

La mobilità sanitaria in Italia negli ultimi anni. I viaggi della salute per avere una cura migliore.

Roberta Di Stefano - 14/04/2026 [papers]

Abstract

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano garantisce a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria presso le strutture della propria regione di residenza. Al tempo stesso, però, la normativa riconosce al cittadino il diritto di ricevere prestazioni sanitarie a carico del SSN anche in strutture (pubbliche e private accreditate) presenti in aree diverse da quelle di residenza generando, così, il c.d. fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano garantisce a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria presso le strutture della propria regione di residenza. Al tempo stesso, però, la normativa riconosce al cittadino il diritto di ricevere prestazioni sanitarie a carico del SSN anche in strutture (pubbliche e private accreditate) presenti in aree diverse da quelle di residenza generando, così, il c.d. fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Lo spostamento di persone bisognose di cure e terapie può essere determinato da diversi fattori: la ricerca di strutture altamente specializzate o a causa di liste d'attesa troppo lunghe, oppure perché si ha la percezione di una qualità inferiore del servizio sanitario nella propria zona e/o il bisogno di tecnologie avanzate e trattamenti innovativi. La "migrazione" di centinaia di migliaia di persone da una regione all'altra per prestazioni sanitarie non disponibili o non adeguatamente erogate nel proprio territorio di residenza porta con sé anche profonde implicazioni di natura economica e sociale, significative per le regioni meno attrezzate, in particolare del Mezzogiorno d'Italia, che evidenziano un divario strutturale tra Nord e Sud del Paese nell'assistenza sanitaria.

Da un punto di vista teorico si individuano tre tipologie di mobilità sanitaria: regionale (pazienti che si spostano all'interno della regione in cui risiedono), interregionale (persone che si muovono da una regione ad un'altra per sottoporsi a cure migliori rispetto a quelle offerte dalla regione di provenienza) e internazionale (soggetti alla ricerca di cure specifiche non disponibili non ritenute all'altezza nel proprio Stato o per tempi di attesa molto lunghi o se si necessita di interventi sanitari mentre si trovano all'estero).

La mobilità può essere attiva o passiva. Il primo caso costituisce un indice di qualità e attrazione di un territorio ed economicamente costituisce di una voce di credito, di somme in entrata dirette a coprire i costi delle prestazioni sanitarie fruite da pazienti provenienti da altre regioni, mentre quella passiva rappresenta un indice di fuga dei propri assistiti che si spostano in una regione diversa da quella di residenza per ricevere cure e costituisce una voce di debito per quest'ultima che deve rimborsare i fondi alla regione che ha erogato i servizi e le cure dei propri pazienti-residenti [\[1\]](#). Il saldo derivante dalla differenza tra crediti e debiti decreta se una regione può definirsi attrattiva o se invece subisce una "fuga" dei propri cittadini-pazienti verso altre realtà territoriali.

In generale, la missione di spesa "Tutela della salute" interessa la quota maggiore delle risorse regionali e negli ultimi cinque anni sono stati spesi a livello nazionale somme che vanno da 126,9 miliardi di euro nel 2020 a 143,9 nel 2024 (+13,3%, in crescita costante nel quinquennio). Al proprio interno sono ricomprese le spese per la mobilità passiva, concordati in ambito di Conferenza Stato-Regioni, che costituiscono in media poco più del 3% delle spese correnti (valori percentuali più elevati che si collocano tra il 4 % e il 5 riguardano le regioni del Sud). Per stabilire il valore della mobilità sanitaria passiva e calcolare le differenze con quella attiva sono stati utilizzati dati economici aggregati. I saldi calcolati evidenziano importi positivi esclusivamente per le regioni settentrionali a differenza di quelle centrali e meridionali che registrano costantemente saldi negativi (Tabella 1) [\[2\]](#). In media, i residenti nelle regioni del Nord-ovest beneficiano di saldi pro-capite positivi che vanno da 42,8 euro nel 2020 (dato più elevato nel quinquennio) a 33,3 nel 2024 (importo più basso nel 2022 con 11,8 euro per

residente), quelli del Nord-est da 39,8 euro a 62,2 (importo maggiore quest'ultimo, il dato minore è di 39,2 euro nel 2021). Gli abitanti del Centro presentano dati negativi che vanno da -9,4 euro (importo migliore) a -20 (nel 2022 il dato peggiore, pari a -20,4 euro), così come quelli del Sud, da -71,7 euro a -74,9 (quest'ultimo anche il più consistente, valore più contenuto pari a -35,1 euro nel 2022) e delle Isole, da -50 euro a -53,3 (al contempo importo peggiore, -36,1 euro nel 2022 quello migliore).

Tabella 1 – Costi e saldi per mobilità sanitaria per ripartizione geografica da Riparto (a). Anni 2020-2024, (valori assoluti in milioni di euro e valori percentuali)

Anni/ Ripartizione territoriale	Costi					Var. % 2024- 2020	Saldi				
	2020	2021	2022 (b)	2023	2024		2020	2021	2022	2023	2024
NO	869,7	736,3	754,4	933,4	1.004,0	15,4	680,6	527,4	186,5	200,2	530,7
NE	738,1	624,2	577,8	697,5	797,9	8,1	461,7	452,6	461,8	664,3	721,2
CENTRO	1.078,9	906,6	824,9	947,7	1.131,7	4,9	-110,2	-192,4	-239,0	-200,0	-234,4
SUD	1.515,6	1.270,4	900,8	1.351,7	1.649,2	8,8	-971,1	-801,0	-473,1	-752,4	-1.001,9
ISOLE	413,4	367,0	272,5	316,8	454,1	9,9	-321,4	-286,6	-230,9	-242,2	-338,1
TOTALE	4.615,7	3.904,5	3.330,3	4.247,2	5.036,9	9,1	-260,4	-300,0	-294,7	-330,2	-322,5

(a) Importi da Intesa Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo su proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni e Province autonome delle disponibilità finanziarie per il SSN. Gli importi totali comprendono anche le quote relative all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (OPGB) e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM) ma non sono state incluse nelle analisi di dettaglio regionale.

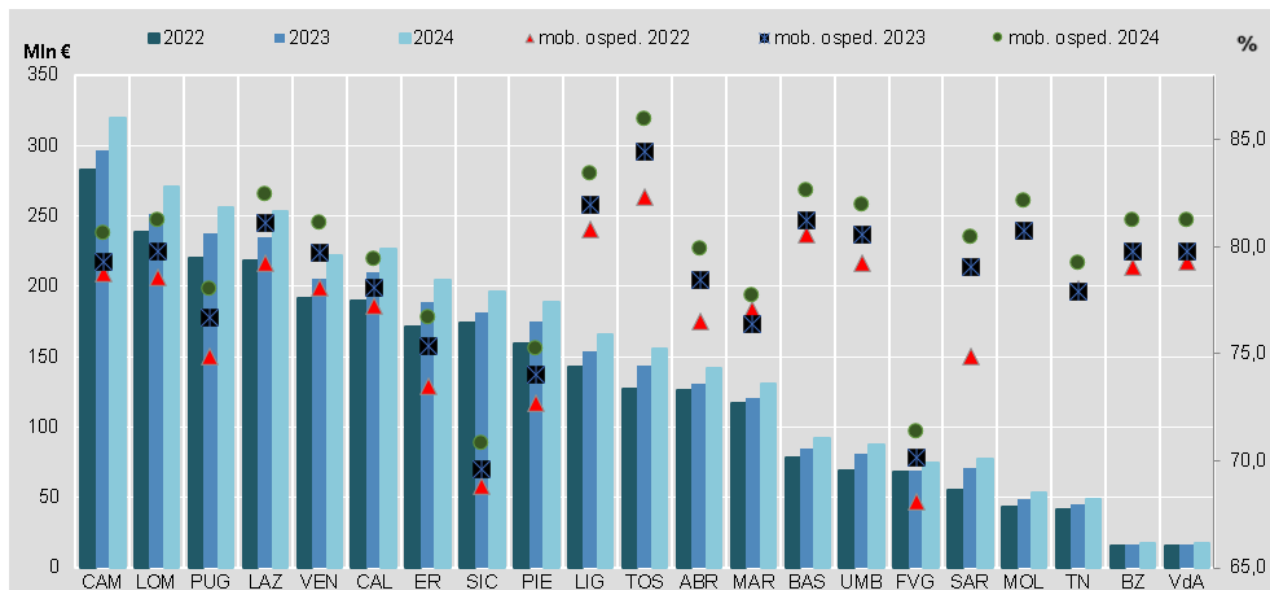
(b) L'importo dell'anno 2022 della ripartizione territoriale del SUD non è in linea con quelli precedenti e successivi in quanto per la regione Calabria la compensazione del saldo di mobilità 2020 è stata posticipata al 2026.

Il fenomeno della mobilità può essere analizzato anche utilizzando i dati contenuti nei Rapporti di AGENAS [\[3\]](#) che offrono un'analisi dettagliata dei flussi sanitari interregionali in Italia e che forniscono strumenti conoscitivi per organizzare e gestire meglio il contesto sanitario regionale al fine di ridurre le disuguaglianze tra territori nell'accesso alle cure. Si distinguono diverse componenti all'interno della mobilità di cui le prevalenti sono quella per ricoveri ospedalieri e quella per prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale. L'attività ospedaliera viene articolata in tre categorie: casuale, apparente e effettiva. L'attività ambulatoriale considerata è quella effettiva di I livello. L'analisi che segue ha come base informativa i dati della componente effettiva della mobilità.

La spesa totale della mobilità (ospedaliera più ambulatoriale, pari a 2,74 miliardi di euro nel 2022 e a seguire 2,96 nel 2023 e 3,2 nel 2024), mostra importi in crescita nei tre anni che, nel dettaglio, vanno da poco meno di 20 milioni di euro nel caso di Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano fino ad oltrepassare i 200 milioni per Campania, Lombardia, Puglia e Lazio, a cui si aggiungono Veneto e Calabria negli ultimi due anni e Emilia-Romagna nel 2024.

Di questi il peso della componente ospedaliera per ricoveri acuti e post-acuti rappresenta la parte prevalente che nel triennio registra valori inferiori al 72% per Friuli-Venezia Giulia e Sicilia e superiori all'80% nel caso di Toscana, Liguria, Basilicata e Molise (Figura 1).

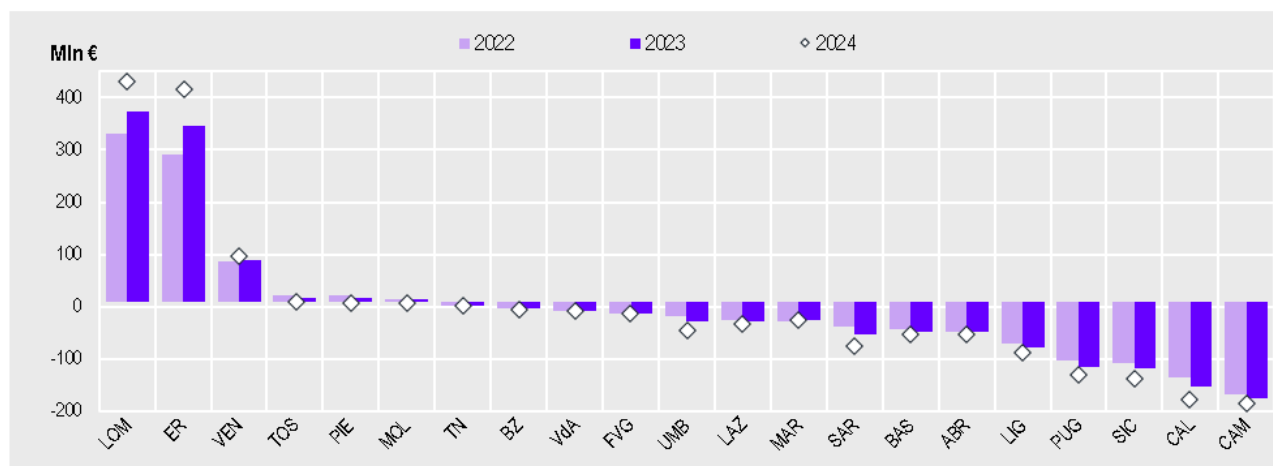
Figura 1 – Costi totali della mobilità effettiva e costi della mobilità ospedaliera. Anni 2022-2024 (a) per regione (importi in milioni di euro e valori percentuali)



(a) Elaborazioni su dati Agenas. Gli importi del 2024 sono stimati.

I saldi tra costi e ricavi nel periodo 2022-2024 mostrano che solo alcune regioni registrano importi complessivi positivi (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Piemonte, Molise e Provincia autonoma di Trento), mentre tutte le restanti regioni evidenziano saldi negativi (in particolare, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia, Figura 2).

Figura 2 – Saldi della mobilità effettiva ospedaliera. Anni 2022-2024 (a) per regione (importi in milioni di euro)



(a) Elaborazioni su dati Agenas. I valori del 2024 sono stimati.

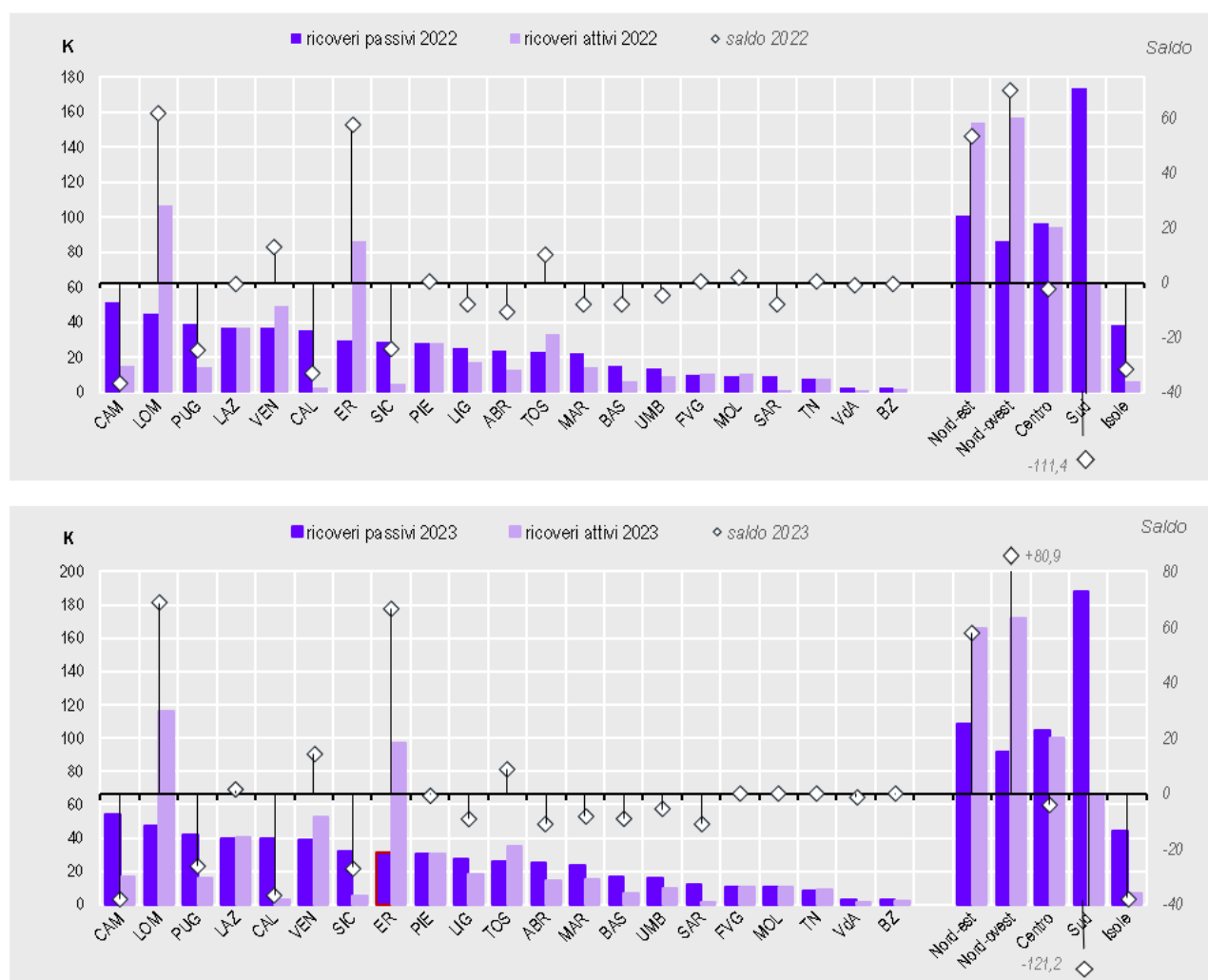
I ricavi per la mobilità effettiva ospedaliera calcolati come peso percentuale di Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto rappresentano da soli il 56,3 del totale Italia nel 2022 (57,1 nel 2023) mentre per i costi i valori percentuali delle stesse regioni risultano pari a 21,6 nel 2022 (21,2 nel 2023). La Campania, inoltre, è l'unica a registrare, in entrambi gli anni, un peso percentuale a doppia cifra dei costi per la mobilità ospedaliera sul totale nazionale, rispettivamente 10,6 e 10,1. Valori percentuali inferiori a quelli indicati si registrano, per i costi come per i ricavi, per le restanti Regioni e Province autonome.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per la mobilità ambulatoriale. Il peso percentuale dei ricavi sul totale nazionale di Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna è pari a 48,4 nel 2022 e a 48,2 nel 2023, mentre per i costi i relativi pesi percentuali risultano, rispettivamente, pari a 23,2 e 22,8. Il Lazio è la sola altra regione a presentare valori percentuali dei ricavi superiori al 10 per cento (10,1 e 10,8). La Campania si conferma come la regione che rileva il dato percentuale dei costi per prestazioni ambulatoriali maggiore, rispettivamente, 9,4 nel 2022 e 9,5 nel 2023. Anche nel caso delle prestazioni ambulatoriali, tutte le

rimanenti regioni rilevano, per i costi e per i ricavi, valori percentuali inferiori a quelli evidenziati.

Passando al numero di ricoveri rilevati nel biennio 2022-2023, i volumi sono in crescita in tutte le Regioni e Province autonome sia per i saldi passivi sia per quelli attivi; tra tutte Calabria, Campania, Sardegna, Sicilia e Puglia per la prima, Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio e Veneto per la seconda. Analizzando, invece, le prestazioni ambulatoriali i saldi differiscono nei due anni per la componente passiva e quella attiva. Nel primo caso Piemonte, Calabria e Sicilia rilevano le maggiori differenze positive tra i due anni (l'unica regione a registrare un valore negativo è la Lombardia). Nel caso della mobilità ambulatoriale attiva saldi più consistenti si rilevano in Lombardia, Lazio e Campania, mentre differenze negative si rilevano in Emilia-Romagna, Marche, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia e Molise. Se l'analisi viene effettuata per singolo esercizio, nel 2022 il numero di ricoveri ospedalieri cresce maggiormente in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, mentre diminuisce particolarmente in Campania, Calabria e Puglia. Le regioni settentrionali sono le uniche a mostrare saldi positivi. Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'esercizio successivo (Figura 3).

Figura 3 – Numero di ricoveri per mobilità effettiva ospedaliera e saldi. Anni 2022-2023 (a) per regione e ripartizione territoriale (importi in migliaia)

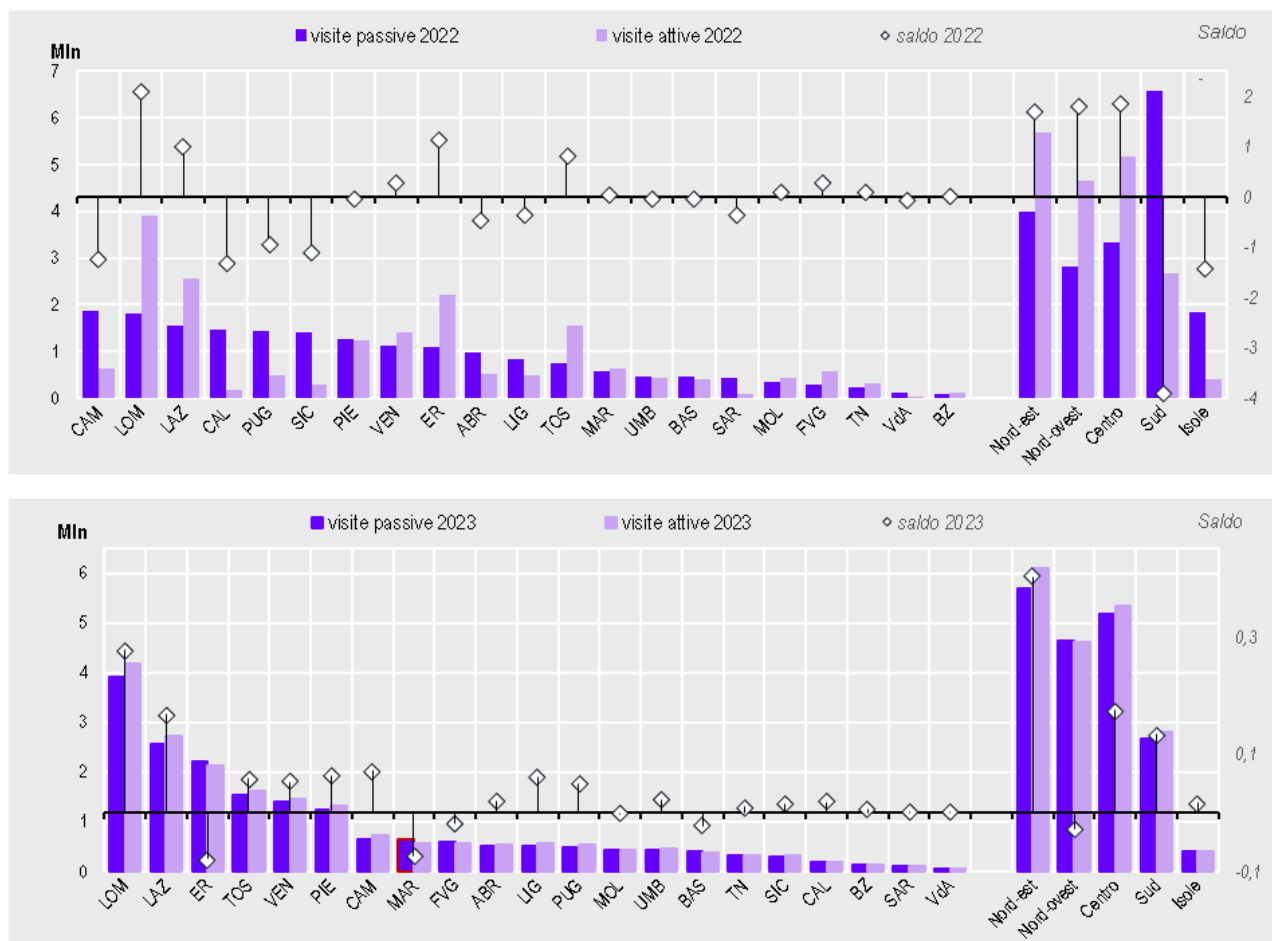


(a) Elaborazioni su dati Agenas.

Il numero di prestazioni ambulatoriali nel 2022 si incrementa in molte regioni, maggiormente in Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Toscana, mentre diminuisce in particolar modo in Calabria, Campania, Sicilia e Puglia. Nell'esercizio successivo, si rileva una crescita generale dei saldi, su tutti Lombardia, Lazio e Campania in positivo, Emilia-Romagna, Marche e Basilicata in negativo. A livello di ripartizioni territoriali le regioni meridionali registrano saldi negativi per le prestazioni ambulatoriali nel

2022, mentre nel 2023 la sola ripartizione del Nord-ovest registra una differenza negativa (Figura 4).

Figura 4 – Numero di prestazioni ambulatoriali e saldi. Anni 2022-2023 (a) per regione e ripartizione territoriale (importi in milioni)



(a) Elaborazioni su dati Agenas.

La spesa e il volume dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali rappresentano, pertanto, una quota significativa per la mobilità sanitaria totale. Le regioni del Nord confermano un diffuso saldo economico positivo confermandosi come più “attraenti” erogando un numero maggiore di prestazioni a cittadini non residenti a differenza delle regioni del Sud che mostrano marcati saldi negativi risultando, pertanto, meno qualitative.

Conclusioni

La mobilità sanitaria descrive un Paese che, sul fronte della salute, mostra ancora forti disuguaglianze tra territori. Alcuni pazienti scelgono di spostarsi per ottenere il meglio, altri lo fanno per necessità, dovendo spesso sostenere anche pesanti sacrifici. Affrontare il tema in modo strutturale significa garantire un equo accesso a cure di qualità a tutti a prescindere da luogo di residenza. Un corretto stanziamento delle risorse diagnostiche e terapeutiche, l'adozione di politiche dirette a rafforzare il sistema sanitario locale in termini di strutture, ma anche di personale, aiuterebbe a contenere il fenomeno con ricadute positive non solo in campo strettamente sanitario, ma anche per altri settori delle aree interessate che gravitano intorno al tema salute. Ridurre l'entità rilevata dello spostamento di pazienti da una regione all'altra potrebbe essere aiutata, se non evitata in alcuni casi, se si investissero risorse anche nel miglioramento delle informazioni disponibili per l'orientamento e la ricerca di cure più appropriate evitando spostamenti non necessari.

Le idee e le opinioni espresse in questo articolo sono da attribuire all'autore e non investono la responsabilità dell'istituzione di appartenenza.

Sitografia

Istat - <https://www.istat.it/dati/banche-dati/>

MEF - <https://openbdap.mef.gov.it/>

Conferenza Stato-Regioni - <https://www.unificata.it/>

AGENAS - <https://www.agenas.gov.it/>

Focus per l'anno 2022

Per l'esercizio 2022 è possibile scendere ulteriormente nell'analisi dei dati e sono stati calcolati i saldi tra crediti e debiti intercorsi tra le regioni per ricoveri ospedalieri e per prestazioni ambulatoriali. I dati mostrano come gli spostamenti dalle regioni meridionali verso quelle del centro-nord siano stati piuttosto consistenti/rilevanti a conferma di un andamento che si protrae da tempo. Per i ricoveri ospedalieri, gli utenti si sono spostati verso una regione diversa da quella di residenza non soltanto in quelle limitrofe, di "confine" regionale, ma anche e soprattutto verso alcune specifiche aree territoriali quali Lombardia (principalmente da Puglia, Campania e Sicilia), Emilia-Romagna (da Marche, Toscana e Puglia), Veneto (da Sicilia, Puglia e Campania) e Toscana (da Lazio, Campania e Umbria). I saldi per le prestazioni ambulatoriali evidenziano che sono poche le regioni che registrano importi complessivi positivi (Lombardia, Veneto, Toscana, Molise, Emilia-Romagna, Lazio e Friuli-Venezia Giulia), mentre tutte le restanti regioni mostrano saldi negativi (in particolare Campania, Calabria, Sicilia e Puglia). Le regioni meridionali generano una forte "fuga" di persone che si rivolgono a strutture presenti nel Centro-nord per la cura di specifiche categorie diagnostiche. Le loro strutture esercitano una forte attrattività generando consistenti ricavi per i propri sistemi sanitari regionali che accentuano ancor di più i divari, già notevoli, presenti tra le due aree del Paese.

[1] La regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino attraverso un meccanismo di compensazione interregionale della mobilità sanitaria in ambito di riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN). Questo processo è disciplinato da uno specifico accordo tra regioni che individua le tipologie di prestazioni soggette a compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati. Secondo le tempistiche previste dalla procedura, tale compensazione si ha con il riparto del FSN relativo a due anni dopo quello di riferimento.

[2] Gli importi presenti nella Tabella 1 sono tratti dagli “Accordi presi in ambito di Conferenza Stato-Regioni (Intesa ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale)”. È da precisare, inoltre, che tali importi sono rendicontati dagli enti territoriali con gli stessi importi anche nei conti consuntivi approvati annualmente classificandoli con varie voci economiche da Piano dei conti.

[3] L’AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) pubblica il rapporto dal titolo “La mobilità sanitaria in Italia”. La prima edizione (pubblicata nel 2024) analizza i dati dell’esercizio 2022, mentre quella successiva (diffusa nel 2025) esamina i dati relativi al 2023 (agenas/monitor/quaderno/mobilita-sanitaria).