



**C E N S I S**

# **Migrare Per Curarsi**

Roma, gennaio 2017

## INDICE

Considerazioni di sintesi	1
Un fenomeno complesso	1
Monitoraggio Censis 2005-2016	1
Almeno tre migrazioni differenti	2
L'imbuto delle difficoltà	4
L'imbuto rovesciato	5
1 Quanti sono i migranti della salute	6
Le migrazioni sanitarie a livello nazionale	6
Dalle piccole alle grandi	8
Le grandi distanze	11
I minori	14
Pazienti oncologici	14
I poli di attrazione	17
Tendenza alla polarizzazione degli esodi verso determinati ospedali	17
Poli anomali di attrazione ospedaliera	18
Significatività di alcune variabili nella determinazione dei flussi di ricovero.	18
Flussi specifici di esodo ospedaliero (oncologia, pediatria, ortopedia-traumatologia).	18
Quanto spendono	19
Costi pubblici	19
2. La scelta della migrazione	21
Le motivazioni della scelta migratoria	24
La domanda di qualità	24
La dimensione pratico-logistica: a cavallo tra qualità e migrazione transfrontaliera	26
La dimensione della necessità	27
Malattie particolari	27
Il giudizio sull'esperienza di ospedalizzazione fuori regione	28
3 Le problematiche e le difficoltà della migrazione	30
I principali problemi riscontrati	30
Gli oneri gravanti sui pazienti e i loro familiari	31
I costi tangibili.	32
Un caso specifico, pazienti oncologici	32
Gli accompagnatori	33
4 La risposta del privato sociale	35

## **CONSIDERAZIONI DI SINTESI**

### **Un fenomeno complesso**

Scopo della presente ricerca è quello di offrire un quadro statistico e valutazioni economiche del fenomeno della migrazione sanitaria per evidenziare all'interno dei numeri le differenti problematiche che i pazienti e i loro accompagnatori incontrano, con particolare riferimento alle questioni legate al domicilio e alla socializzazione.

E' sufficiente considerare che dei circa 750 mila ricoveri l'anno, di persone che per i motivi più diversi scelgono di farsi curare in una regione diversa dalla loro, il 25% circa si allontana di non più di 100 km da casa (il 12% non più di 50 km), mentre un altro 23% fa un viaggio di oltre 400 km.

Già da questo primo dato è possibile dedurre che il fenomeno della migrazione sanitaria non è un fenomeno unitario ed è forse proprio questo uno dei motivi per cui è in fondo un problema rimosso dalla coscienza collettiva: sono tanti, sono pochi? Sono malati come gli altri o hanno una dose di disagio di molto superiore agli altri?

L'impossibilità di dare una risposta univoca a tale domanda o il rischio di darne alcune contraddittorie, hanno contribuito nel corso degli anni a impedire un dibattito sociale sul tema delle migrazioni sanitarie (perché di differenti migrazioni si tratta), relegando l'approfondimento a tavoli "specialisti", vuoi sanitari, politici o economici, ma la società nel suo insieme non sembra essere consapevole delle difficoltà a cui molti nostri concittadini vanno incontro.

### **Monitoraggio Censis 2005-2016**

Dal 2005 il Censis monitora, il fenomeno della migrazione sanitaria, a cominciare da una dettagliata indagine svolta su un campione di 2.500 pazienti nel 2005 (e mai pubblicata), i cui risultati sono stati "ri-tarati" oggi sia sulla base di successive indagini in ambiti specifici, come quelle periodiche dell'"Osservatorio permanente sulla condizione dei malati oncologici" sia su una serie di interviste a testimoni privilegiati, effettuate

nel corso della presente indagine, per conto di CasAmica Onlus. In modo particolare sono stati ascoltati cinquanta tra responsabili di case di accoglienza, amministratori delle singole Regioni e responsabili dei rapporti con il pubblico dei grandi ospedali.

Tutte queste informazioni, incrociate con gli ultimi dati sui flussi migratori, forniti dal Ministero della Salute per il 2015, permettono di delineare le caratteristiche del fenomeno sociale attuale, le problematiche che presenta e i rischi umani che comporta.

### **Almeno tre migrazioni differenti**

Da questo lungo monitoraggio, emerge un'immagine almeno tripartita del fenomeno della migrazione sanitaria, tre ambiti diversi che, pur presentando oggettive difficoltà, legate sia alla malattia e agli spostamenti, hanno profonde differenze per ciò che riguarda la dimensione del disagio, che in molti casi appare ancora gestibile, mentre in altri sembra toccare i limiti dell'umana sopportazione. Gli ambiti in cui è possibile distinguere le differenti migrazioni sanitarie sono:

- *Ricerca della qualità*, nei casi in cui la scelta è legata alla ricerca di una migliore qualità della struttura, dei medici o anche delle relazioni interpersonali tra operatore sanitario e paziente, si tratta in buona parte di una migrazione che non copre grandi distanze: da nord a nord soprattutto, ma anche in parte da centro a centro; non riguarda patologie con caratteristiche di urgenza e/o di rischio vita. In quest'ambito negli ultimi anni è aumentata la tendenza a rivolgersi a strutture private convenzionate.
- *La dimensione pratico-logistica*, fa riferimento alla possibilità di curarsi riducendo al minimo quei disagi spesso correlati alle attività di cura (lontananza dell'ospedale, rigidità burocratiche, mancanza di un "appoggio" in loco o presso l'ospedale, mancanza di informazioni, ecc.), anche in questo caso si tratta di migrazioni tra regioni confinanti, anche sud-sud, o piccole regioni verso grandi regioni, le patologie sono più gravi e si tende a emigrare verso grandi poli ospedalieri, ma anche verso gli ospedali di confine.
- *L'area della necessità*, è la più difficile, concerne le scelte dettate dall'impossibilità di fruire, nella propria regione, delle prestazioni di cui

si ha bisogno, o dalla presenza di liste d'attesa che allungano eccessivamente i tempi per ottenerle. Questo caso riguarda più il flusso di migrazione da sud a nord, ma anche dalle regioni più piccole verso quelle più grandi del centronord, il flusso è prevalentemente concentrato verso i poli ospedalieri, più attrezzati e specializzati

## **L'imbuto delle difficoltà**

Come si è visto la situazione è assai variegata e non è in nessun modo possibile considerare il fenomeno della migrazione sanitaria come un fenomeno unico, perché ha al suo interno delle situazioni di “normalità”, tutto sommato gestibili, delle situazioni di disagio e di difficoltà più o meno grandi, ma ha anche delle situazioni di drammaticità di cui non si parla mai e che si fa finta di non vedere.

Allora, come se si trattasse di un imbuto, la ricerca ha cercato di dar conto dei casi man mano più difficili, separandoli da quelli relativamente più accettabili, l'obiettivo è cioè quello di mettere in luce, all'interno dei 750.000 ricoveri, le categorie di persone che più urgentemente necessitano di aiuto.

Da un punto di vista numerico, nel primo ambito, quello della ricerca di qualità, rientrano quasi la metà dei migranti sanitari, mentre nel secondo, quello della ricerca di soluzioni pratiche, rientrano circa il 25/30%, la situazione più difficile, quella legata alla necessità, quindi tocca circa il 20/25% dei pazienti e delle loro famiglie.

Ovviamente ogni caso di ricovero è anche un caso di dolore e di difficoltà emotive e partiche, ma dalla ricerca emerge l'impressione di una drammaticità crescente, dal primo ambito al terzo: più la scelta di migrare per curarsi è spinta dalla necessità e dall'impossibilità di curarsi vicino a casa, più porta con se una miriade di problemi e di complicazioni.

Provando a fare delle stime, se nell'area delle “difficoltà gestibile” ricadono circa 400/450.000 ricoveri, restano nell'area delle “difficoltà sommate” circa 300/350.000 casi l'anno, si tratta di persone che dalle piccole regioni si spostano alle grandi non confinanti e, soprattutto, di meridionali che migrano verso le grandi città del Centronord.

All'interno di quest'area c'è poi il nucleo della drammaticità, delle “difficoltà moltiplicate” dove i problemi si sommano e si moltiplicano, a volte anche esponenzialmente: patologie gravi, trasferimenti lunghi e costosi, disagio nel trovarsi in luoghi sconosciuti e senza riferimenti amicali, costi per il vitto e l'alloggio di un accompagnatore che magari ha dovuto assentarsi dal lavoro, se a questo si aggiunge che il malato potrebbe essere un minore accompagnato dal genitore (ogni anno sono circa 70.000 i ricoveri fuori regione dei minori), dal dramma è facile arrivare alla

disperazione, cosa che fortunatamente spesso non succede, grazie a forze sconosciute ai più.

Se allora dall'area delle "difficoltà sommate", circa un terzo possono ricadere in quella della drammaticità, parliamo di 100.000 perone l'anno, a cui dobbiamo aggiungere almeno 80.000 accompagnatori, si tratta di 180.000 persone l'anno che devono affrontare una prova durissima, forse la più dura della loro esistenza, a cui la collettività sa fare fronte solo con la buona volontà del personale sanitario e con uno sparuto gruppetto di associazioni e di privato sociale, che li accoglie fisicamente e moralmente.

### **L'imbuto rovesciato**

L'imbuto rovesciato diventa una piramide delle priorità, sia dal punto di vista delle risposte pubbliche, ma sia e forse primariamente, dal punto di vista della presa di coscienza collettiva.

Esistono circa 90.000 nuclei familiari che ogni anno si devono confrontare con un numero di problemi, economici, emotivi e sanitari, insostenibili se presi complessivamente. Occorrono risposte che vadano ad alleviare almeno uno di questi problemi, contribuendo così a sgonfiare l'angoscia che non fa che peggiorarli.

A questi 90.000 nuclei familiari in serissima difficoltà, arrivano risposte specifiche assolutamente inadeguate: nel corso di questa indagine, ancorché non sistematica e "a tappeto" sono state censite alcune casa- famiglia, che nel complesso possono garantire tra i 500 e i 1.000 posti letto; inoltre dei 12 poli sanitari contattati, solo uno (il Bambin Gesù di Roma) ha un servizio specifico di orientamento per le famiglie "migranti".

# 1 QUANTI SONO I MIGRANTI DELLA SALUTE

## Le migrazioni sanitarie a livello nazionale

Come detto sono circa 750.000 l'anno i ricoveri in mobilità ospedaliera interregionale, ma in questa indagine abbiamo scelto di non prendere in considerazione i neonati nati sani e i lungodegenti, che presentano caratteristiche che si allontanano dall'oggetto dell'indagine.

Pertanto i ricoveri presi in esame (acuti e in riabilitazione), sono stati nel 2015, 735.547 (Tab. 1).

Questo non vuol dire che il fenomeno della migrazione interessi un numero altrettanto elevato di persone, perché alcuni vengono ricoverati più di una volta nello stesso anno e altri addirittura più di due volte durante l'anno.

Inoltre alcuni passano da ricoveri in regime ordinario a ricoveri in regime diurno o ancora da un ospedale ad un istituto di riabilitazione.

Ai fini di questa ricerca è opportuno considerare i ricoveri complessivi, ad ognuno di questi corrisponde un viaggio o un allungamento della permanenza fuori casa, un ulteriore disagio per il paziente e per il suo accompagnatore e soprattutto la ricerca di una nuova sistemazione abitativa, in altre parole ogni anno in Italia si presentano 735.000 storie di persone che devono affrontare un viaggio legato ad un ricovero .

Una certa componente di questa "migrazione" è casuale, circa il 10% dei ricoveri fuori regione avviene a seguito di un incidente o di una malattia sopraggiunta quando il paziente si trovava in viaggio.

Sempre nello spirito della presente indagine, di cercare coloro che patiscono le difficoltà maggiori, diciamo subito che ben il 30% dei tali migrazioni, quindi quasi 230.000 ricoveri, sono tra regioni confinanti del Centro nord, basti pensare che Piemonte e Lombardia si "scambiano" più di 40.000 ricoveri l'anno, è quindi una "migrazione transfrontaliera", complicata, ma non ancora drammatica.

Mentre solo l'8% dei migranti del Nord, per un motivo o per l'altro, sono ricoverati in ospedali del centrosud.



È vero ad esempio che ogni anno sono circa 70.000 i ricoveri fuori Regione di residenti del Lazio, ma molti rimangono al Centro e il forte dato di ricoveri verso il sud è dettato dalla vicinanza e dal lungo confine con l'Abruzzo.

**Tab 1 - Mobilità ospedaliera interregionale - Anno 2015 (v.a.)**

Regioni di residenza	Aree geografiche di ricovero			Italia
	Nord	Centro	Sud	
Piemonte	41.744	2.461	3.141	47.346
Valle d'Aosta	3.448	153	114	3.715
Lombardia	49.399	5.692	7.587	62.678
Bolzano	3.244	190	229	3.663
Trento	11.061	330	275	11.666
Veneto	39.896	2.735	1.767	44.398
Friuli V.G.	11.636	674	707	13.017
Liguria	25.538	9.141	902	35.581
Emilia Romagna	32.165	7.344	3.330	42.839
Toscana	25.032	7.120	2.268	34.420
Umbria	4.374	13.210	707	18.291
Marche	20.464	6.358	2.759	29.581
Lazio	16.268	28.780	25.864	70.912
Abruzzo	9.361	21.795	3.258	34.414
Molise	2.074	3.955	7.025	13.054
Campania	26.532	30.248	20.793	77.573
Puglia	28.489	15.993	11.906	56.388
Basilicata	4.413	4.255	11.362	20.030
Calabria	22.604	16.797	16.178	55.579
Sicilia	32.064	10.779	2.907	45.750
Sardegna	10.650	3.471	531	14.652
<b>Italia</b>	<b>420.456</b>	<b>191.481</b>	<b>123.610</b>	<b>735.547</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute, SDO

La situazione diventa più disagiata quando si comincia a considerare i pazienti che, magari dalla provincia, devono raggiungere un capoluogo di una Regione non confinante; infatti esistono alcune “capitali” dell’immigrazione sanitaria, che sono le grandi città del Centronord e, all’interno di queste esistono alcuni grandi ospedali che attraggono più di altri: i primi 12 ospedali attraggono più del 25% dei flussi come vedremo in seguito.

### **Dalle piccole alle grandi**

Nelle Regioni minori, gli indicatori di esodo sono necessariamente più elevati dal momento che alcuni servizi disporrebbero di bacini di utenza assolutamente insufficienti se operanti nella Regione stessa. Il fenomeno non riguarda nel caso specifico soltanto le alte specializzazioni. Anche per alcuni particolari servizi abitualmente considerati normali (pediatria specialistica, chirurgia toracica, ecc.) risulta più opportuno per le piccole Regioni stabilire accordi con ospedali di Regioni contigue piuttosto che istituire in loco servizi a rischio di sottoutilizzazione.

Basti pensare a questo proposito che dalle 8 regioni meno popolate d’Italia (7 più 2 province autonome) che rappresentano meno del 10% della popolazione, “emigrano” ogni anno circa 140.000 persone, vale a dire il 20% del totale, di cui 119 mila (Tab. 2) verso le 9 regioni più grandi del Paese. Le principali ragioni sono:

- la permeabilità (facilità di comunicazioni) o meno dei confini con le Regioni confinanti;
- la dislocazione dei territori provinciali all’interno delle Regioni. Le Province di confine presentano infatti indicatori di esodo costantemente superiori alle Province che non hanno confini comuni con le Regioni viciniori. Nelle Province di confine una quota parte della mobilità interprovinciale, generalmente considerata fisiologica, diventa automaticamente extraregionale e come tale si rappresenta negli indicatori;
- il potere di attrazione delle reti ospedaliere delle Regioni confinanti.

È l'Emilia Romagna il più forte polo di attrazione per le piccole regioni con 26.700 ricoveri l'anno, accoglie pazienti soprattutto dalle Marche e dall'Abruzzo. Ma anche il Lazio grazie alla sua posizione centrale accoglie quasi 22 mila pazienti l'anno in buona parte provenienti dall' Abruzzo. Se quindi il fenomeno sembra spiegabile con una migrazione di prossimità bisogna riconoscere anche in questo caso che esistono situazioni di maggiore difficoltà, quando il viaggio non è verso una regione confinante, la Lombardia accoglie quasi 4 mila pazienti dalle Marche, 1.700 dal Friuli e 1.200 sono i friulani che ogni anno vengono ricoverati in Emilia Romagna. Bisogna quindi riconoscere un disagio forte anche in alcune in alcune regioni del centro nord.

Anche la Puglia mostra di avere una capacità attrattiva, specialmente dal Molise e dalla Basilicata, comunque accoglie più del doppio dei pazienti della Campania, forse grazie alla crescente forza dell'ospedale di San Giovanni Rotondo.

- **Tab. 2- Dalle piccole alle grandi (v.a., 2015)**

REGIONE DI RICOVERO	REGIONI DI RESIDENZA										Mobilità Attiva
	Valle d'Aosta	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli V.G.	Umbria	Marche	Abruzzo	Molise	Basilicata		
Piemonte	2.582	38	65	193	107	252	290	78	391		<b>3.996</b>
Lombardia	735	544	1.945	1.947	1.498	4.103	2.798	634	1.973		<b>16.177</b>
Veneto	61	1.429	6.061	8.044	366	1.418	739	206	361		<b>18.685</b>
Emilia Romagna	118	391	674	1.410	2.414	15.361	5.351	1.189	1.805		<b>28.713</b>
Toscana	124	105	172	393	7.485	1.775	1.477	399	1.116		<b>13.046</b>
Lazio	36	80	128	225	4.695	2.349	9.324	2.939	2.855		<b>22.631</b>
Campania	11	57	36	170	149	261	479	1.101	2.563		<b>4.827</b>
Puglia	8	38	44	128	65	292	714	1.319	7.874		<b>10.482</b>
Sicilia	11	21	53	90	32	46	86	15	61		<b>415</b>
<b>MOBILITÀ PASSIVA</b>	<b>3.686</b>	<b>2.703</b>	<b>9.178</b>	<b>12.600</b>	<b>16.811</b>	<b>25.857</b>	<b>21.258</b>	<b>7.880</b>	<b>18.999</b>		<b>118.972</b>

- Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute, SDO

## Le grandi distanze

Ma soprattutto, in tema di rapporti tra la mobilità passiva e il territorio, la ricerca ha consentito di confermare che gli esodi ospedalieri a distanza – e cioè diretti verso ospedali situati in Regioni non contigue con quella di residenza – rappresentano la quota di mobilità che determina le maggiori condizioni di disagio e di perdite economiche per i pazienti e i loro familiari. Le differenze al riguardo tra le diverse Regioni considerate sono risultate molto significative. In generale si osserva che in tutta l'area del nord e del centro Italia l'esodo extraregionale tende nella grande maggioranza dei casi a indirizzarsi verso Ospedali delle Regioni confinanti. Nel Mezzogiorno invece la mobilità passiva a distanza è in maniera costante percentualmente molto superiore a quella di contiguità.

Nel Mezzogiorno il paziente che parte deve indirizzarsi verso Regioni lontane perché quelle vicine non offrono alternative soddisfacenti.

Il flusso da sud a Nord è certamente il più numeroso e quello che presenta maggiori difficoltà, ogni anno questi tipi ricoveri raggiungono i 218.579 (Tab. 3).

E' probabile inoltre che in tutte le Regioni del sud esista una tendenza alla articolazione territoriale dell'esodo ospedaliero secondo la gravità e la complessità dei casi. Più precisamente molti segni fanno ritenere che la mobilità di prossimità si limiti nel meridione alle tipologie di ricovero meno impegnative mentre l'esodo a distanza è rappresentato dai casi più gravi e complessi. Al riguardo sono significativi, ad esempio, i valori molto elevati dei tassi di esportazione che si registrano in tutte le Regioni meridionali relativamente ai ricoveri con DRG complessi (peso > 2,5). I limiti della presente ricerca, che non comprende tutte le Regioni meridionali, non hanno consentito di documentare adeguatamente il fenomeno, che si propone quindi in forma di ipotesi. Se opportunamente confermata questa ipotesi potrebbe evidenziare per il sud l'esistenza di un insieme di motivazioni negative che non riguardano soltanto la Regione di appartenenza ma coinvolgono l'intera area meridionale.

Nell'ambito dei rilevanti fenomeni di migrazione con direzione nord-sud rilevati con la ricerca si è potuta osservare una funzione che si potrebbe definire "di cerniera" esercitata da alcune Regioni del Centro Italia – e in particolare dal Lazio, dal Molise e dalle Marche – nello stesso tempo

destinatario di notevoli flussi di ricovero dal Sud e tributarie di correnti di esodo verso il Nord.

I principali Ospedali di destinazione degli esodi ospedalieri a distanza provenienti dal sud sono a carattere pediatrico (Bambino Gesù di Roma, Gaslini di Genova), oncologico (Istituti oncologici di Milano e di Aviano) e ortopedico-traumatologico (Istituto Rizzoli di Bologna). Questi Ospedali svolgono pertanto attualmente una funzione di riferimento specialistico con ambito territoriale nazionale, ed è forse proprio verso questi poli che si concentrano i viaggi più difficili.

Per i pazienti che dal sud devono raggiungere il centronord, si tratta di un flusso di 218.000 ricoveri l'anno, pari a quasi il 30% del totale.

Parliamo di ricoveri più lunghi della media, nel 45% dei casi si protraggono per più di una settimana e nel 20% dei casi per più di due.

Bisogna poi considerare che nell'85% dei casi il paziente è seguito un accompagnatore, quasi sempre un parente, il quale nel 35% dei casi si trattiene per tutto il tempo del ricovero.

Nel 20% dei casi l'accompagnatore si trattiene per più di 12 giorni, Tra quelli che si trattengono, il 50% va in albergo o in pensione, il 25% da parenti o amici e il 10% in altre strutture a pagamento e solo il 15% di loro trova ospitalità in ricoveri non a pagamento.

Le Regioni di accoglienza di questi flussi sono prevalentemente la Lombardia con 62.700 ricoveri e l'Emilia Romagna con quasi 40.000 ricoveri l'anno.

Anche il Lazio accoglie oltre 55.000 pazienti, ma per oltre un terzo si tratta di una migrazione di prossimità dall'Abruzzo e soprattutto dalla Campania.

Per quanto riguarda le partenze dal sud verso il nord, la Campania è al primo posto con 56.000 partenze, di cui molte come si è detto di prossimità, e la Sicilia, con 43.000 partenze, la Puglia e la Calabria con circa 40.000 partenze, per ovvie ragioni geografiche queste ultime tre Regioni sono quelle che presentano i rischi maggiori di moltiplicazione di difficoltà.

Tab. 3- Dal Sud al Nord (val%)

REGIONE DI RICOVERO	REGIONI DI RESIDENZA										Mobilità Attiva
	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna			
Piemonte	290	78	1.821	1.460	391	2.181	2.342	723			<b>9.286</b>
Lombardia	1.332	634	12.294	12.807	1.973	11.326	16.097	6.237			<b>62.700</b>
Veneto	352	206	3.286	2.582	361	1.697	4.700	941			<b>14.125</b>
Liguria	111	65	1.607	1.258	172	1.197	2.475	1.000			<b>7.885</b>
Emilia Romagna	2.547	1.189	7.704	10.658	1.805	7.071	7.050	1.891			<b>39.915</b>
Toscana	703	399	8.313	4.172	1.116	4.737	4.685	1.288			<b>25.413</b>
Lazio	4.438	2.939	20.931	8.878	2.855	11.525	5.613	2.076			<b>59.255</b>
<b>MOBILITÀ PASSIVA</b>	<b>9.773</b>	<b>5.510</b>	<b>55.956</b>	<b>41.815</b>	<b>8.673</b>	<b>39.734</b>	<b>42.962</b>	<b>14.156</b>			<b>218.579</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute, SDO

## **I minori**

Particolarmente significativa è la migrazione dei minori, le patologie pediatriche spesso prevedono periodi di permanenza lunghi, perché relativi a patologie complesse, e il coinvolgimento di entrambi i genitori, i quali, più frequentemente che nei casi di pazienti adulti, i cui accompagnatori sono spesso pensionati, hanno maggiori problemi legati al lavoro. Analogamente per i malati ci sono i problemi connessi alla scuola e infine il peso della socializzazione per loro è maggiore.

Sono 71.000 i minori ricoverati fuori dalla loro regione. Roma con l'ospedale Bambino Gesù è il polo attrattivo più forte, il Lazio ogni anno conta 18 mila ricoveri da fuori Regione e ben 15.000 di questi provengono dalle regioni del Sud.

È evidente che questi piccoli pazienti rientrano quasi interamente nell'ambito della necessità; prima di tutto perché al Sud mancano quasi del tutto gli ospedali pediatrici, ma soprattutto perché affrontare un viaggio con un minore e certamente un disagio non giustificato dalla semplice ricerca della qualità.

L'ospedale Bambino Gesù è il primo che si trova venendo dal Sud, ma è anche un polo nevralgico che è in grado di dare allo stesso tempo grande professionalità e una valida accoglienza ai minori e alle loro famiglie.

## **Pazienti oncologici**

Particolare attenzione richiede la questione dei pazienti oncologici (Tab. 4), anche in questo caso, come nel caso dei pazienti pediatrici, con più insistenza si può parlare di casi che rientrano nell'area della necessità e della moltiplicazione delle difficoltà.

Prima di tutto perché per ovvi motivi la forza di attrazione dei grandi centri specialistici è maggiore, basti pensare che dalla Lombardia, dal Veneto, dall'Emilia-Romagna, dalla Toscana e dal Lazio, ogni anno si muovono tra le 4 e le 6000 persone per problemi connessi con un tumore, mentre dalla



Campania sono oltre 12.000 , 9.000 dalla Calabria e quasi 8.000 dalla Sicilia.

Questo vuol dire che, mentre nel caso delle migrazioni sanitarie ordinarie, esiste una proporzione tra regioni del nord e regioni del Sud, nel caso dei pazienti oncologici tale proporzione viene raddoppiata.

Inoltre nel caso dei pazienti oncologici salta quasi completamente la migrazione di prossimità nel Mezzogiorno e quasi l'80% dei malati migra verso le regioni del centro nord.

**Tab 4 - Mobilità ospedaliera interregionale pazienti oncologici - Anno 2015 (v.a.)**

Regione di residenza	Aree geografiche di ricovero			
	Nord	Centro	Sud	Italia
Piemonte	4.689	329	182	5.200
Valle d'Aosta	331	14	7	352
Lombardia	4.134	617	302	5.053
P.A. Bolzano	346	21	10	377
P.A. Trento	1.319	31	8	1.358
Veneto	4.977	274	69	5.320
Friuli V.G.	1.034	88	49	1.171
Liguria	2.729	1.204	79	4.012
Emilia Romagna	3.222	678	172	4.072
Toscana	3.048	827	144	4.019
Umbria	581	1.132	49	1.762
Marche	2.598	759	229	3.586
Lazio	1.899	2.474	2.142	6.515
Abruzzo	1.254	2.579	275	4.108
Molise	254	505	865	1.624
Campania	4.369	4.539	3.828	12.736
Puglia	4.349	2.058	1.498	7.905
Basilicata	639	573	1.133	2.345
Calabria	3.884	3.065	2.204	9.153
Sicilia	5.641	1.763	396	7.800
Sardegna	1.626	508	60	2.194
<b>Italia</b>	<b>52.923</b>	<b>24.038</b>	<b>13.701</b>	<b>90.662</b>

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

(a) il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).

Sono stati considerati i ricoveri con diagnosi principale di tumore maligno (cod. ICD-9-CM 140-208), carcinoma in situ (cod. ICD-9-CM 230-234) e tumore di comportamento incerto (cod. ICD-9-CM 235-239).

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute, SDO

## **I poli di attrazione**

Per quanto riguarda gli esodi ospedalieri a distanza, esclusi quindi quelli di “confine”, esistono alcuni poli che esercitano una particolare attrazione, basti pensare che i primi 10 Ospedali accolgono più del 25% dei pazienti; alcuni di questi hanno carattere specialistico: pediatrico (Bambino Gesù di Roma, Gaslini di Genova), oncologico (Istituti oncologici di Milano e di Aviano) e ortopedico-traumatologico (Istituto Rizzoli di Bologna).

Un intervento di sostegno alla migrazione sanitaria “di necessità” deve necessariamente partire da alcuni grandi Ospedali del centronord, in particolare:

1. A.O. Careggi (Firenze)
2. A.O. di Padova
3. A.O. Pisana (Pisa)
4. II.OO. Rizzoli (Bologna)
5. IRCCS S. Raffaele (Milano)
6. Ist. Nazionale Tumori (Milano)
7. Ist. Gaslini. (Genova)
8. Ospedale Bambino Gesù (Roma)
9. Policlinico Gemelli (Roma)
10. Policlinico Umberto I (Roma)
11. S. Orsola – Malpighi (Bologna)
12. Spedali Riuniti (Siena)

## **Tendenza alla polarizzazione degli esodi verso determinati ospedali**

L’analisi dei flussi di esodo ospedaliero extraregionale consente di individuare per tutte le Regioni, in misura maggiore o minore, la presenza di destinazioni sistematiche verso le quali i pazienti tendono a indirizzarsi. Questa sistematicità dei flussi è individuabile sia per la mobilità passiva di contiguità che per quella a distanza. La conoscenza pertanto di queste destinazioni sistematiche consente di individuare gli Ospedali presso i quali può essere utile effettuare rilevazioni volte a monitorare l’andamento e le cause del fenomeno della mobilità ospedaliera.

## **Poli anomali di attrazione ospedaliera**

Nel corso della ricerca si sono individuati poli di attrazione da considerare almeno all'apparenza anomali in quanto rappresentati da Case di cura private che sembrano fortemente competitive con reti ospedaliere molto sofisticate o estendono il loro bacino di utenza a molte Regioni. Il fenomeno dovrebbe essere sottoposto ad attento monitoraggio per verificarne le autentiche motivazioni. Recenti indagini indicano tra il 40% e il 50% la "quota di mercato" delle strutture private in alcune Regioni.

## **Significatività di alcune variabili nella determinazione dei flussi di ricovero.**

Tra le variabili prese in considerazione nello studio dei flussi di mobilità passiva hanno mostrato particolare significatività:

- l'età dei ricoverati. In alcune Regioni o Provincie si evidenziano infatti tassi di esportazione significativamente diversi per i differenti gruppi di età considerati. In particolare è molto frequente il rilievo di una accentuata tendenza al ricovero extraregionale per la classe di età degli anziani (> 64 anni);
- il grado di complessità dei DRG. Nella totalità dei casi i tassi di esportazione relativi ai DRG complessi (peso > 2,5) sono significativamente più elevati di quelli riguardanti i DRG a media e bassa complessità. In alcune Regioni il fenomeno è particolarmente accentuato e questo è stato considerato un segnale negativo sull'efficienza complessiva della rete ospedaliera locale.

## **Flussi specifici di esodo ospedaliero (oncologia, pediatria, ortopedia-traumatologia).**

Una lettura complessiva e panoramica dei dati discussi a livello regionale consente di individuare il diffuso rilievo di importanti flussi di esodo relativi

a categorie nosologiche specifiche. In particolare risultano rilevanti gli esodi per l'oncologia, l'ortopedia-traumatologia e le patologie di carattere pediatrico. Questi fenomeni sono accentuati nelle Regioni meridionali ma si evidenziano anche in quelle del nord e del centro Italia. E' interessante osservare che le destinazioni principali di questi flussi di mobilità passiva sono bene individuate (ospedali già citati a proposito della direzione sud-nord dei flussi di esodo). Questi movimenti "specifici" di mobilità passiva meriterebbero di essere attentamente monitorati per il complesso delle Regioni italiane perché i relativi provvedimenti di contenimento sono evidentemente importanti e comportano iniziative di carattere nazionale e interregionale.

## **Quanto spendono**

I pazienti devono affrontare soprattutto la spesa del viaggio e dell'alloggio, quando si tratta di *day hospital*, ma l'accompagnatore deve pagarsi vitto e alloggio, quello dei costi monetari è il primo disagio segnalato (30%) degli accompagnatori, nel 30% dei casi le spese per l'alloggio hanno superato i 500 euro e nel 50% dei casi hanno superato i 100 euro per il vitto. Il secondo disagio indicato è quello di doversi assentare dal lavoro (12%); evidentemente nella famiglia viene prescelto, per fare da accompagnatore, colui che può assentarsi dal lavoro, la metà di essi infatti è o casalinga o pensionato, ma non mancano gli impiegati e gli operai, che sono il 30% del totale.

Quindi al disagio emotivo della malattia, si aggiunge il disagio pratico dello spostamento, il costo economico diretto per il vitto e alloggio e infine il mancato guadagno o comunque l'indebolimento della propria situazione professionale.

## **Costi pubblici**

Tutto quanto si è detto ha un costo economico anche per la collettività, non per il sistema sanitario Nazionale, che ci "va in paro" compensando le regioni di immigrazione, con le decurtazioni fatte alle regioni di emigrazione, ma è un costo per le regioni che non sono in grado di offrire

servizi adeguati e che, con le decurtazioni di bilancio, lo saranno sempre di meno, basti pensare che la Regione Calabria perde oltre il 7% del suo budget sanitario a causa dell'emigrazione dei suoi cittadini, si tratta di oltre 265 milioni di euro l'anno, che potrebbero invece essere investiti in strutture e professionalità, la Campania ne perde 235, la Sicilia 155 milioni, ma anche il Piemonte ne perde 60; chi invece ci guadagna è la Regione Lombardia che incassa 580 milioni di euro, seguita dalla regione Emilia Romagna con 326.

Dovrebbe far riflettere il fenomeno che si è acuito in particolare negli ultimi anni, vale a dire l'attrazione dell'assistenza privata convenzionata, che, nelle due regioni appena menzionate, assorbe quasi il 50% dei rimborsi.

È comunque interessante notare che i pazienti, secondo il parere dei testimoni privilegiati, ignorano totalmente i costi che le loro Regioni di provenienza dovranno sostenere per i loro ricoveri extraregione, forse una maggiore sensibilizzazione dei pazienti in questo senso, favorirebbe anche una maggiore "accettazione amministrativa" del fenomeno; non possiamo infatti nascondere una latente insofferenza, nelle Regioni del sud, per chi "emigra" senza una reale esigenze, depauperando il sistema sanitario della sua Regione.

## 2. LA SCELTA DELLA MIGRAZIONE

La scelta di “migrare” in un’altra regione rispetto a quella di residenza per ottenere prestazioni ospedaliere, rappresenta nella grande maggioranza dei casi una *decisione* del cittadino, non è cioè dettata da motivi contingenti esterni alla propria volontà o da una situazione di temporanea permanenza nella regione di accoglienza.

- circa il 90,% dei migranti sceglie di recarsi in una struttura ospedaliera al di fuori della propria regione di residenza;
- il restante 10 % di ricoverati, invece, ha avuto bisogno di un ricovero al di fuori della propria regione, nella grande maggioranza dei casi perché ha subito un incidente o perché ha contratto una malattia nel periodo di vacanza (trascorsa, ovviamente, nella regione in cui è stato ricoverato).

Un secondo aspetto è che la scelta “migratoria” è una *scelta sostanziale*, e non solo formale: nella quasi totalità dei casi, infatti, i pazienti non hanno particolari legami con il territorio in cui è situato l’ospedale del ricovero.

Non risulta infatti un’oggettiva integrazione del paziente nel territorio della regione di accoglienza, tale da configurare la “migrazione” come una circostanza prettamente formale (ad esempio nel caso in cui il paziente lavorasse stabilmente nella regione in cui si è curato e avesse invece mantenuto la residenza altrove).

La decisione di migrare è quindi legata principalmente alla ricerca di prestazioni sanitarie particolarmente qualificate per la propria patologia.

Si tratta di un aspetto del fenomeno che viene in parte confermato anche dalle *caratteristiche “strutturali” della migrazione*: i pazienti hanno scelto di *andare “lontano”* pur disponendo di un ospedale nelle immediate vicinanze. Nella maggioranza dei casi, infatti, raggiungere l’ospedale in cui gli intervistati sono stati ricoverati ha richiesto uno spostamento considerevole, mentre l’ospedale più vicino nella propria regione dista meno di 10 chilometri dall’abitazione del pazienti, solo in meno del 10% dei casi si trova invece ad una distanza superiore ai 50 chilometri.

Questo aspetto introduce ad un'altra caratteristica della scelta migratoria, ovvero al fatto che si tratta prevalentemente di una scelta informata, e dunque basata su *conoscenze e input* che il cittadino si è procurato e/o dei quali dispone sia a proposito dell'ospedale del ricovero che, più in generale, della dotazione di offerta della propria regione:

- nella maggioranza dei casi (55%) le persone ricoverate fuori regione sono infatti venute a conoscenza della possibilità di recarsi in un ospedale al di fuori della regione di residenza, dietro consiglio del medico di famiglia;
- il 18% lo ha fatto tramite la rete di conoscenze familiari e amicali;
- poco più dell'11% si è servito di parenti, amici o conoscenti che vivono nella zona in cui è localizzato l'ospedale, percentuale che sale a circa il 20% per i pazienti provenienti dalle regioni del sud.

Questi dati confermano la centralità del ruolo giocato dal medico di famiglia che rappresenta il primo e più importante punto di riferimento del cittadino in materia sanitaria.

Anche nel 2016, l'era in cui l'auto-informazione in campo sanitario sembra dilagare, scelte così delicate vengono ancora prese con il sostegno del medico di base.

Per quanto riguarda la qualità dell'offerta ospedaliera della propria regione in generale, e in particolare rispetto alla patologia per la quale si è deciso di migrare, è interessante osservare che:

- circa il 10 % dei pazienti non è in grado di esprimere un giudizio sulla qualità dei servizi ospedalieri della propria regione, mentre per quello che riguarda in particolare la propria patologia la quota di non informati raggiunge il 18%;
- la percentuale restante (pari a circa l'80-90%) è in grado invece di esprimere un giudizio, sia in termini generali che in riferimento specifico alla propria patologia.

Si tratta di un dato che contribuisce a configurare quella della migrazione come una scelta in larga misura consapevole, e per la quale il cittadino tende a raccogliere informazioni prevalentemente presso fonti qualificate (il



medico di medicina generale soprattutto) e in seconda battuta ricorrendo alle conoscenze e alle esperienze condivise a livello personale e familiare.

I dati suggeriscono dunque che di fronte alla necessità di curarsi in ospedale, il cittadino prenda seriamente in considerazione la possibilità di sfruttare efficacemente le opportunità di cura offerte dall'intero territorio nazionale, e che sia disposto a farsi carico dei disagi e dei costi che un eventuale spostamento può comportare.

Risulta poi utile sottolineare il fatto che la decisione di recarsi in un'altra regione per accedere ad una struttura ospedaliera non sembra legata esclusivamente all'esigenza di curare patologie più gravi.

Volendo considerare i tempi di degenza come un indicatore indiretto della gravità della patologia (una malattia più complessa comporta presumibilmente un ricovero più lungo), sembra che la minore o maggiore gravità della malattia incida in modo poco rilevante sull'opzione migratoria.

Infatti:

- il ricovero ordinario riguarda l'80% dei migranti le cui indicazioni in merito alla durata della degenza ospedaliera si distribuiscono in modo abbastanza omogeneo (il 21% oltre i 15 giorni, e tutte leggermente superiori al 25% le modalità relative a 8-15 giorni, 4-7 giorni e 1-3 giorni);
- inoltre quasi un quinto delle persone ricoverate fuori regione ha avuto accesso all'ospedale in regime di *day hospital*.

Lo spettro delle patologie per le quali si decide di migrare può essere quindi abbastanza ampio e comprendere un segmento, ancorché minoritario comunque non irrilevante, di prestazioni che richiedono una permanenza in ospedale piuttosto limitata.

## **Le motivazioni della scelta migratoria**

In merito all'aspetto centrale delle motivazioni e dei fattori causali che sostanziano la scelta del ricovero in un ospedale al di fuori della propria regione emergono tre principali motivazioni o meglio tre diverse domande/aspettative dei pazienti, si tratta ovviamente di aree che si sovrappongono, non essendo mai possibile ricondurre una scelta così complessa ad una sola motivazione:

Una prima indicazione che emerge dai dati è che la scelta di migrare, nella maggior parte dei casi, non sembra riconducibile esclusivamente all'area della "necessità", e quindi alla mancanza di strutture adeguate sul territorio o alla loro scarsa accessibilità come si potrebbe supporre (talvolta la migrazione sanitaria è associata all'immagine del cosiddetto "viaggio della speranza") ma costituisce invece per lo più una *ricerca della qualità*.

## **La domanda di qualità**

Complessivamente il 66% delle persone intervistate, infatti, mostra di aver scelto di ricoverarsi in un ospedale di un'altra regione per la migliore qualità dei medici (33%), per la migliore qualità delle strutture (30%), e per la migliore dimensione umana nel rapporto con il personale medico e paramedico (2%), mentre a fare riferimento alla necessità di spostarsi per ottenere le prestazioni di cui si ha bisogno è complessivamente oltre un quarto dei migranti (26%). Si tratta di una *domanda generale di qualità* che, seppur in minima parte, è anche legata all'umanizzazione della strutture ospedaliere.

Infatti, anche nell'individuare le differenze principali riscontrate tra l'ospedale di riferimento nella propria regione e quello in cui invece sono stati ricoverati, i rispondenti sottolineano in forma molto netta gli aspetti legati alla qualità professionale, tecnica e, seppure in quota residuale, anche al *comfort*. Da notare che nell'operare il confronto, gli aspetti legati all'area dell'umanizzazione delle strutture ospedaliere (disponibilità e cortesia del personale) assumono un certo rilievo (18%).

Anche la ricerca di una struttura fortemente specialistica si può inscrivere, nella maggior parte dei casi, nel quadro più generale della domanda di qualità di cui i pazienti sempre più informati e consapevoli si fanno portatori, infatti, tra i rispondenti che hanno indicato come principale caratteristica dell'ospedale del ricovero il profilo specialistico:

- è maggioritaria la quota di chi ha spiegato la propria scelta riconducendola alla ricerca di qualità;
- è minoritaria la percentuale di chi ha motivato la propria decisione con l'impossibilità di fruire nel proprio territorio della prestazione di cui ha avuto bisogno.

Una significativa conferma in questo senso si ottiene dall'analisi del giudizio espresso dagli intervistati nei confronti delle strutture ospedaliere della loro regione di residenza.

In generale, infatti, l'offerta ospedaliera nella propria regione viene giudicata in modo abbastanza favorevole:

- la maggior parte dei pazienti (il 42%) la considera infatti sufficiente o discreta;
- il 33% la valuta addirittura buona o ottima;
- il 15% indica invece la modalità "pessima", ed il 9% dichiara di non saper rispondere.

Più nette ed articolate le opinioni relative all'offerta ospedaliera per la specifica patologia per la quale l'intervistato ha scelto di migrare. La prevalenza di valutazioni si concentra, anche se con valori inferiori, sulle indicazioni di una sufficiente o discreta qualità (32%), mentre risultano sensibilmente più contenute quelle di eccellenza (24% buona o ottima) e simmetricamente più elevate quelle estremamente negative (27% pessima).

Nel complesso i pazienti che hanno deciso di migrare, e la maggior parte di loro lo ha fatto cercando uno standard superiore nelle prestazioni, mostrano quindi di non avere un giudizio particolarmente negativo delle strutture sanitarie della loro regione, e semmai sembrano nutrire qualche riserva su come le strutture del loro territorio sarebbero state in grado di affrontare la loro particolare patologia.

Anche nel 2016, viene nuovamente confermata questa situazione. Si continua a rilevare la ricerca di qualità e di strutture specializzate nel trattamento di particolari patologie. Continua ad essere ricercata la migliore qualità dei medici e rimane consistente la percentuale di chi si muove per necessità.

### **La dimensione pratico-logistica: a cavallo tra qualità e migrazione transfrontaliera**

Il secondo ambito di motivazioni emerso riguarda la *dimensione pratico-logistica*, vale a dire la conoscenza del medico o di un infermiere nell'ospedale (20%), la maggiore facilità di raggiungere la struttura (6%) o la presenza di un familiare nella zona (5%).

Si tratta di aspetti di carattere pratico e che, in qualche modo, sono in linea con una domanda di qualità intesa in senso ampio, ossia non solo strettamente connessa alla prestazione medico-sanitaria, ma anche a quegli aspetti indirettamente correlati alla cura, quali la capacità di trovare una soluzione che permetta di aggirare gli ostacoli all'accesso e le difficoltà burocratiche, oppure l'ottenere con più facilità informazioni di tipo medico e/o organizzativo grazie al fatto di avere una persona di riferimento e di appoggio nella zona (un familiare o un conoscente) o all'interno dell'ospedale.

Accanto a motivazioni attinenti all'accessibilità delle prestazioni, una quota, seppur residuale, del campione rappresenta quella parte di flusso in uscita dalle regioni che va sotto il nome di migrazione "*transfrontaliera*", ossia la migrazione localizzata nelle aree di confine tra le regioni. Il 6% dei pazienti individua infatti la motivazione principale della migrazione nella maggiore facilità nel raggiungere l'ospedale extraregionale rispetto a quello della regione di residenza, ed una quota analoga di rispondenti indica che la più importante differenza tra il proprio ospedale regionale e quello scelto per il ricovero riguarda la migliore dislocazione geografica di quest'ultimo.

È chiaro che in questi casi è difficile parlare di "migrazione sanitaria" in senso stretto, dato che l'andare a curarsi in un'altra regione è semplicemente una conseguenza della collocazione e della raggiungibilità dell'ospedale prescelto rispetto al luogo di residenza.

## La dimensione della necessità

Il terzo ambito di motivazione ha a che vedere con la dimensione della “necessità” attiene cioè all’impossibilità (o alla difficoltà a causa degli eccessivi tempi di attesa) di svolgere nell'ospedale della propria regione il tipo di prestazioni richieste.

Ad essa fa riferimento circa il 26% dei casi (l'impossibilità di svolgere quel tipo di prestazione nell'ospedale di riferimento viene indicata dal 21% e i minori tempi per svolgere la prestazione rispetto all'ospedale della regione dal 5,0%).

È importante sottolineare come delle tre principali aree di motivazioni è *la meno frequente anche nelle regioni meridionali*, ciò vuol dire che a prescindere dalla situazione reale, solo un quarto dei migranti ha davvero vissuto in qualche modo la sua scelta come obbligata e legata ad un quadro di offerta sostanzialmente inadeguato a fornire una risposta alla sua situazione patologica.

## Malattie particolari

Nella maggior parte delle analisi sulla migrazione sanitaria in Italia questa risulta infatti spesso associata al trattamento di malattie croniche e gravi, per le quali ancora non esiste una cura definitiva (tumori, alcune malattie cardiache, pediatriche, ecc.). Per questo tipo di patologie, particolarmente complesse, la diagnosi e la cura richiedono generalmente sforzi economici e scientifici che non possono essere più di tanto diffusi sul territorio, ma che, per ragioni diverse, portano allo sviluppo di centri specializzati e centri di eccellenza che tendono a rappresentare un polo di attrazione nazionale.

In un contesto di transizione epidemiologica, tipica dei paesi industrializzati, in cui si evidenzia un netto passaggio da una prevalenza di patologie di tipo acuto infettivo a quelle di tipo cronico degenerativo in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione, questo genere di migrazione sanitaria regionale rappresenta un fenomeno abbastanza inevitabile.

Tuttavia rimane incerto il confine tra la necessità, la difficoltà di accesso immediato alle cure e la stessa ricerca di un centro specialistico.

Non è sempre detto, infatti, che il tipo di prestazione ottenuta tramite il ricovero extraregionale non fosse realmente ottenibile presso l'ospedale regionale o che fosse davvero necessario recarsi presso il centro di alta **specializzazione di un'altra regione**, o che i tempi di attesa imposti fossero realmente eccessivi per la risoluzione della patologia in atto. Tuttavia, l'indagine evidenzia che una quota non indifferente del campione di pazienti ospedalizzati fuori regione ha motivato la sua scelta a partire da queste convinzioni.

## **Il giudizio sull'esperienza di ospedalizzazione fuori regione**

Un ulteriore aspetto indagato concerne il giudizio sulla esperienza fatta, con specifico riferimento alla soddisfazione per la prestazione sanitaria, ai costi intangibili sopportati dai migranti nonché agli atteggiamenti nel caso di un futuro ricovero.

A questo proposito va anzitutto sottolineata una *soddisfazione pressoché unanime circa la qualità delle prestazioni ottenute* dagli intervistati fuori dalla loro regione (oltre il 95% le ha trovate all'altezza delle sue aspettative).

Similmente la maggioranza dei pazienti migrati ha dichiarato che se ne avesse nuovamente bisogno si recherebbe nello stesso ospedale fuori della sua regione (52%), e l'8,5% sceglierebbe un altro ospedale, ma sempre fuori dalla sua regione.

Il 38,7% dei migranti indica che propenderebbe invece per un ricovero nel proprio territorio, e si tratta di una quota che non sembra segnalare un'insoddisfazione per le prestazioni ricevute fuori regione, quanto invece probabilmente il peso dei disagi che, inevitabilmente, un ricovero lontano da casa comporta.

L'esperienza migratoria non rappresenta, dunque, il segno di una totale perdita di fiducia per le strutture ospedaliere della propria regione da parte del cittadino, il quale, in caso di bisogno, è generalmente disposto a valutare

di nuovo la situazione, per capire se sussistono le condizioni tecniche, professionali e umane tali da evitare l'onere del trasferimento.

Più netta è invece la posizione di coloro che comunque sceglierebbero di recarsi al di fuori della regione, anche se non necessariamente nell'ospedale in cui si sono ricoverati (quindi anche in ospedali di cui, presumibilmente, non hanno fatto esperienza diretta): si tratta infatti di un atteggiamento che sembra esprimere una chiara sfiducia nei confronti delle strutture ospedaliere della propria regione, ma che rimane complessivamente minoritario.

### **3 LE PROBLEMATICHE E LE DIFFICOLTÀ DELLA MIGRAZIONE**

Accanto a problematiche esclusivamente attinenti alle prestazioni sanitarie, gli intervistati hanno anche espresso indicazioni in merito ai *disagi* che la migrazione sanitaria ha comportato.

Il dato vede la coesistenza di situazioni molto diversificate.

Se, infatti, Le Regioni del Centronord fanno segnare percentuali di rispondenti che hanno lamentato disagi legati alla scelta di migrare abbondantemente al di sotto della media, le regioni meridionali evidenziano come l'esperienza ospedaliera extraregionale si sia rivelata strettamente connessa a problemi e difficoltà.

#### **I principali problemi riscontrati**

La tab.-13 mostra chiaramente come la distanza, sia il fattore più determinante nella creazione del disagio, com'era intuibile, le difficoltà crescono con la lontananza, è interessante notare come la percentuale di chi ha patito grossi disagi, raddoppia oltre i 200 km da casa.

Tra coloro che hanno patito grossi disagi:

- il 58% dei rispondenti ha lamentato l'onerosità dei costi monetari sostenuti per la migrazione;
- il 43% ha fatto riferimento a difficoltà di ordine più psicologico ed emozionale, e quindi al senso di solitudine che l'essere ricoverati lontano da casa ha prodotto;
- infine rimangono residuali le indicazioni relative ai disagi legati agli spostamenti (4%).

Accanto ai disagi patiti dai ricoverati si sommano quelli sopportati dalle persone che durante la degenza ospedaliera hanno prestato loro assistenza, è infatti oltre l'89% dei pazienti ad aver contato sulla presenza di una o più persone al momento del ricovero, in particolare nel 66% dei casi coloro che



hanno assistito il malato si sono trattenuti in modo tale da poter andare a trovare il ricoverato tutti i giorni.

Chiaramente la tipologia di problematiche che gli accompagnatori si sono trovati ad affrontare nel momento del ricovero di un familiare/amico differiscono in maniera sostanziale da quelle del malato, la cui percezione circa i disagi subiti dall'accompagnatore è una *proxy* sebbene mediata, comunque interessante.

Per l'accompagnatore, un certo numero di pazienti (38%) non ha indicato problemi particolari, questo dato che sembrerebbe confortante, va invece ritrattato tenendo conto del fatto che la maggior parte dei pazienti mostra di non conoscere le difficoltà dell'accompagnatore, il quale giustamente gliele ha tenute nascoste, basti pensare che nel 60% dei casi i pazienti non conoscono a quali spese va incontro l'accompagnatore.

Tra le difficoltà più indicate relativamente all'amico/familiare accompagnatore spiccano:

- i costi monetari sostenuti segnalati dal 60% dei pazienti ;
- la necessità di doversi assentare dal lavoro, rilevata dal 25% dei ricoverati.
- Mentre l'assenza da casa e il minor tempo per sé (l'accompagnatore), pesano solo nel 15% dei casi

## **Gli oneri gravanti sui pazienti e i loro familiari**

Per ciò che riguarda i costi, sia diretti, cioè sopportati dal ricoverato, sia indiretti, in quanto occasionati dal ricovero, ma sostenuti da terzi (da chi si prende cura del ricoverato, di norma un familiare).

Inoltre, accanto ai costi tangibili, espressi in moneta o comunque monetizzabili, si è cercato di valutare i costi intangibili, non suscettibili di monetizzazione. Infine i costi rilevanti sono quelli differenziali. In altri termini, da considerare è la differenza tra i costi sostenuti per i ricoveri extraregionali e i costi che si sarebbero comunque sopportati qualora il ricovero fosse avvenuto nella Regione di residenza.

## **I costi tangibili.**

Il costo monetario per ricoveri in ospedali collocati fuori Regione è rappresentato dai costi di trasporto, di vitto e alloggio, e dal mancato guadagno per il lavoro perso. Qui di seguito si considerano i costi dei pazienti ricoverati fuori Regione (sostanzialmente solo i costi di trasporto) per poi passare in rassegna i costi degli accompagnatori.

Per quanto riguarda la spesa per il trasporto, il 35% dei pazienti, la dichiara inferiore ai 100 euro, mentre per il 40% è compresa tra i 100 ed i 500 euro e per il restante 25% è superiore ai 500 euro.

Tuttavia occorre considerare le differenze geografiche, infatti l'onere della spesa appare decisamente più pesante nelle Regioni meridionali, se ad esempio in Calabria, il 40% dei pazienti dichiara di aver speso più di 500 euro, in Piemonte e in Veneto, tale percentuale scende sotto il 20%.

## **Un caso specifico, pazienti oncologici**

Nel caso dei pazienti oncologici i costi diretti (visite mediche, farmaci, infermieri privati e appunto viaggi) che le famiglie con pazienti devono affrontare, ammontano a circa 7.000 euro l'anno, i pazienti con diagnosi a 2 anni spendono mediamente per trasporti, vitto e alloggio in caso di spostamento, 1.700 euro l'anno, è una media che non può tener conto delle differenze tra coloro che si spostano per brevi tragitti e chi compie un viaggio più lungo.

È una spesa che grava su famiglie già sotto stress economico (oltre che ovviamente psicologico e fisico), mediamente un malato perde, da mancati guadagni 10.000 Euro l'anno, mentre 6.000 ne perde il familiare accompagnatore, il quale nel 70% dei casi riconosce che ha subito dei cambiamenti al lavoro, nel 20% dei casi lo ha proprio dovuto lasciare, addirittura nel 2% dei casi è stato licenziato, ma anche nella migliore delle ipotesi nel 37% dei casi è stato costretto a fare delle assenze al lavoro.

Ogni anno il costo complessivo per spese di trasporto, vitto e alloggio in caso di spostamento è rappresenta oltre il 40% delle spese non mediche.

## Gli accompagnatori

Venendo agli accompagnatori, questi, secondo le dichiarazioni dei pazienti, figurano presenti nell'86% dei casi di ricovero fuori Regione. Vale a dire che se ogni anno si muovono circa 750.000 malati, si muovono anche 640.000 accompagnatori, per un totale di circa 1.400.000 persone.

L'accompagnatore di gran lunga più frequente è un parente del ricoverato, solo meno del 5% sono coloro che si spostano con un amico/a, mentre nel 60% dei casi l'accompagnatore è il coniuge, oppure un figlio (30%), non è raro che siano entrambi o che questi si diano il cambio fra loro (nel questionario erano possibili più risposte e il totale non fa 100). Poco meno del 10% infine sono i genitori che accompagnano il figlio, come si è visto infatti il 10% circa dei migranti è costituito da minori.

Per quanto riguarda le spese sostenute dagli accompagnatori per i trasporti è ovviamente confrontabile con quella dei pazienti.

A differenza delle spese dei malati, per gli accompagnatori le spese più rilevanti riguardano le spese per ristorante e albergo, ma un discorso complessivo è assai difficile, infatti solo il 35% degli accompagnatori si trattiene nella città del ricovero e di questi il 30% sceglie l'albergo o la pensione, il 15% si ferma presso conoscenti e solo il 10% trova accoglienza in case del privato sociale, non a pagamento; mentre circa il 40% fa su e giù con la città di residenza.

È una situazione ovviamente impossibile da ricondurre ad un unico schema, si tratta di situazioni spesso prolungate e che conoscono soluzioni differenti e variegate, ma dai dati e dalle interviste svolte nel 2016 è possibile fare una sintesi utile a definire il fenomeno:

- l'85% dei malati ha un accompagnatore;
- di questi circa la metà resta un giorno o due oppure fa su e giù con casa;
- quindi un 40% di accompagnatori resta per periodi più lunghi nella città del ricovero, per una durata media di 10 giorni circa (e 10 notti);

- in termini numerici allora parliamo di circa 250.000 persone che devono trascorrere periodi lunghi fuori casa
- solo il 15% di loro trova alloggio presso amici o parenti
- infine solo il 10% di loro trova alloggio presso strutture del privato sociale;
- ancora una volta tornando in termini numerici e quindi parlando di Persone, ci sono circa 180.000 persone ogni anno che passano periodi abbastanza lunghi fuori casa per assistere un malato, a cui la collettività non dà risposte in termini di accoglienza.

Infine andrebbe aggiunto il costo delle giornate perse a causa del ricovero fuori Regione anche se oltre il 55% degli accompagnatori sia escluso dal mercato del lavoro (perché pensionato, casalinga o disoccupato).

Ma ancora una volta è opportuno sottolineare come ciò che vale nella generalità dei casi trovi spesso eccezione in situazioni di minoranza. L'assenza dal lavoro di una percentuale non del tutto trascurabile di accompagnatori sembra protrarsi diversi giorni, le assenze di oltre 15 giorni hanno interessato il 13% degli accompagnatori e le assenze di 10-15 giorni un altro 15%.

Sempre utilizzando la deduzione partecipativa delle interviste del 2016 possiamo affermare che circa il 4-5% degli accompagnatori deve affrontare serie conseguenze professionali, si tratta di 20/30.000 persone che oltre al disagio principale della malattia del congiunto (in questi casi spesso di tratta di un figlio), oltre alle spese vive, vedono anche minacciata la loro fonte di reddito.

Oltre a questi si possono aggiungere anche, in relazione agli accompagnatori le difficoltà in ambito psicologico ed emozionale. Gli spazi disponibili nelle strutture ospedaliere infatti, spesso non sono adeguati o confortevoli per coloro che, non essendo malati, attraversano comunque momenti di difficoltà. Proprio sulla base del fatto che si trovano distanti da casa, percepiscono maggiormente la necessità di essere in compagnia o al contrario di usufruire di un luogo dove trovare un po' di privacy.

## 4 LA RISPOSTA DEL PRIVATO SOCIALE

In relazione ai costi privati intangibili e tangibili e alle necessità che emergono in relazione alla lontananza dalla propria casa è forse interessante indagare la questione dell'alloggio per i periodi di permanenza che, come si è visto possono essere brevi o lunghi, legati a eventi singoli o che si ripetono periodicamente.

Una delle risposte offerte da privati comprende le associazioni che si sono specializzate nell'accoglienza a malati e familiari/amici che si spostano per motivi sanitari. Le associazioni mettono a disposizione degli alloggi e con essi una serie di servizi volti a rispondere alle esigenze dettate da una permanenza lontano da casa.

Chi si sposta, come si è visto, lo fa nella maggior parte dei casi, per necessità o per ricercare la qualità del servizio sanitario. Le case di accoglienza nascono per rispondere ad un bisogno il più delle volte diffuso in città in cui vi sono strutture ospedaliere competenti e specializzate in trattamenti di patologie gravi o complesse.

Si è visto che spesso ci si rende conto delle difficoltà legate all'alloggio solo quando ci si imbatte in prima persona nel problema. Di solito a seguito di tale esperienza è nata l'idea di fare qualcosa per aiutare chi si trova in difficoltà e per rispondere alle necessità che trova.

Per quanto riguarda la posizione delle case in relazione alle strutture ospedaliere che servono è possibile individuare almeno due situazioni:

- case vicine a strutture specializzate
- case e appartamenti senza una connotazione geografica particolare

Nel primo caso si fa riferimento a case di associazioni specializzate per una particolare patologia che quindi spesso sorgono in prossimità dell'ospedale che si occupa del trattamento specifico. Per quanto riguarda le case di accoglienza aperte a tutti i malati e gli accompagnatori, indipendentemente dal problema che presentano, sorgono dove possibile, dove c'è la disponibilità di uno spazio quindi non si trovano in una posizione direttamente legata all'ospedale. Inoltre, spesso rispondono alle richieste

provenienti da più di una struttura ospedaliera dunque la posizione della diventa secondaria.

Le tipologie di case di accoglienza sono diverse per poter rispondere a bisogni diversi.

- Case con camere per 2/3 persone e spazi comuni
- Condomini con appartamenti privati
- Camere o mini-appartamenti indipendenti

La prima tipologia offre ospitalità a due, tre persone o a famiglie intere e vengono messi a disposizione spazi comuni come una cucina, una sala ristoro, i servizi. Questa modalità è pensata per offrire la possibilità di stare insieme alle famiglie e la compagnia a chi si trova solo. In queste case, gli spazi condivisi permettono di creare momenti di convivialità e di instaurare relazioni tra persone che, in ogni caso, si trovano ad attraversare un momento se non altro complesso. Il secondo tipo di strutture è rivolta principalmente alle famiglie. Nell'ultimo caso ci si riferisce a piccole associazioni che mettono a disposizione gli spazi che trovano in base alle possibilità.

La casa fornisce un luogo attrezzato e accogliente in cui trascorrere l'attesa o la quotidianità, un posto dove dormire, mangiare, trascorrere del tempo in compagnia o meno. Offre ascolto e dialogo, dà la possibilità di trovare un sostegno e tranquillità a chi li cerca. Per i casi in cui le famiglie si devono trattenere prolungatamente, dà l'opportunità di costruire una quotidianità possibile solo se ci si sente in un luogo accogliente e non costantemente di passaggio.

A volte il primo spostamento coinvolge soltanto due persone compreso il malato ma, a seconda della problematica quindi del tempo che impiega, si può essere raggiunti da altri componenti della famiglia. I primi ad arrivare nelle case sono coloro che accompagnano il malato il quale nel frattempo è in ospedale. C'è da notare che, per motivi di costi, i ricoveri ospedalieri sono sempre più brevi quindi il malato, una volta dimesso, può aver bisogno di un appoggio per qualche giorno per motivi vari. a quel punto raggiunge il proprio familiare nella casa.

Nelle case non sempre si trovano malati con patologie croniche o che

devono subire trattamenti ripetuti, è possibile trovare anche persone che hanno subito piccole operazioni o che si sono spostati per avere una diagnosi da uno specifico medico.

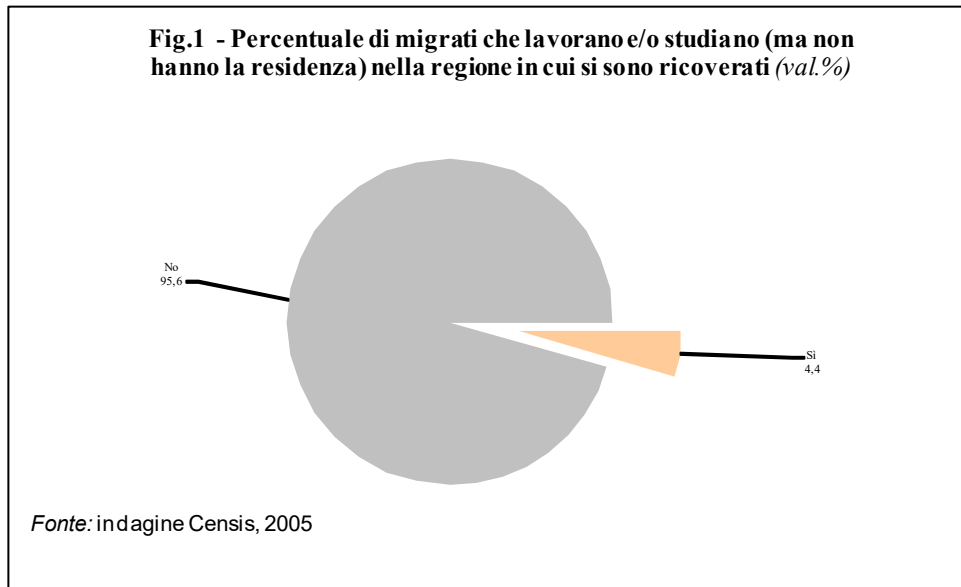
Il contatto con la struttura può avvenire sostanzialmente in due modi:

- passaparola
- per vie formali

In alcuni casi si tratta di un passaparola supportato da qualche locandina e biglietto da visita negli ospedali. Altrimenti sono gli ospedali che, attraverso gli assistenti sociali, mettono in contatto i pazienti con le strutture di accoglienza. Questo avviene attraverso la compilazione di un modulo e la valutazione della situazione complessiva del paziente e della famiglia.

Per quanto riguarda i contatti e le comunicazioni tra le case di accoglienza non ne sono emersi molti. Le associazioni che hanno dimensioni nazionali fanno riferimento principalmente alla sede centrale mentre le più piccole mostrano timidi segni di contatto con le altre ma attraverso dinamiche informali e anche in questo caso di passaparola.

In tutti i casi, indipendentemente dalle regole e dalle norme, le persone che operano nelle case cercano di fare attenzione ai singoli casi. Per quanto riguarda il numero di posti letto, la permanenza, la tariffa per il soggiorno ecc., emerge chiaramente che l'attenzione sia completamente rivolta alle persone. Sono sempre in primo piano i bisogni degli ospiti e la consapevolezza che il momento in cui si incontrano è di difficoltà e fragilità per loro. Si percepisce il desiderio di aiutare e non solo per quanto riguarda l'alloggio ma tutto ciò che riguarda la vita di tutti i giorni.

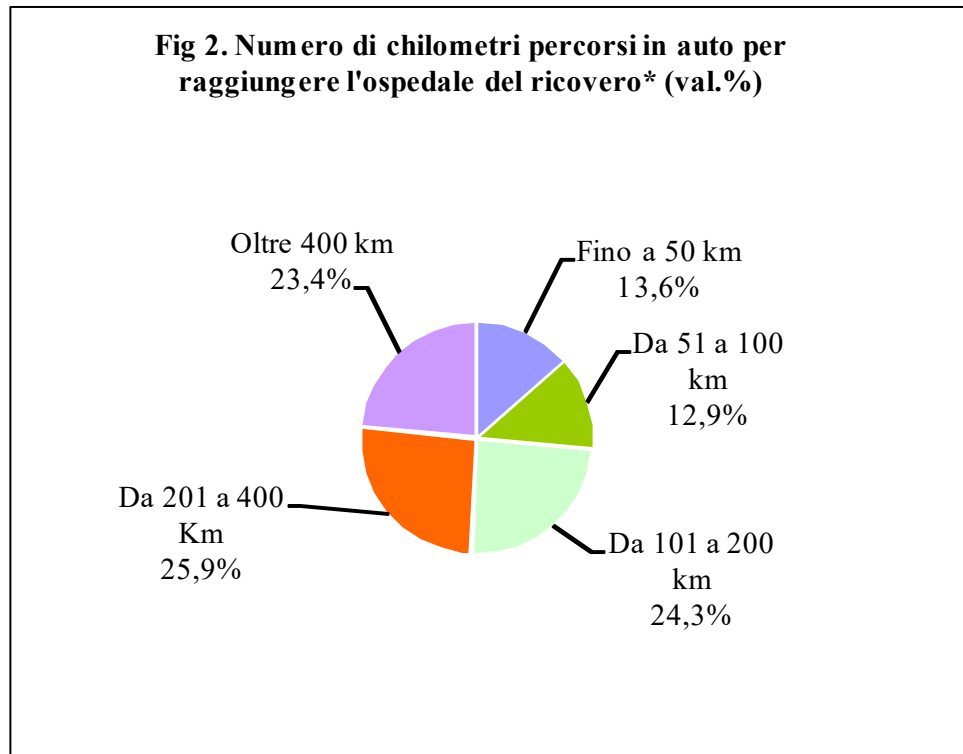


**Tab. 5 - La distanza dell'ospedale del ricovero rispetto alla Asl di appartenenza (val. %)**

Distanza	Totale
0-5 Km	1,5
5-10 Km	1,5
11-20 Km	3,5
21-30 Km	2,7
tra 31 a 50 Km	7,5
oltre 50 Km	83,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2005





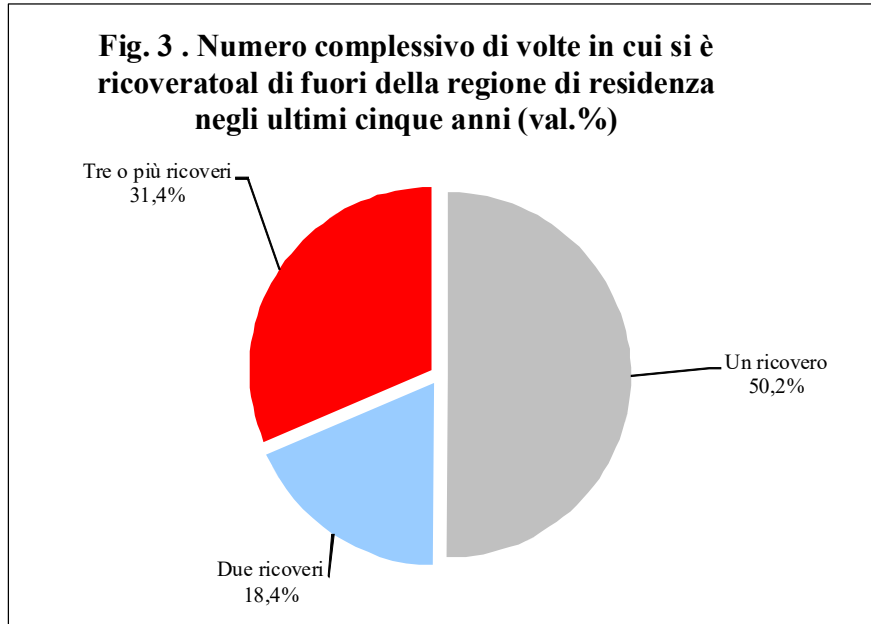
(\*) si fa riferimento solo a quella parte dei rispondenti che ha raggiunto l'ospedale in automobile (pari al 69,1% del campione)

Fonte: indagine Censis, 2005

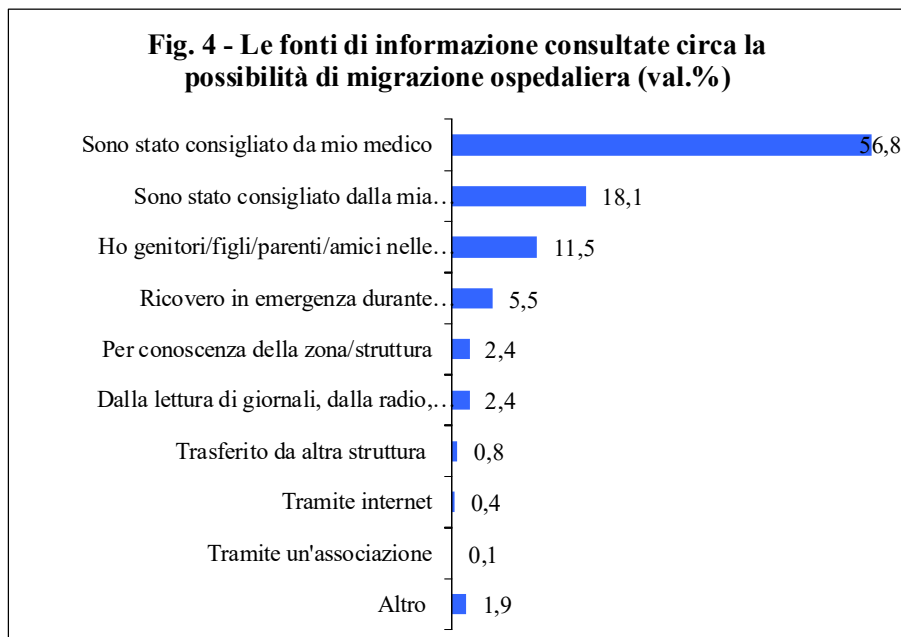
**Tab. 6 – L'ospedale regionale più vicino alla propria abitazione (val. %)**

	Totale
0-5 Km	39,9
5-10 Km	20,7
11-20 Km	20,8
21-30 Km	7,8
tra 31 a 50 Km	4,9
oltre 50 Km	5,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2005



Fonte: indagine Censis, 2005



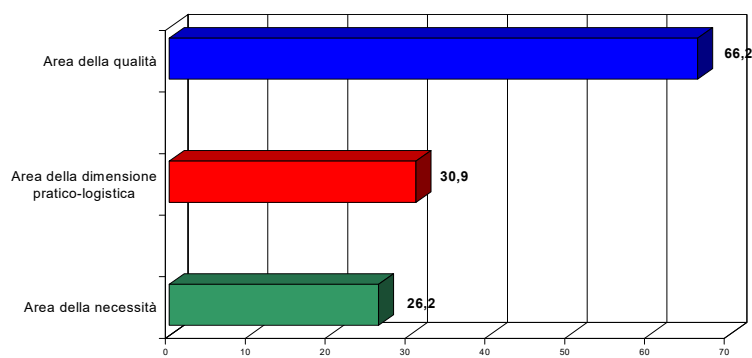
Fonte: indagine Censis, 2005

**Tab. 7 - Le fonti di informazione consultate circa la possibilità di una migrazione ospedaliera, per titolo di studio (val. %)**

	Nessun titolo/ Licenza elementare	Licenza media	Diploma	Laurea	Totale
Sono stato consigliato dal mio medico	57,4	58,6	55,8	52,7	56,8
Ho genitori/figli/parenti/amici nelle vicinanze dell'ospedale	11,4	11,1	11,5	13,7	11,5
Dalla lettura dei giornali, dalla radio, televisione	1,2	2,1	3,6	6,1	2,4
Sono stato consigliato dalla mia famiglia/amici	19,6	16,9	17,7	13,7	18,1
Tramite Internet	0,3	0,6	0,6	0,0	0,4
Per conoscenza della zona/struttura	3,0	1,9	1,6	1,5	2,4
Tramite un'associazione	0,1	0,0	0,1	0,8	0,1
Ricovero in emergenza durante viaggi/lavoro/vacanze	4,0	5,4	7,3	9,2	5,5
Trasferito da altra struttura	0,9	0,9	0,6	0,8	0,8
Altro	2,0	2,4	1,1	1,5	1,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis, 2005

**Fig. 5 - Le principali aree di motivazione all'ospedalizzazione al di fuori della regione di residenza(in%)**



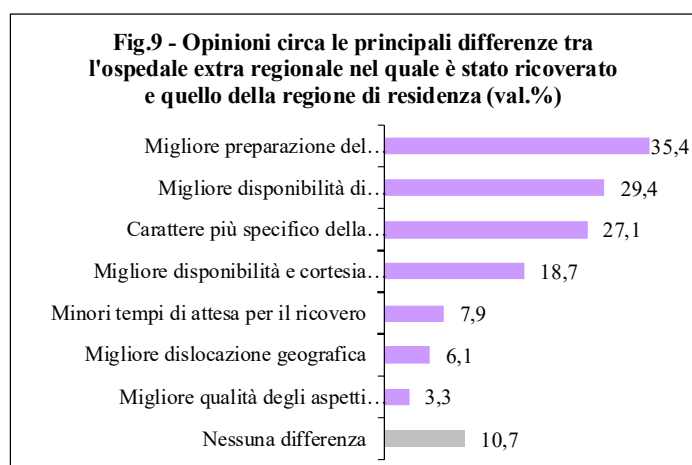
Fonte: indagine Censis, 2005

**Tab. 8 – Le motivazioni della migrazione ospedaliera (val. %)**

Per quali ragioni ha scelto il ricovero in una struttura al di fuori della sua regione?	%
<b>Area della qualità</b>	<b>53,5</b>
La migliore qualità delle strutture	30,7
La migliore qualità dei medici	33,3
Migliore qualità nei rapporti umani con il personale medico e paramedico	2,2
<b>Area della dimensione pratico logistica</b>	<b>25,0</b>
La maggiore facilità nel raggiungere l'ospedale	6,0
La presenza di un familiare nella zona	4,6
La conoscenza di un medico/infermiere nell'ospedale extraregionale	20,3
<b>Area della necessità</b>	<b>21,5</b>
L'impossibilità nel mio ospedale di svolgere quel tipo di prestazione	21,2
Minori tempi per svolgere la prestazione rispetto all'ospedale della mia regione	5,0

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2005



Fonte: indagine Censis, 2005

**Tab. 9 - Opinione degli intervistati circa la qualità dei servizi ospedalieri della propria regione (val. %)**

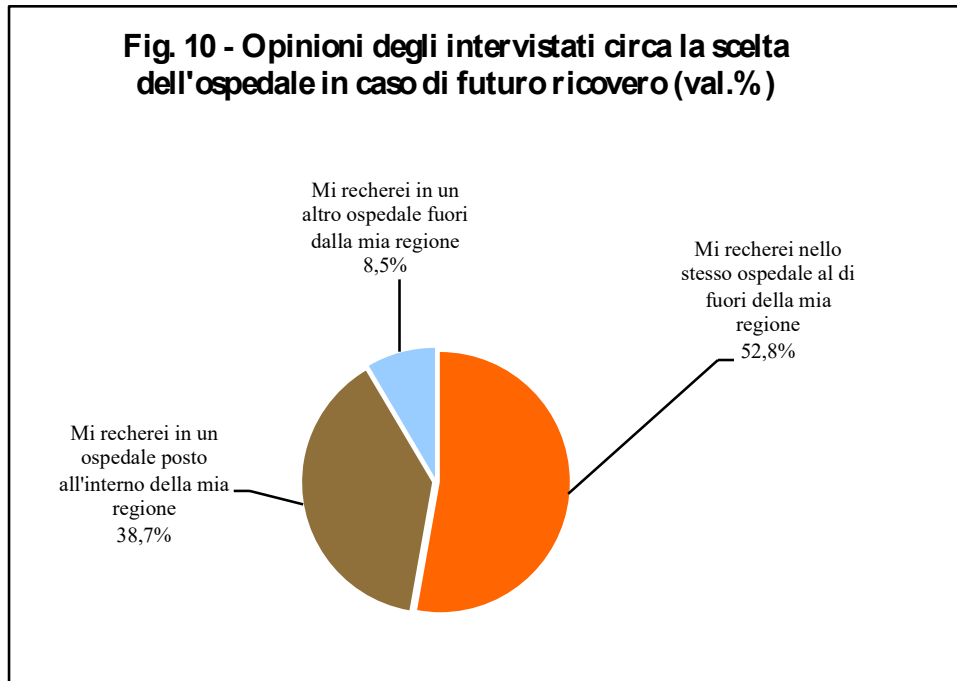
Giudizio	%
Ottima	5,4
Buona	27,7
Discreta	22,9
Sufficiente	19,3
Pessima	15,6
Non so	9,0
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis, 2005

**Tab. 10 - Opinione degli intervistati circa la qualità dei servizi ospedalieri della propria regione riguardo il problema di salute motivo del ricovero extraregionale (val. %)**

	%
Ottima	7,7
Buona	15,9
Discreta	14,1
Sufficiente	17,6
Pessima	26,9
Non so	17,8
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis, 2005



Fonte: indagine Censis, 2005

Tab. 11 – Opinioni degli intervistati circa la scelta di un ospedale in caso di futuro ricovero, per regione di ricovero (val. %)

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia- Romagna	Friuli- Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	Estero	Totale
Mi recherei nello stesso ospedale al di fuori della mia regione	49,0	40,0	0,0	32,3	57,3	52,0	54,1	41,7	58,4	40,4	0,0	62,5	42,9	10,0	27,9	63,5	35,6	47,3	25,0	44,0	100,0	52,8
Mi recherei in un ospedale posto all'interno della mia regione	42,6	40,0	100,0	48,4	33,5	38,0	36,6	50,9	33,9	53,8	100,0	27,5	50,8	80,0	55,8	33,9	61,0	41,8	75,0	41,8	0,0	38,7
Mi recherei in un altro ospedale FUORI della mia regione	8,3	20,0	0,0	19,4	9,2	10,0	9,3	7,4	7,7	5,8	0,0	10,0	6,3	10,0	16,3	2,6	3,4	11,0	0,0	14,3	0,0	8,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2005



Tab. 12 - I maggiori disagi patiti dai ricoverati in ospedali extraregionali, per chilometri percorsi in auto \* (val.%)

	fino a 50 km	da 51 km a 100 km	da 101 km a 200 km	da 201 km a 400 km	oltre 400 km	Totale
Disagi legati agli alti costi economici sostenuti	8,9	16,4	19,1	30,6	37,7	24,7
Disagi legati alla solitudine dovuta alla distanza da casa	6,3	9,8	21,0	18,0	18,9	16,3
Disagi dovuti agli spostamenti	0,0	0,9	0,7	1,8	1,7	1,1
Altro	1,6	2,2	1,5	2,9	1,4	1,9
Nessun disagio	83,1	70,7	57,7	46,8	40,2	55,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(\*) si fa riferimento a quella parte di rispondenti che ha raggiunto l'ospedale in automobile (pari al 69,1% del campione)

Fonte: indagine Censis, 2005

**Tab. 13 - I maggiori disagi partiti dagli accompagnatori dei ricoverati migrati in ospedali extra regionali, per chilometri percorsi in auto (val. %)**

	km				in auto		Totale
	fino a 50 km	da 51 km a 100 km	percorsi da 101 km a 200 km	percorsi da 201 km a 400 km	oltre 400 km		
Costi monetari	11,0	15,6	22,7	29,9	43,6	26,9	
Minore tempo libero a loro disposizione	2,5	6,2	6,4	5,8	3,9	5,1	
La necessità di assentarsi dal lavoro	7,2	12,0	16,8	20,6	13,5	15,1	
Il trasferimento	0,4	1,3	0,9	1,3	0,2	0,9	
L'assenza da casa	1,7	2,7	1,9	0,9	2,2	1,8	
Nessun disagio particolare	67,1	51,6	45,4	33,9	29,7	42,5	
Mi sono recato all'ospedale senza accompagnatore	10,1	10,7	5,9	7,5	6,9	7,7	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte: indagine Censis, 2005