

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

LA PERCEZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI NELLA REGIONE MARCHE: I DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI PER L'ANNO 2012

Cristina Mancini¹, Fabio Filippetti¹, Francesca Polverini¹, Letizia Sampaolo² e Rete Epidemiologica delle Marche*

¹Osservatorio Epidemiologico Regionale, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ancona; ²Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia

SUMMARY (*The perception of environmental risks in Marche Region: data from PASSI surveillance system, 2012*) - In 2012, in the Marche Region, an optional module was added to the PASSI surveillance system to investigate the public's perceived risks of environmental hazards on human health and individual factors (including socioeconomic factors) associated with risk perceptions. The results show that 12% of respondents (1,214) referred a negative influence of the environment on their health. This perception is most common in women; in the 35-49 years old group; in the most educated people and in the absence of economic problems. It is important to consider these variables for appropriate and effective risk communication messages.

Key words: surveillance; environmental; social determinants of health

fabio.filippetti@regione.marche.it

Introduzione

La salute umana è influenzata dalla presenza nell'ambiente di fattori biologici potenzialmente nocivi (microrganismi, allergeni) e/o dall'esposizione a contaminanti chimici e fisici. Sono noti gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla morbosità e sulla mortalità per malattie respiratorie e cardiache (1).

L'esposizione a fonti ambientali potenzialmente dannose e le ripercussioni sulla salute preoccupano la popolazione. La percezione di essere esposti a rischi ambientali non è solo una questione di conoscenza scientifica, dal momento che risente di fattori individuali poco studiati (2). In questo articolo si descrive l'influenza che hanno alcune variabili socioeconomiche nella percezione di esposizione a rischi ambientali fra i residenti (18-69 anni) nella regione Marche. Capire tale percezione è importante e utile per effettuare interventi adeguati di prevenzione e informazione.

Metodi

Per lo studio è stata utilizzata la rete epidemiologica regionale operante per il sistema di sorveglianza PASSI che, attraverso interviste telefoniche, raccoglie informazioni sugli stili di vita a rischio per l'insorgenza delle malattie croniche e sulla conoscenza/adesione ai programmi in atto per prevenirle (3). PASSI rende disponibili moduli facoltativi, come quello sulla percezione ambientale, che, attraverso 7 domande, indaga la percezione di: come l'ambiente in cui si vive influenzi lo stato di salute; come

la qualità dell'aria, intensità del traffico, presenza di rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti siano valutati come preoccupanti per la salute.

Nel 2011-12 il modulo è stato adottato da 14 regioni (35.400 interviste totali) (4); le Marche hanno aderito nel 2012 con un campione di 1.214 persone (campionamento casuale stratificato per età e sesso; tasso di risposta del 90%).

Le informazioni raccolte sono state messe in relazione con le caratteristiche sociodemografiche indagate in PASSI: genere, età (18-34, 35-49 e 50-69 anni), istruzione (bassa: nessun titolo, licenza elementare, media inferiore; alta: licenza superiore, laurea) e difficoltà economiche.

Sono state condotte analisi descrittive con il software Epi-Info e modelli multivariati di regressione logistica con Stata.

Risultati

Il 32% dei marchigiani dichiara che l'ambiente in cui vive influisce positivamente sulla propria salute, mentre il 12% pensa che la influenzi negativamente. Il 54% non gli attribuisce alcuna influenza.

La percezione negativa è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (14,8% vs 8,8%) e tra i 35-49enni (13,9%); diminuisce tra i 50-69enni (11,7%) e i 18-34enni (9,5%). È più frequente tra i più istruiti rispetto ai meno istruiti (13,3% vs 9,0%) e tra chi non dichiara difficoltà economiche rispetto a chi le riferisce (12,4% vs 11,4%).

All'analisi multivariata risulta significativa l'associazione tra questa percezione negativa e: genere femminile (OR: 1,8; IC95%: 1,09-2,5; *p-value*: 0,00); età 35-49

anni (OR: 1,6; IC95%: 1,02-2,6; *p-value*: 0,04); alto livello d'istruzione (OR: 1,7; IC95%: 1,06-2,6; *p-value*: 0,03).

Nell'ambito dei rischi ambientali indagati dal modulo si sono commentate le informazioni relative alla percezione dell'intensità del traffico nel quartiere in cui si vive, dal momento che appare la tematica che desta le maggiori preoccupazioni.

Il 41% degli intervistati riferisce una percezione del traffico da abbastanza a molto intenso (5). Il traffico desta più preoccupazione tra le donne che tra gli uomini (44% vs 38%). I 35-49enni sono i più preoccupati (45%), seguiti dai 50-69enni (42%) e dai 18-34enni (34%) (*p-value*: 0,01); sono preoccupate in maggior misura le persone con alta istruzione rispetto ai meno istruiti (43% vs 37%; *p-value*: 0,04). Dall'analisi multivariata emerge che la presenza della percezione negativa è associata all'età: 35-49 anni (OR: 1,7; IC95%: 1,2-2,3; *p-value*: 0,00) e 50-69 anni (OR: 1,6; IC95%: 1,2-2,3; *p-value*: 0,00) e dall'alto titolo di studio (OR: 1,5; IC95%: 1,1-1,9; *p-value*: 0,00) (Tabella).

Un intervistato su 5 (19%) ritiene che nella zona in cui abita siano presenti fattori di rischio per la salute. Quelli indicati con maggior frequenza sono: l'inquinamento da traffico (35%), la presenza di campi elettromagnetici (33%) e la sicurezza stradale legata al traffico (21%) (5).

Conclusioni

Lo sviluppo industriale ha contribuito al benessere della popolazione, ma ha portato a una maggiore esposizione a rischi ambientali potenzialmente nocivi ►

(*) Rete Epidemiologica Marche: AV 1: Gaetano Raschi, Marco Pompili, Alfredo Vaccaro; AV 2: Rosanna Rossini, Francesca Pasqualini, Daniela Cimini, Marco Morbidoni; AV 3: Rosanna Passatempo, Lucia Marinelli, Fabio Filippetti; AV 4: Rossana Belfiglio; AV 5: Francesca Picciotti, Massimo Baffoni.

Tabella - Percezione dei principali rischi ambientali tra i residenti marchigiani, per sesso, età, istruzione e difficoltà economiche (%; IC95% e OR*). Regione Marche, sorveglianza PASSI 2012

Caratteristiche	Campione (n.)	Negativa ^a				Cattiva/molto cattiva ^b				Sempre/spesso ^c				Molto intenso/intenso/abbastanza intenso ^d				Aspetti ambientali preoccupanti ^e			
		%	IC95%	OR		%	IC95%	OR		%	IC95%	OR		%	IC95%	OR		%	IC95%	OR	
Sesso																					
Uomini	622	8,8	6,5	11,2	(1)	9,4	7,0	11,9	(1)	8,5	6,2	10,8	(1)	38,1	34,2	42,0	(1)	18,0	14,8	21,1	(1)
Donne	592	14,8	11,8	17,8	<u>1,76</u>	15,7	12,6	18,8	<u>1,76</u>	9,5	7,0	12,0	1,14	43,8	39,5	48,0	1,26	20,1	16,8	23,4	1,12
Classi d'età																					
18-34	341	9,5	6,3	12,7	(1)	10,6	7,2	14,0	(1)	6,3	3,6	9,1	(1)	34,3	29,2	39,4	(1)	13,6	9,9	17,4	(1)
35-49	435	13,9	10,6	17,3	<u>1,64</u>	15,7	12,2	19,2	<u>1,69</u>	10,6	7,5	13,7	1,70	45,1	40,0	50,2	<u>1,66</u>	21,6	17,7	25,5	<u>1,84</u>
50-69	438	11,7	8,4	14,9	1,53	11,1	7,9	14,3	1,33	9,6	6,8	12,4	1,43	42,3	37,4	47,1	<u>1,63</u>	20,8	16,8	24,8	<u>1,96</u>
Titolo di studio																					
Alto	796	13,3	10,8	15,8	<u>1,67</u>	14,7	12,1	17,3	<u>1,84</u>	8,2	6,2	10,2	0,81	43,1	39,5	46,7	<u>1,47</u>	20,3	17,4	23,2	<u>1,48</u>
Basso	418	9,0	6,0	11,9	(1)	8,6	5,7	11,4	(1)	10,6	7,6	13,6	(1)	36,8	31,9	41,7	(1)	16,6	13,0	20,2	(1)
Difficoltà economiche																					
Presenti	676	11,4	8,9	13,9	(1)	11,7	9,6	14,2	(1)	9,5	7,3	11,7	(1)	41,0	37,1	44,9	(1)	18,3	15,3	21,3	(1)
Assenti	536	12,4	9,4	15,4	1,02	13,8	10,6	17,0	1,11	8,4	5,8	10,9	0,92	40,8	36,4	45,2	0,95	20,0	16,4	23,6	1,07

(*) OR ottenuto con un modello di regressione logistica contenente, come covariate, il genere, la classe d'età, il titolo di studio e la presenza di difficoltà economiche riferite. La sottolineatura indica la significatività statistica (*p-value* <0,05).

(a) Percezione negativa dell'influenza dell'ambiente sullo stato di salute; (b) Percezione della qualità dell'aria: cattiva/molto cattiva; (c) Percezione della presenza di rifiuti abbandonati o fuori dai cassonetti: sempre/spesso; (d) Percezione dell'intensità del traffico: molto intenso/intenso/abbastanza intenso; (e) Presenza nel quartiere/zona di aspetti ambientali preoccupanti per la salute.

per la salute. In questi anni, è cresciuta la consapevolezza che i fattori ambientali sono elementi essenziali per la qualità della vita delle persone. Sono quindi aumentate le richieste di informazioni sui rischi presenti negli ambienti di vita/lavoro e sulle valutazioni di impatto sulla salute. Per contro, è esperienza comune dei tecnici che, a volte, i rischi reali non siano conosciuti o vengano mal percepiti dalla popolazione. Questo perché, nel processo di elaborazione della percezione del rischio, concorrono diversi fattori che la letteratura spiega proponendo vari paradigmi. In alcuni di essi sono considerate rilevanti alcune caratteristiche demografiche, come sesso e condizioni socioeconomiche (6-7). Riguardo a ciò, nelle Marche, in linea con quanto è emerso nel pool di regioni partecipanti, sulla percezione di rischi ambientali influisce più frequentemente l'essere donna, l'età matura, l'alta istruzione e l'assenza di difficoltà economiche. Il riscontro di un'aumentata preoccupazione al crescere dell'età e delle buone condizioni socioeconomiche era già stato evidenziato da altri studi, condotti per progetti di informazione alla popolazione (8-9).

Un marchigiano su tre ha indicato come preoccupante l'inquinamento da traffico, in linea con quanto emerso nelle regioni partecipanti. Ha sorpreso, al contrario, il rilievo del timore dell'inquinamento elettromagnetico: i marchigiani l'hanno riferito più frequentemente rispetto alle prevalenze delle altre regioni (5). Questo potrebbe spiegarsi con il fatto che il tema è stato affrontato in convegni/dibattiti e sui media locali, a causa di specifiche si-

tuazioni regionali percepite dai cittadini come critiche, sensibilizzando così l'opinione pubblica sull'argomento.

Le informazioni ottenute dal modulo sulla relazione tra percezione ambientale e caratteristiche sociodemografiche sono, quindi, utili a chi si occupa di comunicazione del rischio, di sviluppo di programmi di promozione della salute, di pianificazione urbana.

Lo studio ha dei limiti: i dati sono autoriferiti e quindi influenzabili da distorsioni che possono alterarne validità e riproducibilità (*bias* da ricordo; *bias* da selezione); viene indagata la percezione solo di alcuni fattori di rischio ambientali; non sono incluse domande sulla sfera emozionale. PASSI, inoltre, è una sorveglianza multi-scopo e quindi l'approfondimento di specifici argomenti è possibile solo con questionari monotematici. Infine, non è stato possibile georeferenziare le osservazioni per "correggere" le informazioni raccolte rispetto alla vicinanza a pressioni ambientali della residenza dell'intervistato. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Biggeri A, Bellini P, Terracini B. (Ed.). Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico. *Epidemiol Prev* 2001;25(2)Suppl:1-72.

2. Serpe A, Cavazza N, Rubichi S. La percezione del rischio. Metodologia e casi di studio. *Quaderni di Monitor* 2011;5:1-79.
3. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto Sperimentazione del Sistema di Sorveglianza PASSI. *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
4. PASSI. Ambiente: la percezione del rischio. Dati della Sorveglianza PASSI 2011-2012; 2014 (www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/ambiente/Capitolo_Modulo_ambiente_1112_180314.pdf).
5. PASSI. Ambiente: la percezione del rischio. Dati della Sorveglianza PASSI 2012. Regione Marche; giugno 2014 (www.epicentro.iss.it/passi/pdf2015/Modulo_ambiente_Marche_PASSI.pdf).
6. Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987;236:280-5.
7. Slovic P, Finucane MI, Peters E, et al. Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Anal* 2004;(2):311-22.
8. Martinelli V, Boraldi V, Guerra L, et al. Qualità dell'ambiente percepita e qualità rilevata (www.comune.modena.it/lecittasostenibili/annale-del-900-la-citta-e-lambiente/i-temi/qualit-percepita-e-qualit-rilevata).
9. USL 9 Reggio Emilia. *Gli abitanti di Reggio Emilia e l'ambiente: sondaggio d'opinione sulla percezione dei rischi ambientali: progetti di informazione alla popolazione*. Comune di Reggio Emilia; 1989.

MOBILITÀ PASSIVA E INAPPROPRIATEZZA IN SANITÀ NELLA REGIONE CALABRIA

Salvatore Lopresti e Giuseppe Andrea De Biase

Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Reggio Calabria

SUMMARY (*Passive mobility and analysis of appropriateness in health in the Calabria region*) - The health mobility is a right of the citizens that they can turn to any structure, without territorial restrictions, to look for an answer to their needs. Often it produces inappropriateness and increases costs without affecting the quality of care.

Key words: health mobility; inappropriateness health; compensation of mobility

s.lopresti@regcal.it

Introduzione

La mobilità sanitaria interregionale è quel fenomeno che coinvolge molti assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

Considerando che il fondo sanitario nazionale è ripartito tra le regioni italiane in funzione delle caratteristiche demografiche dei residenti (essenzialmente numerosità ed età), le attività assistenziali erogate a cittadini residenti fuori regione sono oggetto di manovre compensative, svolte attraverso lo scambio dei dati di queste prestazioni e dei relativi importi al Tavolo della mobilità interregionale.

La mobilità sanitaria, e in particolare quella per ricoveri ospedalieri che ne costituisce la componente principale, è un fenomeno complesso. Di seguito le tipologie più importanti:

- vi è una mobilità di prossimità, per la quale l'utente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione in cui non risiede;
- si osservano flussi di pazienti che ricevono prestazioni di complessità e specificità decisamente elevate erogate da poche strutture qualificate;
- vi è anche una componente di casualità, che si associa ai movimenti temporanei della popolazione, sia di lungo periodo (lavoro o studio), che di breve e brevissimo periodo (vacanza);
- infine, vi è una carenza d'offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa. Gli utenti scelgono un presidio, anche distante, per ricevere cure tempestive o nella speranza di essere curati meglio (1).

La finalità del presente lavoro è l'approfondimento del fenomeno della mobilità passiva ospedaliera, cioè i ricoveri fuori regione, dei cittadini calabresi, mediante l'analisi dettagliata e comparata relativa agli anni 2010 e 2011 e l'analisi dell'inappropriatezza.

Materiali e metodi

L'analisi condotta ha utilizzato la base dati delle schede di dimissione ospedaliera sulla mobilità extraregionale negli

anni 2010 e 2011. La base dati contiene i ricoveri ospedalieri e in day hospital erogati, in altre regioni, a cittadini residenti in Calabria. Le elaborazioni si basano sui dati definitivi, ossia successivi alle fasi di contestazioni e controdeduzioni.

Una serie di indicatori di grande capacità descrittiva sull'attività di ricovero deriva dal sistema di classificazione dei ricoveri per DRG (diagnosis-related groups). Esso individua macro tipologie di ricovero che costituiscono altrettante unità di misura dell'attività di ricovero. A queste viene attribuito un peso, sulla base di dati di costo tratti dalle cartelle cliniche, in termini di standard di "onerosità relativa" per il trattamento dei diversi casi.

I valori economici indicati nelle analisi derivano dalla richiesta di addebito effettuata dalla regione erogatrice e dal costo dei DRG per struttura di ricovero; per quanto riguarda i dati sugli abitanti, si fa riferimento ai dati ISTAT relativi all'anno analizzato.

Per i ricoveri inappropriati sono stati calcolati gli indicatori di potenziale inappropriatezza, secondo criteri previsti negli allegati della TUC (tariffa unica convenzionale) e in particolare i DRG "maldefiniti": 424 (interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale), 468 (intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale), 476 (intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale), 477 (intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale); i ricoveri per acuti ordinari ripetuti con intervallo temporale 0-1 giorno; i ricoveri ordinari ripetuti nei reparti codice 56 (recupero e riabilitazione funzionale) con intervallo temporale 0-7 giorni; tutti i pacchetti di 3 o più ricoveri consecutivi (con intervallo temporale 0-1 giorno) con utilizzo del reparto codice 56 per i quali si prevede la possibilità di ulteriori contestazioni (2). Al fine di individuare e distinguere dalla vera mobilità, la falsa mobilità generata da soggetti che, pur residenti in Calabria, vivono in altre regioni, sono stati analizzati i consumi aggregati riferiti all'anno 2011 dei soggetti

individuati nel sistema informativo integrato della BDA (banca dati assistiti), dove le relative prestazioni sono state erogate, ed è presente la scelta di un medico di medicina generale fuori regione (3).

Risultati

Il numero totale dei ricoveri effettuati in strutture sanitarie extraregionali, in favore di cittadini calabresi, si è ridotto da 63.571 nel 2010 (rispetto a 324.940 effettuati in Calabria), a 61.627 nel 2011 (rispetto ai 309.421), con un decremento pari a circa il 3%.

Parallelamente alla riduzione del numero di ricoveri, è diminuito il corrispondente importo richiesto per tali prestazioni effettuate in mobilità passiva, passando da € 214.921.017,60 nel 2010 a € 210.114.838,39 nel 2011, con una riduzione del 2,2%.

Nonostante tale decremento, l'impatto economico del fenomeno della mobilità passiva appare rilevante, come desumibile dall'addebito medio per abitante che, relativamente al 2011, risulta pari a € 105,45.

Sul numero complessivo di ricoveri effettuati fuori regione nel 2011, 43.370 (corrispondenti al 70,37% del totale dei ricoveri) sono stati effettuati in regime di ricovero ordinario, per un addebito di € 190.858.654,56 (pari al 90,84% della spesa totale), mentre 18.257 (29,63% sul totale dei ricoveri) in regime di ricovero in day hospital per complessivi € 19.256.183,83 (9,17%). Il numero totale di accessi in day hospital di cittadini calabresi fuori regione nel 2011 è risultato pari a complessivi 39.643.

Al fine di valutare la complessità della mobilità passiva, è stato calcolato il peso medio dei ricoveri che è risultato pari a 1,099. Il peso medio calcolato per disciplina di dimissione di una generica struttura ospedaliera è il rapporto tra i punti DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa. L'addebito medio per ricovero è risultato pari a € 3.406,41. La classe di età in cui si registra una più elevata mobilità extraregionale nell'anno 2011 (intorno al 10% per gli uomini e ►

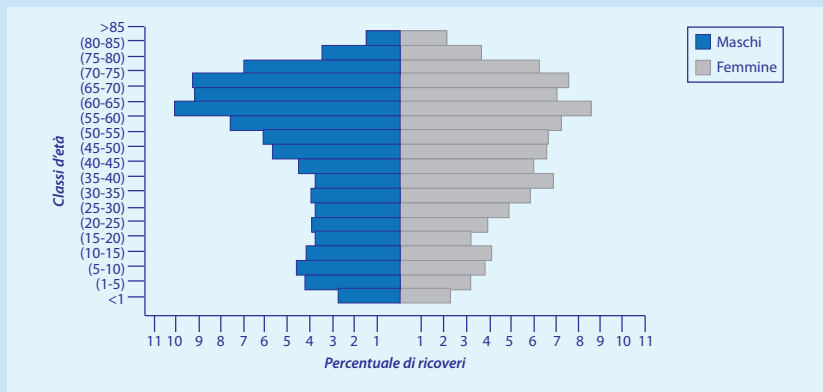


Figura - Analisi della mobilità passiva nella regione Calabria. Distribuzione dei ricoveri per genere e classi d'età (anno 2011)

all'8,6% per le donne) è quella tra i 60-65 anni. Segue la classe dei 70-75 anni (circa il 9,2% per gli uomini e il 7,5% per le donne) e quella dei 65-70 (circa il 9% per gli uomini e il 7% per le donne) (Figura).

In termini di spesa, la mobilità è stata diretta principalmente nelle seguenti regioni: Lombardia (21% dell'addebito totale), Lazio (16% - esclusi i ricoveri presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù e l'ospedale San Giovanni Battista ACISMON), Emilia-Romagna (13%), Sicilia (11%), Toscana (7,5%), Puglia (6,6%) e Piemonte (5,2%). Esse assorbono oltre il 75% del totale del numero di ricoveri effettuati fuori dalla regione in favore di cittadini calabresi e l'80% circa della spesa complessiva per prestazioni fuori regione.

I DRG che comportano una quota maggiore di spesa, a livello di regione di destinazione, sono: 1) 104 (interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco) nella regione Lombardia; 2) 544 (sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) in Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana; 3) 410 (sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori) nel Lazio.

I DRG con una quota maggiore di addebito, a livello di struttura di ricovero, sono: 1) 424 (interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale) presso la casa di cura Santa Maria della Salute-Minerva Spa in Campania, per un valore economico superiore al milione di euro e 145 ricoveri; 2) 104 (interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco) presso l'Anthea Hospital in Puglia, per un valore economico di quasi un milione di euro e 40 ricoveri; 3) 009 (malattie e traumatismi del midollo spinale) presso l'Istituto di Montecatone-Ospedale di

Riabilitazione in Emilia-Romagna, dove si registrano 25 ricoveri per un totale di circa € 850.000.

La graduatoria in base alla quota di ricoveri potenzialmente inappropriati, così come indicati nella TUC 2011 sul totale dei ricoveri effettuati all'interno di ciascuna regione di destinazione, vede in testa ACISMON (59,26%), a cui seguono Abruzzo (51,34%), Umbria (48,14%), PA di Bolzano (47%), Bambino Gesù (46,02%), Liguria (45,8%), Sicilia (43,5%), Toscana (41,26%), Campania (40,73%).

Nell'analisi dei DRG "maldefiniti" si è riscontrata la presenza di una struttura campana nella quale sono state effettuate n. 145 prestazioni sanitarie relative al DRG "maldefinito" 424 (interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale). Va, inoltre, rilevato come l'incidenza di tale DRG sul totale delle prestazioni erogate da questa struttura nei confronti di pazienti calabresi risulti pari a circa il 98% del totale delle prestazioni erogate.

Relativamente al fenomeno della falsa mobilità si può rilevare come quasi un quarto dei soggetti presenti in BDA non abbia usufruito, nel 2011, di prestazioni sanitarie. Si rileva, inoltre, come il 37% di chi ha usufruito di prestazioni fuori regione sia riconducibile alla falsa mobilità.

Conclusioni

Il numero dei ricoveri fuori regione è complessivamente diminuito. Dalle analisi effettuate si evidenzia che sono ancora molti i calabresi che migrano dal luogo di residenza per farsi ricoverare in un'altra regione, originando una spesa sia per il sistema sanitario calabrese, sia per le famiglie chiamate ad assistere il loro congiunto.

La dinamica dei flussi di mobilità passiva evidenzia come i cittadini calabresi si rivolgano prioritariamente verso le

strutture sanitarie del nord, del centro Italia e delle regioni limitrofe. Accanto alla mobilità motivata da ragioni sanitarie esiste sicuramente una migrazione correlata ad altri fattori, come motivazioni di carattere prettamente soggettivo: ragioni di tipo familiare o di localizzazione del Comune di residenza.

Sono state rilevate alcune anomalie nell'appropriatezza di alcune prestazioni eseguite in determinate strutture di alcune regioni. Tali situazioni possono essere oggetto di confronto nell'ambito degli accordi bilaterali con le regioni interessate, al fine di ridurre eventuali comportamenti opportunistici. Risulterà, inoltre, opportuno monitorare in futuro tali criticità per verificare se permangono nel tempo.

I cittadini calabresi sono già svantaggiati da un punto di vista economico e la mobilità passiva crea un'ulteriore disuguaglianza nell'offerta sanitaria, nonché problemi logistici.

Il sistema sanitario calabrese dovrebbe concentrare l'attenzione sui settori che mostrano maggiore mobilità passiva per realizzare, da un lato, un'attrattività dalle regioni limitrofe e ridurre, dall'altro, il rilevante tasso.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcuna potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. La mobilità sanitaria. *Quaderni di Monitor* 2012;29(Suppl. 9):1-118.
2. Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria, Testo Unico. Conferenza delle regioni e delle province autonome. Roma, 5 maggio 2011 (<http://ibmdr.galliera.it/informativa-per-asl/normativa-di-riferimento/testo-unico-5-maggio-2011>).
3. Cislighi C, Morandi I, Di Virgilio E, et al. La mobilità ospedaliera. *Quaderni di Monitor* 2009;24(Suppl. 5):120-30.

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, F. Rosmini, P. Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia,
 Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, S. Salmasso

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp
 e-mail: ben@iss.it