del sistema. In particolare, l'art. 19 dispone, riguardo alla mobilità interregionale, che, nel rispetto dell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, e nel perseguimento del livello di appropriatezza dell'erogazione degli stessi, le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a. evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b. favorire collaborazioni interregionali per attività, la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c. facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai Piani di rientro;

---

<sup>2</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"; Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR).

<sup>3</sup> Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR).

d. individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Finalità riprese e ribadite anche dal successivo Patto per la Salute 2014-2016 che, all' articolo n. 9, stabilisce, oltre la definizione degli accordi per la compensazione della mobilità interregionale, che gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria siano obbligatori<sup>4</sup>.

La stessa Legge di Stabilità 2016<sup>5</sup>, in tal senso, al fine di valorizzare il ruolo dell' alta specialità all' interno del territorio nazionale e nell' ottica di ridurre le prestazioni inappropriate erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, stabilisce che le Regioni possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute 2010-2012 che devono essere conclusi entro il 31 dicembre 2016<sup>6</sup>.

Il riparto annuale del Fondo Sanitario Nazionale, anno 2015<sup>7</sup> - Tabella 1 - e diversi studi del settore<sup>8</sup>, mettono bene in evidenza come il percorso di omogeneizzazione tra i livelli di erogazione dei servizi sanitari delle Regioni e il perseguimento dell'appropriatezza e dell'accessibilità alle cure siano ancora obiettivi lontani dall'essere realizzati. Osservando i tassi di attrazione e di fuga delle singole Regioni italiane (FSN 2015 – Matrice Mobilità Interregionale 2013), si può immediatamente notare il divario Nord-Sud. Le Regioni maggiormente attrattive sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto, di contro Calabria, Sicilia, Campania e Puglia si caratterizzano, invece, per l' alto tasso di fuga.

---

<sup>4</sup> Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR del 10 luglio 2014). Articolo 9:

*2. Le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale:*

*- prevedono la valorizzazione dell' attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza delle tariffe massime nazionali definite sulla base della normativa vigente;*

*- individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all' eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo.*

*Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.*

*3. Dalla data della stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all' articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.*

<sup>5</sup> LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).".

<sup>6</sup> LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), art. 1, comma 576, "Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.".

<sup>7</sup> Intesa, ai sensi dell' articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l' anno 2015 (Rep. Atti n. 237/CSR del 23 dicembre 2015).

<sup>8</sup> Rapporto OASI 2015 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, CERGAS – Bocconi.

La mobilità sanitaria muove complessivamente circa 4.000 milioni di euro e per alcune Regioni è una quota rilevante del proprio volume di attività. Per alcuni territori il saldo è marcatamente positivo (Lombardia, Emilia-Romagna), mentre per altre Regioni è decisamente negativo (Campania, Calabria e Sicilia).

Dai dati, appare evidente la tendenza che porta i pazienti a spostarsi dal Sud al Nord del Paese, con saldi positivi per il Nord e negativi per le Regioni del Sud, con conseguente aumento della variabilità nei finanziamenti fra le Regioni.

Guardando poi alle tipologie di attività per le quali ci si sposta da una Regione all'altra, si osserva che negli anni il ricovero ospedaliero è comunque la ragione prevalente, seguita dall'attività ambulatoriale e da quella farmaceutica<sup>9</sup>.

Tabella 1

**Fondo Sanitario Nazionale Anno 2015**  
**Matrice Mobilità Interregionale 2013**

Riepilogo Crediti, Debiti e Saldi

FLUSSI STANDARD ANNO 2013 (con OPBG e ACISMOM)

	CREDITI	DEBITI	SALDI
PIEMONTE	218.261.671	248.873.142	- 30.611.471
VALLE D'AOSTA	11.132.672	20.465.363	- 9.332.691
LOMBARDIA	869.130.381	327.318.000	541.812.381
P.A. BOLZANO	32.389.378	24.299.471	8.089.907
P.A. TRENTO	44.980.799	62.848.230	- 17.867.431
VENETO	315.775.090	231.083.338	84.691.752
FRIULI V. GIULIA	98.962.733	72.087.340	26.875.393
LIGURIA	126.963.013	187.652.061	- 60.689.048
EMILIA ROMAGNA	565.832.336	234.735.996	331.096.340
TOSCANA	309.840.784	171.278.184	138.562.600
UMBRIA	100.019.498	89.160.098	10.859.400
MARCHE	112.629.934	141.958.608	- 29.328.674
LAZIO	291.842.453	482.334.812	- 190.492.359
ABRUZZO	99.566.674	170.722.774	- 71.156.100
MOLISE	86.927.283	58.996.430	27.930.853
CAMPANIA	117.740.712	398.773.913	- 281.033.201
PUGLIA	115.468.282	298.477.281	- 183.008.999
BASILICATA	67.297.595	98.465.583	- 31.167.988
CALABRIA	25.977.314	281.867.464	- 255.890.150
SICILIA	70.548.694	248.101.984	- 177.553.290
SARDEGNA	18.122.487	78.072.995	- 59.950.508
BAMBINO GESU'	191.097.029	-	191.097.029
ACISMOM	37.066.255	-	37.066.255
<b>TOTALE</b>	<b>3.927.573.067</b>	<b>3.927.573.067</b>	<b>-</b>

La mobilità sanitaria è rappresentativa, altresì, andando oltre la sfera economico-finanziaria, della dimensione socio-assistenziale e delle differenze che in questo senso si registrano tra i diversi territori della

<sup>9</sup> <<Mobilità sanitaria. Mangiacavalli (Ipasvi): "Situazione sempre più grave. Intervenga il Governo">> - quotidianosanità.it; Martedì 19 maggio 2015.

penisola. L'accesso alle cure, in base ai principi istituiti del SSN, dovrebbe essere garantito in modo uniforme su tutto il territorio nazionale ma evidentemente non tutti i cittadini dispongono delle stesse possibilità nell'affrontare le cure. Il fenomeno della mobilità sanitaria fa emergere, altresì, dunque, in forma evidente, una situazione molto diversificata, evidenziando come in alcune Regioni l'assistenza è valida e di qualità, mentre nelle Regioni con strutture di qualità inferiore i pazienti possono decidere di percorrere vie alternative ovvero accettare quello che viene offerto.

Molto spesso la migrazione riguarda soggetti estremamente fragili, come pazienti oncologici, che intraprendono viaggi della speranza affinché vi sia anche una minima possibilità di cura o di miglioramento dello stato di salute. Scegliere di curarsi in un luogo diverso da quello di riferimento ha sempre un impatto drammatico, dal punto di vista economico ed umano, con disagi enormi per il paziente e per le famiglie, ancor più quando non è il frutto di una libera scelta, ma invece una decisione obbligata dalle carenze dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sul territorio di residenza<sup>10</sup>.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), in una recente analisi, ha evidenziato come l'assistenza sanitaria ricevuta lontano dalla propria residenza riesce ad offrire un effettivo beneficio solo per quei casi in cui è possibile trattare in modo efficace con le cure disponibili. Per alcuni trattamenti cardiochirurgici (intervento di bypass aorto-coronarico e la valvuloplastica), infatti, è emerso che i malati che si sono spostati, anche su percorsi lunghi, soprattutto dalle Regioni del sud, hanno esiti di sopravvivenza migliori rispetto ai pazienti affidati alle cure delle strutture vicine alla propria residenza.

Di contro, dall'osservazione degli esiti della mobilità sanitaria sulle casistiche per le quali il trattamento non riesce ad apportare un rilevante beneficio in termini di sopravvivenza (es. il tumore del polmone), non emerge differenza tra i pazienti che migrano e quelli che rimangono vicini al proprio domicilio, rendendo inutili gli spostamenti verso il nord<sup>11</sup>.

Se il Nord, quindi, con la mobilità ci "guadagna", tornando, così, nella sfera economica finanziaria del fenomeno trattato e oggetto del presente studio, il Sud aumenta il suo debito. Come si nota dall'osservazione del FSN 2015, il maggior debito per far curare i propri residenti in altre Regioni appartiene alla Campania con oltre 281 milioni di euro di saldo negativo (la differenza cioè tra dare e avere rispetto all'ingresso e all'uscita di pazienti dalla Regione). Seguono la Calabria, con quasi 256 milioni, il Lazio con 190,5 milioni, la Puglia con 183 milioni e la Sicilia con 177,5 milioni. Si tratta di tutte Regioni in piano di rientro, anche se praticamente tutto il Sud ha i saldi in rosso, con eccezione del Molise che storicamente ha il saldo di mobilità positivo, e le cui ragioni e aspetti caratterizzanti saranno analizzati nei capitoli a seguire.

---

<sup>10</sup> "A casa lontani da casa - Indagine e valutazioni sul fenomeno della Mobilità Sanitaria verso la Regione Lombardia" a cura di AVO Milano; LILT Milano; PROMETEO ONLUS.

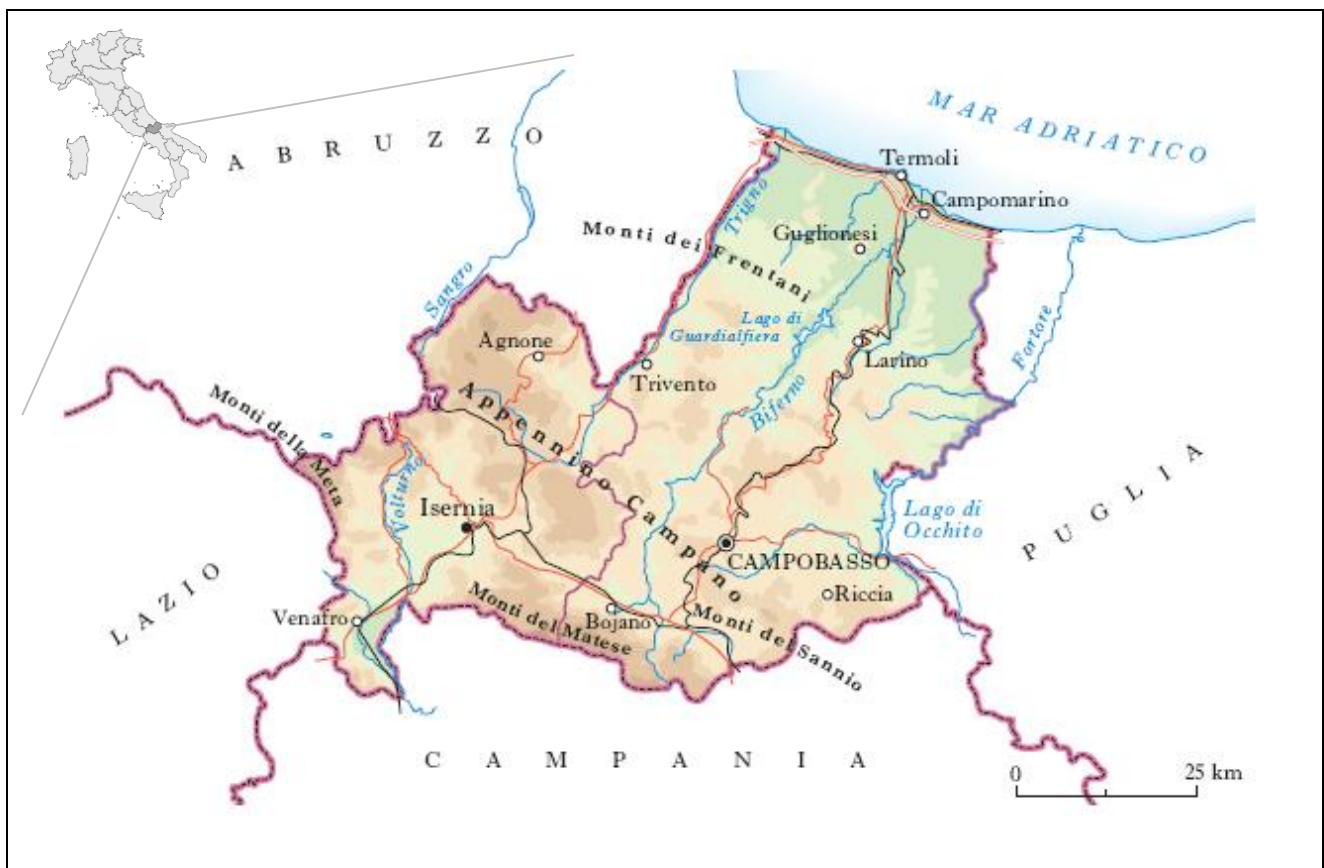
<sup>11</sup> "LA MOBILITÀ SANITARIA" I Quaderni di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Supplemento 9 al numero 29 di Monitor, 2012.

## LA REGIONE MOLISE - AMBITO DI RIFERIMENTO

Prendendo avvio dal quadro di riferimento generale delle caratteristiche territoriali, demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche, è possibile procedere ad un' analisi finalizzata ad una rappresentazione complessiva della Regione Molise, con l'evidenziazione di alcune specificità che costituiscono un orizzonte di riferimento in campo sanitario e relative allo stato di salute della stessa.

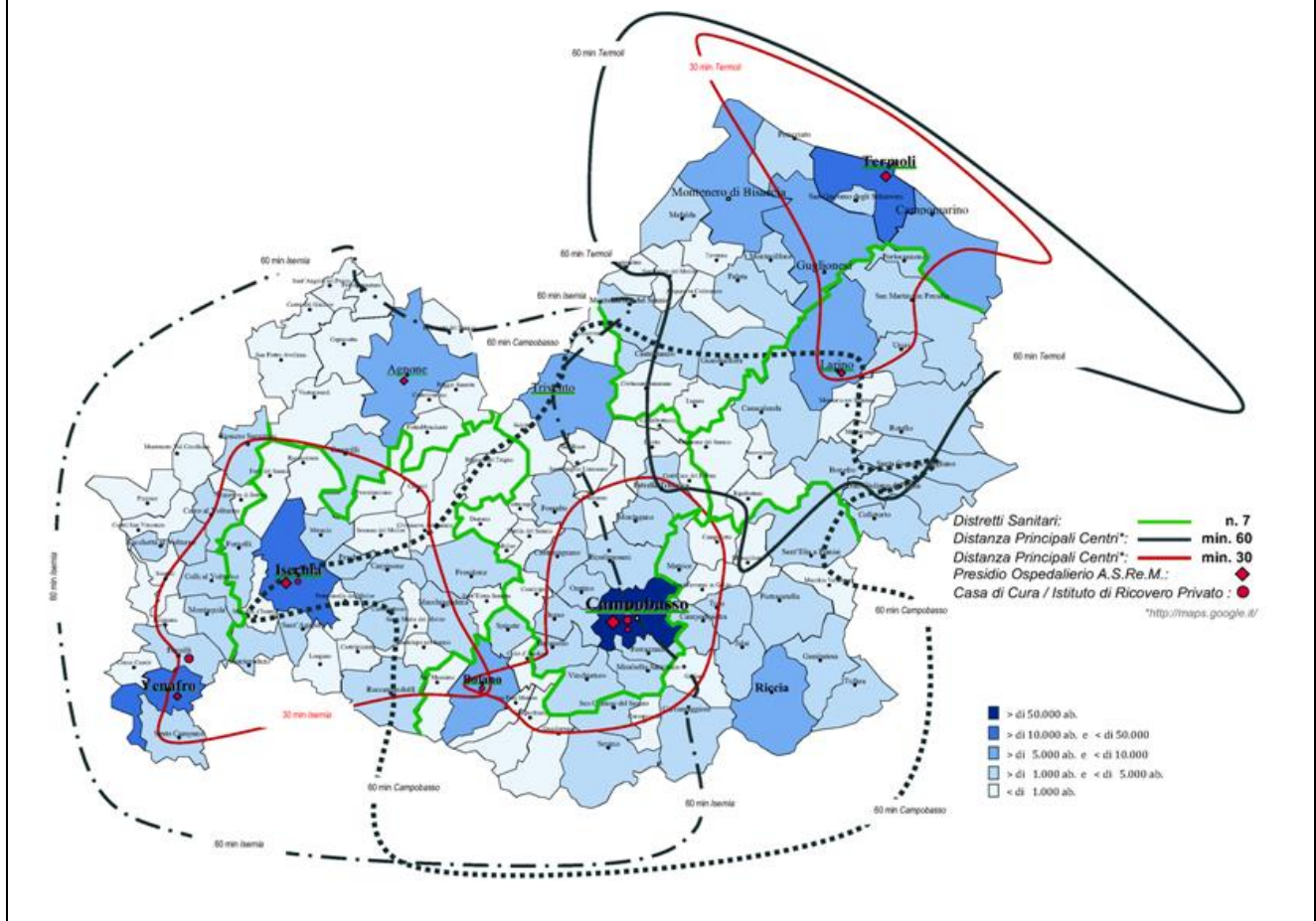
Il Molise, dopo la Valle d'Aosta, è tra le più piccole regioni d'Italia con n. 136 comuni ripartiti tra due province, Campobasso (n. 84 comuni) e Isernia (n. 52 comuni). La superficie del territorio regionale è di 4.437,65 Km<sup>2</sup>, con una densità di popolazione pari a 70 ab./km<sup>2</sup> (Italia: 201 ab./km<sup>2</sup>)

La struttura orografica è costituita prevalentemente da territorio montuoso e collinare, con una limitata presenza di zone pianeggianti localizzate per lo più nella parte costiera e occidentale della Regione.



La peculiare geomorfologia del territorio regionale non ha consentito un adeguato sviluppo della rete dei trasporti, tanto che ad oggi il raggiungimento di molte aree interne della regione risulta piuttosto difficoltoso. In regione non è presente un aeroporto, la rete stradale presenta un' unica arteria autostradale confinata al litorale adriatico. La rete ferroviaria ha uno sviluppo complessivo di 270 km, con una linea direttrice lungo la costa e cinque linee complementari nell'interno. L'unico porto passeggeri è ubicato a Termoli.

## Regione Molise TEMPI DI PERCORRENZA<sup>12</sup>



Analizzando la struttura socio demografica della regione, si osserva che il quadro della popolazione molisana nel 2016 si costituisce di n. 312.027 residenti (Cfr. demo.istat.it): n. 153.159 (49,1%) uomini e n. 158.878 (50,9%) donne. Nel corso degli anni le donne hanno continuato ad essere in numero maggiore rispetto agli uomini (nel 2012: più n. 8.051).

In un contesto nazionale in cui la popolazione risulta notevolmente invecchiata, anche il Molise mostra una struttura, per età, segnata da un'elevata presenza di anziani e dalla ridotta incidenza delle generazioni più giovani.

Con l'invecchiamento della popolazione cresce il numero degli *over 65*, passati dal 22,2% del 2012 al 23,6% nel 2016; lo stesso andamento riguarda la popolazione *over 75* passata, nel medesimo periodo, dal 12,3% al 12,9%. In entrambi i casi, in Molise, la popolazione degli *over 65* e degli *over 75* risulta superiore sia alla media nazionale sia al valore medio del Nord, del Centro e del Sud.

Di contro, il numero delle nascite in Molise nel 2015 ha determinato un tasso di natalità pari a 7 per 1.000 abitanti, inferiore sia al livello nazionale (8 per 1.000 abitanti) sia a quello del Sud (8,2 per 1.000 abitanti).

<sup>12</sup> [La rappresentazione grafica è riproposta con ulteriori dettaglio in appendice.](#)

Regione Molise  
PIRAMIDI DELLE POPOLAZIONE



Dal 2012 al 2015, si è assistito ad una riduzione continua dei nati passando da n. 2.332 nascite del 2012, a n. 2.269 nascite nel 2013 ed infine a n. 2.181 nascite nel 2015. La stima 2015 del numero medio di figli per donna in Molise, pari a 1,18, è risultato inferiore al valore medio nazionale (1,35 figli per donna).

Il numero di decessi avvenuti in Molise nel 2015 è di n. 3.519. Contestualmente al calo delle nascite, nel 2015, si è registrato un tasso di mortalità medio annuo pari al 12,4 per 1.000, più elevato sia del livello del Sud, in cui il tasso di mortalità è pari al 10,1 per 1.000 abitanti, sia del livello nazionale che risulta pari a 10,7 per 1.000.

In Molise, nel 2015, l'indice di vecchiaia (indice dinamico in grado di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione) evidenzia il seguente dato: per 100 persone con meno di 15 anni si registrano 196 persone che di anni ne hanno più di 65; tale valore è superiore a quello medio del Sud (135,9%) e a quello medio del Nord (167,1 %).

Un altro indicatore sintetico legato alla variabile età è fornito dall'indice di dipendenza degli anziani che, in termini demografici, fornisce un' indicazione sulla sostenibilità del sistema sociale, in quanto esprime il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più, e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

Attualmente in Italia per ogni 100 persone in età lavorativa vi sono mediamente 55 persone "a carico". Nel 2002 il peso che la popolazione ultrasessantacinquenne aveva su quella in età lavorativa era pari al 27,9%. In Molise, il "carico" delle persone in età non attiva, su quelle in età lavorativa, già dal 2002 era superiore sia al valore medio del Sud sia al valore Nazionale; il medesimo andamento si è registrato in tutti gli anni successivi osservati e nel 2015 risultano a "carico" mediamente n. 36 over 65 ogni 100 persone in età lavorativa.



Esaminando l'evoluzione della popolazione molisana, prevista dall'Istat fino al 2065<sup>13</sup> e considerando come base la popolazione al 1° gennaio 2011 (pre-censimento), il numero complessivo di residenti sembra destinato ancora a diminuire. La popolazione passerà, secondo lo scenario più probabile, dai 319.780 unità del 2011 a 249.533 unità nel 2065, con una diminuzione del 21,9% (media annua: - 0,46%).

Il numero delle nascite, secondo le previsioni, continuerà a diminuire, quello dei decessi continuerà ad aumentare ed il saldo naturale, già negativo nel 2011 [-1.021], arriverà a -2.013 secondo lo scenario più probabile.

L'ammontare delle nascite nel 2065 in Molise determinerà un tasso di natalità pari al 6,3 per 1.000 abitanti e quello dei decessi, nello stesso anno, determinerà un tasso di mortalità pari a 17,1 per 1.000 abitanti.

Al di là dei possibili scostamenti delle previsioni analizzate, resta certo l'orizzonte del trend proposto e appare, pertanto, evidente che il Molise dovrà convivere con una sempre maggiore presenza di anziani dovendo così strutturare l'offerta sanitaria funzionalmente all'impatto derivante da tale prospettiva.

Il livello di istruzione della popolazione del Molise risulta essere in linea con il dato medio nazionale, ad eccezione di una maggiore incidenza in questa Regione di popolazione con la licenza elementare o nessun titolo di studio. Questo dato è probabilmente da attribuire alla maggiore incidenza della popolazione *over 65* e *over 75*. Rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno, il Molise ha una maggiore incidenza per ogni categoria di titolo di studio, ad eccezione della licenza media.

Esaminando il mercato del lavoro e il livello occupazionale, nel 2015, sono state rilevate 119.087 unità di forze di lavoro, di cui 102.023 occupati e 17.064 non occupati.

Il numero di occupati in Molise nel 2015 [n. 102.023] si è, però, ridotto, rispetto al 2012, in cui il valore si attestava a n. 105.149; analogamente la quota degli occupati nelle forze di lavoro è diminuita passando dall'88,03% (2012) al 85,67% (2015).

Il tasso di occupazione, rispetto al 2012, nel 2015 ha fatto registrare una riduzione per l'intero Paese, raggiungendo in Molise il 49,4% (-1,2%), mantenendo comunque dei valori superiori alla media del Mezzogiorno (42,5%), ma inferiori al valore nazionale (56,30%).

In riferimento alla popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni, il tasso di attività<sup>14</sup>, che misura la propensione della popolazione ad inserirsi nel mercato del lavoro, nel 2015 in Molise è stata del 49,5 %, con una leggera riduzione (-0,7%) rispetto al 2014, ed è risultata essere inferiore al valore nazionale (64,0%), sia alla media delle regioni del Mezzogiorno (52,9%).

---

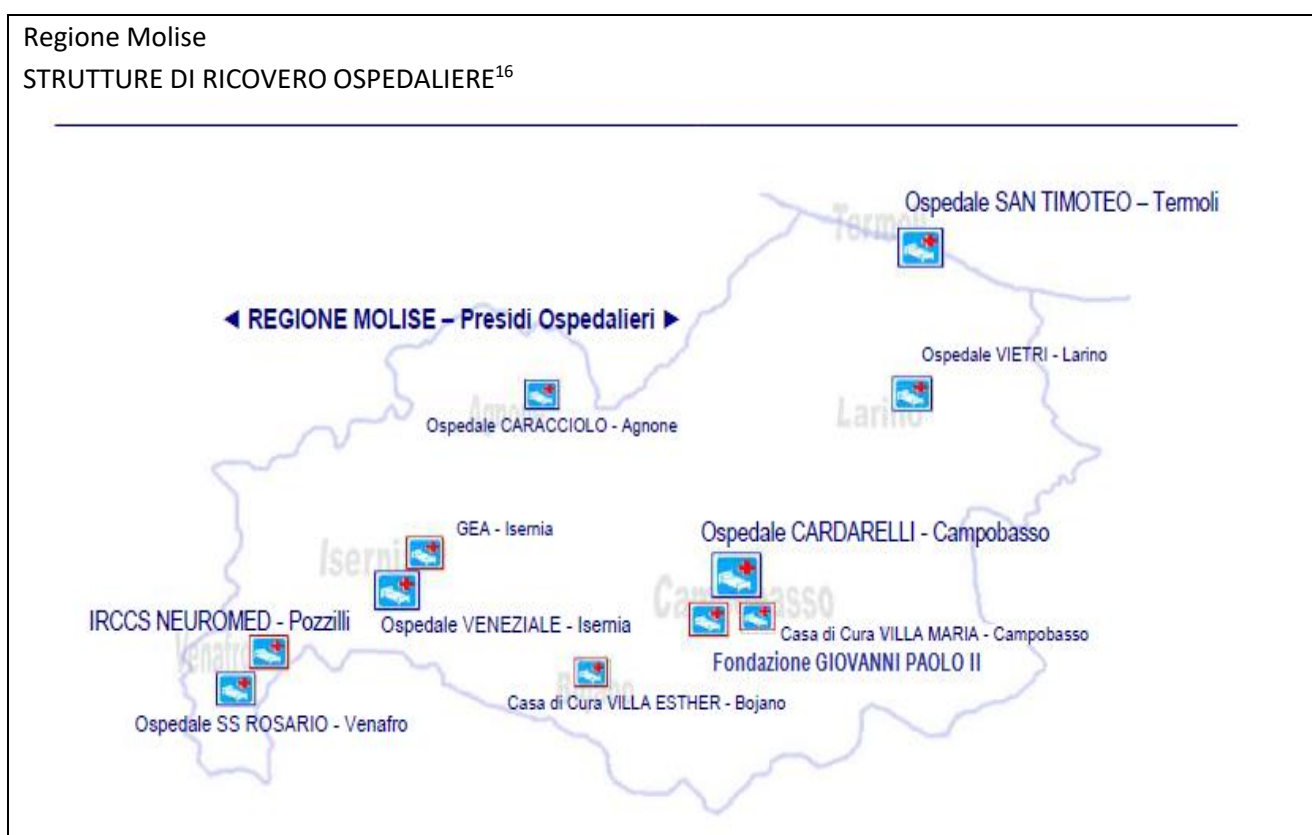
<sup>13</sup> Le previsioni demografiche dell'Istat, finalizzate al disegno dell'evoluzione demografica futura del Paese nel breve, medio e lungo termine, sono articolate secondo tre distinti scenari: scenario Centrale, scenario Basso e scenario Alto. Con il primo di essi, lo scenario centrale, viene fornito un set di stime puntuali ritenute "verosimili" che, costruite in base alle recenti tendenze demografiche, sono quelle verso il quale vengono principalmente orientati gli utilizzatori. Accanto allo scenario considerato più "probabile" sono stati costruiti due scenari alternativi che hanno il ruolo di disegnare il campo dell'incertezza futura. Questi due scenari, denominati rispettivamente scenario basso e scenario alto, sono impostati definendo una diversa evoluzione per ciascuna componente demografica rispetto allo scenario centrale. Le due varianti tracciano idealmente un percorso alternativo, dove ciascuna componente apporterà maggiore (scenario alto) o minore (scenario basso) consistenza alla popolazione. Per lo scenario alto ciò significa fecondità, sopravvivenza e flussi migratori (interni e con l'estero) più sostenuti, mentre vale esattamente l'opposto nello scenario basso. Tanto il primo quanto il secondo sono da intendersi soltanto come alternative "plausibili". A nessuno dei due, infatti, può essere attribuito il significato di limite potenziale (superiore o inferiore) allo sviluppo della popolazione in futuro.

<sup>14</sup> Rapporto tra le persone appartenenti alle forze di lavoro (15-64 anni) e la corrispondente popolazione di riferimento.

Osservando specificatamente il tasso di disoccupazione<sup>15</sup> negli anni, lo stesso appare evidentemente crescente. Il Molise è passato dal 8,4% nel 2010, al 12,0% nel 2012, all'14,3% nel 2015, con un valore inferiore a quello del Mezzogiorno ma superiore rispetto al valor medio nazionale. Solo nel 2010 il Molise registrava un tasso di disoccupazione prossimo a quello nazionale.

La Regione Molise è caratterizzata, quindi, da una serie di peculiarità che conferiscono maggiore complessità al governo del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Le scelte di programmazione strategica in ambito sanitario, che si determinano sulla base della valutazioni socio-demografiche ed epidemiologiche, non possono, tuttavia, non considerare anche l'evoluzione storica che ha delineato la configurazione caratteristica e le peculiarità strutturali dello stesso sistema sanitario regionale, e che attualmente ne costituiscono criticità. In attuazione delle disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Nazionale di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, la Regione Molise ha emanato la Legge Regionale 14 Maggio 1997, n. 11, che ha delineato l'assetto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e definito i ruoli dei livelli istituzionali impegnati nella realizzazione delle rispettive finalità, prevedendo, inoltre, i principi per l'ordinamento, il funzionamento e l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

In attuazione, poi, dell'art. 32 ed ai sensi dell' art. 117 della Costituzione, al fine di assicurare il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza attraverso il Servizio sanitario regionale (SSR), la Regione Molise ha emanato la Legge Regionale 1 aprile 2005, n. 9, con la quale ha operato il riordino del Servizio sanitario regionale ed ha istituito l' Azienda sanitaria Regionale del Molise (A.S.Re.M.), corrispondente all'intero territorio regionale.



<sup>15</sup> Rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le corrispondenti forze di lavoro.

<sup>16</sup> [La rappresentazione grafica è riproposta con ulteriori dettaglio in appendice.](#)

La rappresentazione proposta costituisce una raffigurazione grafica sintetica dell'assetto e della conformazione della rete ospedaliera del Molise, caratterizzante la configurazione del SSR degli ultimi anni, quale asse strutturale di riferimento, e sulla quale si sta attualmente lavorando in ottemperanza agli obiettivi imposti dal Piano di Rientro dal debito sanitario. Andando oltre le specifiche peculiarità del Sistema sanitario regionale, per le quali si rimanda alle rappresentazioni di cui in Appendice e che consentono una osservazione più puntuale ed analitica, l'intento, in questa sede, è quello di mettere in evidenza l'originaria distribuzione sul territorio della regione del sistema di offerta e delle strutture sanitarie presenti. La strutturazione, di tipo ospedalocentrico, si è caratterizzata per la presenza di n. 6 presidi ospedalieri pubblici, ubicati nei maggiori centri della regione e intorno ai quali si è sviluppata la rete di ambulatori e poliambulatori di medicina specialistica, n. 3 case di cura e n. 2 strutture ospedaliere private accreditate maggiori di cui n. 1 IRCCS - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Tale assetto consegue direttamente dalla conformazione del Servizio Sanitario Nazionale che, nonostante la portata dei suoi principi ispiratori, sin dalla sua origine, si è contraddistinto per alcune criticità che lo caratterizzano ancora oggi. Si fa riferimento ad aspetti quali la forte ospedalocentricità, ovvero la presenza di livelli di spesa sempre crescenti e spesso insufficienti a garantire prestazioni tali da soddisfare i cittadini, e ancora, la mancanza di controlli sistemici sull'efficacia delle prestazioni, piuttosto che l'eccesso di burocratizzazione dell'attività amministrativa, nonché la difficoltà di assicurare uniformità assistenziale. È evidente che le criticità storiche del Sistema Sanitario Nazionale hanno caratterizzato anche i singoli Servizi Sanitari Regionali, colpendo maggiormente le Regioni Meridionali (Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Piemonte) e hanno riguardato anche il Molise, in misura tale da rendere necessario, come per altre Regioni, il ricorso all'affiancamento da parte del Governo centrale.

È stato così sottoscritto, a partire dall'annualità 2007, l'Accordo fra lo Stato e la Regione, dando vita al così detto Piano di Rientro, confluito negli attuali Programmi Operativi, intesi quali veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggiti al controllo. I Piani di rientro sono parte integrante dei singoli Accordi fra lo Stato e le Regioni in disavanzo, e sono finalizzati a: verificare la qualità delle prestazioni, raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali, perseguire la stabilità economico-finanziaria delle Regioni interessate. Il Piano di Rientro della spesa sanitaria - Programma Operativo - ha, perciò, l'obiettivo di ristabilire l'equilibrio del Sistema Sanitario Regionale, attraverso l'attività di affiancamento prevista dall'accordo siglato ed assicurata dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

Le scelte attuali e la definizione delle politiche regionali per la salute si stanno realizzando, quindi, sulla base delle peculiarità rappresentate, tra le quali quelle afferenti la sfera demografica e socio-economica: progressivo invecchiamento e contrazione numerica della popolazione; significativo divario del reddito pro capite rispetto alla media nazionale.

I fattori demografici e socio economici caratteristici della regione sono determinanti dello stato di salute della popolazione molisana e insieme al quadro epidemiologico sono alla base del nuovo orientamento delle politiche per la salute. La direzione è rivolta alla congruenza dell'organizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni con i bisogni assistenziali della popolazione, secondo gli obblighi prescritti dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza e nel rispetto dei vincoli delle risorse disponibili. Lo scopo attuale e futuro è rispondere ai bisogni di una popolazione caratterizzata da un continuo invecchiamento con la conseguente priorità di dare coerente risposta alla cronicità.

Il Molise, malgrado evidenti miglioramenti realizzatisi nello specifico negli ultimi anni, ha avuto un eccesso di posti letto ospedalieri e una grave carenza di offerta di residenzialità per anziani e disabili, nonché di

assistenza domiciliare. Ne sono derivanti elevati livelli di inappropriatazza nel ricorso alle strutture di ricovero, con il permanere di un alto tasso di ospedalizzazione.

Il nuovo indirizzo, il cambiamento verso cui sta andando il servizio sanitario regionale, è il rafforzamento dell'assistenza primaria, affiancata dai servizi specialistici di primo livello, collegata ad un capillare sistema di emergenza urgenza, integrata dalla funzione ospedaliera, anche secondo il modello dell'assistenza per intensità di cura, in un contesto che garantisce la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale.

L'attuale programmazione, in ossequio agli impegni dettati dal Piano di rientro e ai conseguenti Piani Operativi, è rivolta a spostare il baricentro assistenziale della regione, liberando risorse dal settore ospedaliero e specialistico verso lo sviluppo dell'assistenza primaria, ivi compresa l'esigenza di far fronte agli emergenti e crescenti bisogni della non autosufficienza.

Si tratta di considerazioni che esprimono chiaramente la complessità della materia e che, pur afferendo altri ambiti, sono propedeutiche alle argomentazioni sviluppate in questa sede e alla questione trattata.

Le peculiarità della regione, sia sotto il profilo demografico che socio-economico; nonché il raccordo con la programmazione sanitaria, anche in termini di risposta alla domanda di salute della popolazione di riferimento; oltre che l'assetto strutturale storico e prospettico, sono aspetti conoscitivi fondamentali per comprendere la mobilità sanitaria ospedaliera della regione e oggetto dello studio proposto.

## MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE

SALDO E PASSIVA anno 2015

Analisi dell'assistenza ospedaliera

Nel procedere allo studio della mobilità sanitaria del Molise, preliminarmente, anche in ragione di un'analisi più dettagliata del fenomeno trattato e in continuità con le finalità del precedente capitolo, e quindi nella volontà di formulare la migliore rappresentazione del contesto di riferimento, è utile misurare l'impatto che la stessa ha, in termini di assorbimento di risorse, rispetto al livello di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Regione Molise

FONDO SANITARIO NAZIONALE ANNO 2015

Matrice Mobilità Interregionale 2013

Riepilogo Crediti, Debiti e SalDI

	FLUSSI STANDARD ANNO 2013 (con OFBG e ACISMOM)			D	Crediti Mobilità % Col A / Col D	Debiti Mobilità % Col B / Col D	SalDI Mobilità % Col C / Col D
	A	B	C				
	CREDITI	DEBITI	SALDI	Riparto FSN 2015 *			
PIEMONTE	218.261.671	248.873.142	- 30.611.471	7.901.744.678	2,76%	3,15%	-0,39%
VALLE D'AOSTA	11.132.672	20.465.363	- 9.332.691	222.639.625	5,00%	9,19%	-4,19%
LOMBARDIA	869.130.381	327.318.000	541.812.381	18.168.729.951	4,78%	1,80%	2,98%
P.A. BOLZANO	32.389.378	24.299.471	8.089.907	898.754.737	3,60%	2,70%	0,90%
P.A. TRENTO	44.980.799	62.848.230	- 17.867.431	917.697.919	4,90%	6,85%	-1,95%
VENETO	315.775.090	231.083.338	84.691.752	8.760.616.810	3,60%	2,64%	0,97%
FRIULI V. GIULIA	98.962.733	72.087.340	26.875.393	2.245.102.265	4,41%	3,21%	1,20%
LIGURIA	126.963.013	187.652.061	- 60.689.048	2.907.413.650	4,37%	6,45%	-2,09%
EMILIA ROMAGNA	565.832.336	234.735.996	331.096.340	8.262.811.970	6,85%	2,84%	4,01%
TOSCANA	309.840.784	171.278.184	138.562.600	6.903.399.328	4,49%	2,48%	2,01%
UMBRIA	100.019.498	89.160.098	10.859.400	1.622.982.983	6,16%	5,49%	0,67%
MARCHE	112.629.934	141.958.608	- 29.328.674	2.751.222.162	4,09%	5,16%	-1,07%
LAZIO	291.842.453	482.334.812	- 190.492.359	10.039.814.118	2,91%	4,80%	-1,90%
ABRUZZO	99.566.674	170.722.774	- 71.156.100	2.287.996.463	4,35%	7,46%	-3,11%
MOLISE	86.927.283	58.996.430	27.930.853	585.966.967	14,83%	10,07%	4,77%
CAMPANIA	117.740.712	398.773.913	- 281.033.201	9.729.759.754	1,21%	4,10%	-2,89%
PUGLIA	115.468.282	298.477.281	- 183.008.999	6.921.603.605	1,67%	4,31%	-2,64%
BASILICATA	67.297.595	98.465.583	- 31.167.988	985.991.309	6,83%	9,99%	-3,16%
CALABRIA	25.977.314	281.867.464	- 255.890.150	3.164.602.276	0,82%	8,91%	-8,09%
SICILIA	70.548.694	248.101.984	- 177.553.290	8.643.074.154	0,82%	2,87%	-2,05%
SARDEGNA	18.122.487	78.072.995	- 59.950.508	2.866.884.577	0,63%	2,72%	-2,09%
BAMBINO GESU'	191.097.029	-	191.097.029	206.355.451			
ACISMOM	37.066.255	-	37.066.255	37.321.540			
<b>TOTALE</b>	<b>3.927.573.067</b>	<b>3.927.573.067</b>	<b>-</b>	<b>107.032.486.292</b>			

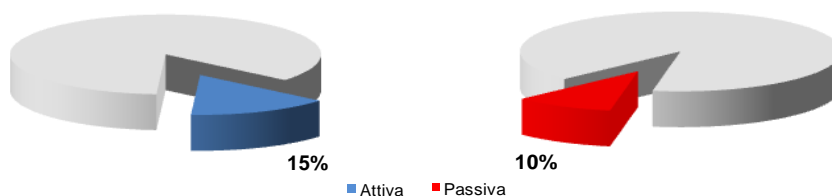
\* Riparto FSN 2015 - quota indistinta. Irrisorsa Stato Regioni del 23 dicembre 2015

Analizzando il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, anno 2015, determinato, altresì, sulla mobilità sanitaria 2013, anche dalla sola osservazione della percentuale [4, %] derivante dal rapporto dei saldi di mobilità (2013) rispetto ai corrispondenti livelli regionali di finanziamento (2015), si coglie, immediatamente, l'incidenza del fenomeno mobilità sulla realtà sanitaria del Molise. L'osservazione delle specifiche voci di credito [15%] e debito [10%], rispetto al Fondo regionale, consente di comprendere in maniera ancora più evidente l'impatto, anche finanziario, che la mobilità ha sul sistema sanitario della Regione.

Regione Molise

MOBILITÀ INTERREGIONALE 2013 *versus* FONDO SANITARIO ANNO 2015

**- MOLISE -**



**- ITALIA -**

**Media**

(escluso: ospedale Bambino Gesù; ACISMOM)

Attiva: 4,24%

Passiva: 5,11%

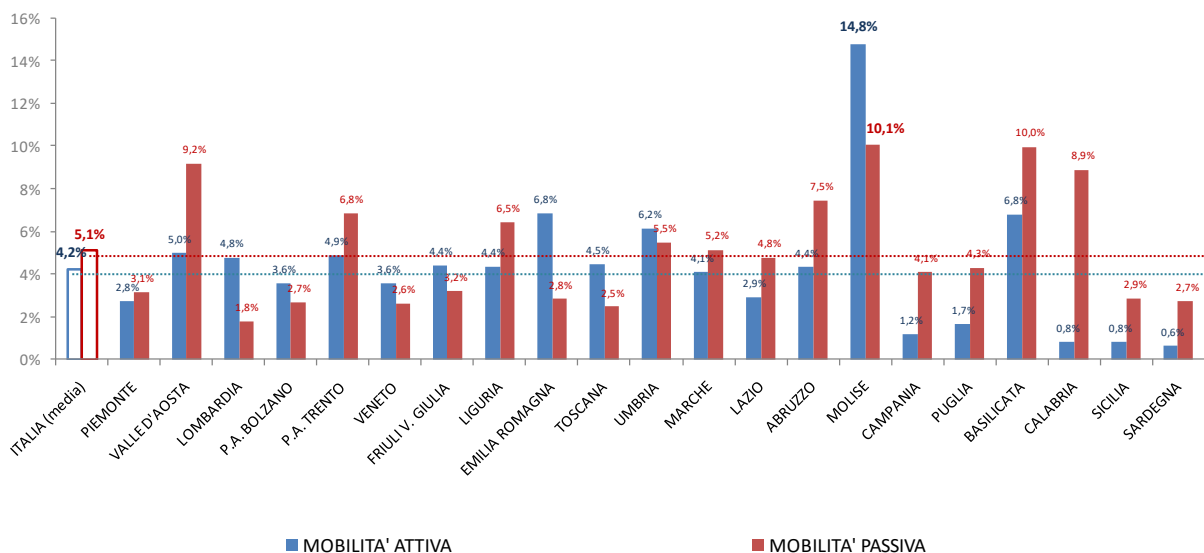
**- REGIONI MERIDIONALI -**

**Media**

(Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna;  
escluso: ospedale Bambino Gesù; ACISMOM)

Attiva: 3,79%

Passiva: 6,14%



Entrando nel dettaglio delle tipologie di prestazioni che la costituiscono, la componente ospedaliera è assolutamente quella più impattante, sia sotto il profilo dei “numeri”, sia dal punto di vista sistemico.

La mobilità sanitaria nelle strutture di ricovero, infatti, costituisce la componente principale del fenomeno complessivo, in termini di volumi di prestazioni erogate e, pertanto, sul lato economico, in termini di valori della produzione.

MINISTERO DELLA SANITA' Dipartimento della Programmazione

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Regione addebitante : 140 - Molise

Periodo: 2012 - ANNUALE

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate ai cittadini di altre regioni

(All'estero di Euro)								
REGIONE	DI PROVENIENZA	Ricoveri Ospedalieri e Day Hospital	Medicina Generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Somministrazione diretta Farmaci	Trasporti con elisoccorso e ambulanza	Totale
010	PIEMONTE	167.921	4.183	25.809	16.666	12.184		226.762
020	VALLE D'AOSTA	900	37	87				1.023
030	LOMBARDIA	260.789	12.162	82.523	52.481	37.249		445.203
041	P.A. BOLZANO	33.932	212	1.984	834			36.961
042	P.A. TRENTO	1.124	453	577	728	15		2.897
050	VENETO	122.518	3.460	14.402	4.632	1.591		146.603
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	9.802	1.745	9.299	2.664	340		23.849
070	LIGURIA	58.621	920	9.425	2.630	382		71.979
080	EMILIA ROMAGNA	210.378	8.833	38.093	15.487	8.181		280.971
090	TOSCANA	257.372	4.387	42.558	10.503	6.872		321.693
100	UMBRIA	194.725	1.504	29.668	5.032	3.064		233.993
110	MARCHE	87.959	2.767	71.167	4.782	2.622		169.296
120	LAZIO	10.249.151	28.930	8.015.616	124.850	369.350		18.787.897
130	ABRUZZO	4.511.230	32.879	4.830.392	90.423	147.770		9.612.694
140	MOLISE							0
150	CAMPANIA	30.602.396	28.485	9.209.496	110.008	632.069		40.582.453
160	PUGLIA	8.036.947	17.776	4.430.627	48.131	162.639		12.696.119
170	BASILICATA	440.058	1.460	98.644	4.377	2.237		546.775
180	CALABRIA	515.664	1.672	85.483	8.354	19.816		630.989
190	SICILIA	133.123	2.175	37.471	4.609	15.892		193.271
200	SARDEGNA	60.347	1.394	23.963	2.570	2.082		90.356
<b>Totale complessivo</b>		<b>55.954.954</b>	<b>155.432</b>	<b>27.057.283</b>	<b>509.761</b>	<b>1.424.355</b>	<b>0</b>	<b>85.101.784</b>

Nell' ambito dell' assistenza ospedaliera si realizza, altresì, più di ogni altra, la mobilità "tipica", cioè quella mobilità in cui l' assistenza e le cure costituiscono la ragione predominante dello spostamento del paziente, distinguendosi, quindi, da quella mobilità sanitaria in cui la ragione principale dello spostamento è differente (lavoro, studio, vacanza).

Regione Molise

MOBILITA' SANITARIA

anno 2012

in €

	Attiva	Passiva	Saldo
<b>Mobilità interregionale</b>	<b>85.101.783,63</b>	<b>55.929.574,39</b>	<b>29.172.209,24</b>
<i>di cui</i>			
<b>Strutture di ricovero</b>	<b>75.524.072,04</b>		
<i>di cui</i>			
<b>Ospedaliera (*)</b>	<b>55.954.954,02</b>		
Specialistica	18.387.449,47		
Somministrazione diretta	1.181.668,55		

(\*) la valorizzazione è ottenuta dall'applicazione della TUC che differisce dal tariffario regionale

In questi termini, osservando i valori di produzione registrati dalla Regione Molise nell' anno 2012, si nota che la mobilità attiva è assorbita per circa il 9/10 dalle strutture di ricovero della regione e circa il 74% di questa afferisce l'assistenza ospedaliera. Il restante 26% della mobilità attiva del Molise in ambito ospedaliero, si costituisce per la quasi totalità dell' assistenza specialistica ambulatoriale [24%] e marginalmente dell' assistenza farmaceutica (somministrazione diretta) [2%].

L' osservazione e lo studio analitico dell' assistenza ospedaliera, attraverso l' esame dei ricoveri effettuati e dei volumi di produzione realizzati dalle strutture della regione Molise, oltre ad essere un ulteriore elemento di definizione del contesto, consente la "misurazione" dell' impatto della mobilità sul complessivo sistema sanitario della Regione. L' analisi dell' assistenza ospedaliera, principalmente attraverso il confronto tra domanda ed offerta di prestazioni, e quindi attraverso l' individuazione degli eccessi e dei difetti dell' una e dell' altra, oltre a permettere una più corretta interpretazione dell' attività assistenziale, può rappresentare un importante strumento per gestire il fenomeno della mobilità e, al contempo, costituire un fondamentale supporto per le scelte di programmazione delle politiche sanitarie della Regione.

Prima di passare all' analisi di dettaglio, occorre, avvalendoci anche dall' osservazione della distribuzione territoriale delle strutture di ricovero, specificare che la rete ospedaliera del Molise, fino al 2015, era costituita da n. 6 strutture erogatrici pubbliche, n. 3 case di cura e n. 2 centri privati accreditati. È importante precisare, altresì, che la rete ospedaliera, come l' intero sistema sanitario del Molise, sta vivendo, dal 2007, per effetto del Piano di rientro dal debito sanitario, e quindi dei Programmi operativi, un profondo processo di trasformazione e rinnovamento che, attualmente, determina una non puntuale definizione del ruolo delle singole strutture e dell' offerta ad esse associata.



<sup>17</sup> [La rappresentazione grafica è riproposta con ulteriori dettaglio in appendice.](#)



In verità, ai fini dello studio proposto nel presente documento e, come vedremo, in ragione degli esiti ottenuti, una specifica classificazione delle strutture ospedaliere pubbliche, riguardo all' impatto che le stesse hanno rispetto alla mobilità ospedaliere attiva non è necessaria, tanto che l' offerta pubblica può essere considerata in forma aggregata. La valenza di una classificazione è, invece, essenziale nella distinzione basata sulla natura giuridica delle strutture, e quindi nella ripartizione tra pubblico e privato.

Regione Molise		
STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE e PRIVATE		
anno 2013		
<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>LOCALITÀ</i>	<i>TIPOLOGIA</i>
Ospedale "CARDARELLI"	Campobasso	Pubblico
Ospedale "SAN TIMOTEO"	Termoli (CB)	Pubblico
Ospedale "VIETRI"	Larino (CB)	Pubblico
Ospedale "VENEZIALE"	Isernia	Pubblico
Ospedale "CARACCIOLO"	Agnone (IS)	Pubblico
Ospedale "SS ROSARIO"	Venafro (IS)	Pubblico
Casa di Cura "VILLA MARIA"	Campobasso	Privato
Casa di Cura "VILLA ESTHER"	Bojano (CB)	Privato
Casa di Cura "GEA Medica"	Isernia	Privato
Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"	Campobasso	Privato
Irccs "NEUROMED"	Pozzilli (IS)	Privato

Ai fini dell' analisi dell' assistenza ospedaliera della Regione Molise ed in particolare dello studio dell' omologa offerta assistenziale, anche attraverso la definizione del fabbisogno e quindi del confronto tra domanda ed offerta di prestazioni di ricovero, sono stati considerati gli anni 2012 e 2013. Per gli anni successivi, infatti, attualmente, i dati non sono ancora completamente disponibili, anche in ragione della mancanza di accordi tra le Regioni per la compensazione della mobilità sanitaria; a dimostrazione ulteriore della complessità e della delicatezza della questione trattata.

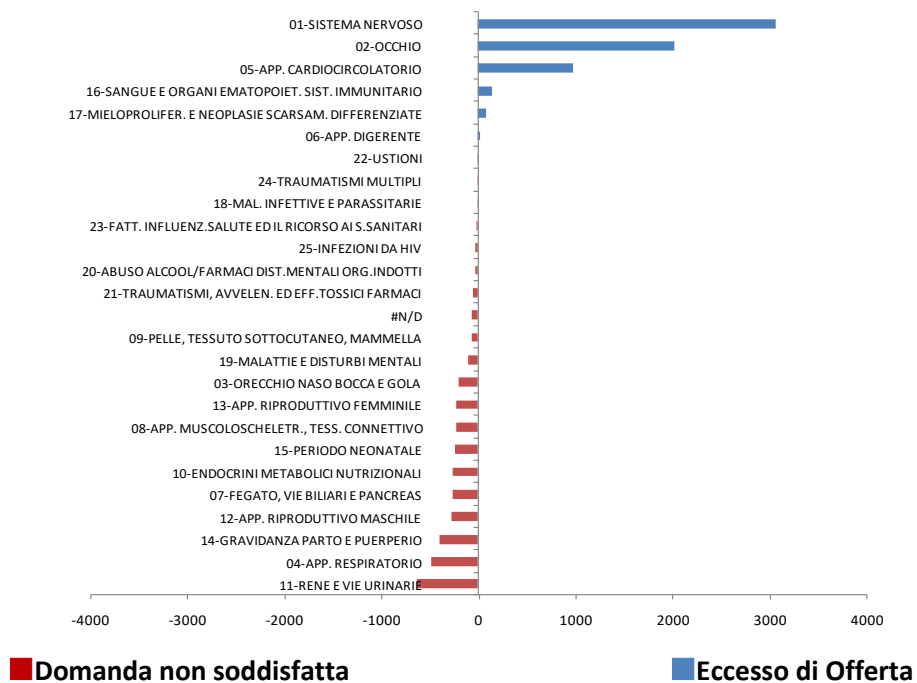
Il confronto fra i ricoveri complessivamente effettuati dalle strutture sanitarie del Molise, sia in favore dei residenti che dei pazienti provenienti da altre Regioni [Offerta], rispetto alle prestazioni assistenziali ospedaliere complessivamente ricevute da pazienti molisani nelle strutture sanitarie della regione e del territorio nazionale [Domanda], esprime un primo indicatore sull' equilibrio della rete ospedaliera molisana e del suo sistema di offerta. L' analisi dei flussi delle schede di dimissione relativamente agli anni 2012 e 2013, mostra come il sistema ospedaliero del Molise registri un eccesso di offerta, in numero di ricoveri erogati, per alcune classi mediche [MDC 01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso; MDC 02 - Malattie e disturbi dell'occhio; MDC 05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio] ed un gap rispetto ad altre, determinando domanda non soddisfatta [MDC 11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie; MDC 04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio; MDC 14 - Gravidanza, parto e puerperio].

Regione Molise

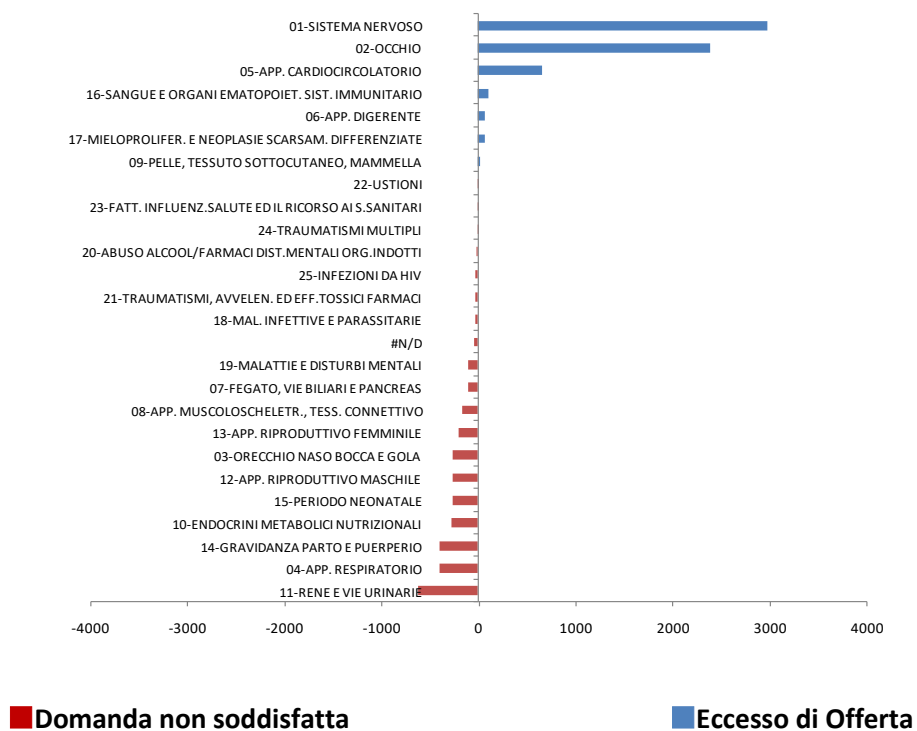
ASSISTENZA OSPEDALIERA: OFFERTA vs DOMANDA

In numero di ricoveri per MDC

Anno 2013



Anno 2012



La qualificazione e la valorizzazione della mobilità sanitaria ospedaliera del Molise, sia nella sua componente attiva che in quella passiva, costituiscono parametro complementare alla misurazione della capacità del servizio sanitario di rispondere al corrispondente bisogno di salute della popolazione di riferimento. Soltanto attraverso il completamento con la mobilità sanitaria è possibile, infatti, procedere alla definizione della domanda di prestazioni di ricovero espressa dai paziente rispetto alla capacità di risposta determinata nell' offerta del servizio sanitario della regione.

L' incrocio, quindi, tra la domanda e l' offerta di prestazioni di assistenza ospedaliera, attraverso l' individuazione degli eccessi di offerta e i gap di domanda insoddisfatta, è un primo generale strumento che consente una complessiva comprensione degli eventuali squilibri e delle disfunzioni del sistema sanitario locale, e, pertanto, indicatore del grado di sostenibilità dello stesso.

Ciascun Sistema Sanitario Regionale deve, infatti, garantire, nel rispetto dei principi ispiratori del SSN, i livelli essenziali di assistenza alla propria popolazione di riferimento, in un' ottica di equilibrio tra i bisogni di salute e la complessiva efficienza del sistema, nel corretto impiego delle risorse disponibili.

Si rileva, in questa ottica, il ruolo determinante della mobilità sanitaria e si comprende, con tutta evidenza, come il rapporto tra la mobilità attiva e quella passiva, costituisca un indicatore equivalente della sostenibilità economica, e quindi strutturale, per ciascun sistema sanitario regionale.

Ipotizzando, infatti, che le prestazioni sanitarie erogate siano offerte in condizioni di assoluta efficienza, appropriatezza ed economicità, la mobilità sanitaria costituirebbe il parametro unico nella determinazione del "successo" del singolo SSR.

Pur trattandosi, evidentemente, di un ipotesi irreali, dal momento che le inefficienze di ciascun sistema sono strutturali, la stessa comunque è rappresentativa di come la mobilità sia in grado di esprimere il valore complessivo dell' offerta sanitaria delle Regioni italiane. La correlazione diretta tra la fuga di pazienti in altre regioni e l' efficienza dei SSR, è ancor più evidente se si considera che le regioni che hanno il saldo di mobilità negativo, sono anche le regioni che sono in Piano di rientro. Eccezion fatta per il Molise.

Come rappresentato, il Molise registra storicamente un saldo di mobilità positivo; si caratterizza cioè per una elevata capacità attrattiva che complessivamente risulta maggiore rispetto al proprio indice di fuga. Tale condizione costituisce una vera eccezione, tanto che, unico caso in Italia, pur avendo un saldo di mobilità positivo, la regione Molise non è svincolata dalle problematiche tipiche delle regioni del sud. La stessa, infatti, analogamente alla maggior parte delle regioni meridionali, è sottoposta al Piano di rientro dal debito sanitario, che se considerato rispetto al positivo saldo di mobilità, la rendono un caso atipico rispetto al resto della penisola.

L' analisi dei saldi della mobilità sanitaria per prestazioni di assistenza ospedaliera della Regione Molise, con riferimento al confronto con le singole Regioni italiane, consente una prima importante valutazione. Il Molise è mediamente in una posizione di credito rispetto alle regioni meridionali e di debito rispetto a quelle settentrionali, ponendosi, metaforicamente, anche per la localizzazione geografica, quale cintura delimitativa tra nord e sud, quasi come una sorta di regione indicatore, in cui le caratteristiche proprie in termini di mobilità fanno sintesi delle peculiarità dell' intero sistema sanitario nazionale.

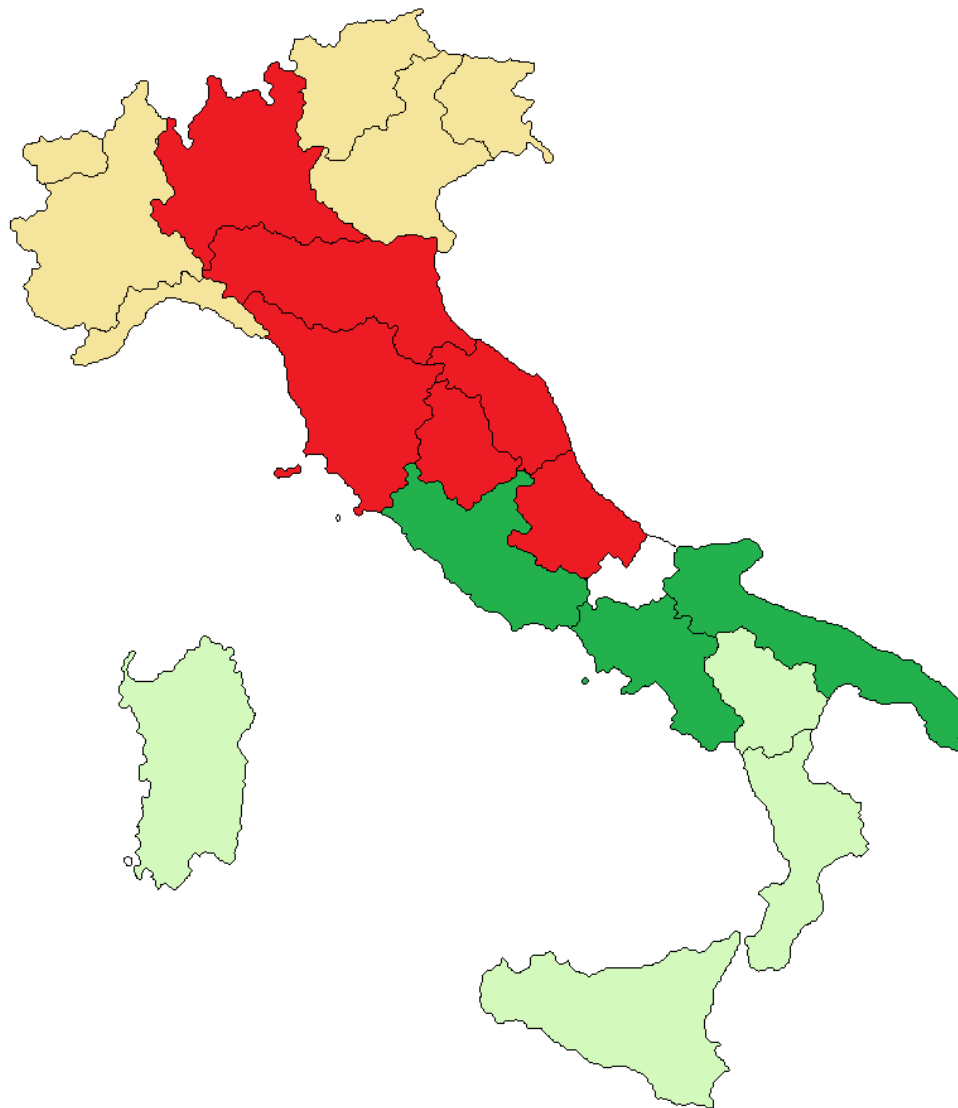
I dati e le rappresentazioni grafiche proposte in queste pagine mettono bene in evidenza quanto esposto, precisando i singoli rapporti con le altre regioni italiane, in termini di mobilità sanitaria ospedaliera.

Regione Molise

SALDO MOBILITA' OSPEDALIERA MOLISE vs REGIONI ITALIANE

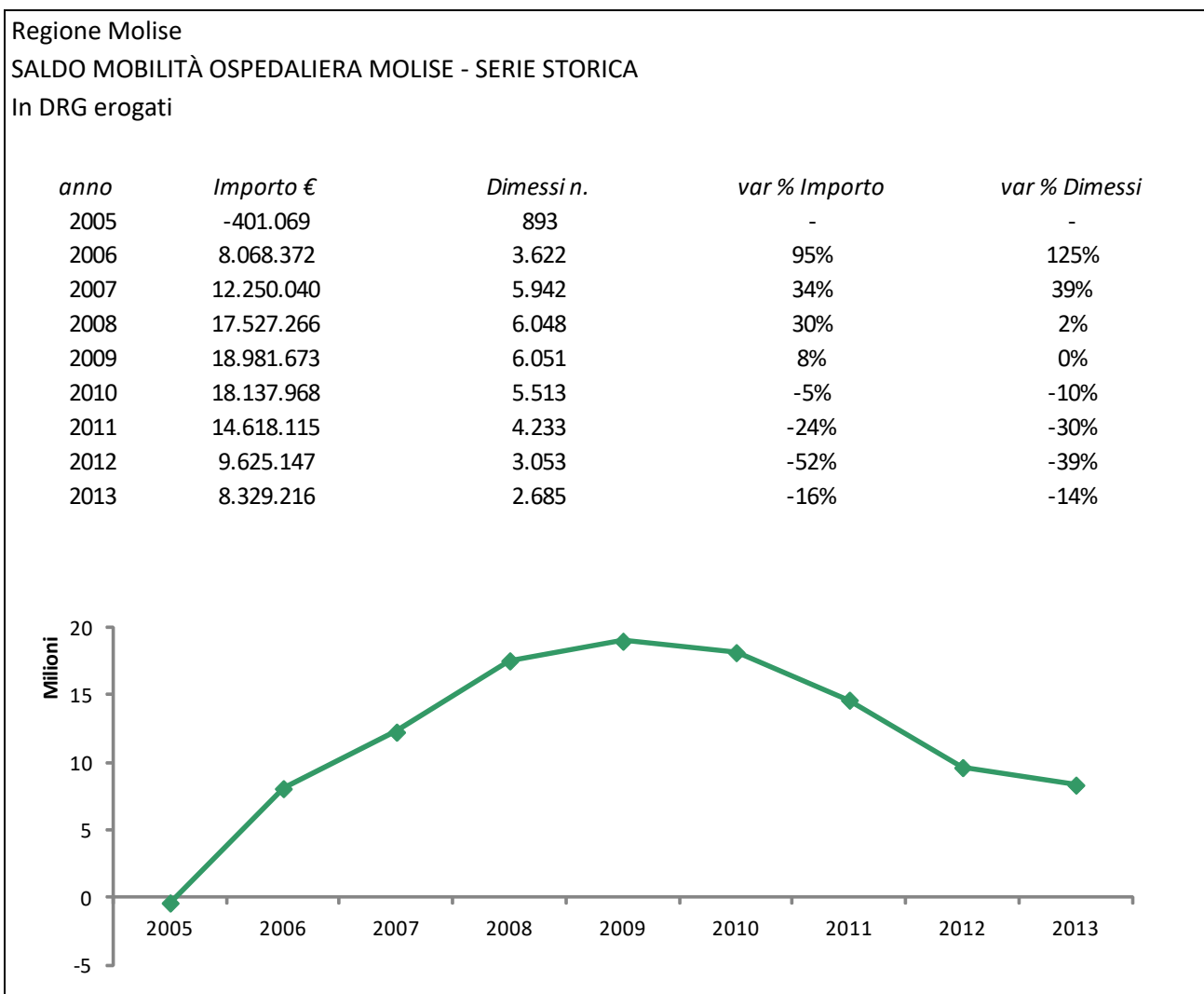
In DRG erogati

Regione	saldo 2010		saldo 2011		saldo 2012		saldo 2013	
	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.
ABRUZZO	-7.184.099,86	-1680	-7.851.469,47	-1940	-10.316.722,26	-2280	-12.005.096,57	-2808
ACISMOM LAZIO	-64.370,62	-8	-59.737,63	-7	-53.976,71	-7	-14.270,30	-1
BASILICATA	435.640,21	148	503.913,04	164	394.383,83	143	278.579,40	118
CALABRIA	613.412,82	172	569.377,44	144	388.739,58	123	459.059,98	109
CAMPANIA	28.586.854,96	7993	26.579.788,72	7322	26.736.584,28	6764	26.680.462,30	6613
EMILIA ROMAGNA	-3.782.944,65	-959	-4.090.388,41	-978	-4.302.875,30	-957	-4.510.474,39	-982
FRIULI VENEZIA GIULIA	-98.924,38	-13	-41.872,42	-12	-47.496,18	-18	17.342,70	7
LAZIO	4.518.065,51	675	3.729.690,35	583	2.009.816,07	237	4.069.148,93	499
LIGURIA	-522.669,68	-70	-153.753,91	-55	-116.415,80	-59	-434.494,28	-53
LOMBARDIA	-3.092.355,28	-484	-3.046.910,48	-488	-3.077.582,41	-411	-2.855.883,98	-402
MARCHE	-1.804.112,28	-371	-1.630.846,23	-404	-1.554.515,04	-417	-1.805.323,31	-482
OSPEDALE BAMBIN GESU'	-1.989.979,40	-1159	-1.968.355,99	-1084	-2.129.645,27	-998	-2.446.241,63	-894
P.A. BOLZANO	8.884,32	1	-7.041,68	-6	-4.481,78	0	-18.867,85	-5
P.A. TRENTO	-17.279,19	-2	-71.510,19	-12	-31.187,82	-9	-32.032,52	-12
PIEMONTE	-320.881,56	-42	-372.409,34	-45	-231.525,18	-39	-317.030,61	-58
PUGLIA	5.175.110,31	2060	4.519.897,26	1787	4.330.042,17	1771	3.556.452,04	1697
SARDEGNA	49.467,84	20	26.034,12	0	31.141,11	11	44.155,20	9
SICILIA	248.773,02	62	220.992,54	37	92.082,04	25	154.557,42	50
TOSCANA	-1.195.272,51	-430	-1.111.848,16	-423	-1.087.798,65	-385	-1.044.497,85	-317
UMBRIA	-767.082,52	-206	-638.536,47	-210	-661.660,82	-245	-800.713,31	-237
VENETO	-658.269,12	-194	-488.021,73	-141	-730.957,75	-193	-639.578,56	-162
VALLE D'AOSTA					-10.800,68	-3	-6.037,25	-4
<b>Totale complessivo</b>	<b>18.137.967,94</b>	<b>5.513</b>	<b>14.618.115,37</b>	<b>4.233,00</b>	<b>9.625.147,43</b>	<b>3.053</b>	<b>8.329.215,56</b>	<b>2.685</b>



■ saldo negativo ■ saldo positivo

L'osservazione dell'andamento storico del saldo di mobilità ospedaliera complessivo costituisce, altresì, un importante indicatore delle dinamiche del sistema sanitario regionale. Pur registrando, infatti, nel periodo compreso tra il 2006 e il 2013, un valore positivo, nel 2009, il trend di crescita del saldo della mobilità sanitaria ospedaliera si è arrestato, diventando decrescente a partire dal 2010.



Tale andamento è verosimilmente derivante dalle politiche sanitarie nazionali, sempre più orientante all'efficientamento del sistema e al perseguimento dell'appropriatezza. Il Patto per la Salute 2010 -2012, anche attraverso l'introduzione di forme assistenziali alternative al ricovero e l'individuazione di ulteriori DRG ad alto rischi di inappropriatezza, oltre i 43 già individuati dal DPCM 29 novembre 2001, nonché attraverso la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, ha introdotto specifici strumenti atti alla riduzione del ricorso al ricovero in favore di forme alternative di assistenza.

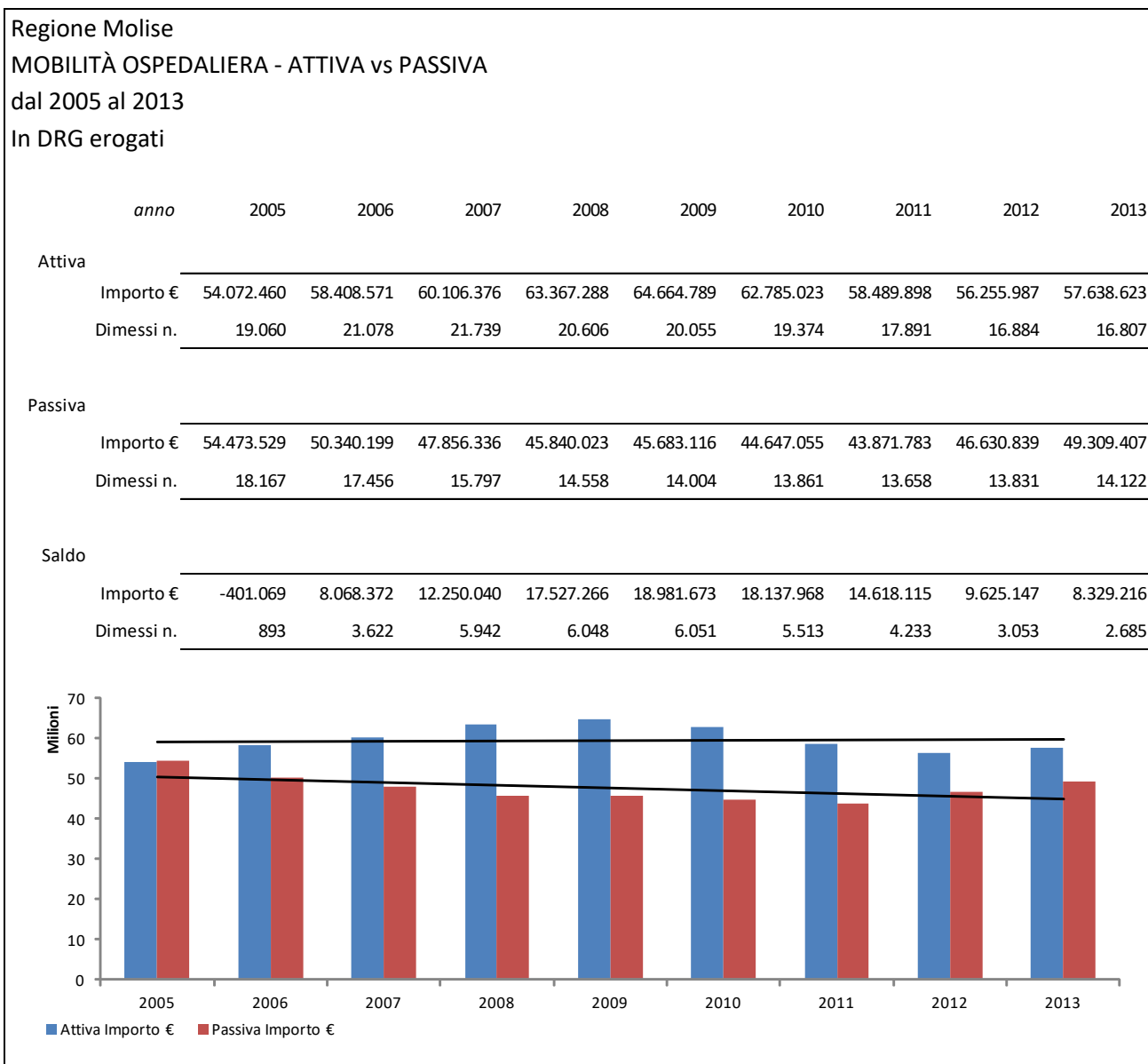
Se da un lato, dunque, la riduzione del saldo è legata alla contestuale riduzione del ricorso alle prestazioni ospedaliere, trattate in questa sede, dall'altro, tale fenomeno deriva, altresì, dall'evoluzione del sistema sanitario locale e dal processo di ristrutturazione e riorganizzazione anche imposto dal Piano di rientro dal debito sanitario.

Per poter pervenire, tuttavia, ad una spiegazione che consenta di interpretare tale dinamica, si rende necessaria una osservazione puntuale della sue componenti determinanti, e, quindi, un' analisi distinta della mobilità ospedaliera nella parte attiva ed in quella passiva.

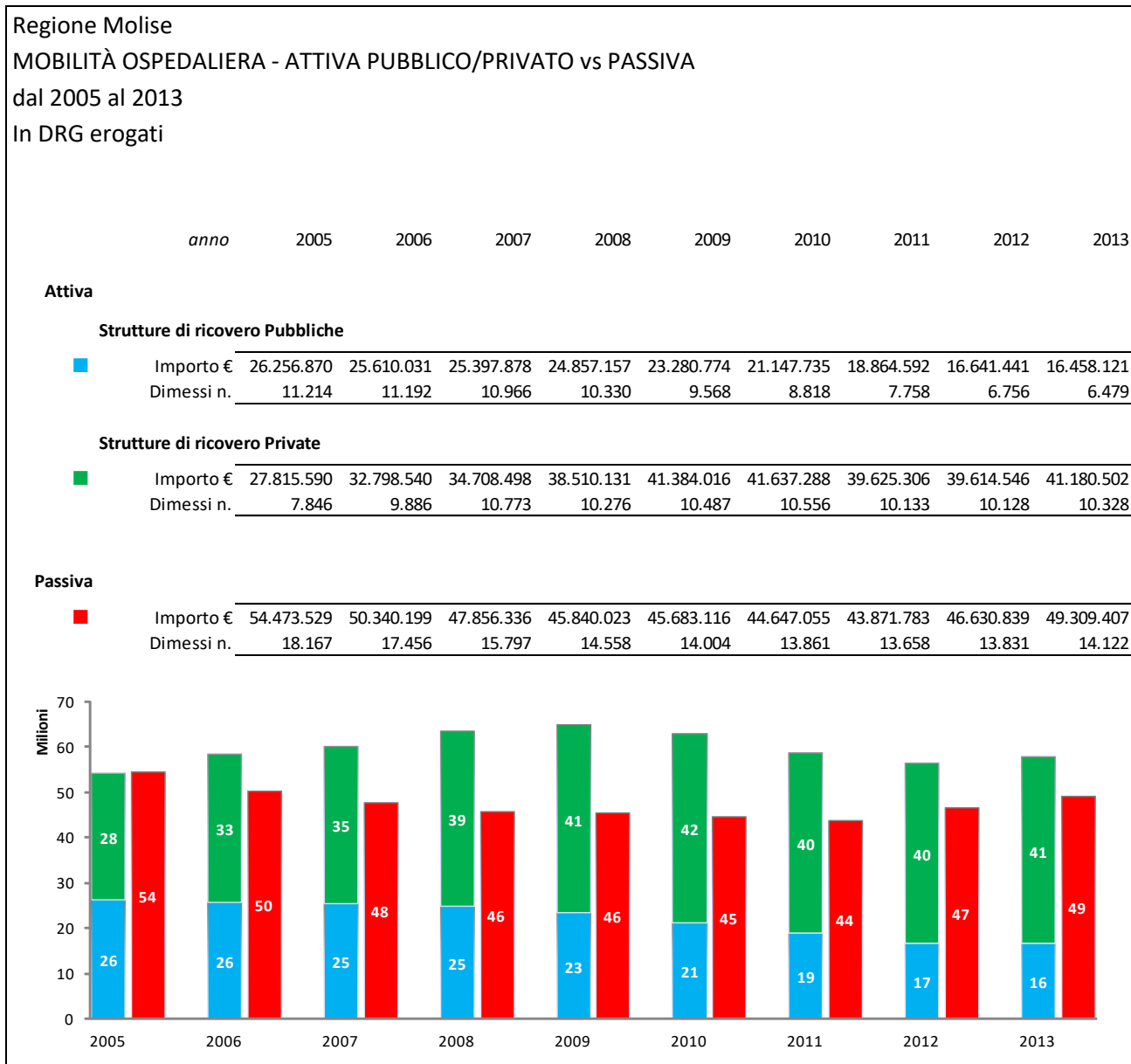
Il confronto sull' andamento storico delle due voci di mobilità, rispetto alla partecipazione nella determinazione del saldo, mostra come, in valori di produzione e quindi in DRG erogati, la componente attiva sia la determinante principale.

La mobilità attiva sanitaria ospedaliera del Molise, infatti, pur attestandosi su valori superiori rispetto a quelle passiva, dal 2010 registra un tendenziale tasso di crescita negativo rispetto agli anni pregressi. Di contro, la mobilità passiva, in particolare, negli anni 2012 e 2013 mostra un sostanziale incremento.

Se si considerano le due componenti della mobilità nei termini di capacità di attrazione e indice di fuga, anche nei valori riferiti al numero dei dimessi, si comprende, in tutta evidenza, che l' andamento nel tempo del fenomeno mobilità sanitaria ospedaliera è connesso alla strutturazione stessa del sistema sanitario locale e alla sua capacità di determinazione di un' offerta adeguata.



In ragione delle considerazioni proposte, assume rilevanza l'opportunità di operare un'osservazione di dettaglio sulle singole strutture ospedaliere regionali che partecipano alla caratterizzazione del fenomeno. Operando un primo passaggio di disgregazione, risulta interessante osservare il saldo della mobilità ospedaliera scomponendo la parte attiva in base alla natura giuridica delle strutture ospedaliere, distinguendo cioè tra strutture pubbliche e strutture private.



Dall'analisi proposta, è evidente l'impatto della capacità attrattiva dei privati e se si osserva che dall'anno 2008 i valori di produzioni delle strutture ospedaliere accreditate si assestano su dati costanti [circa € 40 mln], le considerazioni precedenti, riferite alla difficoltà di determinare un'offerta adeguata, sono, pertanto, riconducibili alle strutture ospedaliere pubbliche.

La contrazione tendenziale dell'offerta pubblica a fronte della regolarità di quella privata, affiancata dal proporzionale incremento della mobilità passiva, rimandano a ragioni di carattere strutturale e afferenti l'organizzazione del sistema sanitario locale.

Il tasso di crescita della mobilità passiva ospedaliera è leggermente più che proporzionale rispetto alla riduzione dell'offerta pubblica in termini di mobilità attiva, ed esprime, in un'ottica strutturale, la correlazione diretta tra l'indice di fuga e le disfunzioni del sistema sanitario locale, nonostante l'impatto determinate delle strutture di ricovero private.

In questa ottica, l'osservazione più attenta della mobilità passiva evidenzia, infatti, che la stessa si caratterizza per essere, per lo più, una mobilità di prossimità, in cui i territori di "fuga" sono principalmente le Regioni confinanti con il Molise.

Abruzzo [33%], Lazio [15%], Campania [9%] e Puglia [8%] assorbono, di fatto, oltre il 65% della mobilità passiva del Molise. Aggiungendo Emilia Romagna [10%], Lombardia [7%] e Ospedale "Bambino Gesù" [5%] per l'assistenza pediatrica, e quindi assumendo una prospettiva sulla dinamica complessiva del fenomeno su scala nazionale, si arriva quasi al 90%.

Dall'analisi di dettaglio dei ricoveri in mobilità passiva 2013, appare netta la prevalenza di quelli di prossimità verso l'Abruzzo ed il Lazio, per "Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo – MDC 8" e per "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio – MDC 5". Significativa è, altresì, la mobilità verso Campania e Puglia dove, in entrambi i casi, non appare evidenza di una preponderante specifica tipologia di prestazioni.

Di contro, fuori dalla logica della mobilità di confine, risalta la mobilità passiva ospedaliera verso Lombardia ed Emilia Romagna, che si caratterizzano per una capacità attrattiva dei pazienti molisani legata rispettivamente a prestazioni relative a "MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" e "MDC 8 – Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo".

Ai fini di una più attenta osservazione, in Appendice, attraverso tabelle e dati, è proposto un approfondimento della Mobilità passiva ospedaliera del Molise (messa anche a confronto con la mobilità attiva) per numero di dimessi, valore della produzione, peso dei DRG erogati e importo medio per dimesso. In particolare, per il periodo dal 2010 al 2013, la mobilità passiva è stata analizzata, per ciascun anno, rispetto alle prime 10 MDC e ripesto ai primi 30 DRG.



Regione Molise  
 MOBILITA' PASSIVA 2010 - 2013  
 In DRG erogati

Regione	2010		2011		2012		2013	
	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.
ABRUZZO	13.060.651,04	4.068	12.973.447,27	4.062	14.865.447,94	4.220	16.455.430,93	4.556
LAZIO	8.276.042,54	2.530	8.114.280,65	2.481	8.276.830,20	2.530	7.501.791,07	2.394
EMILIA ROMAGNA	3.952.575,74	1.038	4.226.311,26	1.064	4.513.252,99	1.051	4.723.321,11	1.071
CAMPANIA	2.976.426,72	1.300	3.488.368,95	1.298	4.054.358,20	1.669	4.285.886,81	1.750
PUGLIA	4.416.565,01	1.439	4.182.365,10	1.342	3.744.399,88	1.138	4.166.182,35	1.161
LOMBARDIA	3.496.052,69	626	3.315.143,14	622	3.338.371,00	527	3.317.713,26	547
OSPEDALE BAMBIN GESU'	1.989.979,40	1.159	1.968.355,99	1.084	2.129.645,27	998	2.446.241,63	894
MARCHE	1.987.061,74	442	1.801.132,13	466	1.642.473,90	453	1.959.510,86	534
TOSCANA	1.369.293,03	491	1.371.177,98	492	1.345.170,26	457	1.352.398,14	406
Altre	3.122.407,07	768	2.431.200,44	747	2.720.889,81	788	3.100.931,08	809
<b>Totale complessivo</b>	<b>44.647.054,98</b>	<b>13.861</b>	<b>43.871.782,91</b>	<b>13.658</b>	<b>46.630.839,45</b>	<b>13.831</b>	<b>49.309.407,24</b>	<b>14.122</b>



## MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE

ATTIVA anno 2015

### Analisi dell' assistenza ospedaliera della Regione Molise

Lo studio analitico della mobilità sanitaria ospedaliera del Molise nella componente attiva, conferma le considerazioni fatte a livello aggregato nelle precedenti pagine e permette la definizione di alcuni aspetti strutturali dell' intero sistema sanitario della Regione.

Operando un' osservazione di dettaglio della Mobilità Attiva ospedaliera del Molise, anno 2015, per Regione di provenienza, evidente appare il carattere di prossimità che la contraddistingue.

Sia in termini di volumi di produzione, sia per numero di dimessi, la sola Regione Campania genera la metà della mobilità attiva prodotta dal Molise. Se si considerano, poi, insieme alla Campania, le altre Regioni confinanti (Lazio, Puglia e Abruzzo), le stesse determinano complessivamente il 95% del totale e si comprende, quindi, che la capacità attrattiva del Molise si esercita esclusivamente sui territori limitrofi.

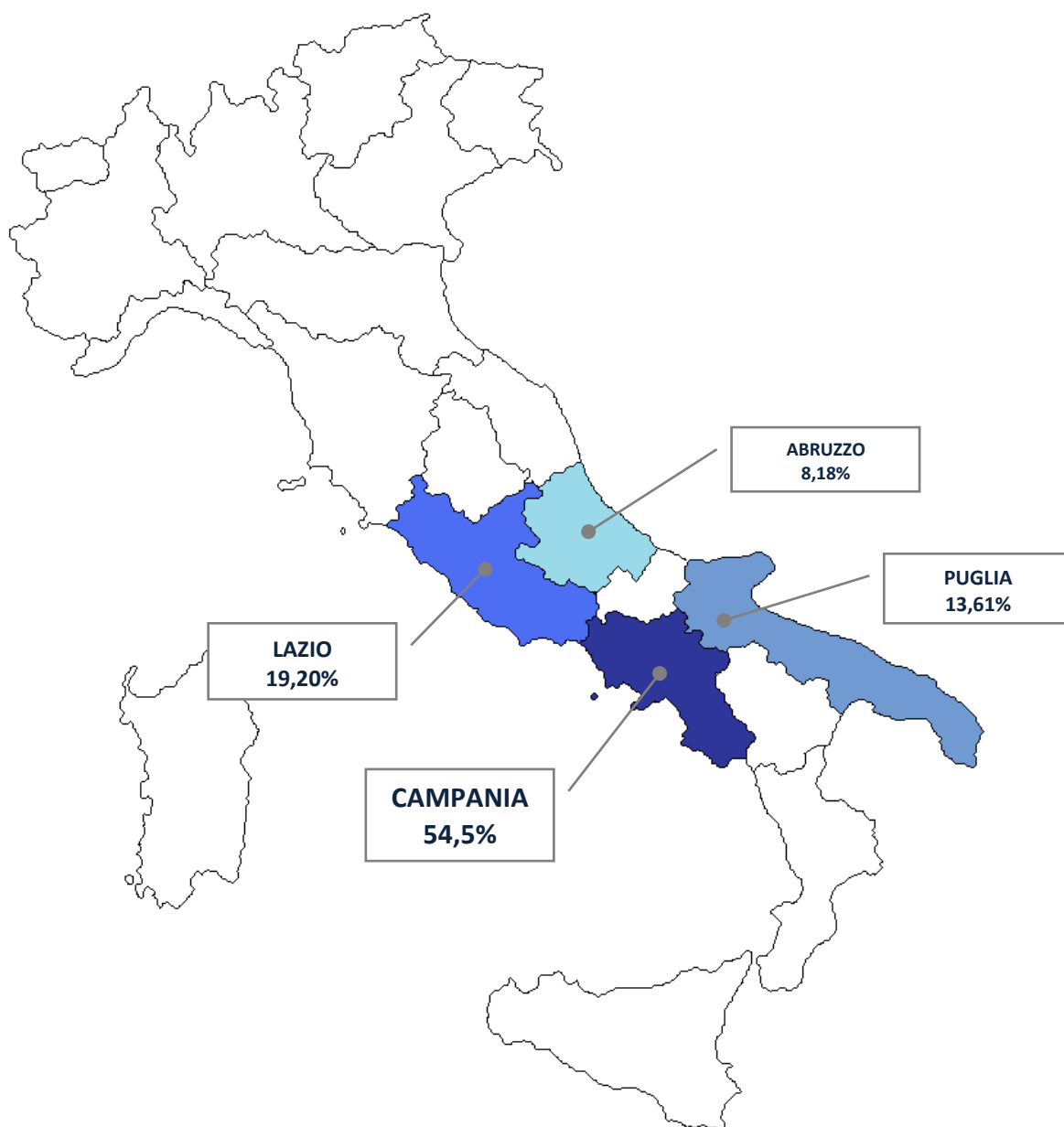
Tali considerazioni risultano ancor più evidenti se si osserva il fenomeno per singola struttura di ricovero della regione. In tale prospettiva, appare chiaro che i pazienti residenti nelle regioni vicine raggiungono le strutture ospedaliere del Molise, prevalentemente, per ragioni di prossimità.

Nello specifico, dall' esame dei flussi "migratori", si osserva, infatti, che i pazienti residenti nel Campania si rivolgono, prevalentemente, all' Istituto NEUROMED [47%]<sup>18</sup>, alla Fondazione Giovanni Paolo II [18%], all' ospedale di Isernia [12%] e all' ospedale di Campobasso [8%]. Analogamente, il Lazio insiste, per la maggior parte, sulle strutture molisane situate nella parte orientale del Molise e nel capoluogo di regione - Istituto NEUROMED [60%], ospedale di Isernia [7%], Fondazione Giovanni Paolo [18%], ospedale di Campobasso [4%].

<i>Regione Provenienza</i>	<b>Importo €</b>	<b>Dimessi n.</b>	<b>% Importo</b>	<b>% Dimessi</b>
<b>150 - CAMPANIA</b>	<b>32.572.593,10</b>	<b>8.037</b>	<b>54,48%</b>	<b>48,86%</b>
<b>120 - LAZIO</b>	<b>11.610.255,20</b>	<b>3.191</b>	<b>19,42%</b>	<b>19,40%</b>
<b>160 - PUGLIA</b>	<b>8.134.568,60</b>	<b>2.704</b>	<b>13,61%</b>	<b>16,44%</b>
<b>130 - ABRUZZO</b>	<b>4.888.531,62</b>	<b>1.757</b>	<b>8,18%</b>	<b>10,68%</b>
<b>180 - CALABRIA</b>	<b>438.751,00</b>	<b>128</b>	<b>0,73%</b>	<b>0,78%</b>
<b>030 - LOMBARDIA</b>	<b>331.998,60</b>	<b>127</b>	<b>0,56%</b>	<b>0,77%</b>
<b>170 - BASILICATA</b>	<b>290.207,00</b>	<b>104</b>	<b>0,49%</b>	<b>0,63%</b>
<b>Altre Regioni</b>	<b>1.520.325,96</b>	<b>400,00</b>	<b>2,54%</b>	<b>2,43%</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>59.787.231,08</b>	<b>16.448</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

<sup>18</sup> I valori percentuali sono espressi rispetto al totale complessivo riferito alla singola regione.

Regione Molise  
MOBILITA' ATTIVA 2015  
In DRG erogati



In questa prospettiva e quindi nell' ottica della prossimità territoriale, anche per i pazienti della Puglia e dell' Abruzzo si osserva un elevato indice di attrazione da parte delle strutture molisane direttamente confinanti, che risulta, tuttavia, meno significativo rispetto a quello riferito a Campania e Lazio. I residenti pugliesi, in particolare, si rivolgono prevalentemente alle strutture ospedaliere dell' area occidentale e costiera del Molise - ospedale di Termoli [30%], ospedale di Larino [8%] - oltre che a quelle della zona centro-meridionale della regione - Fondazione Giovanni Paolo II [18%], ospedale di Campobasso [10%]. Analogamente, per la regione Abruzzo, le strutture ospedaliere molisane di riferimento sono quelle più facilmente raggiungibili in termini di tempi di percorrenza stradale - istituto Neuromed [17%], ospedale di Agnone [16%], ospedale di Isernia [14%], Fondazione Giovanni Paolo II [13%] e ospedale di Termoli [13%].

Regione Molise  
 MOBILITA' ATTIVA 2015  
 In DRG erogati

Regione Provenienza		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi
<b>32.572.593</b>	<b>8.037</b>	<b>11.610.255</b>	<b>3.191</b>	<b>8.134.569</b>	<b>2.704</b>	<b>4.888.532</b>	<b>1.757</b>	<b>2.581.283</b>	<b>759</b>	<b>59.787.231</b>	<b>16.448</b>
54%	49%	19%	19%	14%	16%	8%	11%	4%	5%	100%	100%
<i>di cui per Struttura di ricovero</i>											
Istituto NEUROMED	3.767	7.000.890	1.918	524.027	189	942.837	297	1.051.365	284	25.818.907	6.455
FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	1.469	2.664.533	584	2.951.159	488	1.319.681	220	708.785	80	15.868.638	2.841
OSPEDALE VENEZIALE	939	659.480	218	14.779	7	574.549	238	80.504	48	3.963.020	1.450
OSPEDALE CARDARELLI	661	326.933	131	807.098	281	220.991	83	227.235	88	3.351.745	1.244
OSPEDALE S. TIMOTEO	51	116.240	50	1.918.769	814	549.944	225	323.692	158	3.027.440	1.298
VILLA ESTHER	284	129.766	58	671.088	188	243.512	87	68.052	28	2.332.016	645
VILLA MARIA	307	90.064	34	843.558	503	137.804	117	46.278	31	1.798.628	992
OSPEDALE SS. ROSARIO	275	506.636	108	18.984	5	28.912	10	6.755	3	1.576.520	401
OSPEDALE VIETRI	233	42.552	29	380.390	226	278.435	197	29.798	24	1.139.689	709
OSPEDALE AGNONE	33	71.352	60	4.717	3	507.043	275	16.338	13	629.392	384
G.E.A. ISERNIA	18	1.809	1			84.824	8	22.481	2	281.236	29

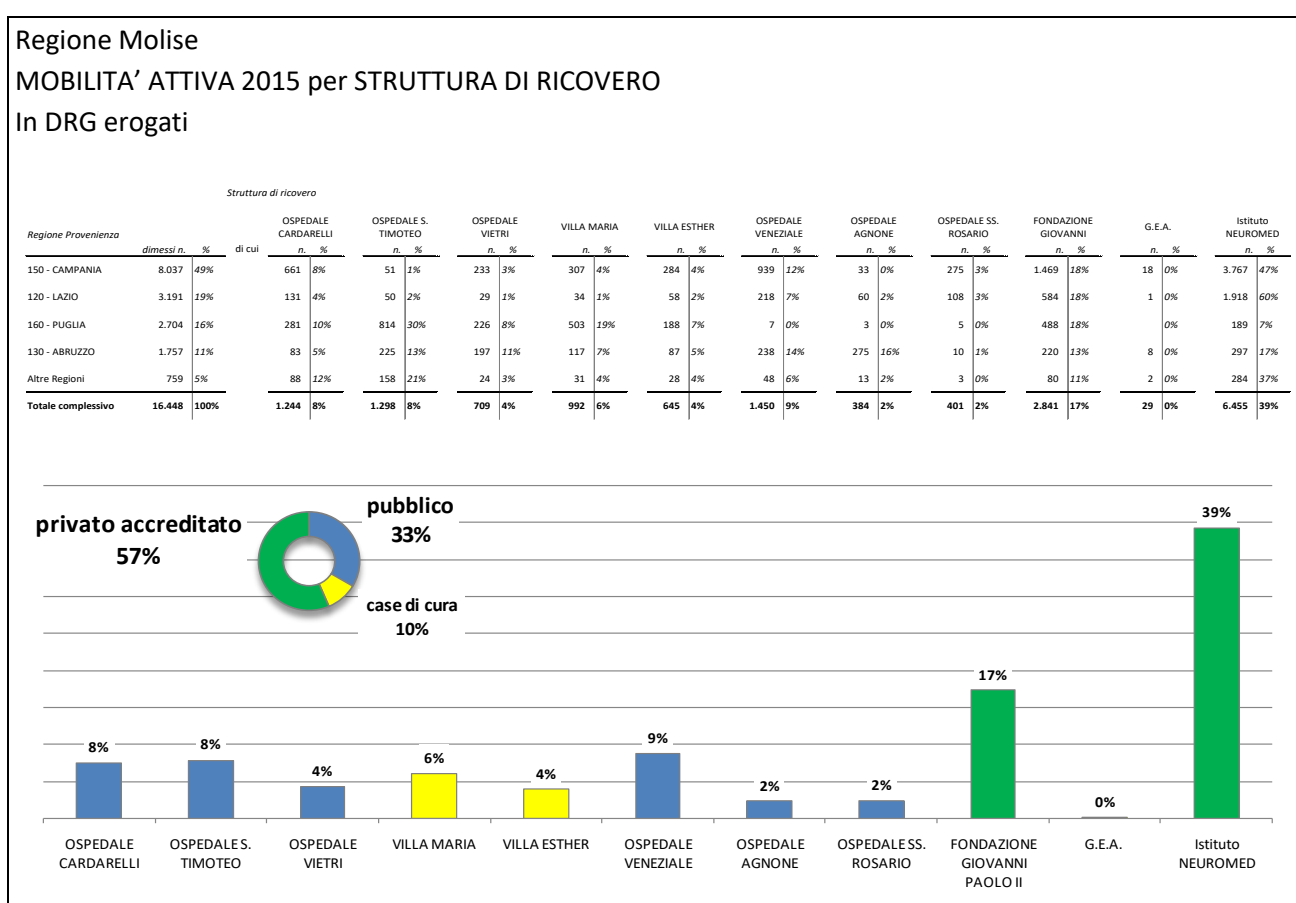


È evidente che la dinamica del fenomeno trattato è influenzata direttamente dalla viabilità e, più in generale, dal complessivo sistema di infrastrutture presenti in regione. Se si considera, come rappresentato, che il Molise si caratterizza per avere un conformazione orografica prevalentemente collinare e montuosa, e se si valuta, inoltre, che l'autostrada è tangente al territorio della regione, attraversandola soltanto sul lato costiero, è possibile delineare un quadro più preciso della mobilità sanitaria ospedaliera attiva molisana. Se alle considerazioni appena fatte, si aggiunge che la Regione è tra le più piccole d' Italia e che, pertanto, l' apparato assistenziale è per sua stessa natura scarsamente

strutturato (un' unica ASL coincidente con il territorio della regione), ancor più evidente appare la portata del fenomeno mobilità sul sistema sanitario molisano.

Ponendo la prospettiva dal lato dell' offerta e analizzando, quindi, la capacità attrattiva delle singole strutture di ricovero della regione, emerge, evidente, il ruolo preponderante delle due strutture private accreditate maggiori, istituto Neuromed [39%] e Fondazione Giovanni Paolo II [17%], che realizzano oltre la meta della capacità attrattiva della regione per numero di dimessi [57%]<sup>19</sup>.

L' offerta pubblica, in termini di mobilità attiva, è, infatti, complessivamente molto lontana [33%], e anche se considerata per singola struttura e con riferimento agli ospedali dei maggiori centri della regione - ospedale di Campobasso [8%], ospedale di Termoli [8%], ospedale di Isernia [9%] – risulta molto meno performante rispetto al privato.



Il confronto analitico tra le prestazioni erogate dagli ospedali pubblici del Molise e i ricoveri effettuati dai privati accreditati in favore di pazienti residenti in altre regioni, si distingue per la specificità delle prestazioni erogate dai privati, che risulta ancor più evidente se considerato rispetto all' impatto delle attività sanitarie svolte.

Esaminando, infatti, il peso medio dei DRG prodotti, si osserva evidente la più alta complessità della casistica trattata dai due maggiori centri privati accreditati della regione - Fondazione Giovanni Paolo II [peso medio: 2,0178] e istituto Neuromed [peso medio: 1,5592] – rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche – ospedale Campobasso [peso medio: 1,1022], ospedale Termoli [peso medio: 0,9907], ospedale

<sup>19</sup> I valori percentuali sono espressi rispetto al totale complessivo della regione.

Isernia [peso medio: 1,0044]. Tale aspetto, più propriamente riconducibile alla sfera clinica e pertanto non direttamente afferente l'ambito trattato in questa, sebbene considerato marginalmente, è comunque indicativo del fenomeno trattato.

(A seguire, insieme alla documentazione presentata in appendice, si propongono, altresì, puntualizzazioni ed approfondimenti analitici delle considerazioni esposte.)

## Regione Molise

### MOBILITA' ATTIVA 2015 per PRIME 10 MDC

#### In DRG erogati

OSPEDALE di CAMPOBASSO

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	98	1,5625	22	1,4434	36	1,5385	7	1,9670	15	1,2442	178	1,4886
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	78	0,4706	23	0,4779	34	0,4769	22	0,4873	12	0,5248	169	0,4907
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	50	1,2010	6	1,1638	47	1,2568	9	0,9773	8	1,1539	120	1,1806
11-RENE E VIE URINARIE	70	1,1127	1	1,0467	15	0,7828	2	1,2869	7	0,6719	95	0,9555
06-APP. DIGERENTE	43	1,1786	9	0,7138	26	1,0010	5	0,5531	3	1,1996	86	1,0230
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	30	0,7344	7	0,6418	26	0,7074	6	0,7617	10	0,6652	79	0,7031
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	54	1,4735	9	1,3373	7	2,4817	4	0,7790	1	0,7539	75	1,3952
01-SISTEMA NERVOSO	34	1,2533	7	0,9428	16	1,0609	2	0,9335	10	0,9464	69	1,0755
15-PERiodo NEONATALE	33	2,3541	6	3,0187	7	3,2708	6	0,3575	2	0,1598	54	2,0920
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	32	0,7582	7	0,8060	8	0,8912	1	0,6095	2	0,5848	50	0,7760
Altre MDC	139		34		59		19		18		269	
Totale complessivo	661	1,1688	131	1,0424	281	1,2079	83	1,0330	88	0,8583	1.244	1,1022

OSPEDALE di TERMOLI

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
06-APP. DIGERENTE	1	0,3014	7	0,5828	130	1,1524	13	0,9997	24	0,8423	175	0,9816
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	12	1,0088	7	1,0748	85	1,1297	21	1,1104	25	0,8950	150	1,0473
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	6	0,3632	8	0,4946	81	0,5277	20	0,5191	17	0,4880	132	0,4910
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	3	1,6441	5	1,1148	79	0,9953	24	1,0317	15	1,0187	126	1,0564
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	4	0,7150			46	0,7824	48	0,8004	10	0,5325	108	0,7308
11-RENE E VIE URINARIE	5	1,0306	2	0,8835	67	0,9169	12	0,9274	10	0,7541	96	0,8952
15-PERiodo NEONATALE	3	0,1598			45	0,1841	11	0,1841	8	0,2505	67	0,2181
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE			2	0,7590	38	0,8194	18	0,9314	4	0,7926	62	0,8450
04-APP. RESPIRATORIO	3	1,7839	4	0,8458	36	1,2799	6	0,9539	13	0,9792	62	1,1282
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	2	0,9074			41	1,0238	7	0,7305	1	0,4238	51	0,9241
Altre MDC	12		15		166		45		31		269	
Totale complessivo	51	1,0693	50	0,8581	814	1,0872	225	1,0467	158	0,8127	1.298	0,9907

OSPEDALE di LARINO

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
02-OCCHIO	206	0,7119	22	0,7259	203	0,7119	184	0,6893	15	0,6777	630	0,7003
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	19	0,8910	2	1,5238	10	1,5238	10	1,5238			41	1,2707
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	2	0,5813	1	0,5435	3	0,6534			1	0,6192	7	0,6053
06-APP. DIGERENTE	2	1,1223	1	0,7448	2	0,8374					5	0,9328
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	1	1,0270	1	0,5969	2	0,8055			1	1,0270	5	0,8524
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA			1	0,5827					3	0,5827	4	0,5827
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1	1,2955	1	0,5990	1	1,2955	1	0,6153			4	0,9513
04-APP. RESPIRATORIO					2	1,0226	1	1,2243			3	1,0899
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	2	0,7539			1	0,7539					3	0,7539
01-SISTEMA NERVOSO					2	1,0930			1	0,8025	3	0,9962
Altre MDC	0		0		0		1		3		4	
Totale complessivo	233	0,8212	29	0,7473	226	0,8615	197	0,7740	24	0,6544	709	0,7765

OSPEDALE di ISERNIA

	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
MDC												
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	164	1,3536	45	1,5220			40	1,5036	8	0,8677	257	1,3770
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	95	1,0453	47	1,1165	1	0,9325	8	1,1704	1	0,9222	152	1,0820
06-APP. DIGERENTE	100	1,3958	9	0,5903	1	0,3014	18	1,1254	4	1,0690	132	1,1904
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	83	1,2056	29	0,7539			7	1,3077	1	0,7539	120	1,1357
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	41	0,4800	8	0,5057			49	0,5518	4	0,5191	102	0,5162
04-APP. RESPIRATORIO	54	0,8813	12	1,0929	1	1,1394	10	1,4223	5	0,6411	82	1,0188
15-PERODO NEONATALE	29	0,3525	4	0,1841			45	1,0586	3	0,1760	81	0,5575
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	67	0,6876	3	0,7012			7	0,5199	2	0,8609	79	0,6674
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	56	0,7611	12	0,8087			3	0,7868	4	0,6694	75	0,7609
01-SISTEMA NERVOSO	43	1,0683	8	0,9693			7	0,7334	4	0,7585	62	0,9545
Altre MDC	207		41		4		44		12		308	
Totale complessivo	939	1,0783	218	0,9888	7	0,6877	238	1,0133	48	0,7056	1.450	1,0041

OSPEDALE di AGNONE

	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
MDC												
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	29	0,7851	18	0,7364	1	0,6837	57	0,7959	4	0,7898	109	0,7756
06-APP. DIGERENTE			15	0,8882	1	0,5614	39	0,7594	2	0,6508	57	0,7825
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO			2	0,7575			49	0,8844	1	1,1779	52	0,8866
04-APP. RESPIRATORIO	1	1,2243	1	1,2243			26	0,8927			28	0,9530
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS			7	1,1139			15	1,0245	3	0,7459	25	1,0160
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1	1,2955	5	1,4695	1	0,7470	16	0,7628	1	1,2732	24	0,9371
11-RENE E VIE URINARIE			2	0,4147			19	0,7444	1	1,1501	22	0,7232
01-SISTEMA NERVOSO	1	0,8996	2	0,8136			13	0,8441	1	0,9103	17	0,8491
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	1	1,6432	1	0,6372			11	0,9813			13	1,0343
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI			2	0,7933			6	0,7933			8	0,7933
Altre MDC	0		5		0		24		0		29	
Totale complessivo	33	0,9598	60	0,8528	3	0,6640	275	0,8254	13	0,8720	384	0,8413

OSPEDALE di VENAFRO

	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
MDC												
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	156	1,0937	87	1,1134	5	0,9135	6	1,0747	2	1,0672	256	1,0797
01-SISTEMA NERVOSO	24	0,9564	9	0,9425			2	0,7369			36	0,9587
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	25	0,8731	3	0,8485					1	1,2605	28	0,8676
04-APP. RESPIRATORIO	16	1,1920					1	1,2243			17	1,1974
06-APP. DIGERENTE	10	0,7949	1	0,5568							11	0,7354
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	6	0,8552	2	0,8552			1	0,8552			9	0,8552
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	8	1,0965									8	1,0965
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	8	0,7616									8	0,7616
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	7	0,8485									7	0,8485
11-RENE E VIE URINARIE	6	0,8779									6	0,8779
Altre MDC	9		6		0		0		0		15	
Totale complessivo	275	1,0026	108	1,0049	5	0,9135	10	1,0294	3	1,1317	401	1,0048

FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II

	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
MDC												
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	487	2,2567	106	2,0473	216	2,5061	94	2,2583	18	2,5358	921	2,3072
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	314	1,9335	88	1,9707	72	1,8076	35	1,5698	7	1,4154	516	1,7909
06-APP. DIGERENTE	126	1,5616	118	1,5561	41	1,7631	22	1,7656	12	1,9619	319	1,6688
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	172	0,9924	38	0,9924	5	0,9239	3	1,0610			218	0,9924
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	94	1,0527	23	1,0927	58	1,0838	19	1,0919	18	1,2296	212	1,1189
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	52	0,9914	55	0,9160	34	0,8847	11	0,8382	5	0,8831	157	0,9169
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	36	1,7764	73	1,8702	10	1,8858	5	1,9099	2	1,0858	126	1,8049
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	61	0,5419	18	0,5513	8	0,5739	13	0,5565	4	0,3938	104	0,5219
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	24	0,7241	16	0,8468	12	1,4940	3	0,9978	1	0,9978	56	0,9224
01-SISTEMA NERVOSO	25	1,7122	5	1,2053	12	1,1218	5	1,1709			47	1,3681
Altre MDC	78		44		20		10		13		165	
Totale complessivo	1.469	1,8999	584	1,7309	488	1,9494	220	1,7791	80	1,1686	2.841	2,0178

Istituto NEUROMED

	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
MDC												
01-SISTEMA NERVOSO	2.245	1,6697	1.257	1,6263	134	1,3393	179	1,5289	187	1,3337	4.002	1,4716
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	787	1,9891	382	1,7888	25	1,7734	58	1,5505	34	1,7795	1.286	1,8091
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	444	1,6687	103	1,6999	19	1,0678	41	1,7742	36	1,4127	643	1,5453
02-OCCHIO	106	0,6721	64	0,5827	1	0,7576	8	0,6721	7	0,5865	186	0,6367
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	74	0,6073	26	0,6073	6	0,5422	7	0,6254	12	0,5418	125	0,5830
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	50	0,5136	42	0,5964	2	0,5827	1	0,6101	3	0,6101	98	0,5718
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	20	0,8536	13	1,3645	1	0,4896	1	1,0153	2	0,4896	37	0,9879
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	10	1,2475	10	1,2475	1	1,9902	1	1,9902	1	1,9902	23	1,5658
DRG NON CLASSIFICABILI (DRG 541; DRG 542)	11	10,4825	2	10,4825			1	12,4289			14	10,8718
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	8	1,0664	4	0,8855					2	0,7668	14	0,9237
Altre MDC	12		15		0		0		0		27	
Totale complessivo	3.767	1,7452	1.918	1,7423	189	1,2964	297	1,6987	284	1,3263	6.455	1,5592

La differenza che si evince tra l' istituto Neuromed e la Fondazione Giovanni Paolo II rispetto ai presidi ospedalieri pubblici, evidentemente, ha origine, altresì, per la specifica connotazione derivante dalla natura giuridica delle strutture, dalla quale è intuitivo cogliere la caratterizzazione più generalista dell' offerta pubblica rispetto a quella privata che è, invece, più specifica e settoriale.

L' istituto Neuromed e la Fondazione Giovanni Paolo II, in termini di mobilità attiva, oltre ad essere le strutture ospedaliere con la maggiore attrazione, sono quelle in cui la prossimità territoriale è meno evidente. Seppur con specifiche prevalenze, infatti, sia la Fondazione Giovanni Paolo II che l' istituto Neuromed offrono prestazioni sanitarie a tutte le regioni confinanti, a conferma di una capacità attrattiva legata, insieme alla prossimità territoriale, alla specialità assistenziale.

Nello scenario molisano e specificatamente rispetto alla mobilità sanitaria della Regione, il ruolo predominante è rivestito dall' Istituto Neurologico Mediterraneo – IRCCS Neuromed. La struttura, riconosciuta come Istituto di ricovero a carattere scientifico nell' ambito delle neuroscienze, con personalità giuridica di diritto privato nella forma di Società a Responsabilità Limitata, è accreditata dalla Regione e svolge attività di cura, assistenza sanitaria, ricerca, didattica e formazione. Dallo studio effettuato emerge, evidente, l' impatto che l' Istituto ha sull' ambito sanitario del Molise, nella capacità attrattiva e, pertanto, nei termini della mobilità attiva regionale, tanto da caratterizzarne l' intero assetto strutturale, rendendolo unico e incomparabile, per le specifiche peculiarità, rispetto a qualsiasi altro riferimento nazionale.

La struttura ha sottoscritto l' ultimo accordo contrattuale per l' acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale con riferimento all' anno 2015, nel quale è stato fissato un budget globale per euro 44.255.881, ed è stata operata una previsione tra le prestazioni rese in favore di pazienti residenti in Molise e quelle in favore di pazienti residenti in altre Regioni.

Regione Molise IRCCS NEUROMED Budget anno 2015			
	<i>in €</i>		
	residenti in Molise	residenti in Altre Regioni	Totale
assistenza ospedaliera	4.816.253	22.078.706	26.894.959
assistenza specialistica ambulatoriale	5.676.302	11.684.620	17.360.922
<b>Totale</b>	<b>10.492.555</b>	<b>33.763.326</b>	<b>44.255.881</b>

L' analisi dell' attività svolta dall' Istituto negli anni, con riferimento al numero di prestazioni erogate e al valore della produzione realizzata, permette di osservare, in termini di mobilità attiva per il Molise, il "peso" di ciascuna regione di provenienza, e quindi misurare la capacità attrattiva dell' Istituto rispetto ai territori confinanti. Tale valutazione di dettaglio, ancor più, permette di comprendere il ruolo preponderante che l' Istituto ha sull' assetto stesso del sistema sanitario del Molise e nell' essere in grado di influenzarlo in maniera strutturale.

La capacità attrattiva dell' Irccs Neuromed si riflette direttamente, in termini di contributo dato sul lato della mobilità attiva, nel processo di determinazione dell' annuale fondo sanitario regionale.

In particolare, come rappresentato, il finanziamento complessivo regionale viene determinato tenendo conto della mobilità interregionale e più precisamente rispetto alla compensazione tra le posizioni di credito e quelle di debito che la Regione Molise ha rispetto alle altre. L' effettivo contributo dovuto al



rimborso da parte delle altre regioni, si realizza, quindi, per il Molise, solo in termini di saldo, per effetto, cioè, della differenza ottenuta dalla compensazione tra la mobilità attiva e quella passiva.

Osservando nel dettaglio il valore complessivo della produzione erogata annualmente dal Neuromed, per l'assistenza ospedaliera e la specialistica ambulatoriale, in favore dei residenti in altre regioni [anno 2013: € 41,4 mln], emerge, lampante che la stessa è notevolmente superiore rispetto allo stesso saldo di mobilità che partecipa al finanziamento del fondo sanitario regionale del Molise [anno 2013: € 27,9 mln ]. Tale valore di produzione, al fine di evidenziarne la portata sul sistema sanitario molisano, è fortemente impattante anche nei termini del finanziamento complessivo regionale [anno 2015 - FSR Molise: € 585,9 mln], rispetto al quale si rapporta nella significativa misura del 7%. L' istituto, inoltre, è struttura privata accreditata, pertanto, remunerata a prestazione e cioè "esterna" al finanziamento per quota capitaria dell' azienda sanitaria locale.

Regione Molise													
IRCCS Neuromed - Valorizzazione delle prestazioni per Regioni di Residenza. Anni 2011-2014.													
<b>Assistenza Ospedaliera</b>													
Regione Residenza	2011			2012			2013			2014			media %
	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	
<b>Totale</b>	<b>5.834</b>	<b>24.333.590</b>		<b>6.247</b>	<b>26.844.655</b>		<b>6.754</b>	<b>30.674.390</b>	<b>100%</b>	<b>6.741</b>	<b>30.377.194</b>		
<i>di cui</i>													
residenti Molise	969	4.104.598	17%	991	4.328.343	16%	1037	4.975.701	16%	1065	4.846.457	16%	
<b>residenti Altre Regioni</b>	<b>4.865</b>	<b>20.228.992</b>	<b>83%</b>	<b>5.256</b>	<b>22.516.312</b>	<b>84%</b>	<b>5.717</b>	<b>25.698.689</b>	<b>84%</b>	<b>5.676</b>	<b>25.530.737</b>	<b>84%</b>	
<i>di cui</i>													
150 - CAMPANIA	2.759	11.822.313	58%	3.142	14.152.923	63%	3.227	15.188.445	59%	3.295	15.904.435	62%	<b>61%</b>
120 - LAZIO	1.573	6.367.180	31%	1.534	6.064.863	27%	1.712	7.403.163	29%	1.657	6.926.348	27%	<b>29%</b>
130 - ABRUZZO	163	584.902	3%	191	676.192	3%	210	710.124	3%	248	993.804	4%	<b>3%</b>
Altre Regioni	370	1.454.597	7%	389	1.622.334	7%	568	2.396.957	9%	476	1.706.150	7%	<b>8%</b>
<b>Specialistica Ambulatoriale</b>													
Regione Residenza	2011			2012			2013			2014			media %
	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	
<b>Totale</b>	<b>246.460</b>	<b>15.856.647</b>		<b>231.386</b>	<b>18.101.614</b>		<b>247.348</b>	<b>20.271.392</b>		<b>289.303</b>	<b>23.575.642</b>		
<i>di cui</i>													
residenti Molise	108.574	3.771.310	24%	91.532	4.084.410	23%	93.222	4.588.736	23%	114.418	5.501.666	23%	
<b>residenti Altre Regioni</b>	<b>137.886</b>	<b>12.085.337</b>	<b>76%</b>	<b>139.854</b>	<b>14.017.204</b>	<b>77%</b>	<b>154.126</b>	<b>15.682.656</b>	<b>77%</b>	<b>174.885</b>	<b>18.073.976</b>	<b>77%</b>	
<i>di cui</i>													
120 - LAZIO	66.499	6.220.493	51%	66.553	7.059.510	50%	73.003	8.061.863	51%	80.048	9.316.762	52%	<b>51%</b>
150 - CAMPANIA	58.992	3.941.340	33%	59.284	4.775.289	34%	67.034	5.395.180	34%	79.861	6.417.072	36%	<b>34%</b>
130 - ABRUZZO	8694	1.572.952	13%	9948	1.739.109	12%	9699	1.721.864	11%	10120	1.769.651	10%	<b>12%</b>
Altre Regioni	3701	350.552	3%	4069	443.296	3%	4390	503.749	3%	4856	570.491	3%	<b>3%</b>

Le considerazioni proposte, quindi, ancor più se estese anche comprendendo l' attività svolta dalla Fondazione Giovanni Paolo II, mettono in evidenza che il saldo di mobilità che partecipa al finanziamento del Molise non è in grado da solo di far fronte alla capacità attrattiva delle due maggiori strutture accreditate della regione. Le stesse, in aggiunta, sono strutture private, quindi remunerate sulla base delle

prestazione erogate, alle quali, con riferimento ai non residenti, non è possibile fissare un tetto di spesa per il principio di libertà di scelta del medico e della struttura sanitaria.

Il grado di assorbimento di risorse finanziarie da parte dei privati accreditati è eccessivo rispetto alla conformazione del sistema sanitario della Regione Molise e delle sue possibilità gestionali. La capacità dell'Irccs Neuromed e della Fondazione Giovanni Paolo II di attrarre pazienti da altre regioni è, di fatto, talmente influente da determinare che parte del finanziamento regionale sia "distratto" dalla originaria destinazione, innescando un circolo vizioso che impatta sulla strutturazione stessa dell'intero sistema sanitario locale. Un meccanismo che, insieme alle altre criticità proprie del sistema sanitario regionale, ha partecipato al processo destabilizzante che autoalimenta, altresì, la mobilità passiva, mettendo in gioco la sostenibilità dell'intero sistema regione.

## CONCLUSIONI

Lo studio effettuato permette di evincere che nell'attuale contesto, in cui le priorità sono la razionalizzazione dell'impiego delle risorse e l'ottimizzazione della domanda attraverso l'appropriatezza delle prestazioni offerte, la libertà di scelta del cittadino e quindi la mobilità sanitaria assumono una valenza prorompente nell'ambito dell'intero sistema sanitario nazionale.

L'argomento è di particolare interesse e necessita di essere approfondito per l'importanza che ha sull'organizzazione dei servizi sanitari regionali e di conseguenza sulla salute dei cittadini.

La libertà di scelta del cittadino, in particolare, costituisce indirettamente un fattore di competizione tra i diversi sistemi sanitari regionali, quasi quale fattore di garanzia del mantenimento di adeguati livelli di qualità e di equità delle prestazioni assistenziali. Qualora il cittadino, infatti, riscontra differenze rilevanti nella qualità dell'assistenza offerta, la scelta di spostarsi nel cercare un'adeguata risposta di salute costituisce una sanzione indiretta per l'ambito sanitario regionale di riferimento, che si traduce oltre che nello spostamento della domanda anche in quello dei finanziamenti verso sistemi di più alta qualità. In questa logica, le Regioni, attraverso la qualità delle prestazioni offerte, sono incentivate a concorrere per trattenere o attrarre domanda. I singoli sistemi sanitari regionali, conseguentemente all'introduzione di un sistema di pagamento prospettico delle prestazioni, introdotto con il d.lgs. 502/92, sono obbligati a considerare con la massima attenzione le valutazioni qualitative manifestate dagli assistiti, in funzione delle finalità finanziaria e, quindi, al fine della migliore organizzazione dell'offerta assistenziale in termini di qualità. Oltre il concetto di una mobilità quale componente per il finanziamento dei sistemi regionali e per le proprie aziende, il fenomeno, nel suo complesso, è oggi certamente una caratteristica imprescindibile e difficilmente contenibile per l'attuale strutturazione del SSN. La mobilità sanitaria può costituire, quindi, il parametro per mezzo del quale può essere garantito un certo grado di competizione tra le regioni e tra le aziende. Può essere considerata quale elemento fondamentale per tenere il sistema in una tensione costruttiva, proiettata all'efficienza e alla qualità, offrendo livelli di libertà ai pazienti, e consentire, altresì, di colmare le lacune di offerta proprie dell'attuale sistema sanitario nazionale e caratterizzanti alcune aree del Paese. Si pensi, in tal senso, alle logiche di programmazione in ambito sanitario basate sui volumi di attività. Appare evidente che in quelle realtà territoriali, come il Molise, in cui il volume di attività è ridotto per lo scarso numero di abitanti, l'offerta assistenziale regionale non può sempre offrire sufficienti garanzie di efficacia, per cui la possibilità per i cittadini di recarsi verso punti di offerta di altre Regioni non può essere vista che in maniera positiva.

Al contempo, la programmazione sanitaria nazionale e regionale, nella consapevolezza che anche il ricorso ad un'offerta sanitaria a distanza possa essere una soluzione di efficienza, deve operare nell'ottica del miglioramento attraverso una revisione dei sistemi di offerta regionale. La mobilità sanitaria, infatti, in assenza di politiche di governo della stessa, incide sull'efficacia complessiva del sistema, sulla sua sostenibilità economica e strutturale, quindi sulla qualità dei servizi per gli utenti.

Si tratta, pertanto, di definire l'equilibrio tra i benefici che i sistemi sanitari regionali traggono dalla presenza della mobilità e le conseguenze derivanti dal suo impatto sistemico. Diventa, quindi, fondamentale adattare gli assetti strategici, organizzativi e operativi delle diverse offerte regionali, in maniera tale che il governo delle dinamiche di mobilità sanitaria possa garantire dei benefici e delle utilità.

L'ipotesi per cui una Regione fissi dei limiti alla mobilità verso altre Regioni, ad esempio, pur derivando da una scelta motivata dall'esigenza di programmazione delle risorse, contemporaneamente condiziona la Regione che ha organizzato la propria offerta anche in funzione del flusso di mobilità in entrata. Se, infatti,

una Regione programma servizi assistenziali funzionalmente alla domanda, la strutturazione del proprio sistema sanitario deve tenere anche conto delle richieste delle altre Regioni da cui proviene la mobilità (Cfr. Regione Molise).

Nel quadro dei principi organizzativi su cui si fonda l'assistenza sanitaria nazionale ed in particolare con riferimento ai principi fissati dal d.lgs. n. 502/1992, si deve, altresì, tener conto che non è possibile programmare una spesa senza porsi alcun limite e avendo riguardo soltanto ai bisogni assistenziali, quale ne sia la gravità e l'urgenza. La spesa deve essere, pertanto, adeguata alle disponibilità finanziarie effettive, che determinano conseguentemente la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie e, quindi, da definirsi in considerazione delle esigenze fondamentali connesse alla tutela del diritto alla salute, attraverso la valutazione delle priorità e delle compatibilità.

Nel rispetto, pertanto, del principio di libertà dei cittadini di rivolgersi all'offerta sanitaria che ritengono più adeguata, l'obiettivo, anche nella dimensione della mobilità sanitaria, è quello di programmare l'attività attraverso un'offerta regionale in grado di migliorare la spesa sanitaria in maniera da raggiungere un'ottimizzazione nell'uso delle risorse, garantendo un servizio efficiente e capace di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza. In tal senso, quindi, i poteri delle Regioni in ambito sanitario, in termini di garanzia dei servizi e assicurazione dei livelli essenziali, devono essere riferiti a scoraggiare il ricorso, da parte dei propri cittadini, a prestazioni sanitarie in Regioni diverse, senza una effettiva necessità, evitando che si realizzi uno spreco di risorse economiche ed organizzative.

Le scelte di programmazione in ambito sanitario, anche ponendo lo sguardo sul governo del fenomeno mobilità, devono essere operate nella ricerca dell'equilibrio tra le esigenze di natura economico finanziaria e quelle relative alla parità di trattamento dei cittadini. L'attenzione deve essere, perciò, posta alle prestazioni erogate in mobilità prive di complessità e ad alto rischio di inappropriatazza, e che i residenti possono ottenere nelle strutture sanitarie della propria Regione.

La scelta operata dal legislatore di affidare l'organizzazione dei servizi sanitari su base regionale, in un quadro normativo che si colloca comunque nella garanzia costituzionale della tutela della salute (art. 32), non può far intendere l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale come un sistema costruito a compartimenti stagni nel quale non sia consentita al cittadino la scelta del medico e della struttura dove ottenere la prestazione sanitaria.

Il diritto di scelta della struttura che si ritiene più idonea al soddisfacimento delle proprie necessità, deve permanere anche nelle attuali condizioni organizzative ed economiche, e trova la sua limitazione, unicamente, nell'improprio utilizzo delle risorse a disposizione delle Regioni. Vi è, dunque, l'obbligo di giungere, anche attraverso il governo della mobilità sanitaria, ad un equilibrio tra la tutela della salute, il diritto alla scelta da parte dei cittadini e le esigenze di organizzazione e programmazione delle Regioni, nel rispetto di quel vincolo che sussiste tra cittadini residenti ed Enti territoriali di riferimento.

L'ambito nel quale inserire tale prospettiva è, pertanto, quello di un regionalismo cooperativo e di collaborazione, funzionalmente alla facoltà di ciascuna Regione di programmare ed organizzare gli investimenti più idonei per erogare i servizi ai cittadini nei propri limiti di spesa.

In questa prospettiva si pongono, di fatto, le previsioni dal Patto per la Salute 2014-2016, in cui è stabilito, all'articolo 9, l'obbligo di stipulare accordi tra le Regioni, specialmente tra quelle confinanti. Le Regioni, in uno spirito di leale collaborazione, possono determinare le forme più adatte per coordinare le necessità da parte dei cittadini ad ottenere prestazioni, superando il concetto di residenza in favore di quello di assistenza.

Il rischio, in mancanza dei suddetti accordi e quindi in assenza di una collaborazione costruttiva e leale tra Regioni, è quello di determinare il fallimento dell'intero sistema e, di conseguenza, di veder violato il principio della tutela della salute.

L'accordo tra Regioni è, pertanto, lo strumento che consente di programmare, su scala sovregionale, l'offerta dei servizi, evitando uno spreco di risorse pubbliche; obbligando le Istituzioni territoriali, anche sulla base dei dati della mobilità interregionale, ad adottare le decisioni migliori per correggere eventuali storture e migliorare l'erogazione della prestazione dei propri servizi sanitari.

L'accordo tra Regioni finalizzato alla programmazione territoriale di area vasta costituisce, anche per la Regione Molise, lo strumento migliore attraverso cui riuscire a bilanciare correttamente le esigenze in questione. La mobilità sanitaria, come osservato, per il Molise ha un impatto enorme, sia nella componente attiva che in quella passiva, rischiando di compromettere la solidità strutturale del sistema regionale. Rilevato che la mobilità sanitaria è elemento costitutivo proprio del sistema sanitario e che pertanto è interdipendente allo stesso; considerata inoltre la misura eccezionale della mobilità sanitaria registrata dalla Regione, è ormai pacifico comprendere come la stessa abbia partecipato direttamente alla determinazione della crisi che attualmente colpisce il sistema sanitario regionale, mettendone in gioco l'intera sostenibilità.

La grave situazione determinatasi in Molise, che ha portato al Piano di rientro e ai Programmi Operativi, è stata sancita dalla stessa legge di stabilità 2015 (legge del 23 dicembre 2014, n. 190) che ha riconosciuto un intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria e, quindi, per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale, autorizzando, per l'anno 2015 (al fine di ricondurre nell'ordinata programmazione sanitaria e finanziaria, subordinatamente alla sottoscrizione dello specifico accordo tra lo stato e le regioni), una spesa fino ad un massimo di 40 milioni di euro in favore della regione.

In questa ottica, è stato, altresì, riconosciuto al Molise, dalla Conferenza delle Regioni, un contributo di solidarietà per l'attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018 finalizzato al risanamento del sistema sanitario, per euro: 30 milioni per l'anno 2015; 25 milioni per l'anno 2016; 18 milioni per l'anno 2017.

Sebbene la condizione di crisi, la Regione registra storicamente un saldo di mobilità positivo, delineando uno scenario regionale unico in Italia, in cui il ruolo predominante è rivestito da una struttura privata accreditata, l'Istituto Neurologico Mediterraneo – IRCCS Neuromed. L'impatto dell'Istituto sull'ambito sanitario del Molise, in termini di capacità attrattiva e, pertanto, con riferimento alla mobilità attiva regionale, è tale da caratterizzarne l'intero assetto strutturale, conferendone specifiche peculiarità che lo differenziano rispetto a qualsiasi altro riferimento nazionale.

La definizione degli accordi interregionali, quale soluzione organizzativa per il sistema sanitario della Regione Molise, deve considerare la specificità e la tipicità del contesto, anche, evidentemente, rispetto alla presenza di una struttura che da sola assorbe quasi la metà della mobilità attiva regionale, attirando in maniera quasi uniforme cittadini dalle regioni confinanti.

In tal senso, la stessa Legge di Stabilità 2016 (legge del 28 dicembre 2015, n. 208), che stabilisce, altresì, che *“gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.”*, ha previsto che a decorrere dal 2016 le Regioni e le Province Autonome possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e di prestazioni erogate dagli IRCCS a favore di cittadini residenti in

altre regioni ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale del Patto per la Salute 2014 – 2016 e negli accordi bilaterali fra le regioni di cui al Patto per la Salute 2010 – 2012.

Sulla base dello studio realizzato e delle ultime considerazioni formulate, ai fini di agevolare l'accessibilità all'offerta sanitaria più vicina alla residenza del paziente, anche se localizzata in un'altra regione, e ottenere il più efficiente impiego della struttura, che esercita funzioni a valenza interregionale e nazionale, la soluzione è la definizione di un'intesa tra le regioni interessate. Un "accordo interregionale di area vasta" che regolamenti i flussi di mobilità attiva della Regione Molise per le prestazioni sanitarie rese dall'Istituto Neuromed in favore dei pazienti residenti nelle Regioni confinanti: Campania, Lazio, Abruzzo.

Una formula, quindi, che, in considerazione della peculiarità del caso, oltrepassa gli accordi bilaterali fra Regioni per il governo della mobilità sanitaria, di cui al Patto per la Salute 2010 – 2012 e al Patto per la Salute 2014 – 2016, ed introduce specifiche previsioni funzionali alla questione.

L'Accordo dovrà prevedere che la Regione Molise sia l'interlocutore diretto con la struttura Neuromed, al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni amministrative e procedurali come quelle riferibili all'accreditamento, alla stipula dell'accordo contrattuale, alle procedure di controllo amministrativo-contabile e sanitarie. Superabile, in tale senso, appare la possibilità della tariffazione diretta delle prestazioni erogate verso le regioni di provenienza. Potrà, infatti, prevedersi, a fini informativi, per le altre regioni interessate, l'invio di reportistica e rapporti documentali da parte della Struttura, che insieme all'obbligo di reciproca informazione tra le regioni, possa consentire una politica integrata del Neuromed da parte dei sistemi sanitari coinvolti. Le Regioni interessate dovranno, infatti, determinare, sulla base delle rispettive esigenze assistenziali, le specifiche prestazioni "acquistabili" dall'Istituto, definendo, pur i con dovuti margini di tolleranza e nei vincoli della normativa, un limite qualitativo, e indirettamente quantitativo, per l'assistenza ospedaliera e per la specialistica ambulatoriale. Conseguentemente, dovrà essere prevista l'istituzione, con la partecipazione di rappresentanti delle regioni coinvolte dall'accordo interregionale, di un nucleo paritetico per il monitoraggio dell'attuazione dell'accordo stesso, nonché, nell'ambito delle procedure di controllo della Regione Molise, per la definizione dei criteri di valutazione, monitoraggio e controllo delle prestazioni rese.

## **APPENDICE**

- [\*\*Strutture di Ricovero della Regione Molise \(2015\)\*\*](#)
- [\*\*Regione Molise: popolazione e tempi di percorrenza\*\*](#)
- [\*\*Tabelle di confronto Passiva vs Attiva\*\*](#)
  - [Mobilità Passiva vs Attiva 2013](#)
    - [Mobilità Passiva vs Attiva 2013 per Regione](#)
    - [Mobilità Passiva 2013 per MDC](#)
    - [Mobilità Passiva 2013 per DRG \(primi 30 DRG per importo\)](#)
  - [Mobilità Passiva vs Attiva 2012](#)
    - [Mobilità Passiva vs Attiva 2012 per Regione](#)
    - [Mobilità Passiva 2012 per MDC](#)
    - [Mobilità Passiva 2012 per DRG \(primi 30 DRG per importo\)](#)
  - [Mobilità Passiva vs Attiva 2011](#)
    - [Mobilità Passiva vs Attiva 2011 per Regione](#)
    - [Mobilità Passiva 2011 per MDC](#)
    - [Mobilità Passiva 2011 per DRG \(primi 30 DRG per importo\)](#)
  - [Mobilità Passiva vs Attiva 2010](#)
    - [Mobilità Passiva vs Attiva 2010 per Regione](#)
    - [Mobilità Passiva 2010 per MDC](#)
    - [Mobilità Passiva 2010 per DRG \(primi 30 DRG per importo\)](#)
- [\*\*Accordo Triennale 2016-2018 per la gestione della mobilità sanitaria fra la regione Molise e le regioni Campania, Lazio, Abruzzo \(per le prestazioni di assistenza sanitaria erogate dall'Ircs Neuromed\)\*\*](#)

◀ REGIONE MOLISE – Presidi Ospedalieri ▶



DISCIPLINE
08-Cardiologia
09-Chirurgia generale
19-Mal. end. e metab.
26-Medicina generale
31-Nido
36-Ortopedia e traumatologia
37-Ostetricia e ginecologia
38-Otorinolaringoiatria
39-Pediatria
40-Psichiatria
43-Urologia
49-Terapia intensiva
50-Unità coronarica UTIC
51-Med e Chir d'accettazione e d'urgenza
64-Oncologia
66-Oncoematologia

DISCIPLINE
02-Day hospital
09-Chirurgia generale
26-Medicina generale
37-Ostetricia e ginecologia
51-Med e Chir d'accettazione e d'urgenza
60-Lungodegenti
98-Day surgery

DISCIPLINE
56-Riabilitazione

DISCIPLINE
09-Chirurgia generale
34-Oculistica
51-Med e Chir d'accettazione e d'urgenza
56-Riabilitazione
60-Lungodegenti

DISCIPLINE
02-Day hospital
14-Chirurgia vascolare
30-Neurochirurgia
32-Neurologia
49-Terapia intensiva
75-Neuroriabilitazione

DISCIPLINE
26-Medicina generale
49-Terapia intensiva
56-Riabilitazione
60-Lungodegenti

DISCIPLINE
08-Cardiologia
09-Chirurgia generale
26-Medicina generale
31-Nido
32-Neurologia
34-Oculistica
36-Ortopedia e traumatologia
37-Ostetricia e ginecologia
38-Otorinolaringoiatria
39-Pediatria
40-Psichiatria
49-Terapia intensiva
50-Unità coronarica UTIC
64-Oncologia

DISCIPLINE
09-Chirurgia generale
26-Medicina generale
56-Riabilitazione

DISCIPLINE
09-Chirurgia generale
26-Medicina generale

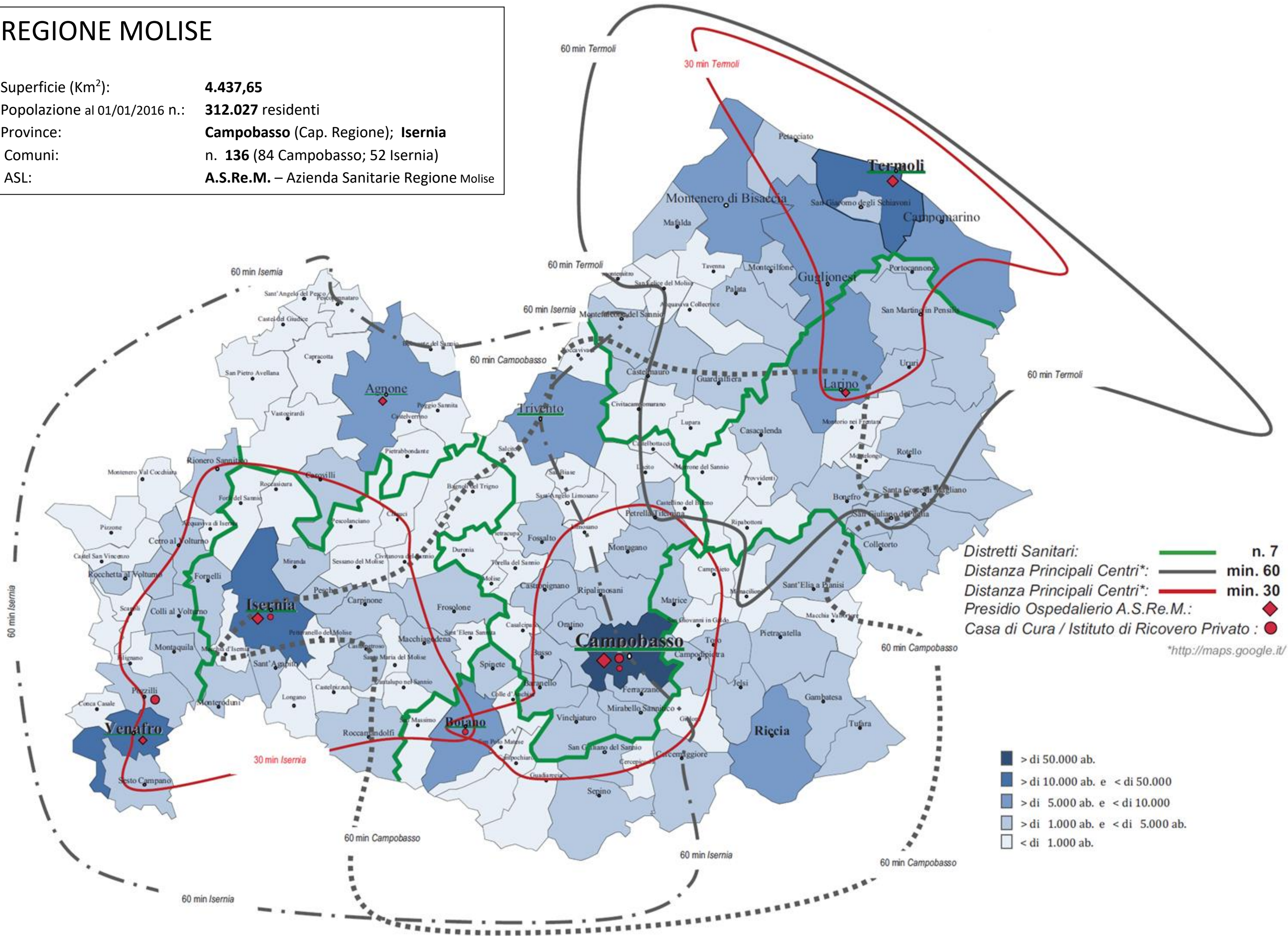
DISCIPLINE
07-Cardiochirurgia
08-Cardiologia
09-Chirurgia generale
49-Terapia intensiva
50-Unità coronarica UTIC
56-Riabilitazione
64-Oncologia
66-Oncoematologia
70-Radioterapia

DISCIPLINE
08-Cardiologia
09-Chirurgia generale
19-Mal. end. e metab.
21-Geniatria
24-Malattie infettive e tropicali
26-Medicina generale
29-Nefrologia
30-Neurochirurgia
31-Nido
35-Odontoiatria e stomatologia
36-Ortopedia e traumatologia
37-Ostetricia e ginecologia
38-Otorinolaringoiatria
39-Pediatria
40-Psichiatria
43-Urologia
49-Terapia intensiva
50-Unità coronarica UTIC
51-Med e Chir d'accettazione e d'urgenza
56-Riabilitazione
62-Neonatologia
64-Oncologia
73-Terapia intensiva neonatale
75-Neuroriabilitazione
97-Detenuti



# REGIONE MOLISE

Superficie (Km<sup>2</sup>): **4.437,65**  
 Popolazione al 01/01/2016 n.: **312.027** residenti  
 Province: **Campobasso (Cap. Regione); Isernia**  
 Comuni: n. **136** (84 Campobasso; 52 Isernia)  
 ASL: **A.S.Re.M. – Azienda Sanitarie Regione Molise**



**Regione Molise**

Mobilità Passiva vs Attiva 2013

in drg erogati

Regione	Passiva			Attiva				Saldo		
	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.
ABRUZZO	16.455.430,93	4.556	1,4013		4.450.334,36	1.748	1,1098	2545,9579	-12.005.096,57	-2.808
LAZIO	7.501.791,07	2.394	1,3788		11.570.940,00	2.893	1,3057	3999,6336	4.069.148,93	499
EMILIA ROMAGNA	4.723.321,11	1.071	1,6143		212.846,72	89	0,8576	2391,5362	-4.510.474,39	-982
CAMPANIA	4.285.886,81	1.750	1,3961		30.966.349,11	8.363	1,2870	3702,7800	26.680.462,30	6.613
PUGLIA	4.166.182,35	1.161	1,4342		7.722.634,39	2.858	1,1648	2702,1114	3.556.452,04	1.697
LOMBARDIA	3.317.713,26	547	1,6822		461.829,28	145,00	0,97	3.185,03	-2.855.883,98	-402
OSPEDALE BAMBIN GESU'	2.446.241,63	894	1,2822		-	-	-	-	-2.446.241,63	-894
MARCHE	1.959.510,86	534	1,3042		154.187,55	52	0,8935	2965,1452	-1.805.323,31	-482
TOSCANA	1.352.398,14	406	1,2933		307.900,29	89	1,0712	3459,5538	-1.044.497,85	-317
UMBRIA	1.005.706,29	285	1,1341		204.992,98	48	1,5645	4270,6871	-800.713,31	-237
VENETO	733.095,75	200	1,2436		93.517,19	38	0,6707	2460,9787	-639.578,56	-162
PIEMONTE	556.394,51	137	1,3116		239.363,90	79	0,9941	3029,9228	-317.030,61	-58
LIGURIA	481.456,56	69	1,7569		46.962,28	16	0,9389	2935,1425	-434.494,28	-53
BASILICATA	107.255,00	33	1,1445		385.834,40	151	1,0698	2555,1947	278.579,40	118
FRIULI VENEZIA GIULIA	43.453,90	21	0,8753		60.796,60	28	0,8523	2171,3071	17.342,70	7
CALABRIA	43.431,29	15	0,8179		502.491,27	124	1,3315	4052,3490	459.059,98	109
SICILIA	37.192,68	13	0,8392		191.750,10	63	1,0208	3043,6524	154.557,42	50
P.A. TRENTO	32.032,52	12	0,8815		-	-	-	-	-32.032,52	-12
P.A. BOLZANO	27.382,54	11	0,7016		8.514,69	6	0,7987	1419,1150	-18.867,85	-5
ACISMOM LAZIO	14.270,30	1	0,9103		-	-	-	-	-14.270,30	-1
SARDEGNA	13.222,49	8	0,8322		57.377,69	17	1,1779	3375,1582	44.155,20	9
VALLE D'AOSTA	6.037,25	4	0,5715		-	-	-	-	-6.037,25	-4
<b>Totale complessivo</b>	<b>49.309.407,24</b>	<b>14.122</b>	<b>1,3939</b>		<b>57.638.622,80</b>	<b>16.807</b>	<b>1,1924</b>	<b>3429,4415</b>	<b>8.329.215,56</b>	<b>2.685</b>

Passiva 2013										
Prime 10 MDC per Importo € (83% del totale)										
in drg erogati										
Regione										
MDC	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE	Totale complessivo	
1 08-APP. MUSCOLOSCHETR., TESS. CONNETTIVO	3.551.163	1.214.861	1.956.380	527.758	307.138	364.531	136.464	2.333.193	10.391.488	
2 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	2.236.772	734.771	551.575	765.514	482.853	1.381.416	231.741	677.552	7.062.194	
3 DRG non classificati*	2.073.395	744.933	407.025	330.096	673.213	399.464	1.068.316	454.967	6.151.408	
4 01-SISTEMA NERVOSO	766.303	611.546	496.965	259.061	425.007	288.202	156.175	427.416	3.430.675	
5 11-RENE E VIE URINARIE	1.470.479	386.078	53.604	131.118	217.586	106.048	151.035	360.264	2.876.211	
6 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	974.778	519.763	244.084	140.551	539.512	71.459	160.775	222.745	2.873.667	
7 04-APP. RESPIRATORIO	1.210.836	386.343	147.518	236.791	298.274	118.195	127.516	263.976	2.789.449	
8 06-APP. DIGERENTE	653.108	552.022	161.964	166.348	175.301	155.922	51.439	179.944	2.096.047	
9 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	420.201	474.009	174.253	182.246	158.803	105.172	34.493	271.971	1.821.149	
10 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	526.554	248.027	33.805	412.881	58.859	22.283		77.069	1.379.479	
Altra MDC	2.571.842	1.629.437	496.149	1.133.523	829.637	305.022	328.288	1.143.743	8.437.641	
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.455.431</b>	<b>7.501.791</b>	<b>4.723.321</b>	<b>4.285.887</b>	<b>4.166.182</b>	<b>3.317.713</b>	<b>2.446.242</b>	<b>6.412.840</b>	<b>49.309.407</b>	

\*DRG 103; DRG 468; DRG 469; DRG 470; DRG 476; DRG 477; DRG 480; DRG 481; DRG 482; DRG 495; DRG 512; DRG 513; DRG 541; DRG 542

**Passiva 2013**

 Primi 30 DRG per Importo €  
 in drg erogati

(45% del totale)

Regione

DRG	Regione								Totale complessivo
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE	
1 481 - Trapianto di midollo osseo autologo	1.796.143	669.387	271.263	80.240	74.991	259.988	1.018.544	260.554	4.431.110
2 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori		263.593	844.320	136.013	27.873	163.147		643.239	2.078.185
3 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.355.166								1.355.166
4 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	421.296	190.063	119.085	90.060	74.831	10.222	39.296	63.701	1.008.555
5 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	289.607	176.623	37.084	186.417	34.699	17.679		59.744	801.852
6 075 - Interventi maggiori sul torace	399.730	177.042	28.127	10.382	28.307	36.691	10.097	56.615	746.990
7 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e c	181.650	38.873	36.330	72.660	271.584		49.772	79.563	730.431
8 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagn	56.601		72.471	105.797	326.638	52.898		56.601	671.006
9 225 - Interventi sul piede	77.733	98.882	94.881	19.433	16.590	9.500	19.482	305.183	641.683
10 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	284.218	59.528	39.685			188.038	20.770	38.386	630.624
11 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	140.164	162.505	80.746	2.244	7.420	70.499	6.625	153.788	623.993
12 302 - Trapianto renale	309.079	100.538				50.269		150.807	610.693
13 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	68.985	24.605	49.127	22.995	22.995	398.965		22.995	610.665
14 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	365.137	68.952	25.275	22.292	12.769	33.757	17.083	35.847	581.111
15 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	116.337	99.423	27.894	73.937	108.214	72.942	20.888	57.196	576.830
16 473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	296.706	65.594				162.827		21.778	546.905
17 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	426.200		13.797	13.797		71.883		13.797	539.473
18 371 - Parto cesareo senza CC	139.140	85.606	19.449	226.694	25.180			26.726	522.795
19 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	106.390	121.068	165.426	1.145		13.718	68.964	27.866	504.578
20 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	129.957	80.450	107.500	34.227	6.985	5.238		93.730	458.087
21 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	99.427	79.489	96.529		9.520			152.984	437.948
22 211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	253.508	22.210	25.497	22.521	4.442			92.920	421.098
23 234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	267.962	22.732	36.667	24.798	13.777	3.444	9.437	37.418	416.236
24 127 - Insufficienza cardiaca e shock	192.133	67.304	13.161	24.435	17.797	42.185	3.750	30.855	391.619
25 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	72.703	5.593	44.948	102.302	11.185	57.297	61.295	16.755	372.078
26 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	28.397	75.601	56.363	20.232	28.397	34.430		83.089	326.508
27 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	63.582	27.512	102.626	20.996	13.673	3.738	5.540	87.211	324.879
28 002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	63.887	52.543	44.168	9.951	39.805	50.452		52.543	313.350
29 110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	16.847	83.486		30.440	49.791	48.158	17.054	58.673	304.448
30 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	133.377	58.889	6.686	49.789	16.139	10.735		19.835	295.449
Altro DRG	8.303.370	4.523.703	2.264.217	2.882.089	2.759.755	1.611.840	1.077.647	3.612.441	27.035.061
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.455.431</b>	<b>7.501.791</b>	<b>4.723.321</b>	<b>4.285.887</b>	<b>4.166.182</b>	<b>3.317.713</b>	<b>2.446.242</b>	<b>6.412.840</b>	<b>49.309.407</b>

**Regione Molise**

Mobilità Passiva vs Attiva 2012

in drg erogati

Regione	Passiva				Attiva				Saldo	
	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.
ABRUZZO	14.865.447,94	4.220	1,4377	3.522,62	4.548.725,68	1.940	1,1222	2344,7040	-10.316.722,26	-2.280
LAZIO	8.276.830,20	2.530	1,4831	3.271,47	10.286.646,27	2.767	1,2712	3717,6170	2.009.816,07	237
EMILIA ROMAGNA	4.513.252,99	1.051	1,5141	4.294,25	210.377,69	94	0,8845	2238,0605	-4.302.875,30	-957
CAMPANIA	4.054.358,20	1.669	1,3156	2.429,21	30.790.942,48	8.433	1,2380	3651,2442	26.736.584,28	6.764
PUGLIA	3.744.399,88	1.138	1,3725	3.290,33	8.074.442,05	2.909	1,2717	2775,6762	4.330.042,17	1.771
LOMBARDIA	3.338.371,00	527	1,7098	6.334,67	260.788,59	116,00	0,90	2.248,18	-3.077.582,41	-411
OSPEDALE BAMBINI GESU'	2.129.645,27	998	1,2492	2.133,91	-	-	-	-	-2.129.645,27	-998
MARCHE	1.642.473,90	453	1,3148	3.625,77	87.958,86	36	0,9112	2443,3017	-1.554.515,04	-417
TOSCANA	1.345.170,26	457	1,2547	2.943,48	257.371,61	72	1,1984	3574,6057	-1.087.798,65	-385
UMBRIA	856.386,24	288	0,9138	2.973,56	194.725,42	43	1,2007	4528,4981	-661.660,82	-245
VENETO	853.475,49	223	1,2744	3.827,24	122.517,74	30	1,0593	4083,9247	-730.957,75	-193
PIEMONTE	399.446,07	87	1,3556	4.591,33	167.920,89	48	1,1480	3498,3519	-231.525,18	-39
LIGURIA	175.037,02	69	1,0382	2.536,77	58.621,22	10	1,9955	5862,1220	-116.415,80	-59
CALABRIA	126.924,00	15	0,8107	8.461,60	515.663,58	138	1,0021	3736,6926	388.739,58	123
FRIULI VENEZIA GIULIA	57.298,43	25	0,8503	2.291,94	9.802,25	7	0,6006	1400,3214	-47.496,18	-18
ACISMOM LAZIO	53.976,71	7	0,6762	7.710,96	-	-	-	-	-53.976,71	-7
BASILICATA	45.674,04	22	0,9311	2.076,09	440.057,87	165	1,1944	2667,0174	394.383,83	143
SICILIA	41.040,46	24	0,8613	1.710,02	133.122,50	49	1,0190	2716,7857	92.082,04	25
P.A. BOLZANO	38.413,28	7	1,1832	5.487,61	33.931,50	7	1,8708	4847,3571	-4.481,78	0
P.A. TRENTO	32.311,83	10	0,9193	3.231,18	1.124,01	1	0,4568	1124,0100	-31.187,82	-9
SARDEGNA	29.205,56	7	1,3739	4.172,22	60.346,67	18	0,8910	3352,5928	31.141,11	11
VALLE D'AOSTA	11.700,68	4	1,1286	2.925,17	900,00	1	0,4834	900,0000	-10.800,68	-3
<b>Totale complessivo</b>	<b>46.630.839,45</b>	<b>13.831</b>	<b>1,3760</b>	<b>3.371,47</b>	<b>56.255.986,88</b>	<b>16.884</b>	<b>1,1987</b>	<b>3331,9111</b>	<b>9.625.147,43</b>	<b>3.053</b>

Passiva 2012										
Prime 10 MDC per Importo € (83% del totale) in drg erogati										
MDC	Regione									
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBINI	Altra REGIONE	Totale complessivo	
1 08 APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO	3.091.775	1.624.969	1.901.095	545.427	292.239	379.360	113.859	1.896.505	9.845.229	
2 05 APP. CARDIOCIRCOLATORIO	2.416.022	890.671	447.883	791.102	439.846	1.224.590	244.865	635.064	7.090.044	
3 DRG non classificati*	1.207.696	1.031.636	263.617	146.120	439.742	624.475	339.604	319.016	4.371.906	
4 01 SISTEMA NERVOSO	849.312	699.737	333.256	234.330	429.260	311.551	250.284	616.612	3.724.341	
5 11 RENE E VIE URINARIE	1.461.238	392.341	278.196	70.480	196.820	64.533	309.663	232.192	3.005.463	
6 17 MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	963.848	496.952	297.378	125.012	476.673	100.429	293.885	165.728	2.919.905	
7 04 APP. RESPIRATORIO	1.144.306	415.643	153.652	178.921	200.146	84.860	165.034	209.813	2.552.376	
8 06 APP. DIGERENTE	668.671	465.171	177.250	212.646	155.971	137.823	49.097	233.519	2.100.148	
9 07 FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	319.304	499.647	96.527	120.292	189.586	122.395	22.266	211.475	1.581.492	
10 14 GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	498.700	298.492	36.401	417.842	85.165	18.153	-	47.640	1.402.392	
Altra MDC	2.244.575	1.461.573	527.999	1.212.188	838.952	270.202	341.088	1.140.970	8.037.546	
<b>Totale complessivo</b>	<b>14.865.448</b>	<b>8.276.830</b>	<b>4.513.253</b>	<b>4.054.358</b>	<b>3.744.400</b>	<b>3.338.371</b>	<b>2.129.645</b>	<b>5.708.534</b>	<b>46.630.839</b>	

\*DRG 103; DRG 468; DRG 469; DRG 470; DRG 476; DRG 477; DRG 480; DRG 481; DRG 482; DRG 495; DRG 512; DRG 513; DRG 541; DRG 542

**Passiva 2012**

Primi 30 DRG per Importo €  
in drg erogati

(42% del totale)

DRG	Regione								Totale compl
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROM/CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE B/Altra	REGION		
1 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.103.007	461.060	573.488	102.202	46.455	68.287		485.086	2.839.585
2 481 - Trapianto di midollo osseo autologo	797.153	438.133		74.991	74.991	247.886	339.604		1.972.758
3 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagn	215.297	226.405	109.783		310.708	224.542			1.086.735
4 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	335.324	173.987	161.310	47.873	79.394	22.439	18.430	45.558	884.317
5 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	70.594	90.244	71.337	91.979		398.965		49.209	772.329
6 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	274.781	140.123	34.697	167.128	29.212	17.444		56.587	719.972
7 302 - Trapianto renale	402.982	100.538	150.807				63.534		717.861
8 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	141.378	175.048	42.595	53.251	49.126	53.383	50.525	148.469	713.773
9 225 - Interventi sul piede	129.094	74.409	67.091	41.723	15.808	10.902	3.247	320.208	662.481
10 075 - Interventi maggiori sul torace	354.477	112.842	18.661	9.015	9.015	27.676	28.576	84.742	645.004
11 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	157.366	226.929	63.978	1.245	5.284	58.776	3.088	100.085	616.751
12 371 - Parto cesareo senza CC	182.220	118.022	10.175	197.917	40.713	2.458		10.003	561.508
13 492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemiot	245.808	13.697	37.701		109.132		150.848		557.186
14 480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino		184.670	92.335			86.488		184.670	548.163
15 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	350.539	56.979	13.691	36.436	31.227	10.820	17.356	15.569	532.617
16 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	57.118	67.304	206.250	95.862	9.520	19.706		76.157	531.916
17 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	33.011	60.777	67.820	51.741	5.010	66.338	106.134	99.905	490.736
18 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	375.506	28.559		14.763		42.357			461.184
19 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	148.677	65.000	93.285	50.642	3.493	7.107		91.661	459.864
20 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	77.569	11.185	90.080	71.792	5.593	89.042	51.171	16.755	413.187
21 211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	271.587	35.847	12.438	22.210	4.442	4.753		44.421	395.698
22 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	97.463	79.370	19.843			112.563	25.406	58.229	392.874
23 110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	97.676	42.887	27.261	15.976	92.831	46.416	17.054	30.241	370.342
24 127 - Insufficienza cardiaca e shock	205.751	39.131	17.415	26.377	16.422	17.638		14.273	337.007
25 525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	327.114								327.114
26 316 - Insufficienza renale	134.860	28.769	21.246	10.701	55.261	7.267	14.756	30.612	303.473
27 234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	164.800	29.173	32.583	16.085	9.148		42.467	9.196	303.451
28 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	82.925	19.426	84.617	5.760	3.869	20.294	5.121	73.066	295.079
29 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e c	145.320	75.203	36.330		36.330				293.183
30 202 - Cirrosi e epatite alcolica	22.570	95.828	24.509	17.866	39.894	7.062	14.022	71.117	292.869
Altro DRG	7.886.052	5.101.112	2.356.437	2.848.689	2.701.418	1.674.824	1.192.329	3.663.831	27.424.691
<b>Totale complessivo</b>	<b>14.865.448</b>	<b>8.276.830</b>	<b>4.513.253</b>	<b>4.054.358</b>	<b>3.744.400</b>	<b>3.338.371</b>	<b>2.129.645</b>	<b>5.708.534</b>	<b>46.630.839</b>

**Regione Molise**

Mobilità Passiva vs Attiva 2011

in drg erogati

Regione	Passiva				Attiva				Saldo	
	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.
ABRUZZO	12.973.447,27	4.062	1,3996	3.193,86	5.121.977,80	2.122	1,1321	2413,7501	-7.851.469,47	-1.940
LAZIO	8.114.280,65	2.481	1,4752	3.270,57	11.843.971,00	3.064	1,2147	3865,5258	3.729.690,35	583
EMILIA ROMAGNA	4.226.311,26	1.064	1,2854	3.972,10	135.922,85	86	0,7093	1580,4983	-4.090.388,41	-978
PUGLIA	4.182.365,10	1.342	1,2864	3.116,52	8.702.262,36	3.129	1,1912	2781,1641	4.519.897,26	1.787
CAMPANIA	3.488.368,95	1.298	1,1915	2.687,50	30.068.157,67	8.620	1,2305	3488,1853	26.579.788,72	7.322
LOMBARDIA	3.315.143,14	622	1,5446	5.329,81	268.232,66	134	0,8452	2001,7363	-3.046.910,48	-488
OSPEDALE BAMBIN GESU'	1.968.355,99	1.084	1,2875	1.815,83	-	-	-	-	-1.968.355,99	-1.084
MARCHE	1.801.132,13	466	1,4115	3.865,09	170.285,90	62	0,9154	2746,5468	-1.630.846,23	-404
TOSCANA	1.371.177,98	492	1,2393	2.786,95	259.329,82	69	1,2466	3758,4032	-1.111.848,16	-423
UMBRIA	771.577,92	253	1,0567	3.049,72	133.041,45	43	0,8735	3093,9872	-638.536,47	-210
VENETO	587.209,43	179	1,2079	3.280,50	99.187,70	38	0,7376	2610,2026	-488.021,73	-141
PIEMONTE	504.910,63	102	1,4843	4.950,10	132.501,29	57	0,9567	2324,5840	-372.409,34	-45
LIGURIA	186.426,72	71	1,1776	2.625,73	32.672,81	16	0,8148	2042,0506	-153.753,91	-55
P.A. TRENTO	77.318,58	18	0,8332	4.295,48	5.808,39	6	0,5761	968,0650	-71.510,19	-12
BASILICATA	75.671,11	28	1,1559	2.702,54	579.584,15	192	1,3370	3018,6674	503.913,04	164
ACISMOM LAZIO	59.737,63	7	0,6930	8.533,95	-	-	-	-	-59.737,63	-7
CALABRIA	49.529,40	24	0,9098	2.063,73	618.906,84	168	1,2236	3683,9693	569.377,44	144
FRIULI VENEZIA GIULIA	46.703,50	18	0,9128	2.594,64	4.831,08	6	0,5701	805,1800	-41.872,42	-12
SICILIA	42.286,23	25	0,8056	1.691,45	263.278,77	62	1,0860	4246,4318	220.992,54	37
SARDEGNA	18.171,07	14	0,7030	1.297,93	44.205,19	14	0,8985	3157,5136	26.034,12	0
P.A. BOLZANO	11.658,22	8	0,5684	1.457,28	4.616,54	2	1,5811	2308,2700	-7.041,68	-6
<b>Totale complessivo</b>	<b>43.871.782,91</b>	<b>13.658</b>	<b>1,3247</b>	<b>3.212,17</b>	<b>58.489.898,28</b>	<b>17.891</b>	<b>1,1651</b>	<b>3269,2358</b>	<b>14.618.115,37</b>	<b>4.233</b>

Passiva 2011										
Prime 10 MDC per Importo € (82% del totale)										
in drg erogati										
MDC	Regione									Totale complessivo
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	PUGLIA	CAMPANIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE		
1 08-APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO	2.522.166	1.528.068	1.934.654	468.079	429.244	412.623	115.179	1.605.508	9.015.522	
2 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	1.956.905	1.021.472	543.116	487.789	459.991	1.571.680	221.213	779.318	7.041.484	
3 01-SISTEMA NERVOSO	816.068	695.193	415.818	495.164	208.135	332.020	237.078	514.309	3.713.785	
4 DRG non classificati*	986.827	863.651	36.330	242.591	203.435	157.822	406.895	370.480	3.268.032	
5 04-APP. RESPIRATORIO	1.391.499	397.871	117.491	277.154	454.689	130.205	118.165	184.444	3.071.519	
6 11-RENE E VIE URINARIE	1.113.303	272.191	72.084	204.331	165.303	43.805	334.098	309.573	2.514.688	
7 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	564.205	468.887	306.097	619.088	119.829	114.197	87.951	200.662	2.480.916	
8 06-APP. DIGERENTE	574.162	416.960	123.596	232.587	124.646	155.542	40.723	246.392	1.914.607	
9 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	390.088	584.619	144.639	153.014	149.640	87.818	7.877	176.754	1.694.448	
10 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	464.011	235.350	24.103	75.705	280.470	22.597		69.620	1.171.855	
Altra MDC	2.194.212	1.630.017	508.384	926.864	892.987	286.835	399.177	1.146.451	7.984.927	
<b>Totale complessivo</b>	<b>12.973.447</b>	<b>8.114.281</b>	<b>4.226.311</b>	<b>4.182.365</b>	<b>3.488.369</b>	<b>3.315.143</b>	<b>1.968.356</b>	<b>5.608.511</b>	<b>43.871.783</b>	

\*DRG 103; DRG 468; DRG 469; DRG 470; DRG 476; DRG 477; DRG 480; DRG 481; DRG 482; DRG 495; DRG 512; DRG 513; DRG 541; DRG 542

**Passiva 2011**

 Primi 30 DRG per Importo €  
 in drg erogati

(39% del totale)

Regione

DRG	Regione								Totale complessivo
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	PUGLIA	CAMPANIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBINI GESU'	Altra REGIONE	
1 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	842.858	310.507	727.048	66.338	124.476	124.003		418.330	2.613.559
2 481 - Trapianto di midollo osseo autologo	737.765	345.478					406.895	149.981	1.640.120
3 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	270.542	115.553	126.569	151.664	43.881	22.247	1.181	93.782	825.421
4 075 - Interventi maggiori sul torace	467.516	166.897	18.661	37.150	9.015	18.030	9.410	37.954	764.633
5 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	142.239	155.190	61.898	20.798		185.444	24.022	120.089	709.680
6 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	33.625	48.351	99.747		68.985	394.132			644.839
7 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	159.528	137.478	49.225	39.835	133.412	25.707		79.035	624.220
8 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	119.413	172.325	72.258	13.854	12.605	84.756	3.888	131.464	610.563
9 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagn	162.398	222.703		158.695		56.601			600.398
10 225 - Interventi sul piede	56.401	59.406	112.144	21.330	10.428	9.243	16.235	291.671	576.857
11 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	352.627	42.777	31.577	35.521	32.185	28.598	10.250	26.396	559.932
12 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	106.432	86.023	32.599	75.995	26.085	57.870	68.181	37.743	490.928
13 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	142.528	62.304	70.781	25.009	42.041	28.030	5.422	83.517	459.632
14 002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	122.899	64.288	89.562	81.004	9.951	60.404		24.148	452.256
15 371 - Parto cesareo senza CC	159.064	72.986	7.373	19.837	137.291	2.458		15.276	414.284
16 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	155.094	75.174	73.979	10.478	17.463	3.493		69.571	405.250
17 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	58.781	132.755	56.363	42.595	25.200	28.397		44.583	388.674
18 302 - Trapianto renale	150.807	50.269					63.534	112.979	377.589
19 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascol	18.224	125.375	51.678		70.430	82.004		27.028	374.738
20 127 - Insufficienza cardiaca e shock	208.221	69.572	15.219	8.211	9.599	20.236		38.899	369.956
21 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	76.842	56.709	55.199	22.578	16.778	96.278	15.324	29.328	369.034
22 108 - Altri interventi cardiotoracici	29.594				14.297	57.187	89.169	168.273	358.520
23 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico			36.330	75.203	189.511			38.873	339.917
24 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	218.179	27.887				83.746			329.812
25 515 - Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	194.627		66.746		21.822	43.644			326.840
26 565 - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	27.698			23.591	244.436			24.160	319.885
27 316 - Insufficienza renale	107.554	20.210	19.645	57.440	20.591	12.221	46.736	30.179	314.575
28 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	57.784	133.941	57.118		19.039	10.186		29.225	307.293
29 492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	150.472	761		120.596			31.434		303.264
30 240 - Malattie del tessuto connettivo con CC	72.847	76.764	4.476	54.602	17.946	4.183	5.103	55.585	291.506
Altro DRG	7.570.887	5.282.598	2.290.118	3.020.042	2.170.904	1.776.046	1.171.571	3.425.442	26.707.608
<b>Totale complessivo</b>	<b>12.973.447</b>	<b>8.114.281</b>	<b>4.226.311</b>	<b>4.182.365</b>	<b>3.488.369</b>	<b>3.315.143</b>	<b>1.968.356</b>	<b>5.603.511</b>	<b>43.871.783</b>

**Regione Molise**

Mobilità Passiva vs Attiva 2010

in drg erogati

Regione	Passiva				Attiva				Saldo	
	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.
ABRUZZO	13.060.651,04	4.068	1,4216	3.210,58	5.876.551,18	2.388	1,1209	2460,8673	-7.184.099,86	-1.680
LAZIO	8.276.042,54	2.530	1,5191	3.271,16	12.794.108,05	3.205	1,2308	3991,9214	4.518.065,51	675
PUGLIA	4.416.565,01	1.439	1,2710	3.069,19	9.591.675,32	3.499	1,1693	2741,2619	5.175.110,31	2.060
EMILIA ROMAGNA	3.952.575,74	1.038	1,4079	3.807,88	169.631,09	79	0,7792	2147,2290	-3.782.944,65	-959
LOMBARDIA	3.496.052,69	626	1,7120	5.584,75	403.697,41	142	0,9934	2842,9395	-3.092.355,28	-484
CAMPANIA	2.976.426,72	1.300	1,2535	2.289,56	31.563.281,68	9.293	1,1615	3396,4577	28.586.854,96	7.993
OSPEDALE BAMBIN GESU'	1.989.979,40	1.159	1,3310	1.716,98	-	-	-	-	-1.989.979,40	-1.159
MARCHE	1.987.061,74	442	1,4403	4.495,61	182.949,46	71	0,9945	2576,7530	-1.804.112,28	-371
TOSCANA	1.369.293,03	491	1,1739	2.788,78	174.020,52	61	0,9438	2852,7954	-1.195.272,51	-430
UMBRIA	939.554,53	241	1,5042	3.898,57	172.472,01	35	1,2270	4927,7717	-767.082,52	-206
VENETO	733.773,94	227	1,1997	3.232,48	75.504,82	33	0,6564	2288,0248	-658.269,12	-194
LIGURIA	572.650,34	81	1,4330	7.069,76	49.980,66	11	1,4527	4543,6964	-522.669,68	-70
PIEMONTE	510.014,35	120	1,5117	4.250,12	189.132,79	78	1,0016	2424,7794	-320.881,56	-42
FRIULI VENEZIA GIULIA	105.751,86	19	1,5876	5.565,89	6.827,48	6	0,6176	1137,9133	-98.924,38	-13
BASILICATA	67.725,75	21	1,2314	3.225,04	503.365,96	169	1,2038	2978,4968	435.640,21	148
ACISMOM LAZIO	64.370,62	8	0,9866	8.046,33	-	-	-	-	-64.370,62	-
P.A. TRENTO	39.620,76	12	0,6728	3.301,73	22.341,57	10	0,7374	2234,1570	-17.279,19	-2
CALABRIA	39.304,01	15	1,3412	2.620,27	652.716,83	187	1,2031	3490,4643	613.412,82	172
SICILIA	32.140,53	14	1,1011	2.295,75	280.913,55	76	1,1186	3696,2309	248.773,02	62
SARDEGNA	13.245,09	6	0,8674	2.207,52	62.712,93	26	0,9528	2412,0358	49.467,84	20
P.A. BOLZANO	4.255,29	4	0,4488	1.063,82	13.139,61	5	1,1977	2627,9220	8.884,32	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>44.647.054,98</b>	<b>13.861</b>	<b>1,3895</b>	<b>3.221,06</b>	<b>62.785.022,92</b>	<b>19.374</b>	<b>1,1458</b>	<b>3240,6846</b>	<b>18.137.967,94</b>	<b>5.513</b>

Passiva 2010										
Prime 10 MDC per Importo € (81% del totale)										
in drg erogati										
MDC	Regione									
	ABRUZZO	LAZIO	PUGLIA	EMILIA ROMAGNA	LOMBARDIA	CAMPANIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE	Totale complessivo	
1 08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	2.535.851	1.307.062	387.006	1.595.720	350.047	270.038	101.452	1.474.186	8.021.362	
2 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	2.367.349	688.945	466.531	437.876	1.541.805	394.327	74.586	734.709	6.706.129	
3 01-SISTEMA NERVOSO	996.513	1.104.618	385.620	497.010	277.703	215.770	116.212	762.319	4.355.764	
4 DRG non classificati*	587.954	835.659	276.283	103.638	425.077	159.759	739.530	714.033	3.841.933	
5 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	742.172	507.921	748.697	107.203	122.175	146.876	179.172	333.647	2.887.865	
6 11-RENE E VIE URINARIE	867.824	603.176	240.017	159.225	114.747	130.527	186.471	549.653	2.851.640	
7 04-APP. RESPIRATORIO	1.060.243	328.625	203.419	79.672	126.397	333.691	175.968	184.696	2.492.711	
8 06-APP. DIGERENTE	729.598	498.327	217.493	152.021	97.975	115.939	64.314	193.952	2.069.620	
9 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	333.016	504.685	159.128	198.405	94.547	82.806	6.083	203.347	1.582.017	
10 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	514.108	237.977	109.067	33.346	29.682	279.304		72.591	1.276.075	
Altra MDC	2.326.022	1.659.047	1.223.305	588.461	315.897	847.390	346.190	1.255.628	8.561.940	
<b>Totale complessivo</b>	<b>13.060.651</b>	<b>8.276.043</b>	<b>4.416.565</b>	<b>3.952.576</b>	<b>3.496.053</b>	<b>2.976.427</b>	<b>1.989.979</b>	<b>6.478.762</b>	<b>44.647.055</b>	

\*DRG 103; DRG 468; DRG 469; DRG 470; DRG 476; DRG 477; DRG 480; DRG 481; DRG 482; DRG 495; DRG 512; DRG 513; DRG 541; DRG 542



**Passiva 2010**

Primi 30 DRG per Importo €  
in drg erogati

(38% del totale)

Regione

DRG	ABRUZZO	LAZIO	PUGLIA	EMILIA ROM/ LOMBARDIA	CAMPANIA	OSPEDALE BA	Altra REGION	Totale compl	
1 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	859.409	220.853	70.894	482.702	80.997		364.573	2.079.429	
2 481 - Trapianto di midollo osseo autologo	149.981	448.510			172.895	74.991	576.471	1.980.590	
3 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	317.120	159.537	194.354	66.197	43.572	66.677	16.540	74.038	938.035
4 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	248.490	307.930	44.976	53.336	60.920	57.247	11.712	72.318	856.930
5 302 - Trapianto renale		283.043		50.269	47.174			294.796	675.282
6 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	66.191	22.064		22.064	444.359			23.608	578.284
7 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	350.779	69.237	44.308	7.850	35.585	23.801	18.856	18.037	568.452
8 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	167.389	142.747	32.556	30.146	17.713	131.800		42.164	564.515
9 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagn	105.797	109.500	158.695		56.601		72.471	56.601	559.666
10 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	249.578	37.523		24.306	179.024			56.285	546.717
11 480 - Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino		172.976		92.335	172.976			92.335	530.621
12 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	13.776	225.471		177.595	818	16.026	17.780	46.855	498.322
13 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e c	184.193	38.873	111.533			72.660	90.589		497.847
14 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	99.100	156.525	9.167	63.842	55.888	11.877	3.496	87.628	487.522
15 371 - Parto cesareo senza CC	185.713	57.002	36.710	7.043	5.260	158.210		14.942	464.879
16 075 - Interventi maggiori sul torace	241.708	92.380	16.804	8.990	51.589	8.402	9.440	16.679	445.992
17 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	144.001	69.625	3.493	105.020	3.615	29.110		71.418	426.281
18 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	233.913	60.522		15.642	88.737				398.814
19 225 - Interventi sul piede	59.549	26.667	16.590	88.159	7.110	6.162	27.924	142.000	374.161
20 002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	110.462	33.153	74.465	43.384	68.165	10.328		22.102	362.059
21 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovasc	35.215	18.529	20.458	70.395	138.835	44.019		18.224	345.674
22 316 - Insufficienza renale	76.838	14.906	94.469	48.874	7.267	14.209	38.006	39.019	333.587
23 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	83.889	34.694	23.509	89.481	35.121	23.153	7.662	35.513	333.022
24 203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	26.296	122.992	43.916	39.079	22.745	27.547		49.351	331.925
25 023 - Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	10.723	57.043		2.449	17.344			241.711	329.270
26 525 - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	327.114								327.114
27 127 - Insufficienza cardiaca e shock	150.103	49.381	31.429	9.848	30.260	14.081		35.064	320.166
28 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	64.204	127.668	10.577	50.210	10.577	21.155		32.472	316.865
29 492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemiot	49.628		178.413				79.685		307.725
30 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	40.598	80.141	24.318	54.226	33.406	18.573		43.440	294.701
Altro DRG	8.408.894	5.036.550	3.174.931	2.249.136	1.607.500	2.146.399	1.019.350	3.929.847	27.572.608
<b>Totale complessivo</b>	<b>13.060.651</b>	<b>8.276.043</b>	<b>4.416.565</b>	<b>3.952.576</b>	<b>3.496.053</b>	<b>2.976.427</b>	<b>1.989.979</b>	<b>6.478.762</b>	<b>44.647.055</b>

**ACCORDO TRIENNALE 2016-2018**  
**PER LA GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA FRA**  
**LA REGIONE MOLISE e LE REGIONI CAMPANIA, LAZIO, ABRUZZO**  
(per le prestazioni di assistenza sanitaria erogate dall' IRCCS NEUROMED)

**Il quadro istituzionale**

Il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, al comma 8 dell'art. 8 *sexies* prevede che le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'accordo Stato – Regioni del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, al punto 10, stabilisce che: *“Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:*

- *un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità*
- *eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate”.*

Il Patto per la Salute 2010–2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa.

Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, inoltre, viene data indicazione alle Regioni, di individuare adeguati strumenti di Governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 del 10 Luglio 2014 (repertorio atti n. 82/CSR), al comma 3, dell'articolo 9 “Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie”, stabilisce che *“Dalla data della stipula del presente atto gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del precedente patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.”.*

La legge del 28 dicembre 2015, n. 208, “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale

dello Stato (legge di stabilità 2016).”, all' art. 1, comma 574, lettera b) prevede che *“A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato*

accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009" e che, al comma 576, "Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016."

### Gli obiettivi delle Regioni Molise, Campania, Lazio, Abruzzo

Le Regioni Molise, Campania, Lazio, Abruzzo hanno scambi di mobilità sanitaria per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale svolta dall' IRCCS - Istituto Neurologico Mediterraneo - Neuromed, con sede legale in via Atinense n. 18, 86077 - Pozzilli (IS), accreditato istituzionalmente con il sistema sanitario con decreto del commissario *ad acta* della Regione Molise n. 22 del 30 giugno 2011 e confermato del carattere scientifico nella disciplina "Neuroscienze" con D.M. del 9 dicembre 2015.

I valori di attività per Regione sono rispettivamente pari:

#### Assistenza Ospedaliera

Regione Residenza	2011			2012			2013			2014			media %
	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	Ricoveri	Importo €	%	
<b>Totale</b>	<b>5.834</b>	<b>24.333.590</b>		<b>6.247</b>	<b>26.844.655</b>		<b>6.754</b>	<b>30.674.390</b>	<b>100%</b>	<b>6.741</b>	<b>30.377.194</b>		
<i>di cui</i>													
residenti Molise	969	4.104.598	17%	991	4.328.343	16%	1037	4.975.701	16%	1065	4.846.457	16%	
<b>residenti Altre Regioni</b>	<b>4.865</b>	<b>20.228.992</b>	<b>83%</b>	<b>5.256</b>	<b>22.516.312</b>	<b>84%</b>	<b>5.717</b>	<b>25.698.689</b>	<b>84%</b>	<b>5.676</b>	<b>25.530.737</b>	<b>84%</b>	
<i>di cui</i>													
150 - CAMPANIA	2.759	11.822.313	58%	3.142	14.152.923	63%	3.227	15.188.445	59%	3.295	15.904.435	62%	<b>61%</b>
120 - LAZIO	1.573	6.367.180	31%	1.534	6.064.863	27%	1.712	7.403.163	29%	1.657	6.926.348	27%	<b>29%</b>
130 - ABRUZZO	163	584.902	3%	191	676.192	3%	210	710.124	3%	248	993.804	4%	<b>3%</b>
Altre Regioni	370	1.454.597	7%	389	1.622.334	7%	568	2.396.957	9%	476	1.706.150	7%	<b>8%</b>

**Specialistica Ambulatoriale**

Regione Residenza	2001			2002			2003			2004			media %
	Ricoveri	Importo	%	Ricoveri	Importo	%	Ricoveri	Importo	%	Ricoveri	Importo	%	
<b>Totale</b>	<b>246.460</b>	<b>15.856.647</b>		<b>231.386</b>	<b>18.101.614</b>		<b>247.348</b>	<b>20.271.392</b>		<b>289.303</b>	<b>23.575.642</b>		
<i>di cui</i>													
residenti Molise	108.574	3.771.310	24%	91.532	4.084.410	23%	93.222	4.588.736	23%	114.418	5.501.666	23%	
residenti Altre Regioni	137.886	12.085.337	76%	139.854	14.017.204	77%	154.126	15.682.656	77%	174.885	18.073.976	77%	
<i>di cui</i>													
120 - LAZIO	66.499	6.220.493	51%	66.553	7.059.510	50%	73.003	8.061.863	51%	80.048	9.316.762	52%	<b>51%</b>
150 - CAMPANIA	58.992	3.941.340	33%	59.284	4.775.289	34%	67.034	5.395.180	34%	79.861	6.417.072	36%	<b>34%</b>
130 - ABRUZZO	8694	1.572.952	13%	9948	1.739.109	12%	9699	1.721.864	11%	10120	1.769.651	10%	<b>12%</b>
Altre Regioni	3701	350.552	3%	4069	443.296	3%	4390	503.749	3%	4856	570.491	3%	<b>3%</b>

La stipulazione dell'accordo avverrà nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.

*Gestione della mobilità*

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire i principi e le modalità per regolare le attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro rispetto alle attività sanitarie svolte dall' IRCCS Neuromed.

*Qualificazione dell'offerta*

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla qualità e appropriatezza delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi. Le Regioni intendono stipulare l'accordo definendo linee di collaborazione con riferimento alle attività erogate dall' IRCCS Neuromed.

Si condivide di collaborare nelle seguenti linee di sviluppo:

- programmare tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, programmando anche l'attività della struttura privata;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi);
- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordanza della esclusione di peculiari prestazioni e condivisione dei criteri di accesso).

**Ambiti di lavoro dell'accordo**

L'accordo si articola in due ambiti di lavoro:

a) Mobilità ospedaliera: si ritiene che il fenomeno della mobilità per essere governato debba essere ben conosciuto e quindi si propone di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde e l'eventuale livello di inappropriatezza.

b) Mobilità specialistica ambulatoriale: si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e/o nelle indicazioni volte al miglioramento della appropriatezza, in particolare sul tema della Specialistica ambulatoriale. Il fenomeno esprime una specifica sofferenza nelle zone di confine e può determinare, in quelle popolazioni, l'idea di un federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza, dettati più da esigenze di equilibrio economico regionale piuttosto che da rigorosi criteri scientifici. Si intende, pertanto, promuovere un lavoro per la condivisione di un Nomenclatore tariffario per la Specialistica ambulatoriale.

### **Validità dell'accordo**

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2016.

Verrà data attuazione attraverso uno specifico piano triennale di attività definito in base ai criteri di seguito indicati. Il tetto di riferimento è il dato 2014, con possibilità di rivalutazione per gli anni successivi al primo.

### **Piano triennale di attività**

Nel piano triennale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo. Gli ambiti di attività oggetto dell'accordo:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day – hospital;
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale.

#### *Ricoveri Ospedalieri*

Vengono definite le categorie di prestazioni:

- DRG di alta specialità;
- DRG ad alto rischio di inappropriatezza;
- Altri DRG;
- Attività di riabilitazione.

Per ciascuna categoria di ricovero viene definito un "tetto di attività complessivo" per Regione, le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari corrispondenti. Per ciascuna classe di DRG individuata verranno stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

#### *Specialistica ambulatoriale*

Annualmente verranno individuate le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari.

In particolare, verrà definito l'elenco delle prestazioni sottoposte a particolari regole di contenimento dei volumi di attività e/o di spesa.

Per ciascuna categoria di prestazioni individuate verranno annualmente stabiliti per Regione:

- il volume programmato dell'attività attesa;

- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

### **Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza**

Verrà istituito, con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, un Nucleo Paritetico per il monitoraggio dell'attuazione dell'accordo stesso, nonché, nell'ambito delle procedure di controllo, per la definizione dei criteri di valutazione, monitoraggio e controllo delle prestazioni rese.

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

### **Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo**

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, l'IRCCS Neuromed trasmetterà trimestralmente, a ciascuna Regione, i dati di attività relativi ai ricoveri e specialistica ambulatoriale, mentre le Regioni, nel rispetto dell'obbligo di reciproca informazione, stabiliscono di scambiarsi i dati, come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo e comprensivo di importo.

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività Gennaio/Giugno – entro il 31 agosto;
- II invio – 9 mesi di attività Gennaio/Settembre – entro il 31 dicembre;
- III invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

Il Nucleo Paritetico dei tecnici delle Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Il verbale degli incontri resterà agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il mese di aprile di ogni anno viene inoltre definita la chiusura dell'anno precedente e vengono pertanto certificati i volumi economici da porre in mobilità. Tali volumi costituiranno il dato economico che definirà la matrice degli addebiti dell'anno di competenza. Tenuto conto infine, che già nell'ambito della mobilità interregionale sono stati condivisi i criteri di appropriatezza dei ricoveri, come formalizzati nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, le Regioni si impegnano a rispondere alle segnalazioni eventualmente ricevute e ad approfondire specifiche problematiche che dovessero emergere dalle analisi effettuate e/o dal monitoraggio delle attività di cui al presente accordo.

Le Regioni si impegnano a fornire reciprocamente ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.

Data, \_\_\_\_\_

Per la Regione MOLISE	Per la Regione LAZIO	Per la Regione ABRUZZO	Per la Regione CAMPANIA
Il Commissario <i>ad acta</i>	Il Commissario <i>ad acta</i>	Il Commissario <i>ad acta</i>	Il Commissario <i>ad acta</i>
_____	_____	_____	_____

## Principali riferimenti Normativi e Bibliografici

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma della Legge 23 ottobre 1992, n. 421."

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Dipartimento Della Qualità – Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema (2007), "CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE, DEI TRAUMATISMI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE" versione italiana della ICD-9-CM" International Classification of Diseases ^9th revision ^ Clinical Modification", Istituto poligrafico e zecca dello stato - libreria dello stato.

Ministero Della Sanità - Decreto 27 ottobre 2000, n. 380 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati." e s.m.i. .

Ministero della Salute - Decreto 18 ottobre 2012. "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale."

Conferenza Stato-Regioni 25 novembre 1993 - Atto di intesa tra stato e regioni per la definizione del piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996.

Circolare Ministero della Sanità 100/scps/44583 del 23/03/1994.

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR del 10 luglio 2014).

Conferenza Regioni atto 29.05.2014 - Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale. Versione in vigore per le attività dell'anno 2013.

Intesa, ai sensi dell' articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l' anno 2015 (Rep. Atti n. 237/CSR del 23 dicembre 2015).

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Regolamento CE n. 987 del 16 settembre 2009, Modalità di applicazione del Regolamento CE n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 24 del 9 marzo 2011.

LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).".

"Rapporto OASI 2015" – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, CERGIS – Bocconi.

"Rapporto Sanità" 11° edizione, C.R.E.A. Sanità, Sidera editore, 2015.

"Una misura di performance dei SSR" – III edizione, C.R.E.A. Sanità, Sidera editore, 2015.

"Dossier sulla migrazione sanitaria", CARE 2014 e 2015.

<< Mobilità sanitaria. Mangiacavalli (Ipsvi): "Situazione sempre più grave. Intervenga il Governo">> - quotidianosanità.it; Martedì 19 maggio 2015.

<< Mobilità sanitaria 2016. In totale un giro d'affari da quasi 4 mld. E 13 regioni ci "rimettono". Campania, Calabria e Lazio in testa>>> - quotidianosanità.it; Mercoledì 13 aprile 2016.

"A casa lontani da casa" - Indagine e valutazioni sul fenomeno della Mobilità Sanitaria verso la Regione Lombardia" a cura di AVO Milano; LILT Milano; PROMETEO ONLUS.

AA.VV., "LA MOBILITÀ SANITARIA" I Quaderni di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Supplemento 9 al numero 29 di Monitor, 2012.

AA.VV., "La mobilità ospedaliera in "L'attività ospedaliera: dati e riflessioni." I Quaderni di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Supplemento 24 al numero 5 di Monitor, 2009.

Baldessarelli G., "La mobilità sanitaria. Gli aspetti normativi e statistici della mobilità sanitaria e i problemi organizzativi ed economici ad essa legati.", Provincia Autonoma di Trento, Punto Omega, Anno 7, n. 17.

D'Innocenzo M., "Per una risposta immediata", in Il Welfare dell'Italia, anno III, n. 12/2008, bimestrale di FedersanitàANCI

Apicella A., Banchieri G., Di Stanislao F., Goldoni L., Sabatini V., "I requisiti di qualità nell' integrazione tra sanità e sociale – raccomandazione Nazionale SIQuAS", SIQuAS, FrancoAngeli – Milano, 2013.

Fattore G., "La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante.", Position paper, forum 10 luglio 2014, Roma.

Zocchetti C., "La mobilità sanitaria tra Regioni: quanto, dove, per fare cosa?", Statistica e società 2013, anno 1, n 2.

M. Fiumanò, Pacchiarotti, S. Trippetti, D'Innocenzo M., "Il controllo di gestione per le aziende sanitarie" Verduci Editore, Roma 1997

D'Innocenzo M., "Il governo dell'azienda sanitaria e la direzione generale", in "Il governo dell'Azienda sanitaria" a cura di Francesca Vanara, Il Mulino, Milano, 2008

A. Forcina, "Appunti di STATISTICA DESCRITTIVA", Libreria "Cafaro" Editrice – Perugia, 1996.



M. Nonis, G. Corvino, A. Fortino, “La Scheda di Dimissione Ospedaliera – Manuale pratico di compilazione ed uso dello strumento informativo per la classificazione dei ricoveri DRG/ROD”, Il Pensiero Scientifico Editore – Roma, 1997.

M. Nonis, M.G. D’ Ambrosio, L. Lorenzoni, “Guida all’ ICD – 9 – CM (Edizione Italiana)”, Il Pensiero Scientifico Editore – Roma, 2005.

M. Nonis, L. Lorenzoni, “Guida alla versione 19.0 del sistema DRG – manuale pratico della classificazione dei ricoveri in vigore in Italia dal 2006 ”, Il Pensiero Scientifico Editore – Roma, 2006.

<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php> - Programma Nazionale Esiti

<http://careonline.it>

<http://dati.istat.it/>

<http://demo.istat.it/>

<http://www.agenas.it>

<http://www.assobiomedica.it>

<http://www.assr.it/>

<http://www.iss.it>

<http://www.istat.it>

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.ministerosalute.it/programmazione>

<http://www.osservatoriosanita.it>

<http://www.quotidianosanita.it>

<http://www.regione.emilia-romagna.it>

<http://www.regione.molise.it>

<http://www.salute.gov.it>

<http://www.saluter.it/wcm/saluter/index.htm>

<http://www.sanita.ilsole24ore.com>

<http://www.sanita.regione.lombardia.it/>