

Il contributo strategico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella gestione del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale*

Paola Olimpia Achard** e Chiara Bellini***

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. La mobilità sanitaria interregionale ed i LEA. – 3. Il contributo strategico degli IRCCS. – 4. Conclusioni.

ABSTRACT:

La gestione moderna dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) si fonda sulla capacità di instaurare e gestire relazioni di valore tra le Organizzazioni Sanitarie che insistono nel territorio regionale, mediante l'adozione di comportamenti strategici di natura collaborativa e competitiva (co-competizione). Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale sotto il profilo gestionale è considerato tra il mix di indicatori utilizzati per valutare la performance dei SSR. In particolare, l'analisi del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale consente di apprezzare la capacità del SSR di soddisfare i bisogni di salute del contesto epidemiologico di riferimento. Il lavoro ha la finalità di mostrare come la presenza di un insieme articolato di Organizzazioni Sanitarie nei SSR possa concorrere a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) contribuendo conseguentemente alla gestione della mobilità sanitaria interregionale. Nell'ambito di questo lavoro la lettura strategica del fenomeno mobilità sanitaria interregionale viene condotta individuando il rapporto tra la presenza degli Istituti di

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L'articolo è stato proposto dalle Autrici in risposta alla *call for papers* intitolata "La mobilità sanitaria interregionale".

** Professore associato di Economia e gestione delle imprese nell'Università dell'Aquila. Componente dell'Unità di ricerca n. 3 "L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e l'effettività del diritto alla salute", nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia", paolaolimpia.achard@univaq.it.

*** Dottoranda di ricerca in Ingegneria Industriale e dell'Informazione e di Economia, Università dell'Aquila, chiara.bellini@graduate.univaq.it.

Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e l'effetto sulla mobilità sanitaria interregionale. Il focus specifico dello studio sugli IRCCS è dovuto a diverse ragioni. Rispetto ad altre Organizzazioni Sanitarie, gli IRCCS sono caratterizzati dalla presenza di numerose interdipendenze strategiche tra le aree della ricerca e della pratica clinica. Pertanto, gli IRCCS consentono un'importante evoluzione del SSR, da un approccio basato sul concetto di evidenza scientifica, a un approccio basato sul trasferimento della conoscenza nelle attività mediche. Inoltre, per perseguire le loro specifiche finalità strategiche, gli IRCCS operano in cooperazione e collaborazione con altre strutture sanitarie e non sanitarie apportando maggior valore ai SSR. Infine, gli IRCCS svolgono un ruolo chiave nel posizionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano nello scenario internazionale, europeo in particolare. Per rispondere all'obiettivo di ricerca, il lavoro realizza una panoramica del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale correlato all'erogazione dei LEA. Successivamente, viene delineato il profilo strategico degli IRCCS e la loro diffusione nell'ambito dei SSR. Infine, viene condotta un'analisi comparativa tra i SSR volta a mettere in luce il contributo apportato dalla presenza degli IRCCS, nei SSR, in termini di appropriatezza (clinica ed organizzativa) dei servizi erogati (LEA) e aumento della mobilità sanitaria interregionale attiva e riduzione di quella passiva.

The existing management of the Regional Health Services (RHSs) is based on their ability to establish and manage valuable relationships among the Health Organizations that insist on the regional territory, through the adoption of a strategic behavior, collaborative and competitive (co-competition). The interregional healthcare mobility from a managerial point of view is considered among one of the indicators used to evaluate the performance of RHSs. The analysis of the phenomenon of interregional mobility allows to appreciate the ability of the RHS to meet the health needs of the reference epidemiological context. The work shows how the presence of an articulated set of Healthcare Organizations in the RHS can contribute to guaranteeing the Essential Levels of Assistance (ELA), so contributing to the management of interregional mobility. The strategic analysis of the interregional mobility phenomenon is conducted by identifying the relationship between the presence of Scientific Research, Hospitalization and Healthcare Institutes (IRCCS) and the effect on interregional mobility. The specific focus of the study on IRCCS is due to several reasons. Compared to other Healthcare Organizations, IRCCSs are characterized by the presence of numerous strategic interdependencies between the areas of research and clinical practice. Therefore, IRCCSs allow an important evolution of the RHS, from an approach based on the concept of scientific evidence, to an approach based on the transfer of knowledge in medical practice. Furthermore, to pursue their specific strategic goals, IRCCSs operate in cooperation and collaboration with other health and non-health structures, bringing greater value to the RHSs. Finally, IRCCSs play a key role in the positioning of the Italian National Health Service in the international scenario, especially in Europe. To fulfill the research objective, the work creates an overview of the phenomenon of interregional health mobility related to the provision of ELA. Subsequently, the strategic profile of IRCCSs and their dissemination within the RHSs is outlined. Finally, a comparative analysis is conducted between RHSs aimed at highlighting the contribution made by the presence of IRCCSs in the RHSs in terms of appropriateness (clinical and organizational) of the services provided (ELA) and the increase in active interregional mobility and reduction of the passive one.

1. Introduzione

La Costituzione italiana all'art. 32¹ protegge la salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività; la salute si configura, quindi, come un valore primario dell'ordinamento costituzionale. Il diritto alla salute viene garantito attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la legge n. 833/1978². Il SSN si configura come un sistema di soggetti, strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa di prestazioni sanitarie. Il susseguirsi di riforme che ha interessato il SSN nel tempo (D.Lgs n. 502/1992; D.Lgs n. 299/1999; L. 3/2001)³, ha portato alla creazione dell'odierno assetto istituzionale che risulta composto dai livelli: centrale, regionale, aziendale e territoriale. Il SSN è, quindi, un sistema multilivello in cui ad ogni ambito sono riconosciute specifiche aree di responsabilità e di competenza⁴ (legislativa, amministrativa, economica, finanziaria, strategica, organizzativa e gestionale).

Il SSN si caratterizza per la presenza di 20 SSR nell'ambito dei quali operano 239 Aziende Sanitarie pubbliche, che si distinguono in: 118 Aziende Sanitarie Locali (ASL), 53 Aziende Ospedaliere (AO), 17 Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e 52 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (di cui 30 privati IRCCS)⁵. A queste si aggiungono oltre 25.000 strutture territoriali, articolate in ambulatori e laboratori, strutture semi-residenziali, strutture residenziali, altre strutture (come ad esempio centri dialisi, centri di salute mentale e consultori) (CERGAS- Bocconi, 2021)⁶.

Il SSN garantisce, attraverso i Servizi Sanitari Regionali (SSR), l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ai cittadini. I LEA sono l'insieme di servizi e di prestazioni in ambito preventivo, ospedaliero e distrettuale che il SSN è tenuto a erogare a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Il meccanismo di controllo della capacità di garantire servizi sanitari appropriati, tradotta nel grado di efficacia (intesa come la capacità di soddisfare il bisogno di salute) delle prestazioni sanitarie, si fonda sul monitoraggio dei LEA. La rispondenza ai LEA e la capacità

¹ Articolo n. 32, Costituzione della Repubblica Italiana, Parte I – Titolo II Rapporti Etico-Sociali.

² Legge n. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, Gazzetta Ufficiale n. 360, dicembre 1978.

³ D.Lgs n. 502/1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, Gazzetta Ufficiale n. 4, gennaio, 1994. - D.Lgs n. 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, Gazzetta Ufficiale n. 165, Luglio, 1999. - Legge Costituzionale n. 3/2001, *Modifiche al Titolo V della Parte II della Costituzione*, Gazzetta Ufficiale n. 248, Ottobre, 2001.

⁴ P.O. ACHARD, *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1999; P.O. ACHARD, V. CASTELLO, S. PROFILI, 2004. *Il governo del processo strategico nelle aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2004.

⁵ MINISTERO DELLA SALUTE, <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>, ultimo accesso: 09 febbraio 2023.

⁶ CERGAS - BOCCONI, *Rapporto Oasi 2021-Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, 2021.

di erogare servizi sanitari appropriati (Monitoraggio LEA, 2019)⁷ rappresentano un fattore competitivo per i SSR quindi per le aziende sanitarie che costituiscono il gruppo regionale. Anche la Corte costituzionale ne riconosce l'importanza nella tenuta del SSN *“che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario”*⁸.

Il governo regionale, nel perseguimento delle proprie finalità strategiche, ha la possibilità di differenziare l'offerta sanitaria (es. aggiungere, articolare e specificare prestazioni sanitarie) sulla dimensione quali-quantitativa dei servizi.

Il raggiungimento di un valore positivo (maggiore o uguale a 160) nella valutazione LEA (DM n. 19A03764/2019)⁹ esprime la capacità dei SSR di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute del contesto epidemiologico di riferimento. Il legame tra i LEA e la mobilità sanitaria interregionale è rinvenibile nel fatto che la libera scelta del luogo di cura è relativa a prestazioni sanitarie comprese nei LEA¹⁰. Un livello inadeguato di garanzia nei LEA determina un valore apprezzabile di mobilità sanitaria interregionale passiva. Ai fini di questo lavoro si precisa che si farà riferimento alle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA; perché, considerare le prestazioni extra-LEA sarebbe difficilmente apprezzabile.

I flussi di mobilità interregionale sono diffusamente richiamati nel mix di indicatori che evidenziano le differenze di performance tra i SSR (principalmente insieme a: spesa sanitaria; tempi di attesa; quota di ricoveri ospedalieri con elevato rischio di inappropriately; tasso di ospedalizzazione per patologia; speranza di vita in buona salute; tasso di mortalità evitabile; accessibilità ai servizi). Lo studio dei flussi di migrazione dei cittadini per servizi sanitari indica il livello di appropriatezza (rispetto agli indicatori LEA ovvero appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse) delle prestazioni erogate, considerato sulla base di diversi fattori come, ad esempio, la qualità delle cure ed il rispetto dei tempi d'attesa. Pertanto, l'analisi della migrazione sanitaria può essere utilizzata come indicatore dell'appropriatezza dei servizi sanitari offerti dai SSR. La scelta di mobilità degli utenti, infatti, si considera una delle dimensioni della capacità di rispondere efficacemente alla domanda di salute. In questo lavoro, con il termine appropriatezza si fa riferimento all'appropriatezza dei servizi (clinica) ed all'appropriatezza del setting assistenziale (organizzativa) (Lavis and Anderson, 1996)¹¹.

⁷ MINISTERO DELLA SALUTE, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2019*, Maggio 2021.

⁸ CORTE COSTITUZIONALE, sent. 14 luglio 2021 n. 142.

⁹ DM n. 19A03764/2019, Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 138, Marzo, 2019.

¹⁰ CORTE DEI CONTI, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, esercizi 2020-2021*, 2022.

¹¹ J.N. LAVIS, G.M. ANDERSON, *Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications*, in *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 154 (3), 1996, p. 321.

Sebbene la mobilità sanitaria interregionale sia il risultato della massima espressione della libertà di scelta del luogo di cura (D.Lgs n. 502/1992)¹² e rappresenti uno degli effetti della logica della competizione amministrata (D.Lgs 56/2000; L. 3/2001)¹³, negli ultimi anni si è tradotta nella disomogenea capacità dei SSR di far fronte in modo appropriato ai bisogni di salute del territorio di competenza. In dettaglio, la Riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta con Legge Costituzionale n. 3/2001 ha affidato la potestà legislativa in materia di sanità alle Regioni. La *devolution* ha ampliato il potere decisionale, manageriale ed organizzativo della governance regionale al fine di favorire lo sviluppo di un'offerta di servizi sanitari maggiormente coerente con i bisogni nell'ambito geografico di riferimento. Le principali differenze nella capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione ed il livello di sviluppo delle politiche e dei servizi sanitari (Cicchetti, Gasbarrini 2016; Rapporto OASI, 2022)¹⁴ che si rilevano in relazione alla performance possono essere principalmente ricondotte a fattori di natura strategica, organizzativa, gestionale ed ambientale che caratterizzano i diversi SSR.

Il presente lavoro illustra come i SSR che risultano *adempienti* nella valutazione LEA, sono quelli ai quali corrisponde un livello elevato di mobilità sanitaria attiva ed un livello contenuto di mobilità sanitaria passiva. Ad oggi, si rileva che nei SSR più attrattivi è presente un modello di *governance* che contempla un'articolazione differenziata e diversificata di Organizzazioni Sanitarie che costituiscono la rete sanitaria regionale. Le peculiarità strategiche degli IRCCS hanno un effetto positivo sull'armonizzazione delle diverse Organizzazioni Sanitarie che compongono i SSR. In particolare, la vocazione all'innovazione e la capacità di gestire le relazioni cooperative interaziendali favoriscono l'evoluzione ad un approccio basato su una logica di gestione e non di puro inseguimento della domanda di salute.

Per perseguire gli obiettivi di questo lavoro il punto di partenza (*cf.* par. 2) è rappresentato dalla correlazione tra la mobilità interregionale e i livelli di erogazione dei LEA. Il fine è quello di mettere in evidenza il legame che intercorre tra i flussi di migrazione sanitaria ed il livello di adempienza dei SSR ai LEA. Parallelamente viene condotto lo studio degli IRCCS sotto il profilo del contributo strategico e gestionale e viene analizzata la loro diffusione nei SSR (*cf.* par. 3). Infine, viene svolta un'analisi comparativa tra i SSR mirata ad evidenziare il contributo apportato dalla presenza degli IRCCS in termini di: incremento

¹² D.Lgs n. 502/1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, Gazzetta Ufficiale n. 4, gennaio 1994.

¹³ D.Lgs n. 56/2000, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale*, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133, Gazzetta Ufficiale n. 62, marzo 2000. L. n. 3/2001, *Modifiche al Titolo V della Costituzione*, Gazzetta Ufficiale n. 248, ottobre 2001.

¹⁴ A. CICHETTI e A. GASBARRINI, *The healthcare service in Italy: regional variability*. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 20(1 Supplemento), pp. 1-3, 2016; CERGAS – Bocconi, *Rapporto Oasi 2021-Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, 2022.

dell'appropriatezza dei servizi erogati (LEA), aumento della mobilità sanitaria interregionale attiva e riduzione di quella passiva (*cf.* par. 4).

Il lavoro intende essere anche un elemento di riflessione sulle potenzialità derivanti dallo sviluppo di un approccio fondato sulla valorizzazione delle relazioni interaziendali nell'ambito della *governance* regionale e della conseguente gestione delle Organizzazioni Sanitarie (implicazione per i professionisti) ed intende contribuire a delineare il quadro di conoscenze sugli approcci strategici nell'ambito dei sistemi sanitari.

2. La mobilità sanitaria interregionale ed i LEA

La mobilità sanitaria interregionale è quel fenomeno che si verifica quando i cittadini usufruiscono di prestazioni sanitarie erogate da Organizzazioni Sanitarie presenti in un SSR diverso da quello di residenza. È possibile distinguere la mobilità sanitaria interregionale, dalla mobilità intra-regionale e la mobilità transfrontaliera. La mobilità sanitaria interregionale viene distinta in mobilità sanitaria attiva e mobilità sanitaria passiva. La mobilità sanitaria attiva indica l'indice di attrazione di un SSR, evidenziando le prestazioni sanitarie offerte ai cittadini non residenti; la mobilità sanitaria passiva, al contrario, mostra l'indice di fuga da un SSR indicando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di provenienza. La mobilità sanitaria interregionale rappresenta, quindi, un indicatore grezzo di performance dei SSR sia per l'intrinseca rilevanza economico-finanziaria, sia soprattutto perché sintetizza il livello di soddisfazione delle prestazioni erogate, tenendo conto di diversi fattori come ad esempio: qualità percepita delle cure; rispetto dei tempi d'attesa; valutazioni professionali dei clinici; accessibilità ai servizi (Bortolan, 2020)¹⁵. Inoltre, l'analisi dei flussi di mobilità rientra nell'insieme di indicatori individuati come rilevanti per la misurazione dell'efficacia gestionale (Cantù, 2002)¹⁶ nel settore sanitario. La mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva assume importanza anche sotto il profilo economico-finanziario. Ogni anno il SSR che eroga prestazioni ai cittadini non residenti viene rimborsato da quello di residenza dell'utente. Nel 2021 la mobilità sanitaria interregionale ha generato un valore pari a circa 2,5 miliardi di euro¹⁷ a fronte di una spesa

¹⁵ F. BORTOLAN, *Mobilità sanitaria: l'interpretazione dell'agenzia*, in *Misure di potenziamento del SSN in funzione dell'emergenza Covid-19*, in *Quaderno Monitor*, n. 44, 2020, pp. 58-65.

¹⁶ E. CANTÙ, *La struttura del SSN italiano*, in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.

¹⁷ QUOTIDIANO SANITÀ, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=108449, ultimo accesso: 09 febbraio 2023.

sanitaria corrente pari a 127,834 miliardi di euro¹⁸. La mobilità interregionale passiva ha determinato un valore economico pari poco più a 115 milioni di euro¹⁹.

Il confronto tra l'indice di attrazione e quello di fuga consente di apprezzare l'efficacia dei SSR nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione residente. Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale può ricondursi a due aspetti: la capacità di garantire adeguati LEA e la libera scelta del luogo di cura. In tal senso, la tutela della salute è assicurata non solo dal fatto che ogni SSR è tenuto a fornire le prestazioni sanitarie rientranti nei LEA, ma anche dal fatto che indipendentemente dalla Regione di residenza, gli utenti possono accedere ai servizi che non ricadono nell'ambito di quelli di competenza territoriale. Le motivazioni che possono sottendere a tale scelta da parte dell'utenza sono ascrivibili a diversi aspetti, come ad esempio: la presenza di Organizzazioni Sanitarie di eccellenza o altamente specializzate nella cura di malattie rare; l'esistenza di differenze percepite nella qualità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture extra-regionali; oppure, la prossimità geografica (D.Lgs 502/1992; Scheda n. 4 – Patto per la Salute 2019-2021)²⁰. Le situazioni appena richiamate rientrano in quella che viene definita la mobilità accettabile. Quest'ultima, infatti, si verifica quando i ricoveri fuori Regione si rendono necessari per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico per quelle circostanze caratterizzate da ricoveri con DRGs (Fetter e Freeman, 1986)²¹ ad alta complessità.

La figura 1 mostra i dati dell'ultimo aggiornamento disponibile (anno 2019) ai flussi di mobilità per ricoveri ordinari per acuti in strutture pubbliche e private accreditate. La posizione di ogni SSR risulta dall'incrocio simultaneo di due variabili: l'indice di fuga (asse delle ascisse) e l'indice di attrazione (asse delle ordinate). L'indice di fuga mostra la propensione degli utenti ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire delle prestazioni richieste. Esso è dato dal rapporto tra i ricoveri degli utenti residenti fuori Regione sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture regionali. L'indice di attrazione, al contrario, rappresenta la capacità di un SSR di attrarre utenti provenienti da un altro SSR. Questo tasso è calcolato mediante il rapporto tra i ricoveri effettuati per pazienti provenienti da altri SSR ed il totale dei ricoveri effettuati dalle strutture del SSR. Entrambi gli indicatori vengono utilizzati come *proxy* della qualità reale e/o percepita dell'offerta sanitaria.

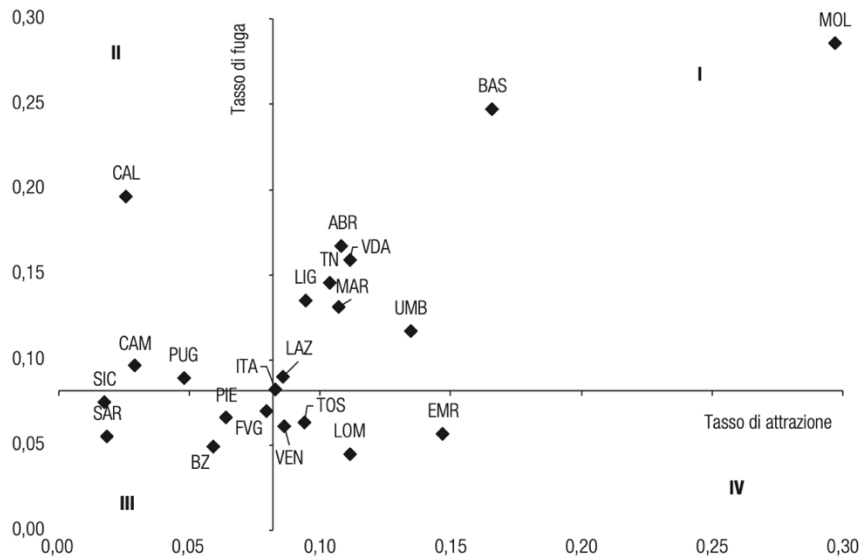
¹⁸ MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, *Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria Rapporto n. 9*, 2022, pp. 7-10.

¹⁹ PORTALE STATISTICO AGENAS, <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=16>, ultimo accesso: 9 febbraio, 2023.

²⁰ CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Patto per la Salute 2019-2021*, dicembre, 2019.

²¹ R.B. FETTER, J.L. FREEMAN, *Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals*, in *Academy of Management Review*, gennaio 1986.

Figura 1: Matrice attrazione-fuga (2019)

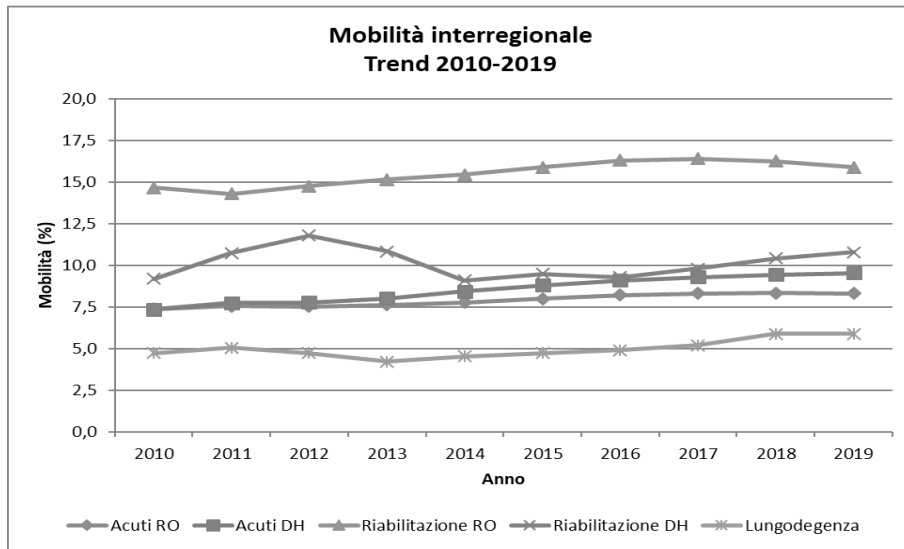


Fonte: Rapporto OASI 2021 basato su dati SDO Ministero della Salute (anno 2019).

Per interpretare il posizionamento dei SSR nell'ambito della matrice attrazione-fuga (figura 1) è possibile individuare 4 quadranti: I) SSR specializzati; II) SSR in deficit; III) SSR auto-sufficienti; infine, IV) SSR attrattivi. Il posizionamento dei SSR attrattivi, riportato in figura 1, è confermato dall'analisi della matrice che mette in relazione il saldo della mobilità in valori economici con il saldo della mobilità in volumi.

Nel periodo 2008-2019, il volume complessivo dei flussi di mobilità interregionale per attività di ricovero ordinario per acuti è complessivamente aumentato dello 0,9%. Tra i posizionamenti più evidenti emergono quelli delle Regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto. I SSR richiamati si differenziano per indici di fuga contenuti ed indici di attrazione al di sopra della media nazionale (ITA). Al contrario, la Regione Calabria collocandosi nel II quadrante presenta un elevato tasso di fuga (19,6%) ed un indice di attrazione contenuto (2,6%). Infine, vi è un gruppo di SSR come, ad esempio, Basilicata e Molise che mostrano una mobilità diffusa con indici di fuga ed attrazione entrambi elevati. La figura 2, invece, mostra la tendenza della mobilità sanitaria interregionale, nel periodo 2010-2019, ponendo in evidenza le tipologie di attività in funzione dello specifico regime di ricovero: per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza in regime di ricovero ordinario e diurno. Si osserva come, pur con qualche leggera variazione, la percentuale di ricoveri in mobilità, per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, si mantenga sostanzialmente costante nel tempo, rispettivamente: nell'intorno del 8% per l'attività per acuti in regime ordinario; del 9% per l'attività per acuti in regime diurno; del 16% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario; del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno; del 6% per l'attività di lungodegenza.

Figura 2: Trend mobilità interregionale per tipologia di attività e regime di ricovero (2008-2019)



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto attività di ricovero ospedaliero, dati SDO anno 2019.

A questo si aggiungono i flussi sanitari generati dalla domanda di cura e assistenza per patologie oncologiche, determinando a livello nazionale il 10% della mobilità passiva per ricoveri per acuti. Il fenomeno, sebbene sia diffuso tra i SSR, genera percentuali di migrazione sanitaria interregionale passiva maggiormente rilevanti nelle Regioni meridionali: Campania (1,4%), Calabria (1,05%), Sicilia (0,97%) e Puglia (0,82%)²².

L'analisi della matrice attrazione-fuga (figura 1) e della tendenza della mobilità per tipologia di attività e regime di ricovero (figura 2), mettono in evidenza l'esistenza di SSR più attrattivi ed indicano come le prestazioni che determinano maggiori flussi di mobilità rientrano tra quelli per attività in regime di ricovero.

I dati fino ad ora presentati sono parzialmente confermati da quelli relativi agli anni successivi, per i quali l'analisi della mobilità interregionale è stata maggiormente articolata, con la distinzione in due macrocategorie: evitabile ed accettabile. L'area relativa alla mobilità accettabile è suddivisa in due categorie: ricoveri caratterizzati da DRGs ad alta complessità e mobilità di prossimità in assenza di offerta che viene valutata in circa 42 milioni di euro (36% della mobilità passiva totale).

La mobilità evitabile valutata in circa 50 milioni di euro (44% della mobilità passiva totale) a sua volta è suddivisa in mobilità inappropriata (derivata da ricoveri in regime ordinario con almeno un DRG ad alto rischio di inappropriata) di prossimità (ricoveri entro 50 km

²² MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2019*, ottobre 2020, pp. 280 ss.

e 60 minuti tra il comune di residenza e la struttura di ricovero), e altra mobilità di non prossimità.

La mobilità evitabile fa, quindi, riferimento a quella quota di migrazione sanitaria dovuta all'inadeguatezza dell'offerta, ovvero all'assenza di prestazioni di medio/bassa complessità, all'appropriatezza dell'offerta rispetto alle evidenze epidemiologiche.

L'analisi della mobilità evitabile, nella prospettiva gestionale è quindi imputabile all'inadeguatezza dei SSR di garantire risposte efficaci ai bisogni di salute in termini di garanzia spazio-temporale e di qualità assistenziale.

Dal confronto dei saldi regionali delle mobilità (anno 2021) si conferma che il posizionamento dei primi quattro SSR (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana) è in linea con l'analisi della matrice attrazione-fuga; a cui si aggiungono le regioni Piemonte e Molise. Parallelamente, vi è corrispondenza anche tra i SSR collocati in una posizione critica, il cui saldo di mobilità è risultato negativo (anno 2021): Calabria, Campania, Sicilia, Puglia. A queste si aggiungono i SSR Abruzzo e Liguria, i quali sebbene risultino SSR specializzati (figura 1) mostrano un tasso di fuga maggiore del tasso di attrazione. Le motivazioni che sottendono questo fenomeno sono riconducibili per la Regione Abruzzo, ad esempio, alle criticità generate: dalla gestione delle risorse Covid; dalla gestione delle relazioni con le strutture private accreditate operanti nel territorio; dalla carenza di una corretta programmazione della rete ospedaliera e dalla necessità di potenziamento della rete territoriale²³. Al fine di offrire un quadro di analisi più completo è possibile integrare i dati relativi alla mobilità sanitaria interregionale in relazione alla valutazione conseguita nel monitoraggio LEA (griglia *ex* DPCM n. 17A02015/2017). I SSR, in base all'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005²⁴, e a tutte le successive integrazioni deliberate in sede di Conferenza Stato-Regioni su Patto della Salute, sono tenuti ad una serie di adempimenti per accedere al maggior finanziamento da parte del SSN. Le Regioni sottoposte a tali adempimenti sono quelle ordinarie e la Regione Sicilia; sono invece escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli-Venezia Giulia e la Sardegna. Tra gli adempimenti da rispettare c'è il mantenimento nell'erogazione dei LEA. Il controllo, effettuato dagli attori preposti a livello centrale (Comitato LEA)²⁵, avviene sulla base di un insieme predeterminato di indicatori che sono distribuiti tra le macroaree di: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza ospedaliera ed assistenza distrettuale (DPCM, 2017)²⁶. Come detto, i

²³ CORTE DEI CONTI, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali*, esercizi 2020-2021, 2022, pp. 169-71.

²⁴ CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, Gazzetta Ufficiale n. 105, marzo 2005.

²⁵ Decreto Ministero della Salute 21 novembre 2005, *Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza*.

²⁶ DPCM n. 17A02015/2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Gazzetta Ufficiale n. 65, marzo 2017.

SSR risultano *adempienti* o meno nell'erogazione dei LEA se raggiungono un valore soglia pari a 160. In base all'ultima valutazione disponibile (anno 2019), eccetto Molise e Calabria tutti i SSR risultano adempienti. In particolare, le Regioni Veneto (222), Toscana (222), Emilia-Romagna (221), Lombardia (215), Marche (212), Umbria (211), Liguria (206), Abruzzo (204) e Lazio (203) hanno conseguito un punteggio complessivo maggiore a 200, scostandosi positivamente dal valore soglia. L'analisi pur confermando nel suo complesso la rappresentazione in figura 1 e le tendenze in figura 2, articola come i SSR Umbria, Liguria, Abruzzo e Lazio si configurano come specializzati quindi, sebbene risultino adempienti ai LEA, sono attrattivi solo per alcuni servizi e prestazioni. In generale, sebbene per la quasi totalità dei SSR il risultato sia stato positivo, si apprezzano ampi margini di miglioramento. In dettaglio, nell'ambito della sanità pubblica il grado di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani e la diffusione di programmi di screening di primo livello sono i servizi che necessitano di essere rafforzati. Nell'assistenza ospedaliera le aree di miglioramento sono rinvenibili nella necessità di adeguare il grado di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in relazione ai diversi target di utenza. Infine, in merito all'assistenza distrettuale le principali debolezze si apprezzano: nella capacità di garantire livelli adeguati di posti letto nelle strutture residenziali e semi-residenziali per la gestione degli utenti disabili ed anziani; nell'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica e nello sviluppo della rete di emergenza-urgenza. In tutte le macroaree assistenza collettiva, ospedaliera e distrettuale, è auspicabile un incremento del livello di appropriatezza nell'erogazione di alcuni servizi sanitari. Tale necessità deriva dal presupposto che la qualità dei servizi sanitari è correlata positivamente al concetto di *outcome* e non soltanto di *output* (Cartabellotta et al. 2022)²⁷. Raggiungere degli *outcome* di salute per i SSR si traduce nella capacità di garantire un'erogazione efficace delle prestazioni sanitarie, quindi in grado di soddisfare i bisogni di salute della popolazione. Questo presuppone il superamento della logica fondata esclusivamente sull'*output*, vale a dire sulla capacità di erogare in modo efficiente i servizi sanitari, che in questo contesto corrisponde al raggiungimento del valore soglia nell'erogazione dei LEA. Nel 2019 è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il quale permette di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'appropriatezza e dell'efficacia che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA. Secondo i risultati della sperimentazione del nuovo sistema di monitoraggio, per l'anno 2019, si apprezza che 6 SSR risultano inadempienti (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia) con maggiori criticità nelle aree dell'assistenza distrettuale e della prevenzione. In base al nuovo metodo di valutazione il punteggio complessivo per ciascuna area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, e viene espresso con un punteggio compreso tra 0 e 100. Le Regioni

²⁷ N. CARTABELLOTTA, E. COTTAFAVA, R. LUCERI, M. MOSTI, 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Fondazione GIMBE, Bologna, ottobre 2022, www.salviamo-ssn.it/5-rapporto, ultimo accesso: 9 febbraio 2023.

vengono considerate *adempienti* se raggiungono un punteggio tra 60 e 100 in ciascuna delle tre macroaree; con un punteggio inferiore a 60 anche in una sola macroarea le Regioni vengono classificate inadempienti. In altri termini, a differenza della Griglia LEA, il NSG non sintetizza la valutazione dei tre macro-livelli in un unico punteggio, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi.

Il monitoraggio sperimentale mette in luce come le aree di maggior debolezza che caratterizzano i SSR (anche quelli adempienti) nell'erogazione dei LEA sono riconducibili all'area distrettuale e all'area ospedaliera. Gli aspetti richiamati risultano del tutto in linea con l'analisi della tendenza della mobilità interregionale (figura 2) per tipologia di attività e di ricovero. Le aree di criticità nell'erogazione dei LEA sono in buona parte sovrapponibili con le motivazioni che sottendono al fenomeno dei flussi di mobilità passiva. Ad esempio, tra gli indicatori core utilizzati per valutare l'assistenza ospedaliera vi è il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente oppure il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario. Invece, tra gli indicatori dell'area rientra il numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

Tra i SSR che risultano adempienti a tutte e tre le macroaree (anno 2020), si rilevano Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Puglia. Al contrario i SSR che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macroaree sono:

- Liguria (prevenzione), Abruzzo (prevenzione), Molise (ospedaliera) e Sicilia (prevenzione), in una macroarea;
- Campania (distrettuale; ospedaliera), Basilicata (prevenzione; ospedaliera), Valle d'Aosta (distrettuale; ospedaliera), P.A. di Bolzano (prevenzione; distrettuale) e Sardegna (distrettuale; ospedaliera), in due macroaree;
- Calabria in tutte le macroaree.

In particolare, le due maggiori criticità evidenziate nell'area della prevenzione riguardano, nei SSR meridionali ed insulari, la bassa percentuale di cittadini che hanno partecipato a programmi di screening; ed invece, in alcune aree settentrionali basso grado di copertura vaccinale infantile. In merito all'ambito distrettuale, è nell'area dei servizi territoriali dedicati alle cure palliative e per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria in ambito domiciliare e residenziale che si riscontrano importanti criticità concentrate prevalentemente, ma non esclusivamente, nei territori meridionali ed insulari. Infine, per l'area ospedaliera va operata una distinzione. Per quanto concerne il rispetto degli standard di ospedalizzazione

e l'appropriatezza dei ricoveri²⁸ il differenziale nei punteggi assegnati, dal NSG, tra SSR settentrionali e meridionali è nullo o minimo. Invece, in merito agli indicatori di qualità ed efficacia delle cure (es. proporzione di interventi per alcuni tipi di tumore) i SSR centro-meridionali si collocano tutti al di sotto della soglia minima (ad eccezione di: Abruzzo, Puglia e Basilicata).

Nel paragrafo successivo viene messo in evidenza il contributo strategico degli IRCCS nella gestione della mobilità sanitaria interregionale.

3. Il contributo strategico degli IRCCS

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono Ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza (D.Lgs n. 288/2003 e s.m.i.)²⁹. Ciò che caratterizza gli IRCCS, rispetto alle altre aziende sanitarie, risiede nella presenza di numerose interrelazioni strategiche (Porter, 1985; Grant, 2021)³⁰ tra le aree di business della ricerca e della pratica clinica. Essi, pertanto, si configurano come i principali attori attraverso cui evolvere da un approccio basato sul concetto generico di evidenza scientifica ad uno in cui l'efficacia dei processi emerge dal trasferimento di conoscenza nell'attività medica. La duplice presenza di competenze di ricerca e di competenze cliniche attribuisce agli IRCCS il ruolo di promotori dell'innovazione in tema di percorsi diagnostici, assistenziali ed organizzativi. La diffusione di una cultura orientata alla ricerca contribuisce ad incrementare la competitività dei SSR e con essi dell'intero SSN al fine di favorire un cambiamento positivo che abbia impatto diretto sulla qualità, l'efficacia e l'appropriatezza (PNRS, 2020-2022)³¹.

La rilevanza del ruolo degli IRCCS è confermata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ambito del quale la componente 2 della missione 6 (SALUTE)³², viene dedicata al potenziamento dell'innovazione, della ricerca e digitalizzazione del SSN. A questo si

²⁸ Dm n. 70/2015, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, Gazzetta Ufficiale, n. 127, giugno 2015.

²⁹ D. Lgs. n. 288/2003, *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3*, Gazzetta Ufficiale n. 250, ottobre 2003.

³⁰ M.E. PORTER, *Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance*, New York, free press, pp. 33-61. R.M. GRANT, *Contemporary strategy analysis*, in New York, John Wiley & Sons Inc., 2021.

³¹ MINISTERO DELLA SALUTE, *Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) 2020-2022*, dicembre, 2021, pp. 18 ss.

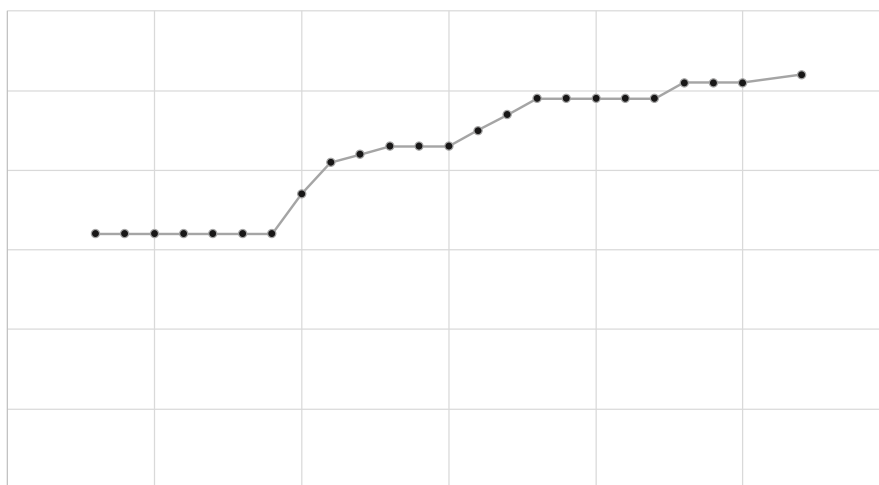
³² PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR), *Missione 6: SALUTE -componente 2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*, 2021.

aggiunge la spinta promossa dall'approvazione della Legge 129/2022³³ con la quale il Governo, al fine di rafforzare la qualità della ricerca sanitaria e di consolidare le politiche di ricerca del Ministero della Salute, è stato delegato a adottare una serie di decreti legislativi mirati a disciplinare nel breve periodo il riordino degli IRCCS. In dettaglio, nel dicembre del 2022 è stato approvato il D.Lgs n. 200/2022, *Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*, il quale ha confermato il ruolo chiave della ricerca sanitaria soprattutto nella prospettiva del trasferimento dei risultati della ricerca.³⁴

Ad oggi, come detto, sono attivi 52 IRCCS di cui 22 di natura pubblica e 30 di diritto privato. In totale sono 11 gli IRCCS, rispettivamente 4 pubblici e 7 privati, che hanno effettuato il processo di trasformazione in Fondazioni IRCCS.

L'analisi dell'evoluzione nel tempo (figura 3) degli Istituti mostra che dal 1998 al 2022 si è passati da un numero iniziale di 32 ad un totale di 52 IRCCS³⁵, evidenziando la loro progressiva diffusione nell'ambito del SSN. Oggi, gli IRCCS rappresentano il 22% del totale delle Aziende Sanitarie operanti nel SSN.

Figura 3 Evoluzione temporale degli IRCCS (1998-2022)



Fonte: elaborazione autori su dati Ministero della Salute, 2022.

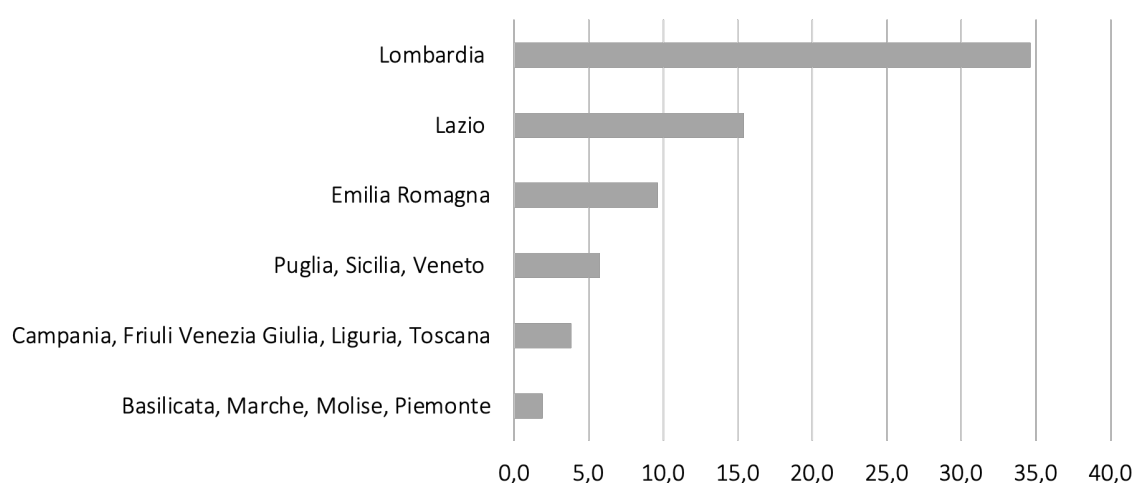
³³ Legge n. 129/2022, *Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, Gazzetta Ufficiale n. 204, settembre 2022.

³⁴ D.Lgs n. 200/2022, *Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*, Gazzetta Ufficiale n. 304, dicembre 2022.

³⁵ MINISTERO DELLA SALUTE, <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=>, ultimo accesso: 09 febbraio 2023.

Analizzando la presenza degli IRCCS nell'ambito dei diversi SSR (figura 4) si apprezza una distribuzione disomogenea nel contesto nazionale che risulta sbilanciata positivamente in favore di alcuni SSR e mostra la loro assenza in altri. In valore assoluto, il SSR in cui si registra il maggior numero di IRCCS è la Lombardia per un totale di 18 IRCCS (35,29% del totale), di cui 14 di diritto privato e 4 di natura pubblica. A seguire vi è il Lazio con 8 IRCCS (il 16% del totale) di cui 2 pubblici e 6 privati; la Regione Emilia-Romagna con 5 IRCCS (10% del totale) di cui 4 pubblici ed 1 privato; e poi la Regione Veneto, Puglia e Sicilia con 3 IRCCS, con un'incidenza pari a circa il 6% di ciascuna Regione sul totale.

Figura 4 Diffusione degli IRCCS nei SSR in percentuale del totale



Fonte: elaborazione autori su dati Ministero della Salute, 2022.

Il finanziamento complessivo per la ricerca corrente³⁶ degli IRCCS, nel 2020, è stato di circa 162 milioni di euro, oltre il 95% di essi è stato attribuito in funzione del raggiungimento degli obiettivi strategici di ricerca. L'entità degli investimenti nel campo della ricerca spiega, almeno in parte, la crescente importanza che questi istituti stanno assumendo; infatti, le capacità e le competenze strategiche, organizzative e di gestione finanziaria, aggiunte al pool di competenze chiave a forte carattere specialistico (Prahalad e Hamel, 1990)³⁷, contribuiscono in modo significativo al posizionamento competitivo degli IRCCS nello scenario italiano ed europeo.

³⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/menuContenutoRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&area=Ricerca%20sanitaria&menu=corrente>, ultimo accesso: 09 febbraio 2023.

³⁷ L.K. PRAHALAD, G. HAMEL, *The Core Competence of the Corporation*, in *Harvard Business Review*, n. 68, 1990, pp. 79-91.

La rilevanza strategica degli IRCCS deriva anche dal fatto che tali aziende ricoprono una posizione determinante in tema di internazionalizzazione del SSN. L'attività di ricerca degli IRCCS, infatti, si esplica prevalentemente nell'ambito di reti cooperative nazionali ed internazionali.

A livello europeo, nello specifico, gli IRCCS italiani sono attori della rete europea ERANet. Quest'ultima favorisce lo sviluppo di partnerships tra Organizzazioni pubbliche e private in Europa a supporto: dell'attrazione di finanziamenti per specifiche aree di ricerca; della diffusione di conoscenza; dello sviluppo di nuove competenze in ambito sanitario (Pavani e Plonski, 2019)³⁸.

L'operare nelle reti di ricerca permette agli IRCCS di attivare circoli virtuosi che favoriscono l'accesso a risorse e competenze critiche per lo sviluppo di nuova conoscenza e *know-how* da traslare nei processi di cura e assistenza (Robson et al. 2019)³⁹. È proprio attraverso questa logica che gli IRCCS assumono rilevanza nei percorsi di innovazione clinica, gestionale ed organizzativa dei servizi sanitari. Il D.Lgs 200/2022 ha, ulteriormente, ampliato il ruolo ricoperto dall'area della ricerca riconoscendo agli IRCCS la possibilità di promuovere la nascita di start-up e spin-off innovativi nel settore biomedicale e nel settore biotecnologico. Questo favorisce l'attivazione di flussi di conoscenza che permettono di sperimentare modelli di innovazione nelle diverse aree tematiche Major Diagnostic Category (MDC), riconosciute a livello internazionale, in cui gli IRCCS presentano i caratteri di eccellenza. Il profilo strategico degli IRCCS supporta, quindi, il consolidamento del posizionamento competitivo dei SSR in cui essi operano con intervento diretto o indiretto nelle tre macroaree sanitarie.

Al fine di evidenziare il contributo strategico degli IRCCS in tema di mobilità sanitaria, è possibile effettuare un'analisi comparativa tra l'analisi della matrice attrazione-fuga (figura 1), gli esiti della valutazione LEA e la diffusione degli IRCCS nei SSR (figura 4).

Dall'analisi emerge che i SSR nei quali la presenza degli IRCCS è alta (figura 4) il livello di mobilità sanitaria passiva è inferiore. Infatti, nelle Regioni in cui il numero di IRCCS è maggiore (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) il tasso di attrazione, mobilità sanitaria attiva, è elevato, mentre il tasso di fuga, mobilità passiva, è contenuto. In tale contesto si rileva un'unica apparente eccezione per la Regione Lazio facilmente spiegabile dal combinato disposto delle peculiarità del SSR e dal disallineamento temporale delle misurazioni rispetto alle caratteristiche gestionali delle fasi della sanità regionale. Infatti, il SSR Lazio è uscito dal regime di commissariamento nel mese di marzo 2020. L'andamento dei disavanzi sanitari della Regione Lazio, a partire dall'anno 2006, evidenzia un progressivo calo con una riduzione del rapporto tra disavanzo e Fondo Sanitario Regionale al di sotto della soglia del 5% a partire dall'esercizio 2014, fino ad arrivare nell'esercizio 2018 ad un avanzo

³⁸ C. PAVANI, G.A. PLONSKI, *Opening new pathways for innovation in healthcare*, in *Innovation and Development*, 2019.

³⁹ M.J. ROBSON, C.S. KATSIKEAS, B.B. SCHLEGELMILCH, B. PRAMBÖCK, *Alliance capabilities, interpartner attributes, and performance outcomes in international strategic alliances*, in *Journal of World Business*, 54(2), 2019, pp. 137-153.

di 6,384 milioni di euro⁴⁰. I dati LEA, dal 2013 al 2019, mostrano un progressivo incremento del livello di adempienza, confermato dai risultati del NSG (2020) in cui la Regione Lazio si colloca tra i SSR in grado di raggiungere un punteggio superiore alla sufficienza (60) in tutte e tre le macroaree. Il superamento delle criticità preesistenti al 2020 è riconducibile: alla migliorata capacità di gestione dei servizi sanitari in termini di allocazione delle risorse finanziarie; all'incremento del personale; ed alla coerente programmazione della rete ospedaliera (D.M. 70/2015). La Corte dei conti evidenzia che dal 2017 al 2021, il saldo della mobilità interregionale è migliorato passando da -268.062 (2017) a -212.620 (2021), registrando una variazione significativa nel periodo 2020-2021 pari al -7,84%⁴¹. In merito all'analisi del fenomeno della mobilità interregionale, va messo in luce che storicamente l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (IRCCS) e l'Ospedale San Giovanni Battista di Roma non sono compresi nel saldo regionale ed essi generano flussi di mobilità attiva presentando rispettivamente un saldo (anno 2021) pari rispettivamente a 49,47 milioni di euro e 590 mila euro. In dettaglio, la mobilità sanitaria regionale attiva (2021) è pari circa 188 milioni di euro, a cui se venissero sommati i valori generati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e dall'Ospedale San Giovanni Battista di Roma si supererebbe il valore della mobilità sanitaria passiva pari circa a 203 milioni di euro. Relativamente alle risorse ed alle competenze presenti nel SSR, si è assistito alla conferma del carattere scientifico degli otto IRCCS operanti nel territorio regionale avvenuta tra gli anni 2019-2022⁴².

Va comunque specificato che la significatività della presenza degli IRCCS non va intesa in rapporto al numero in senso stretto, quanto piuttosto all'ampiezza del pool di alte specialità che insistono nel territorio regionale.

Parallelamente, i SSR che risultano pienamente adempienti nella valutazione LEA sono quelli in cui la diffusione degli IRCCS è maggiore. In dettaglio, i SSR che presentano uno scostamento positivo apprezzabile dai valori soglia sono le Regioni Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia ed il su esaminato Lazio (*cf.* fig. 4). Inoltre, approfondendo l'analisi si rileva che anche rispetto alle aree di criticità nell'erogazione dei LEA, come ad esempio nell'assistenza ospedaliera, le Regioni in cui gli IRCCS sono più diffusi mostrano scostamenti negativi dal valore soglia più contenuti rispetto alle altre. Questo aspetto è riconducibile alla natura strategica degli IRCCS: sono Organizzazioni Sanitarie che oltre a perseguire finalità di ricerca, effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza. Infatti, prendendo in considerazione tra i valori di mobilità c.d. effettiva, l'analisi dei tassi di attrazione e del valore medio dei

⁴⁰ REGIONE LAZIO - Decreto del Commissario ad Acta n. U00081/2020, *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*, giugno, 2020.

⁴¹ CORTE DEI CONTI, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali*, esercizi 2020-2021, pp. 133-138, 2022.

⁴² MINISTERO DELLA SALUTE, <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>, ultimo accesso: 09 febbraio 2023.

ricoveri in mobilità attiva si conferma la tendenza osservata: i SSR (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) in cui la compresenza degli IRCCS è considerevole presentano una percentuale di attrazione maggiore associata ad un valore maggiore di ricoveri in mobilità attiva⁴³.

A conferma di tali considerazioni si aggiunge anche un fenomeno di carattere economico-finanziario. La Legge di Bilancio 2021⁴⁴ ha determinato un incremento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), portandolo a circa 121 milioni di euro. Tra gli aspetti che hanno determinato l'aumento del FSN si rileva un ammontare pari a 20 milioni di euro destinato esclusivamente alla compensazione della mobilità sanitaria verso gli IRCCS⁴⁵.

Tale fenomeno trova ulteriore conferma nell'analisi comparativa, da cui emerge che i SSR in cui gli IRCCS sono presenti in misura ridotta o sono del tutto assenti, si posizionano tutti nel II quadrante della matrice attrazione-fuga (figura 1). Al contempo, si tratta degli stessi SSR che si collocano ad un livello di adempienza LEA poco al di sopra del valore soglia. A ciò si aggiunge che sono le Regioni in cui le aree di maggiore criticità nell'erogazione LEA si rilevano nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e di quella distrettuale. In particolare, i SSR Calabria, Campania, Puglia e Sicilia mostrano, seppur in misura diversa, debolezze rispetto a: tassi di ospedalizzazione; disponibilità di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali (per anziani e disabili); percentuale annuale di consumo di farmaci; ed infine, gestione della rete emergenza-urgenza. Questi aspetti risultano del tutto in linea con l'analisi del trend della mobilità interregionale (figura 2), in cui si evidenzia che le principali determinanti dei flussi in uscita sono correlate alla soddisfazione dei bisogni sanitari per riabilitazione e patologie acute.

4. Conclusioni

Il lavoro ha evidenziato come i SSR in cui la compresenza di una pluralità ed articolazione di Organizzazioni Sanitarie, tra cui gli IRCCS, è maggiore mostrano un grado di attrattività più elevato rispetto agli altri, presentando livelli di mobilità interregionale passiva contenuti. Contestualmente, questi stessi SSR sono in grado di conseguire un migliore posizionamento nell'erogazione dei LEA, sebbene anch'essi presentino delle discrete aree di miglioramento. L'analisi condotta ha mostrato come le scelte strategiche a livello regionale influenzino la capacità di gestire il fenomeno della mobilità interregionale, attraverso la creazione di SSR in cui è presente un mix di risorse, competenze ed alte specialità. Emerge

⁴³ PORTALE STATISTICO AGENAS, <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=16>, ultimo accesso: 9 febbraio, 2023.

⁴⁴ Legge di Bilancio 2021, commi 403-404, vol. 2, sez. I, *Fabbisogno sanitario standard anno 2021*.

⁴⁵ N. CARTABELLOTTA, E. COTTAFAVA, R. LUCERI, M. MOSTI, *5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/5-rapporto. Ultimo accesso 9 febbraio 2023.

che la maggiore articolazione del sistema regionale porta al diffondersi di sistemi reticolari sia in senso orizzontale che verticale, favorendo un miglior governo dei bisogni di salute. Infatti, il legame strategico tra la presenza IRCCS e lo sviluppo del territorio nei SSR è molto forte, come individuato anche nel PNRR dalle due missioni (M6C1 ed M6C2) e le conseguenti approvazioni del DM 77/2022 e del D.Lgs 200/2022. In particolare, gli IRCCS assumono un ruolo rilevante nei processi di creazione del valore (Porter e Kramer, 2019)⁴⁶ derivante non soltanto dalla capacità di valorizzazione delle interdipendenze interne tra le diverse aree di business aziendali, ma soprattutto dal potenziale che scaturisce dalle sinergie create con le altre Organizzazioni Sanitarie del SSR e non solo. Un potenziale che è correlato alla capacità degli IRCCS di promuovere rapporti cooperativi e collaborativi con altre Organizzazioni pubbliche e private (Achard, 2019)⁴⁷, appartenenti non soltanto al settore sanitario. Le collaborazioni sono finalizzate al perseguimento delle priorità strategiche delineate nell'ambito della programmazione aziendale e regionale. L'adozione di un approccio strategico di tipo co-competitivo (Hoffman et al. 2018)⁴⁸ da parte degli IRCCS genera la massimizzazione del livello di competitività a livello aziendale ed interaziendale, supportato dalla creazione di un sistema di relazioni meglio rispondente alla complessità che caratterizza i bisogni di salute odierni.

I SSR nei quali gli IRCCS sono riusciti ad armonizzare le posizioni ricoperte dalle diverse Organizzazioni Sanitarie, presentano rispettivamente dei livelli elevati e contenuti di mobilità attiva e passiva. La promozione di un approccio collaborativo nelle azioni strategiche degli IRCCS ha supportato il processo di creazione di sistemi aziendali integrati nel territorio regionale, finanche con i servizi territoriali. L'analisi ha rivelato come la capacità di governare in modo armonico ed integrato la domanda di salute, contribuisce a conseguire un livello maggiore di appropriatezza nell'erogazione dei LEA ed a contenere il fenomeno della mobilità interregionale passiva. Emerge quindi che la capacità di promuovere relazioni cooperative con la pluralità di Organizzazioni Sanitarie e non sanitarie che insistono nel SSR contribuisce efficacemente a rispondere ai bisogni di salute del contesto epidemiologico di riferimento (Akman et al. 2022)⁴⁹. L'orientamento alla gestione delle Aziende Sanitarie dovrebbe fondarsi, quindi, sui driver strategici di cooperazione, co-competizione ed innovazione gestionale. Questo contribuirebbe, inoltre, a supportare proattivamente il processo di cambiamento progettato nell'ambito della Missione #6 del PNRR e rafforzato dal DM n. 77/2022 in materia di regolamento e standard per l'assistenza territoriale su cui

⁴⁶ M.E. PORTER, M.R. KRAMER, *Creating shared value*, in G.G. Lenssen, N.C. Smith (eds.) 2019, *Managing Sustainable Business*. Switzerland: Springer Nature, pp. 323-346.

⁴⁷ P.O. ACHARD, *Strategic Management of Public-Private Partnerships: Actors, Aims, and Capabilities*, in R.M. CLARK, S. HAKIM (eds.) 2019, *Public Private Partnerships*, Switzerland, Springer Nature, pp. 261-280.

⁴⁸ W. HOFFMANN, D. LAVIE, J.J. REUER, E. A. SHIPILOV, *The Interplay of competition and cooperation*, in *Strategic Management Journal*, 39(12), pp.3033-3052, 2018.

⁴⁹ M. AKMAN, D.A. BAŞER, B.U. KOBAN, T. MARTI, P. DECAT, Y. LEFEUVRE, R. MILLER, *Organization of primary care*, in *Primary Health Care Research & Development*, 23, e49, 2022.

anche recenti interventi della Corte dei Conti hanno messo in luce l'importanza di ridurre i divari territoriali esistenti tra i SSR, i quali trovano conferma sia nell'analisi del monitoraggio del NSG dei LEA sia nello studio del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.