

# Mobilità sanitaria e comportamenti strategici regionali. Evidenze empiriche

Antonio Ricciardi, Pina Puntillo\*

Il fenomeno della mobilità sanitaria è rappresentato da quel processo di migrazione di soggetti bisognosi di cure che scelgono di usufruire di prestazioni sanitarie in strutture poste all'esterno dell'area territoriale di competenza dell'azienda sanitaria di appartenenza, anche quando lo stesso trattamento sanitario è disponibile nella propria area di residenza. L'articolo, dopo aver esaminato gli aspetti definatori e classificatori del fenomeno, la regolazione economica dei flussi economico-finanziari che ne conseguono fra le regioni e le statistiche descrittive del fenomeno in Italia, testa l'ipotesi di ricerca che le regioni attuino comportamenti strategici finalizzati ad aumentare i livelli di mobilità sanitaria attiva.

*Parole chiave:* mobilità sanitaria, strategia, indici di bilancio, indice di fuga, indice di attrattività.

## Healthcare mobility and regional strategic behaviours. Empirical evidence

*The phenomenon of healthcare mobility is represented by the process of migration*

\* Antonio Ricciardi, Università della Calabria, Dipartimento di Scienze Aziendali e Giuridiche.

Pina Puntillo, Università della Calabria, Dipartimento di Scienze Aziendali e Giuridiche.

*of individuals in need of care who choose to utilize healthcare services in facilities located outside the territorial area of competence of their home healthcare company, even when the same medical treatment is available in their own area of residence. The article, after examining the defining and classifying aspects of the phenomenon, the economic regulation of financial flows between regions, and the descriptive statistics of the phenomenon in Italy, tests the research hypothesis that regions implement strategic behaviours aimed at increasing levels of active healthcare mobility.*

*Keywords:* Healthcare mobility, patient mobility, Regional Strategies, Decentralization, panel-data methods, Italy.

Articolo sottomesso: 10/06/2024, accettato: 13/01/2025

## 1. Introduzione

Il fenomeno della mobilità sanitaria è rappresentato da quel processo di migrazione di soggetti bisognosi di cure che scelgono di usufruire di prestazioni sanitarie in strutture poste all'esterno dell'area territoriale di competenza dell'azienda sanitaria di appartenenza (Pitino, 2013), anche quando

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il framework istituzionale della mobilità sanitaria
3. Analisi della letteratura e research questions
4. Metodologia
5. Risultati dell'analisi statistica
6. Risultati dell'analisi econometrica
7. Discussione e conclusioni

lo stesso trattamento sanitario è disponibile nella propria area di residenza (Nante *et al.*, 2017). Si tratta di un fenomeno tipico dei sistemi sanitari decentralizzati basati sul modello Beveridge (Perna *et al.*, 2022, Ciarrapico *et al.*, 2023). Giuridicamente il fenomeno in analisi trova fondamento negli artt. 32, comma 2, e 13, comma 1, Cost., che sanciscono, in combinato disposto, la libertà di cura di ogni individuo. Infatti, il diritto alla scelta del luogo presso cui curarsi è considerato un prolungamento del diritto alla salute, ormai riconosciuto come diritto soggettivo pieno, fondamentale, e bene della persona (a volte) non limitabile (Bottari, 2001)<sup>1</sup>. La mobilità sanitaria è principalmente un fenomeno transcalare in quanto si sviluppa a livello intra-regionale, inter-regionale (o extra-regionale o nazionale), europeo e internazionale (Evangelista, 2016). L'articolo dopo aver illustrato brevemente gli aspetti definatori e classificatori del fenomeno, e i meccanismi di regolazione economica dei flussi economico finanziari generati, esamina le statistiche descrittive del fenomeno in Italia, con specifico riferimento al periodo 2015-2020. Dalle statistiche emerge chiaramente che le regioni del centro nord sono esportatrici nette di cure sanitarie a pazienti extraregione, mentre l'analisi della letteratura fornisce evidenza che la percezione di una migliore qualità delle cure sia uno dei principali *driver* della mobilità sanitaria.

<sup>1</sup> Anche il Consiglio di Stato ha affermato che la volontà di ridurre la mobilità passiva al fine di perseguire l'equilibrato sviluppo e finanziamento del sistema sanitario, non può essere perseguita senza tener conto delle ragioni che hanno prodotto tale mobilità, "finendo, altrimenti, per comportare un sacrificio troppo elevato per i pazienti residenti in regioni nelle quali, le strutture sanitarie esistenti non garantiscono gli standard qualitativi pari a quelli presenti in altre regioni" Sentenze n. 3773 e 3575 del 2023.

L'analisi del livello di mobilità passiva di una regione presenta importanti implicazioni di policy in termini di programmazione sanitaria, in quanto tesa a evidenziare deficienze quali-quantitative nella rete di offerta assistenziale. Alla luce di tale premessa questo studio si propone di analizzare il comportamento strategico delle regioni in relazione alla mobilità sanitaria attiva, utilizzando i dati di bilancio. L'obiettivo è testare l'ipotesi di una correlazione tra i flussi economico-finanziari derivanti dalla mobilità sanitaria attiva e strategie regionali di attrazione sanitaria, basandosi sull'assunto, in linea con Berta *et al.* (2016, 2021), che la mobilità dei pazienti sia influenzata dall'offerta sanitaria.

## 2. Il framework istituzionale della mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria postula il principio della libertà di scelta da parte dei cittadini del fornitore e del luogo di cura. Infatti, le prestazioni sanitarie possono essere richieste sia a erogatori pubblici che a privati accreditati, senza alcuna autorizzazione da parte della propria Azienda Sanitaria Locale di assistenza, autorizzazione invece richiesta prima delle riforme degli anni Novanta, nell'ambito dell'assetto definito dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l. 833/1978. Il fenomeno ha pertanto generato un meccanismo di quasi-mercato per la fornitura di assistenza sanitaria, che poggia sul concetto che "il denaro segue i pazienti". Si distinguono differenti tipologie di mobilità sanitaria. Da un punto di vista squisitamente geografico si distinguono: una mobilità intra-regionale, che rileva lo spostamento degli utenti all'interno della regione di appartenenza;

una mobilità extra-regionale o interregionale che rileva lo spostamento da una regione a un'altra; una mobilità transfrontaliera o internazionale che rileva lo spostamento verso Paesi stranieri (Zocchetti, 2012). In base ai fattori causali si distinguono: una mobilità di base o di prossimità, correlata alla vicinanza territoriale a una struttura sanitaria rispetto a quella competente di riferimento; una mobilità fisiologica connessa a prestazioni erogate esclusivamente in alcune strutture per cui lo spostamento è inevitabile; una mobilità evitabile generata da spostamenti che potrebbero essere ridotti con un'informazione adeguata ovvero con un corretto stanziamento di risorse diagnostiche e terapeutiche (Collicelli, 2012); una mobilità apparente o di confine ossia derivata da pazienti che ricevono le cure nella zona in cui abitano, ma la residenza risulta essere altrove (Posteraro, 2018; Bologna *et al.*, 2012). Altri criteri classificatori individuano, inoltre, una mobilità di lunga distanza, generalmente associata a prestazioni particolarmente importanti e/o perché ci si attendono esiti significativa-

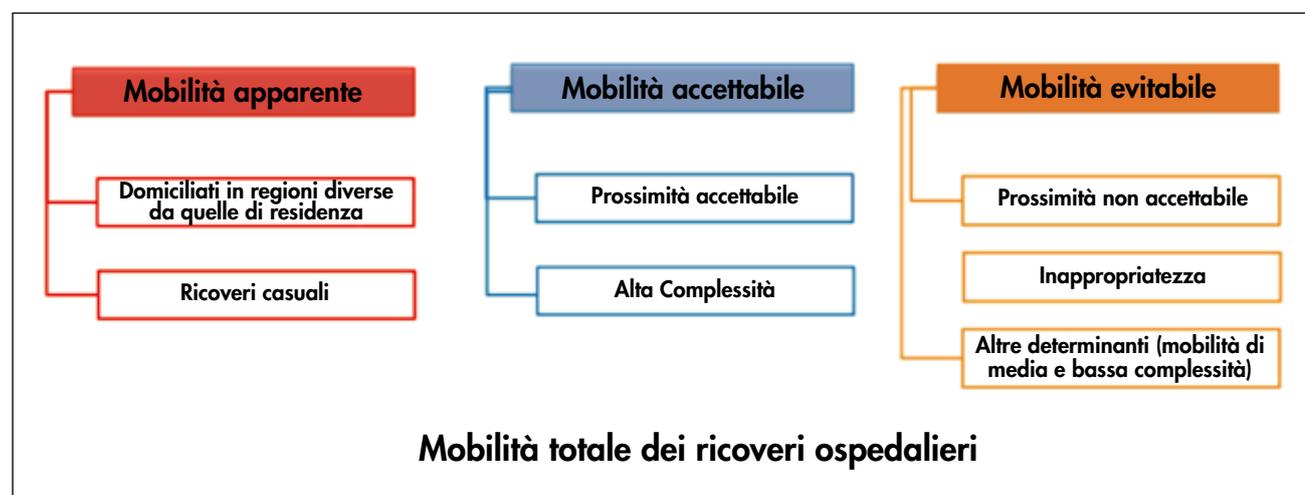
mente diversi (migliori) rispetto a quelli attesi nel proprio territorio; una mobilità stagionale legata alle ferie e alle vacanze, dove le necessità di salute sono occasionali (Zocchetti, 2012).

Questa ripartizione di natura dottrinale è stata recentemente aggiornata nella nuova metodologia di analisi della mobilità sanitaria, elaborata dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). La nuova classificazione, prevista dalla Legge di Bilancio 30 dicembre 2020 n. 178, art. 1 comma 494, e presentata al convegno Mobilità sanitaria e liste di attesa-Accesso ai dati organizzato da AGENAS il 28 ottobre 2022, è finalizzata a creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale.

Da un punto di vista quantitativo la mobilità è misurata da due rilevazioni: la mobilità attiva e la mobilità passiva. Quella attiva è rappresentata dalla valorizzazione economica dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti provenienti da altre regioni. Quella passiva dalla valorizzazione economica dell'assistenza sanitaria prestata ai

**Fig. 1**  
Classificazione tipologie di mobilità AGENAS

Fonte: [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/mobilita/Prezentazione\\_Randazzo.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/mobilita/Prezentazione_Randazzo.pdf)



residenti di una regione da aziende situate in altre regioni. Il riconoscimento economico finanziario della mobilità sanitaria di una regione/provincia autonoma è dato dalla differenza tra la mobilità attiva e quella passiva, che prende il nome di saldo finale. La rilevanza economico finanziaria dei flussi migratori trova quantificazione e rappresentazione nei documenti contabili di bilancio e nei flussi inviati al ministero. La mobilità attiva genera dei proventi da un punto di vista economico rilevati nel conto economico, e dei crediti da un punto di vista finanziario rilevati nello stato patrimoniale, mentre la mobilità passiva rappresenta rispettivamente un costo e un debito. Il legislatore ha normato la contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva. Si stabilisce, infatti, che, per la rilevazione si debba prendere a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni/PA e inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di riparto tra le regioni (D.Lgs. n. 118/2011 art. 29 punto h). La differenza tra crediti, generati dalla mobilità attiva, e debiti, generati dalla mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato. In sede di attribuzione delle risorse del fondo sanitario nazionale si determina, pertanto, una compensazione delle somme secondo l'incrocio dei dati fra le regioni: alle regioni con un saldo netto di mobilità attivo verranno corrisposte le risorse "trattenute" alle regioni con saldo netto passivo (Vinceti, 2022). In altri termini, se il saldo

è positivo, la regione si troverà maggiori risorse finanziarie rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (ante mobilità); al contrario, se il saldo è negativo, le risorse saranno minori.

Attualmente la compensazione interregionale della mobilità sanitaria è disciplinata nell'ambito degli accordi interregionali, stipulati in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Tale accordo definisce le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati. Le Aziende sanitarie, le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), le Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, comunicano annualmente alle regioni e alle province autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della salute, i dati relativi alla mobilità. Al termine dello scambio dei dati il coordinamento delle regioni produce una tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell'anno successivo.

### 3. Analisi della letteratura e research questions

Esiste molta letteratura sia teorica che empirica sul tema della mobilità sanitaria. In particolare, la letteratura economica ha ampiamente esaminato l'associazione fra le caratteristiche dei pazienti e quelle dei *providers* di prestazioni sanitarie. Si tratta di studi finalizzati a individuare i *drivers* della mobilità (Ciarrapico *et al.*, 2023; Guarducci *et al.*, 2023), che risulta essere positivamente associata a minori tempi di attesa, a indicatori di migliore qualità del servizio e accesso a tecnologie avanzate, a livelli elevati di competizione, e

negativamente associata all'età avanzata, a contesti socio-economici inferiori, a bassi livelli di scolarizzazione (Ferrari *et al.* 2023).

Martini *et al.* (2022) stimano, mediante l'impiego di modelli *logit*, la scelta del luogo di cura da parte dei pazienti con riferimento ai ricoveri di protesi d'anca in tre regioni (Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna) nel periodo 2014-2016. Gli autori forniscono evidenza sulla relazione fra qualità clinica percepita e scelta degli ospedali, in particolare nei sistemi sanitari regionali in cui la concorrenza tra fornitori pubblici e privati è ben sviluppata.

Altri studi si concentrano invece sulle specialità mediche che determinano gli spostamenti di pazienti verso strutture ospedaliere lontane dalla propria residenza (Balzano *et al.*, 2023). Studi meno recenti hanno approfondito i ruoli chiave della distanza e della qualità percepita: i risultati dello studio di Brenna e Spandonaro (2015) supportano l'ipotesi che la qualità è un fattore trainante della mobilità sia per quella di confine che per quella di distanza, e rilevano un indice di attrazione sistematicamente più elevato per gli ospedali privati accreditati rispetto a quelli pubblici. A tale conclusione giungono altresì Bisceglia *et al.* (2018), e Berta *et al.* (2016, 2021). Balia *et al.* (2020) rilevano, inoltre, che in Italia la qualità delle strutture ospedaliere è un fattore determinante della scelta del luogo di cura per gli ospedali che si trovano a centinaia di km di distanza, mentre non lo è per gli ospedali locali. Anche Fattore (2010), Bruzzi (2012) e Del Bufalo (2012) forniscono evidenza di come la qualità percepita sia il principale driver dei flussi di mobilità sanitaria.

Victoor *et al.* (2012) realizzano una *literature review* sui determinanti della

scelta del fornitore di prestazioni sanitarie e trovano che le scelte dei pazienti sono determinate da una complessa interazione tra paziente e caratteristiche del fornitore che non consentono di definire un modello tipico di paziente. Stessa tesi Gili Borghet (1998) che annovera sia situazioni "oggettive", come le condizioni socio-economiche, sia altre meno oggettive, di natura culturale, connesse alle informazioni reperibili e al sistema dei valori e degli obiettivi individuali di ciascuna persona, fra i fattori che influiscono sulla scelta del luogo di cura dei pazienti. Ricci *et al.* (2021) identificano tre categorie principali di fattori trainanti della mobilità passiva: insufficiente disponibilità del servizio, scarsa qualità (percepita) e problemi normativi della regione di residenza. Anche gli studi di Evangelista (2016) confermano che, quando il livello quali-quantitativo delle cure sanitarie di una regione non riesce a soddisfare tutti i bisogni espressi dalla popolazione di riferimento, esso stesso genera dall'interno una "domanda" di mobilità, ossia un determinato tasso di fuga.

La letteratura empirica citata ha rilevato altresì che le regioni del sud si caratterizzano rispetto al fenomeno della mobilità per un andamento monofasico del saldo di mobilità (nel tempo l'andamento ha seguito la stessa direzione, ovvero un saldo netto passivo). Inoltre, nelle regioni del nord e del centro la mobilità di confine viene sostanzialmente scambiata alla pari, mentre per il sud entrambi i tipi di mobilità (di confine e di lunga distanza) sono a saldo negativo.

Appare interessante osservare che la letteratura empirica sul tema analizzato si è prevalentemente concentrata sulle

scelte dei pazienti e ha trascurato quasi del tutto i comportamenti strategici delle regioni (Brenna e Spandonaro, 2015; Bisceglia *et al.*, 2018; Berta *et al.*, 2016, 2021). L'orientamento strategico teso ad aumentare l'attrattività del sistema sanitario regionale consente di acquisire maggiori risorse e conseguire benefici in termini di economie di scala e saturazione dei servizi sanitari, considerando, peraltro, che i pazienti da fuori regione rappresentano una fonte non vincolata di reddito (a eccezione dei casi in cui le singole regioni nell'ambito del principio di autonomia stabiliscono dei tetti alla mobilità) a differenza dei pazienti regionali, il cui trattamento è vincolato da un budget cap (Berta *et al.*, 2021). In altri termini Berta *et al.* (2021) suggeriscono che nel contesto italiano, a causa del fallimento normativo, sia le regioni con alto indice di attrazione, sia quelle con alto indice di fuga, sono fortemente incentivate ad attuare strategie di mobilità sanitaria. Le prime per raggiungere obiettivi di saturazione della capacità produttiva, le seconde per non sostenere gli investimenti necessari a migliorare gli standard di qualità, soprattutto nelle aree con una popolazione ridotta (Levaggi *et al.*, 2013; Brekke *et al.*, 2014). Kaissi *et al.* (2008) peraltro osservano come il processo di pianificazione strategica nelle aziende sanitarie non è stato diffusamente affrontato dalla letteratura empirica, così come quello dell'impatto organizzativo e contabile della mobilità sanitaria (Ugolini e Fabbri, 1998).

L'esame della letteratura condotta ha consentito di riscontrare un gap negli studi teorici ed empirici aventi a oggetto il fenomeno della mobilità sanitaria in Italia, ovvero se le regioni che registrano saldi netti di mobilità sanitaria

attivi mettono in atto comportamenti strategici finalizzati ad aumentare l'indice di attrazione sanitario. Tale gap apre un'interessante opportunità di ricerca, oltremodo attuale alla luce della riforma amministrativa finalizzata all'attuazione dell'autonomia differenziata.

Questo studio pertanto tenterà di esplorare il comportamento strategico delle regioni rispetto al fenomeno della mobilità sanitaria attiva attraverso i dati di bilancio, nell'intento di individuare una correlazione fra i flussi economico-finanziari generati dalla mobilità sanitaria attiva, misurati dai ricavi per mobilità sanitaria attiva, e scelte strategiche delle regioni, individuate attraverso le seguenti proxy: gli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche e il numero di strutture private accreditate. Il paradigma di fondo della ricerca si basa, pertanto, sull'assunto, in accordo con Berta *et al.* (2016, 2021), che la mobilità dei pazienti sia guidata dall'offerta, nel senso che il comportamento strategico dal lato dell'offerta sanitaria può influenzare le scelte del luogo di cura dei pazienti, e ipotizza che le regioni attuino una strategia di attrazione sanitaria finalizzata ad aumentare i ricavi da mobilità attiva.

Per verificare tale teoria verranno testati due modelli empirici che utilizzano come variabile dipendente i flussi economico-finanziari della mobilità attiva, ossia i ricavi della mobilità extraregionale contabilizzati nel conto economico del bilancio regionale (consolidato regionale) e come variabile indipendente le proxy della strategia attrattiva delle regioni, ovvero gli investimenti in attrezzature scientifiche e sanitarie e il numero di aziende private accreditate.

Questo studio ipotizza che le regioni con i saldi attivi di mobilità sanitaria extraregionale più alti attuano una strategia finalizzata ad aumentare la capacità di attrazione sanitaria catturabile dagli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche e dal numero di strutture private accreditate. Gli autori formulano in tale direzione le seguenti ipotesi di ricerca:

- *H1*: Esiste una relazione positiva tra i ricavi per mobilità attiva e gli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche;
- *H2*: Esiste una relazione positiva tra i ricavi per mobilità attiva e il numero di strutture private accreditate.

Questo studio intende esaminare queste ipotesi di ricerca in un contesto decentrato, utilizzando l'Italia come caso studio. L'Italia è un caso interessante in quanto la letteratura empirica ha fornito evidenza, controintuitivamente, che la concorrenza, generata dal decentramento del Servizio Sanitario Nazionale, non ha stimolato un livellamento della qualità e dell'equità dell'offerta sanitaria (Brekke *et al.*, 2012). Infatti, la mobilità sanitaria non è diminuita dopo la riforma costituzionale del 2001, piuttosto le regioni del centro-nord sono esportatrici nette di cure ospedaliere e il gradiente nord-sud è stato esacerbato negli anni (Ferrè *et al.*, 2014; Brenna & Spandonaro, 2015; Neri, 2015). Nante *et al.* (2016) osservano situazioni di criticità da questo punto di vista nelle regioni del sud, rispetto alle regioni del centro-nord. La letteratura ha anche analizzato i fattori alla base di queste differenze attribuendo il maggior peso alla mancanza di capacità amministrativa delle regioni del

sud (France & Taroni, 2005). Inoltre, il fenomeno della mobilità sanitaria in Italia raggiunge una dimensione che non trova riscontro in nessun altro Paese europeo. Questo studio si differenzia dalla letteratura empirica prevalente in quanto utilizza dati contabili desunti dal conto economico e dallo stato patrimoniale delle aziende sanitarie (a livello consolidato), mentre generalmente le variabili utilizzate nei modelli empirici sono desunti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) disponibili sulle banche dati del Ministero della Salute. Da questo punto di vista non esistono, al meglio della nostra conoscenza, studi che indagano il fenomeno da questa ottica.

#### 4. Metodologia

L'articolo intende verificare le ipotesi di ricerca *H1* e *H2* attraverso un'analisi statistica e un'analisi econometrica, ossia con una regressione multipla su panel data. L'analisi statistica è propeudeutica all'analisi econometrica in quanto ha lo scopo di individuare le regioni con i valori economici della mobilità attiva interregionale più alti, in dato periodo temporale, sui quali concentrare l'analisi econometrica, definite regioni *best performer*.

La letteratura economico-aziendale fa ormai largamente uso dei panel data considerati i vantaggi che essi comportano, anche nello studio delle dinamiche di mobilità sanitaria (e.g. Mafrolla *et al.*, 2013). In primo luogo, hanno un potere informativo elevato che deriva proprio dal considerare sia l'elemento spaziale che temporale; inoltre consentono di evitare molte distorsioni tenendo conto dell'eterogeneità individuale (Gabani, Mazumdar, & Suhrcke, 2022).

Le analisi vengono eseguite su dati di natura sia contabile che extra-contabile, controllando per alcune variabili di natura macro-economica. I dati contabili sono rappresentati dalle seguenti variabili: totale ricavi mobilità attiva interregionale (Y), valore degli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche (X). I dati extra-contabili sono: il numero di strutture private accreditate (X) e le seguenti variabili di controllo: PIL pro-capite, tasso di ospedalizzazione, degenza media. L'analisi statistica, propedeutica al modello empirico, è stata effettuata su tutto il territorio nazionale, mentre quella econometrica sulle regioni *best performer*.

Pertanto, i campioni di ricerca sono due:

- il primo è formato da tutte le regioni d'Italia e dalle province autonome di Trento e di Bolzano;
- il secondo è costituito dalle regioni che hanno i valori più alti (rispetto a un punto di cut off rappresentato dal valore medio sul periodo temporale di analisi) del totale dei ricavi di mobilità attiva extraregionale (regioni *best performer*).

Il periodo di analisi è 2015-2020: il 2015 è l'anno di entrata in vigore della riforma del sistema contabile e degli schemi di bilancio delle aziende sanitarie di cui al D.Lgs n. 118/2011 e s.m.i., che ha modificato l'assetto contabile e reso omogenei e confrontabili i dati contabili, il 2020 è l'anno della emergenza pandemica. I dataset sono pertanto costituiti da dati longitudinali.

I dati relativi alle voci di conto economico sono stati estratti dall'archivio Banca Dati Economico-Finanzia-

ri Regionali del Ministero della Salute<sup>2</sup>. I dati relativi alle voci di stato patrimoniale, per gli anni 2015-2018, sono stati estratti dal portale Open BDAP della Ragioneria Generale dello Stato<sup>3</sup>, invece per gli anni 2019-2020, dall'archivio Banca Dati Economico-Finanziari Regionali del Ministero della Salute<sup>4</sup>, specificamente dal prospetto di Stato Patrimoniale al codice AAA410 "A.II.4) "Attrezzature sanitarie e scientifiche" a livello di consolidato regionale. I dati relativi al numero di strutture private accreditate sono stati estratti da Open Data – Ministero della salute<sup>5</sup>. Infine, i dati relativi al tasso di ospedalizzazione e alla degenza media sono stati estratti dal database Health for All dell'ISTAT<sup>6</sup>, e i dati relativi al PIL procapite dal sito dell'ISTAT<sup>7</sup>. Per ogni regione e provincia autonoma, per tutti gli anni di riferimento, è stato calcolato il totale ricavi della mobilità attiva interregionale, che è dato dalla seguente somma algebrica:

$$AA0450 - AA0600 - AA0601 + AA0610; \quad (1)$$

<sup>2</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto).

<sup>3</sup> <https://openbdap.rgs.mef.gov.it/>: per il 2015 2015 – Modello di rilevazione dello Stato Patrimoniale degli enti del SSN | Informazioni aggiuntive (mef.gov.it); per il 2016 2016 – Modello di rilevazione dello Stato Patrimoniale degli enti del SSN | Informazioni aggiuntive (mef.gov.it); per il 2017 2017 – Modello di rilevazione dello Stato Patrimoniale degli enti del SSN (mef.gov.it); per il 2018 2018 – Modello di rilevazione dello Stato Patrimoniale degli enti del SSN | Informazioni aggiuntive (mef.gov.it).

<sup>4</sup> Disponibili al link: Archivio banca dati economico-finanziari regionali (salute.gov.it).

<sup>5</sup> Disponibili ai seguenti link: per il quinquennio 2015-2019 Open Data – Dati – Posti letto per struttura ospedaliera dal 2010 al 2019 (salute.gov.it); per il 2020 Open Data – Dati – Posti letto per struttura ospedaliera 2020 (salute.gov.it).

<sup>6</sup> <https://www.istat.it/it/archivio/14562>.

<sup>7</sup> <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=11483>.

**Tab. 1** – Descrizione delle voci di Conto economico di cui alla formula (1)

Codice voce CE	Descrizione
AA0450	A.4.A.3 Ricavi per prestaz. sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione
AA0600	A.4.A.3.16) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria – Mobilità attiva Internazionale
AA0601	A.4.A.3.17) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria – Mobilità attiva Internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS.
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)

Il dataset utilizzato per il modello empirico testato sulle regioni *best performer* è un panel data, costruito sui valori che le variabili descritte nella Tab. 2 hanno assunto nel periodo temporale di analisi. I dati panel si configurano come serie temporali ripetute sulle stesse osservazioni. In questo studio il modello utilizzato è quello a effetti fissi il quale incorpora l'eterogeneità tra le diverse entità e controlla quindi le variabili omesse. In generale è possibile rappresentare il modello a effetti fissi con la seguente equazione (Stock Watson, 2020):

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it} + \beta_2 Z_i + u_{it}$$

dove  $Z_i$  è una variabile non osservabile che varia tra le entità ma rimane costante nel tempo. Data questa caratteristica, il modello può anche essere scritto a  $n$  intercette, una per ogni entità. In particolare, ponendo

$$\alpha_{it} = \beta_0 + \beta_2 + Z_i$$

il modello diventa:

$$Y_{it} = \beta_1 X_{it} + \alpha_{it} + u_{it}$$

Nel nostro modello la variabile dipendente ( $Y$ ) è rappresentata dai ricavi

per mobilità attiva, mentre le variabili indipendenti ( $X$ ) sono rappresentate dagli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche rilevate nello stato patrimoniale e dal numero di strutture private accreditate a livello regionale, mentre le variabili di controllo sono il tasso di ospedalizzazione, la degenza media e il PIL procapite. Tutte le variabili sono descritte nella Tab. 2.

Per quanto riguarda la  $Y$  (ricavi per mobilità attiva) è stato preso in considerazione il logaritmo dei ricavi, in quanto la trasformazione logaritmica riduce la distanza tra la modalità minima e quella massima, il che rende più simmetrica la distribuzione della variabile avvicinando i valori estremi a quelli centrali. In questo senso, il modello risulta essere:

$$\ln(Y_{it}) = \alpha_i + \beta_1 \text{Numero di strutture private} + \beta_2 \text{Attrezzature sanitarie e scientifiche} + \beta_2 W_{it} + u_{it}$$

dove è invece il vettore delle variabili di controllo.

La scelta delle variabili indipendenti è stata fatta sulla base della letteratura empirica. La dotazione di attrezzature e tecnologia è considerato un driver importante del fenomeno indaga-

**Tab. 2** – Descrizione delle variabili del modello di regressione

Variabili	Definizione
RICAVI PER MOBILITÀ ATTIVA INTERREGIONALE	Ricavi per prestazioni erogate a cittadini non residenti
ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	Costo pluriennale rilevato dallo Stato Patrimoniale
NUMERO DI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	Numero di strutture accreditate
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	Rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data regione e la complessiva popolazione ivi residente
Degenza Media	Rapporto fra numero di giornate di degenza erogate a un determinato insieme di pazienti e numero dei pazienti stessi.
Pil Pro-Capite	Rapporto tra il valore del PIL del Paese nel periodo considerato e il suo numero di abitanti

to: Balia *et al.* (2018) forniscono evidenza dell'impatto determinante che questo fattore produce sui deflussi sanitari regionali. Finocchiaro *et al.* (2014) forniscono evidenza della correlazione tra meccanismi di finanziamento e investimenti in attrezzature mediche, e Bokhari (2009) tra la diffusione della tecnologia sanitaria e la quota di mercato delle aziende sanitarie. Berta *et al.* (2016) utilizzano una proxy della dotazione di tecnologie avanzate nei modelli con cui stimano la scelta ospedaliera del paziente. Le strutture private accreditate sono osservate come variabile esplicativa del fenomeno indagato in diversi studi. La ricerca di Brenna e Spandonaro (2015), condotta da una prospettiva istituzionale, normativa ed empirica su un campione di cinque regioni con il saldo di mobilità positivo più elevato è indirizzata a testare le preferenze dei pazienti per i fornitori accreditati privati/pubblici. Gli autori forniscono evidenze che gli

ospedali privati accreditati sono percepiti come più attrattivi rispetto agli ospedali pubblici. Questo risultato è stato confermato anche da studi successivi condotti da Bisceglia *et al.* (2018), Berta *et al.* (2016, 2021). E ancora Balia *et al.* (2018) testano l'ipotesi di un aumento degli afflussi extraregione all'aumentare dei fornitori privati. Anche gli studi di Fattore *et al.* (2014) e Balia *et al.* (2020), muovono dall'assunto che gli ospedali privati dispongono di incentivi strategici ad attrarre pazienti extraregionali. Le variabili di controllo utilizzate in questa sede sono state impiegate nei seguenti studi: il PIL pro-capite da Berg *et al.* (2024) e Lloyd *et al.* (2024); il tasso di ospedalizzazione da Ricketts *et al.* (2001); la degenza media da Arena *et al.* (2024).

## 5. Risultati dell'analisi statistica

I risultati dell'analisi statistica sono rappresentati nella Tab. 3, in cui è riportato, per ciascun anno analizzato

**Tab. 3** – Totale ricavi mobilità attiva interregionale delle regioni e delle province autonome, anni 2015-2020

Regioni/Province autonome	Totale ricavi mobilità attiva interregionale (in €)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	193.946,00	221.641,00	208.089.000,00	215.458.000,00	225.341.324,93	250.240.938,21
Valle d'Aosta	15.177,00	11.338,00	11.891.000,00	12.032.000,00	13.577.253,00	14.530.404,00
Lombardia	934.198,00	877.194,00	979.266.000,00	1.136.977.000,00	1.149.588.890,00	1.123.836.945,00
PA di Bolzano	27.344,00	28.729,00	28.000.000,00	31.436.000,00	30.637.957,78	29.576.257,72
PA di Trento	49.922,00	46.801,00	56.614.000,00	61.119.000,00	70.637.885,79	69.041.051,53
Veneto	339.063,00	327.464,00	369.850.000,00	407.482.000,00	418.549.759,24	418.797.817,99
Friuli V. Giulia	100.566,00	100.189,00	94.463.000,00	91.109.000,00	94.841.396,83	94.415.014,25
Liguria	150.088,00	149.889,00	152.596.000,00	149.033.000,00	145.743.004,00	155.703.389,00
Emilia-Romagna	608.704,00	582.031,00	599.041.000,00	603.647.000,00	596.313.581,52	529.038.782,30
Toscana	333.119,00	314.733,00	349.777.000,00	359.420.000,00	347.444.163,00	349.951.790,00
Umbria	106.214,00	106.269,00	118.865.000,00	116.706.000,00	96.401.721,00	88.664.552,86
Marche	123.644,00	114.675,00	100.479.000,00	114.831.000,00	132.989.353,72	138.840.178,88
Lazio	281.168,00	294.585,00	309.318.000,00	372.239.801,46	360.095.289,37	367.240.972,28
Abruzzo	97.920,00	100.013,00	106.568.000,00	116.982.057,44	118.541.895,16	101.242.041,08
Molise	90.375,00	86.942,00	95.049.000,00	101.733.847,75	96.411.434,00	104.501.917,86
Campania	150.348,00	118.127,00	158.011.000,00	169.376.100,55	150.055.587,73	135.748.068,82
Puglia	129.753,00	116.659,00	144.443.000,00	160.259.000,00	134.467.983,19	126.060.264,00
Basilicata	72.060,00	69.356,00	94.880.000,00	68.950.000,00	54.635.577,22	61.630.922,38
Calabria	23.947,00	26.192,00	28.954.000,00	26.333.358,89	23.235.560,27	20.222.363,82
Sicilia	59.666,00	60.536,00	57.324.000,00	59.897.559,76	60.697.206,06	50.414.362,35
Sardegna	630,00	18.339,00	16.246.000,00	20.438.611,00	20.808.588,36	19.466.075,65

Fonte: Elaborazione propria su dati da: Archivio banca dati economico-finanziari regionali (salute.gov.it).

e per tutti i Servizi Sanitari Regionali, il totale dei ricavi della mobilità extra-regionale.

Nella Tab. 4 vengono riportate, per ciascun anno analizzato, le prime cinque regioni italiane con il totale ricavi mobilità extraregionale più alto.

Dall'analisi riportata nella Tab. 5 emerge che, tra il 2015 e il 2020, la regione con il valore medio più alto del totale ricavi mobilità interregionale è la Lombardia, seguono l'Emilia-Romagna e il Veneto. La Toscana, e il Lazio si alternano nella quarta e quinta posizione. Allo scopo di rap-

presentare graficamente il posizionamento delle regioni/province autonome italiane in base ai posti letto disponibili e ai ricavi della mobilità è stato costruito un grafico a bolle (con riferimento al periodo analizzato). È stata calcolata per ogni regione/provincia autonoma, per gli anni 2015-2020, la media dei posti letto e del totale dei ricavi della mobilità attiva interregionale e del totale valore della produzione (riportati nella Tab. 5).

Nell'impostare il grafico si inseriscono:

**Tab.4** – Regioni con il valore del totale ricavi mobilità attiva interregionale più alto

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Lombardia	Lombardia	Lombardia	Lombardia	Lombardia	Lombardia
	934.198	877.194	979.266.000	1.136.977.000	1.149.588.890	1.123.836.945
2	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna
	608.704	582.031	599.041.000	603.647.000	596.313.582	529.038.782
3	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto
	339.063	327.464	369.850.000	407.482.000	418.549.759	418.797.818
4	Toscana	Toscana	Toscana	Lazio	Lazio	Lazio
	333.119	314.733	349.777.000	372.239.801	360.095.289	367.240.972
5	Lazio	Lazio	Lazio	Toscana	Toscana	Toscana
	281.168	294.585	309.318.000	359.420.000	347.444.163	349.951.790

Fonte: Elaborazione propria su dati da: Archivio banca dati economico-finanziari regionali (salute.gov.it).

**Tab. 5** – Valori medi 2015-2020 ricavi per mobilità e posti letto delle regioni best performers

Regione	Media Ricavi Mobilità Attiva Interregionale 2015-2020 (In €)	Media Posti Letto 2015-2020
Lombardia	731.913.371,17	37.999,17
Veneto	269.224.350,71	17.536,67
Emilia-Romagna	388.205.183,14	17.371,67
Toscana	234.540.134,17	12.142,33
Lazio	220.030.363,22	20.906,67

**Tab. 6** – Valori medi 2015-2020 sulle regioni best performer

Media regionale dei ricavi	332.306.257,35
Media regionale dei posti letto	20.467,31

- come variabile dipendente (Y) la media del totale dei ricavi della mobilità attiva interregionale 2015-2020;
- come variabile indipendente (X) la media dei posti letto 2015-2020;
- come dimensione delle bolle la media del totale valore della produzione 2015-2020.

L'area della bolla viene ridimensionata al 50% per una questione di grafica.

Il grafico a bolle (Fig. 2) è suddiviso in quattro quadranti. Sull'asse delle ascisse sono indicati i posti letto: alti o bassi rispetto al valore medio (10.083.06); sull'asse delle ordinate sono indicati i ricavi di mobilità attiva: alti o bassi rispetto al valore medio (€ 133.045.281,06). I parametri che determinano il diverso posizionamento sono pertanto i valori medi 2015-2020 di ogni regione rispetto alla media dei ricavi mobilità attiva interregionale 2015-2020 e alla media dei

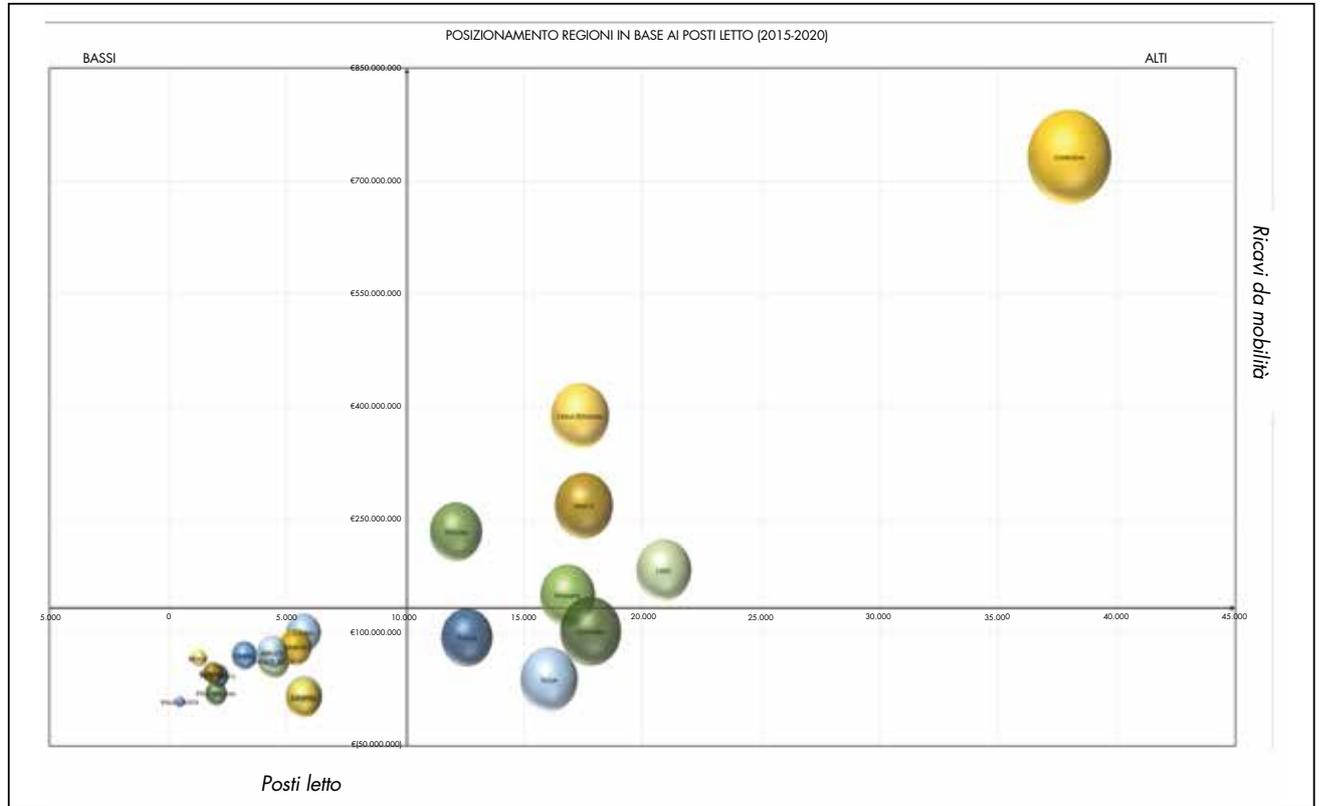
**Tab. 7** – Valori medi 2015-2020 ricavi per mobilità e posti letti del campione (tutte le regioni e le province autonome)

Regione	Media Ricavi Mobilità Attiva Interregionale 2015-2020 (In €)	Media Totale Valore Della Produzione (A) (In €)	Media Posti Letto 2015-2020
Piemonte	149.924.141,69	6.110.827.019,06	16.847,33
Valle d'Aosta	8.676.195,33	200.182.575,00	500,17
Lombardia	731.913.371,17	14.188.661.140,50	37.999,17
PA di Bolzano	19.951.048,08	930.776.583,15	2.029,00
PA di Trento	42.918.110,05	894.495.574,41	2.104,83
Veneto	269.224.350,71	6.864.650.462,54	17.536,67
Friuli V. Giulia	62.504.861,01	1.841.039.760,30	4.466,67
Liguria	100.562.561,67	2.374.715.842,50	5.724,00
Emilia-Romagna	388.205.183,14	6.742.425.379,17	17.371,67
Toscana	234.540.134,17	5.489.073.072,83	12.142,33
Umbria	70.141.626,14	1.285.068.818,18	3.218,83
Marche	81.229.641,93	2.146.211.244,65	5.370,17
Lazio	183.358.636,02	6.056.335.739,25	20.906,67
Abruzzo	73.921.987,78	1.847.496.838,12	4.393,33
Molise	66.312.252,77	488.085.388,86	1.291,33
Campania	102.243.205,35	7.536.469.070,51	17.822,67
Puglia	94.246.109,87	5.357.698.809,41	12.602,50
Basilicata	46.706.319,27	815.391.682,95	1.899,50
Calabria	16.465.903,66	2.608.149.150,20	5.737,00
Sicilia	38.075.555,03	6.578.268.930,68	16.068,00
Sardegna	12.829.707,34	2.334.554.790,38	5.712,50
<b>valori medi</b>	<b>133.045.281,06</b>	<b>3.937.646.565,36</b>	<b>10.083,06</b>

posti letto 2015-2020 di tutte le regioni e le province autonome (riportati nella Tab. 7).

Nel primo quadrante (in alto a destra) si posizionano le regioni e le province autonome con i ricavi medi da mobilità più alti e il numero medio dei posti letto più elevato. Nel secondo quadrante (in alto a sinistra) si posizionano le regioni e le province autonome con i ricavi medi da mobilità più alti e il numero medio di posti letto più basso. Nel terzo quadrante

(in basso a sinistra) si collocano le regioni e le province autonome con i ricavi medi da mobilità più bassi e il numero medio di posti letto più basso. Infine, nel quarto quadrante (in basso a destra) si posizionano le regioni e le province autonome con ricavi medi da mobilità più bassi e il numero medio di posti letto più alto. La regione con il posizionamento migliore, caratterizzato da ricavi e posti letto elevati, è la Lombardia, seguita da altre regioni come l'Emi-

**Fig. 2**

Posizionamento regioni e province autonome per ricavi da mobilità extraregionale e posti letto in media fra il 2015-2020

lia-Romagna, il Veneto, il Lazio, la Toscana e il Piemonte.

Al contrario, le regioni e le province autonome con un posizionamento peggiore, caratterizzato da ricavi e posti letto bassi, sono: la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata, la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano, l'Umbria, l'Abruzzo, il Friuli V. Giulia, le Marche, la Liguria, la Calabria e la Sardegna. Infine, le regioni con un elevato numero di posti letto e ricavi bassi sono la Puglia, la Campania e la Sicilia. Dall'analisi del grafico a bolle emerge ancora che le regioni che si trovano nel terzo quadrante (in basso a sinistra) sono le regioni che presentano una dimensione della "bolla" più piccola, a indicare che registrano rispetto al campione di riferimento anche i

dati medi più bassi del "valore della produzione".

L'analisi statistica ha fornito l'output per la fase successiva della ricerca, ossia la stima del modello empirico sulle regioni *best performer*.

## 6. Risultati dell'analisi econometrica

L'analisi di regressione è stata effettuata sulle regioni individuate come *best performer* dall'analisi statistica, ossia: la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Veneto, il Lazio, la Toscana. Dalla matrice di correlazione si evince che non esistono problemi di collinearità. Infatti l'analisi della Tab. 8, che riporta la matrice di correlazione, consente di escludere problemi di multicollinearità, in quanto il coefficiente di correla-

**Tab. 8** – Matrice di correlazione

Variabili	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) logricavi	1.000					
(2) Numero di strutture private	0.194	1.000				
(3) Attrezzature sanitarie e scientifiche	0.271	0.178	1.000			
(4) PIL-procapite	0.239	0.387	0.375	1.000		
(5) Degenza media	0.163	0.449	0.274	0.761	1.000	
(6) Tasso di ospedalizzazione	0.133	0.421	0.445	0.828	0.756	1.000

**Tab. 9** – Risultati della regressione

logricavi	Coef.	St. Err.	t-value	p-value	[95% Conf	Interval]	Sig
Numero di strutture private	.161	.047	3.39	.001	.068	.254	***
Attrezzature sanitarie e scientifiche	0	0	5.96	0	0	0	***
PIL-procapite	0	0	5.02	0	0	0	***
Degenza media	.02	.07	0.29	.772	-.117	.158	
Tasso di ospedalizzazione	-.025	.005	-4.81	0	-.036	-.015	***
Constant	11.575	.457	25.33	0	10.679	12.47	***
Mean dependent var	13.546	SD dependent var		3.864			
Overall r-squared	0.145	Number of obs		559			
Chi-square	93.564	Prob > chi2		0.000			
R-squared within	0.107	R-squared between		0.526			

\*\*\* p<.01, \*\* p<.05, \* p<.1

zione più elevato, registrato tra tasso di ospedalizzazione e PIL procapite, è pari a 0.828. A tal proposito, come sottolineato da Farrar e Glauber (1967), si registrano problemi di multicollinearità solo in presenza di valori che eccedono  $\pm 0.9$ . Pertanto è supportata l'osservazione dell'assenza di problemi di multicollinearità nell'interpretazione dei risultati.

I risultati dell'analisi di regressione (Tab. 9) mettono in evidenza una relazione positiva e significativa con il numero di strutture private, mentre

non esiste associazione con gli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche. Specificamente il numero di strutture private presenta una correlazione positiva moderata con i ricavi della mobilità sanitaria (0,194), suggerendo un'associazione potenzialmente rilevante, mentre le attrezzature sanitarie mostrano una correlazione più bassa (0,271). La degenza media e il tasso di ospedalizzazione presentano correlazioni relativamente elevate con il PIL pro capite (0,761 e 0,828, rispettivamente), evidenziando un'as-

sociazione tra benessere economico e indicatori di utilizzo del sistema sanitario. La Tab. 9 mostra i risultati della regressione sui ricavi della mobilità sanitaria interregionale, evidenziando come solo il numero di strutture private accreditate abbia un effetto positivo e significativo. In particolare, un aumento di un'unità nel numero di strutture è associato a una crescita di 0,161 unità logaritmiche nei ricavi ( $p < 0,01$ ), suggerendo che una maggiore offerta di strutture private attragga più pazienti extraregionali. Al contrario, gli investimenti in attrezzature sanitarie e il PIL pro capite, pur essendo statisticamente significativi, non mostrano impatti misurabili. Anche il tasso di ospedalizzazione risulta significativo ( $p < 0,01$ ) ma con un coefficiente negativo (-0,025), indicando una relazione inversa con i ricavi. Il modello complessivo ha un  $R^2$  del 14,5%, che indica una capacità esplicativa limitata, anche se il 52,6% della variabilità tra le regioni è spiegato. La chi-square test conferma la significatività statistica del modello ( $p < 0,001$ ), pur evidenziando una capacità predittiva moderata.

Evidentemente l'analisi empirica non ha supportato l' $H1$ , nello specifico gli investimenti in attrezzature sanitarie e scientifiche, tenendo costanti le altre variabili, non risultano essere associati né a incrementi né a decrementi del valore dei ricavi da mobilità sanitaria extraregionale. L'analisi supporta invece l'ipotesi  $H2$ , ossia che le regioni che hanno accreditato un numero più elevato di strutture sanitarie private hanno contabilizzato un valore di ricavi da mobilità sanitaria extraregionale più elevato con riferimento al periodo di tempo analizzato, ossia 2015-2020. In particolare, a un aumento di un'uni-

tà della variabile numero di strutture private, tenendo costante il valore delle altre variabili, è associato un aumento dei ricavi mobilità attiva extraregionale di circa 0,161. Tale risultato è in linea con la letteratura economica empirica post decentramento sanitario.

## 7. Discussione e conclusioni

Il contributo esplora il comportamento strategico delle regioni per attrarre pazienti extraregionali. Lo strumento di ricerca utilizzato a tale scopo è una stima econometrica sulle regioni con i ricavi da mobilità sanitaria attiva più alti nel periodo 2015-2020, c.d. regioni best performer). Le regioni best performer sono state individuate attraverso un'analisi statistica propeudeutica. La regione che registra il migliore posizionamento, caratterizzato da elevati ricavi rispetto ai posti letto, è la Lombardia, seguono l'Emilia-Romagna, il Veneto, il Lazio, la Toscana. Allo stesso risultato giungono Messina *et al.* (2008), i quali attraverso il nomogramma di Gandy, forniscono evidenze che la Lombardia è la regione che attrae il maggior numero di pazienti, attribuendo alla percezione da parte dei pazienti della qualità e dell'organizzazione dei servizi la principale motivazione della scelta delle strutture di questa regione.

L'analisi dei dati del panel sulle regioni best performer ci ha successivamente permesso di osservare un'associazione fra comportamento strategico delle regioni e ricavi da mobilità sanitaria attiva. I coefficienti derivati dall'analisi di regressione multipla hanno permesso di identificare una associazione diretta (coefficiente positivo) tra i risultati e la variabile indipendente numero di strutture private ( $H1$ ),

mentre non è stata trovata l'associazione con gli investimenti in attrezzature scientifiche e sanitarie (H2). Con riferimento alla H1 l'analisi ha fornito evidenza che aumentando il numero strutture private i ricavi da mobilità sanitaria extraregionale aumentano.

I risultati di questo studio sono coerenti con quelli di Brenna e Spandonaro (2015), i quali evidenziano un fenomeno di "induzione" da parte dei fornitori privati accreditati, ossia la capacità di attrarre pazienti, anche grazie a strategie di marketing, incentivati dalle politiche regionali di copertura finanziaria dei ricoveri ospedalieri. Nello specifico Brenna e Spandonaro (2015) indagano se le norme regionali che regolano la copertura finanziaria dei ricoveri ospedalieri possano essere state utilizzate come incentivo per i fornitori privati al fine di attrarre pazienti da altre regioni. Gli autori considerano la decisione del paziente di trasferirsi in un'altra regione sia come manifestazione della sua insoddisfazione nei confronti dell'offerta sanitaria locale, sia come risultato di iniziative di marketing di successo da parte di fornitori privati nella regione di destinazione. Pertanto, considerano l'accreditamento, e in particolare le norme che vigilano sugli accordi finanziari tra autorità regionali e fornitori di cure sanitarie, come un possibile fattore determinante per la mobilità nel SSN italiano. Essi individuano come una possibile causa di tale risultato gli accordi contrattuali che le ASL e le regioni stipulano con i fornitori privati attraverso i quali individuano il numero massimo di ricoveri (tetti) per i soli pazienti residenti, escludendo contestualmente da ogni tipo di restrizione i pazienti extraregionali. In generale, con riferimento a tutte le

regioni del campione, gli autori confermano il maggior potere di attrazione esercitato dagli ospedali privati. In tale direzione anche gli studi di Berta *et al.* (2021) che esplorano il comportamento degli ospedali lombardi nell'attrarre pazienti da fuori regione, e osservano che il sistema di finanziamento crea distorsioni nella concorrenza tra operatori sanitari e incentivi per attrarre pazienti extraregionali e fornisce un forte incentivo soprattutto per i fornitori privati. In particolare gli autori ipotizzano che le strutture private abbiano una capacità produttiva in grado soddisfare una domanda extraregionale e forniscono evidenza degli investimenti per attrarre tale domanda: ciò implica che è più probabile che un non residente venga ricoverato in un ospedale privato rispetto a uno pubblico. I risultati di questo studio sono altresì congruenti anche con Balia *et al.* (2020) che forniscono evidenze, con riferimento a una specifica patologia, che la quota di ricoveri negli ospedali privati accreditati è più elevata negli ospedali più distanti, e che gli ospedali privati accreditati hanno una maggiore probabilità di essere scelti se ubicati nelle regioni del centro-nord.

Le conclusioni di questa analisi possono essere interpretate anche alla luce della teoria di Borgonovi e Brovotto (1994), in base alla quale la carenza di risorse nei sistemi sanitari pubblici ha portato a una maggiore attenzione alle logiche di mercato anche a livello istituzionale. Gli autori, infatti, sostengono che la necessità di migliorare la relazione tra i bisogni, che crescono rapidamente, e le risorse disponibili, che crescono più lentamente, ha enfatizzato il ruolo del "mercato", considerato più efficiente nell'individuazione

delle priorità e dei fornitori di assistenza sanitaria. La correlazione fra mobilità attiva e strutture sanitarie private accreditate, mediata da strategie di attrazione sanitaria regionale, a cui giunge questo studio, si inserisce in questo framework, che attribuisce al “mercato” questa capacità di intercettare in misura maggiore, rispetto al settore pubblico, la domanda di prestazioni sanitarie, in questo caso extra-regionali.

Questo studio potrebbe risentire dei seguenti limiti: dai dati non è stato possibile sottrarre la quota dei cosiddetti “migranti fisiologici”, che genera la cosiddetta mobilità fisiologica” (ossia coloro che si curano in una regione diversa da quella di residenza per situazioni contingenti come vacanze, studenti universitari fuori sede, pendolari ecc.), sebbene siano numeri limitati che potrebbero non influenzare in modo significativo la stima; la presenza di fattori “geografici” (strade, zone “di confine”, isole ecc.) che incidono sulla libertà di movimento; i dati non sono ponderati per impatto economico o per severità (l’analisi non tiene conto se i ricavi maggiori sono generati da prestazioni più complesse, in quanto queste informazioni non sono desumibili dal bilancio ma soltanto dalle SDO); i dati del 2020 potrebbero risentire degli effetti della pandemia da covid-19.

Questo studio contribuisce a fornire letteratura empirica sull’associazione fra mobilità sanitaria e strategie regionali attraverso variabili di natura con-

tabile, e ha importanti implicazioni di policy. In accordo con Balia *et al.* (2018) la fuga sanitaria verso le regioni più performanti, nel nostro caso il centro-nord Italia, contribuisce, almeno in parte, alla persistenza dei differenziali di qualità. I risultati potrebbero avere importanti implicazioni di policy anche per le regioni che hanno saldi netti di mobilità passivi, per intraprendere azioni finalizzate a ridurre la fuga sanitaria. Infatti, in accordo con Guarducci *et al.* (2023), si osserva che il tema trattato ha importanti implicazioni non soltanto a livello aziendale, ma anche a livello economico e sociale. La mobilità sanitaria impatta negativamente sul “profilo sociale e sulla qualità dei sistemi sanitari delle regioni di fuga, in quanto fonte di iniquità, poiché incide in modo rilevante sui bilanci familiari ed è di conseguenza accessibile solo ai cittadini più abbienti, nonostante sia qualificabile come “fattore perequativo che produce un effetto compensativo delle diseguaglianze e accresce, in siffatto modo, la tutela complessiva del diritto alla salute” (Giglio *et al.*, 2022).

In conclusione, alla luce di quanto osservato si potrebbero individuare future direttrici di ricerca tese ad analizzare il comportamento strategico delle regioni, che registrano sistematicamente saldi netti passivi, e altre tese a verificare se l’emergenza pandemica da covid-19 ha avuto effetti sul comportamento strategico delle regioni rispetto al fenomeno indagato.

# BIBLIOGRAFIA

- Arena G., Cumming C., Lizama N. *et al.* (2024). Hospital length of stay and readmission after elective surgery: a comparison of current and former smokers with non-smokers. *BMC Health Serv Res*, 24, 8. DOI: 10.1186/s12913-024-10566-3.
- Balia S., Brau R., & Marrocu E. (2018). Interregional patient mobility in a decentralized health-care system. *Regional Studies*, 52(3): 388-402.
- Balzano G., Guarneri G., Pecorelli N., Partelli S., Crippa S., Vico A., ... & Baglio G. (2023). Geographical Disparities and Patients' Mobility: A Plea for Regionalization of Pancreatic Surgery in Italy. *Cancers*, 15(9), 2429.
- Berg K.A., Curtis C.C., Mark N.C. (2024). GDP and temperature: Evidence on cross-country response heterogeneity. *European Economic Review*, 169, 104833
- Berta P., Guerriero C., & Levaggi R. (2021). Hospitals' strategic behaviours and patient mobility: Evidence from Italy. *Socio-Economic Planning Sciences*, 77, 101030.
- Berta P., Martini G., Moscone F., & Vittadini G. (2016). The association between asymmetric information, hospital competition and quality of healthcare: evidence from Italy. *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society*, 179(4): 907-926.
- Bisceglia M., Cellini, R., & Grilli, L. (2018). Regional regulators in health care service under quality competition: A game theoretical model. *Health economics*, 27(11): 1821-1842.
- Bokhari F. A. (2009). Managed Care Competition and the Adoption of Hospital Technology: The Case of Cardiac Catheterization. *International Journal of Industrial Organization*, 27(2): 223-237.
- Borgonovi E., & Brovetto P. R. (1994). Management challenges and markets. *The International Journal of Health Planning and Management*, 9(1): 25-38.
- Bottari C. (2001). Il diritto alla tutela della salute. In P. Ridola, R. Nania (a cura di), *I diritti costituzionali*, II. Torino,
- Boyne G. A., & Walker R. M. (2010). Strategic management and public service performance: The way ahead. *Public administration review*, 70: s185-s192.
- Boyne G. A. (2002). Public and Private Management: What's the Difference?. *Journal of Management Studies*, 39(1): 97-122.
- Brekke K. R., Cellini R., Siciliani L., & Straume O. R. (2012). Competition in regulated markets with sluggish beliefs about quality. *Journal of Economics & Management Strategy*, 21(1): 131-178.
- Brekke K. R., Levaggi R., Siciliani L., & Straume O. R. (2014). Patient mobility, health care quality and welfare. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 105: 140-157.
- Brenna E., & Spandonaro F. (2015). Regional incentives and patient cross-border mobility: evidence from the Italian experience. *International journal of health policy and management*, 4(6), 363.
- Bruzzi S. (2012). *Health care regionalisation and patient mobility: the challenges for a sustainable Italian Health Service*. Jean Monnet Interregional Centre of Excellence, University of Pavia.
- Ceffà C.B. (2022). La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?. *Corti supreme e salute*, 3.
- Cepiku D., Spandonaro F., & Marchese B. (2019). *La mobilità transfrontaliera dei pazienti: un'analisi del fenomeno in Italia*, pp. 61-82.
- Ciarrapico A. M., Cosci S., & Mirra L. (2023). Social capital and patients' mobility in Italy. *Regional Studies*, 57(5): 907-919.
- Collicelli C. (2012). La mobilità sanitaria come problema sociale. *Monitor Agenas*, 29(9): 19-23.
- Del Bufalo P. (2012). Mobility. Maxi deficit in the South. *Il Sole 24 Ore Sanità*, pp. 13-19.11.2012.
- Ellwood S. & Newberry S. (2007). Public sector accrual accounting: institutionalising neo-liberal principles?. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20(4)
- Evangelista V. (2016). *La mobilità sanitaria intra-regionale: il ruolo della prossimità geografica nel sistema sanitario abruzzese. Semestrare di studi e ricerche di geografia*, (2).
- Farrar D.E., & Glauber R.R. (1967). Multicollinearity in regression analysis: the problem revisited. *The Review of Economic and Statistics*, 49(1).
- Fattore G., Petrarca G., Torbica A. (2014). Travel-

- ing for care: inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy. *Health Pol*, 117(1).
- Fattore G. (2010). Traveling for care: Inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy. *Health Policy*, 117.
- Ferrari A., Seghieri C., Giannini A., Mannella P., Simoncini T., & Vainieri M. (2023). Driving time drives the hospital choice: choice models for pelvic organ prolapse surgery in Italy. *The European Journal of Health Economics*, pp. 1-12.
- Ferré F., de Belvis A. G., Valeria L., Longhi S., Lazari A., Fattore G., ... & Maresso A. (2014). Italy: health system review. *Health systems in transition*, 16.
- Finocchiaro Castro M., Guccio C., Pignataro G., & Rizzo I. (2014). The effects of reimbursement mechanisms on medical technology diffusion in the hospital sector in the Italian NHS. *Health Policy*, 115: 215-29.
- France G., & Taroni F. (2005). The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2): 169-188.
- Giglio A.Q. L., Ivaldi G., Mancini A. L., & Messina G. (2022). La sanità italiana all'appuntamento con la pandemia: debolezze strutturali e prospettive di riforma. *Politica economica*, 38(1): 91-152.
- Gili Borghet A. (1998). La migrazione sanitaria. Il Piemonte: una regione che esporta i suoi malati. In Palagiano G., De Santis G., Castagnoli D., Evangelista V. (1998). *La mobilità sanitaria intra-regionale*, 147: 213-226.
- Guarducci G., Messina G., Carbone S., & Nante N. (2023). *Identifying the Drivers of Inter-Regional Patients' Migration: An analysis on Hospital Beds Endowment*.
- Kaissi A. A., & Begun J. W. (2008). Strategic planning processes and hospital financial performance. *Journal of Healthcare Management*, 53(3): 197-208.
- Levaggi R., & Menoncin F. (2013). Soft budget constraints in health care: evidence from Italy. *The European Journal of Health Economics*, 14: 725-737.
- Mafrolla E., D'Amico E. (2013). Patients' mobility as an indicator for (in)efficiency: a panel data analysis on Italian health care authorities. *Health Economics Review*, 3(3). DOI: 10.1186/2191-1991-3-3.
- Lloyd S., Manuel E. & Panchev K. (2024). Foreign Vulnerabilities, Domestic Risks: The Global Drivers of GDP-at-Risk. *IMF Econ Rev*, 72: 335-392. DOI: 10.1057/s41308-023-00199-7.
- Martini G., Levaggi R., & Spinelli D. (2022). Is there a bias in patient choices for hospital care? Evidence from three Italian regional health systems. *Health Policy*, 126(7): 668-679.
- Messina G., Vighiani N., Lispi L., & Nante N. (2008). Patient migration among the Italian regions in 2003. *Italian Journal of Public Health*, 5(1).
- Meyer J.W. (1983). Centralization of funding and control in educational governance, Organizational Environments. *Ritual and Rationality*, 179-197
- Miles R. E., and Snow C. C. (1978). *Organizational Strategy, Structure, and Process*. New York: McGraw-Hill.
- Miller P., & Power M. (2013). Accounting, organizing, and economizing: Connecting accounting research and organization theory. *The academy of management annals*, 7(1): 557-605.
- Nante N., Messina G., Lispi L., Serafini A., Prisco G., & Moirano F. (2016). Mobility trends of Patients across Italian Regions: Implications for planning and evaluation of hospital services. *Ann. Ig*, 28: 328-338.
- Nante N., Messina G., Prisco G., Bedogni C., & Moirano F. (2017). Valutazione delle policy ospedaliere italiane attraverso lo studio della mobilità dei pazienti. *Organizzazione Sanitaria*, 2: 3-16.
- Neri S. (2015). Interregional patient mobility in the Italian NHS: A case of badly-managed decentralization: comment on "Regional Incentives and patient cross-border mobility: evidence from the Italian experience". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), 857.
- Ohbet C. (2021). How do performance gaps shape managerial strategy? The role of sector-differences in U.S. nursing homes. *International Public Management Journal*, 24(6): 846-864.
- Perna R., Cruz-Martínez G., & Fuentes F. J. M. (2022). Patient mobility within national borders. Drivers and politics of cross-border healthcare agreements in the Spanish decentralized system. *Health Policy*, 126(11): 1187-1193.
- Perry J. L., and Rainey H. G. (1988). The Public-Private Distinction in Organization Theory: A Critique and Research Agenda. *Academy of Management Review*, 13(2): 182-201.
- Pisani D. A. (2022). Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze. *Corti supreme e salute*, 3.
- Pitino A. (2013). La mobilità sanitaria. In R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di). *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, p. 363.
- Posteraro N. (2018). La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera. *Il diritto dell'economia*, 97(3): 851-880.
- Puntillo P. (2017). Nuove prospettive di accountability del bilancio dello Stato. Un'analisi critica. *Economia Aziendale Online*, 8(2): 101-118.

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 marzo 2023. -- Disponibile a: [www.gimbe.org/mobilita2020](http://www.gimbe.org/mobilita2020).

Ricci A., Barzan E., & Longo F. (2021). How to identify the drivers of patient inter-regional mobility in Beveridgean systems? Critical review and assessment matrix for policy design & managerial interventions. *Health Services Management Research*, 34(4): 258-268.

Ricketts T.C., Randolph R., Howard H.A., Pathman D., Carey T. (2001). *Hospitalization rates as indicators of access to primary care*, 7.

Ring P. S., and Perry J. L. (1985). Strategic Management in Public and Private Organizations: Implications of Distinctive Contexts and Constraints. *Academy of Management Review*, 10(2): 276-86.

Scott W. R. (2008). Approaching adulthood: the

maturing of institutional theory. *Theory and Society*, 37: 427-442.

Ugolini C., & Fabbri D. (1998). Mobilità sanitaria ed indici di entropia. *Management ed Economia Sanitaria. Mecosan*, 26: 9-24.

Victoor A., Delnoij D. M., Friele R. D., & Rademakers J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12: 1-16.

Vinceti S. R. (2022). La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate. *Corti supreme e salute*, (3): 1-28.

Wooldridge J.M. (2004). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, MA: MIT Press.

Zocchetti C. (2012). La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa?. *SSI&*, 27.