Curarsi fuori Regione: l’esodo silenzioso di chi deve «migrare» di Maria Giovanna Faiella

Si parte prevalentemente dalle zone del Paese dove sono meno garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza. Possibile effetto boomerang per le Regioni meta dei «viaggi della salute». Quando si può evitare. Perché non è più necessario andare al Nord per un tumore alla prostata o ai reni
(Fonte: https://www.corriere.it/ 25/10/2026)



Viaggiare per motivi di salute, con la speranza di avere le **cure migliori** per la propria malattia **lontano da casa**. Si stima che lo facciano ogni anno **circa un milione di italiani**, pazienti di ogni età, spesso accompagnati dai loro cari. Si parte soprattutto dal Sud in direzione Nord per sottoporsi a un intervento chirurgico o per raggiungere centri specializzati in alcune malattie rare o tumori particolarmente complessi.
Ma ci si sposta anche per fare una visita specialistica o un esame diagnostico oppure sottoporsi a chemio o radioterapia o, ancora, per poter accedere a un farmaco innovativo. Considerando solo i **ricoveri**, quasi **1 su 10** avviene in un **ospedale fuori Regione**, come rileva il Rapporto 2026 del ministero della Salute sull’attività di ricovero ospedaliero nel 2024.
A una persona che si ammala il **Servizio sanitario nazionale** garantisce l’assistenza presso le strutture sanitarie della sua Regione di residenza. Ma **si può scegliere di ricevere prestazioni** comprese nei «Livelli essenziali di assistenza» (Lea), **anche in strutture pubbliche o convenzionate di altre Regioni**. È la cosiddetta «mobilità sanitaria interregionale».
Non è più una libera scelta, però, **se si è costretti a «migrare»** per la carenza di servizi e prestazioni essenziali o perché sono troppo lunghi i tempi di attesa per eseguire un intervento

chirurgico.
I **più penalizzati** vivono **al Sud** dove, peraltro, è più bassa l'aspettativa di vita rispetto al Nord. Continuano a raccontarlo i dati: anno dopo anno, indicano gli stessi territori di partenza e le stesse mete dei «viaggi della salute».
Ma quali sono i **criteri per scegliere se curarsi fuori Regione**? Ecco cosa sapere.

Mobilità sanitaria in aumento
La mobilità sanitaria – intesa come spostamento dei cittadini fuori dalla propria Regione di residenza per avere prestazioni sanitarie – è un **diritto legato alla tutela della salute**. Si distingue in: «**apparente**» se il paziente riceve cure nella Regione in cui vive ma risiede altrove; «**casuale**» se si ha bisogno di cure urgenti fuori Regione; «**effettiva**» se dovuta alla scelta del paziente.
Genera **compensazioni economiche tra Regioni**. La Regione che cura pazienti di altre Regioni incassa, quella da cui si «fugge» rimborsa i costi per le cure ai propri residenti.
Ebbene, **il valore della mobilità sanitaria interregionale** è **in aumento**: nel 2023 ha raggiunto il livello più alto mai registrato prima, toccando la **cifra record di 5,15 miliardi di euro**, secondo i calcoli della **Fondazione Gimbe** basati su dati ufficiali.
Le Regioni che più «attraggono» pazienti - e incassano più risorse per curarli - sono Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, conferma il rapporto Gimbe. Invece Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Lazio e Sardegna pagano il prezzo più alto in termini di pazienti «in fuga» e di rimborsi dei costi per le cure ricevute dai propri residenti altrove.

Dietro ai «numeri» le persone
Dietro ai numeri, come sempre, ci sono le **persone con le loro storie e i loro bisogni di salute**. E, come rileva l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) nel suo ultimo **Rapporto sulla mobilità sanitaria**: «Le marcate **differenze nell'aspettativa di vita tra le Regioni** italiane mostrano chiaramente lo sfondo su cui la mobilità sanitaria si manifesta». I **dati Istat** confermano un «divario territoriale di circa tre anni tra la zona d'Italia più longeva (al Nord) e quella con la speranza di vita più bassa (in coda **Campania, Sicilia e Calabria**).

Sempre meno una scelta e sempre più una necessità
«La migrazione sanitaria tra Regioni — sottolinea Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe — è tra gli indicatori più sensibili delle **diseguaglianze del Servizio sanitario nazionale**, poiché rileva dove i cittadini trovano risposte adeguate ai loro bisogni di salute e dove, invece, sono costretti a spostarsi per curarsi lontano da dove vivono, con un rilevante impatto anche economico sui bilanci familiari. La nostra analisi conferma che **migrare è sempre meno una scelta e sempre più una necessità**».
La controprova? La **mancata (o carente) garanzia** ai residenti, da parte di una Regione, dei **Livelli Essenziali di Assistenza** (Lea), cioè le prestazioni e i servizi che spettano di diritto a ogni persona,

a prescindere dal luogo di residenza.
Riferisce il presidente della Fondazione Gimbe, che ha messo a confronto il saldo pro-capite di mobilità sanitaria e i punteggi ottenuti dalle Regioni tramite gli indicatori che misurano l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera: «**Cinque delle prime sei Regioni che ottengono i punteggi più elevati nell'adempimento dei Lea** (**Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Provincia autonoma di Trento, Lombardia**) figurano anche **tra le prime sei** per saldo pro-capite attivo di mobilità, cioè sono quelle che **"attraggono" di più i pazienti** di altre Regioni. Invece, quasi tutte le **Regioni con punteggi inferiori alla media nazionale** hanno una **più alta percentuale di residenti che "fuggono"** per curarsi in altre Regioni».

Motivi per cui si sceglie di curarsi altrove
Ma quali sono i principali **motivi** per cui si sceglie di curarsi altrove? Ci si sposta soprattutto per **ricoveri in ospedale**; per esempio, perché nella propria Regione non è possibile fare un intervento di cardiochirurgia pediatrica, oppure un trapianto d'organo o il reimpianto di un arto o altri **interventi chirurgici** definiti «**ad alta complessità**» in base ai Drg-Raggruppamenti omogenei di diagnosi (il rimborso che la Regione riconosce all'ospedale per ogni specifica attività, *ndr*).
Oppure perché **manca sul territorio un centro specializzato per la propria malattia in grado di garantire i migliori esiti delle cure** che, nel caso della chirurgia, sono correlati anche ai maggiori volumi di attività, cioè al più alto numero di interventi specifici fatti in un anno, come indicano le evidenze scientifiche.
O ancora: i **tempi di attesa per il ricovero** sono **troppo lunghi**.

Bambino Gesù, in Italia l'ospedale con più ricoveri da fuori Regione
Secondo i dati dell'ultimo rapporto sulla mobilità sanitaria di Agenas riferiti al 2024, in termini di volumi di prestazioni, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma si conferma la struttura sanitaria con il maggior numero di ricoveri in mobilità a livello nazionale, consolidando il suo «ruolo di **polo d'eccellenza attrattivo per i pazienti pediatrici**».
In base ai dati dell'Ospedale romano, il **31 per cento dei ricoveri ordinari** riguarda i **pazienti provenienti da fuori Regione**, soprattutto da Campania, Puglia e Calabria.
La **complessità dei ricoveri** dei piccoli pazienti che vengono ricoverati al Bambino Gesù è in media del 26% più elevata dell'insieme dei ricoveri erogati. Un dato che conferma la capacità di attrazione dell'Ospedale per diverse specialità. Solo per le **malattie rare**, nel 2024 il 42% dei bambini è arrivato da fuori Regione.
792 i piccoli ricoverati provenienti dall'estero e non residenti in Italia. 792 i piccoli ricoverati provenienti dall'estero e non residenti in Italia.

Sfiducia verso il Servizio sanitario regionale

La scelta di ricoverarsi lontano da casa, però, avviene anche per Drg definiti da Agenas «a media e bassa complessità» o per **ricoveri** con Drg «**potenzialmente inappropriati**» cioè **con possibili criticità nell'offerta locale.**

«**In alcuni casi** il paziente va **via dal Sud** non tanto perché non trova quella prestazione – per esempio l'intervento di protesi all'anca o al ginocchio –, ma perché c'è ancora una **sfiducia generale verso il Servizio sanitario regionale** - fa notare Cartabellotta -. Quindi, chi ha la possibilità economica decide di fare l'impianto di protesi in centri rinomati del Nord. Le Regioni meridionali - suggerisce Cartabellotta - dovrebbero lavorare per "trattenere" i pazienti laddove ci sono strutture e reparti che funzionano bene, anche con una migliore comunicazione».

Si viaggia, poi, anche per accedere a **prestazioni ambulatoriali** quali visite specialistiche, esami diagnostici, riabilitazione, terapie oncologiche ambulatoriali, dialisi. In questi casi si registra una **maggiore mobilità tra Regioni confinanti**, anche settentrionali.

Il presidente di Gimbe segnala poi un nuovo fenomeno: «È in aumento la **mobilità per avere accesso a farmaci innovativi**, non disponibili nella propria Regione».

Effetto boomerang per Regioni che «attraggono» pazienti

Sul fronte opposto s'intravedono **problemi anche per le Regioni meta dei viaggi della salute**, avverte Cartabellotta: «**L'autonomia differenziata**, oltre a far aumentare le disuguaglianze tra Nord e Sud, **può avere un effetto *boomerang* per le stesse Regioni del Nord che "attraggono" pazienti** e che già sono in difficoltà nel garantire pienamente i Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti».

Migrazione «evitabile»

Ogni Regione dispone di strumenti per **valutare se i bisogni di salute dei propri residenti siano soddisfatti oppure no** e, di conseguenza, cercare di **governare la migrazione sanitaria «evitabile», risparmiando ai pazienti inutili viaggi della salute**, oltre ai costi economici a proprio carico.

I dati, se interpretati correttamente, consentono alle Regioni di capire se i residenti si rivolgono altrove per curarsi perché mancano servizi, o perché non si fidano di quelli che ci sono, o perché li trovano in luoghi più vicini in Regioni confinanti. Possono aiutare, quindi, a **riorganizzare l'offerta in base ai bisogni** della propria popolazione.

L'indicatore Isdi che misura la soddisfazione della domanda

Si chiama «**Indice di soddisfazione della domanda interna» (Isdi)** il nuovo strumento sviluppato da **Agenas** per **valutare l'efficacia di una Regione nel rispondere ai bisogni di cura della popolazione residente**, producendo un'offerta sanitaria in grado di assorbire la domanda interna.

L'Isdi calcola il rapporto tra quantità di prestazioni sanitarie ospedaliere erogate all'interno della

Regione e domanda complessiva di prestazioni da parte dei residenti.
Quando il **valore** è **uguale a «uno»** le strutture sanitarie della Regione sono potenzialmente in grado di garantire la quantità di prestazioni richieste dalla popolazione; se l'Isdi è **superiore a «uno»** la Regione offre più prestazioni rispetto alla domanda e potrebbe essere un bacino di attrazione per pazienti di altre Regioni; se invece il valore è **inferiore a «uno»** non sono soddisfatti i bisogni dei residenti, costretti a spostarsi in altri territori per le loro esigenze di salute.

Tumore alla prostata o ai reni: non è più necessario «migrare»
È ancora necessario «migrare» per operarsi di tumore alla prostata o ai reni? «**Per anni, molti meridionali si sono spostati al Nord poiché al Sud l'offerta sanitaria non era adeguata** — spiega Vincenzo Ficarra, consigliere dell'ufficio Affari regionali della Società Italiana di Urologia (SIU) e ordinario di Urologia all'Università di Messina —. Ora, invece, **esistono anche al Sud numerosi Centri urologici di riferimento** (almeno 2-3 per Regione) in grado di offrire un'**elevata qualità di assistenza urologica**; quindi, non è necessario migrare per eseguire interventi di prostatectomia radicale o di chirurgia conservativa per tumori del rene. In questi ultimi anni, la nostra Società scientifica è impegnata a valorizzare il più possibile i centri competenti presenti su tutto il territorio nazionale e a sostenere lo sviluppo di altri per **migliorare l'equità delle cure in urologia**».
Eppure, **i pazienti continuano a spostarsi**, come riferisce lo stesso Ficarra, che ha calcolato i dati relativi alla **mobilità per interventi di prostatectomia radicale** in alcune Regioni. «Nel 2024 in Italia sono stati eseguiti in totale 48.458 interventi, in base ai dati del Programma Nazionale Esiti 2025 di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Risulta, per esempio, che il tasso di mobilità è di circa il 28% per Sicilia e Campania, dell'11% per la Puglia e addirittura del 60% per la Calabria. Ma anche Regioni più piccole del Centro, come Umbria e Abruzzo, hanno alti tassi di mobilità interregionale (rispettivamente del 36% e del 26%) e, spostandosi al Nord, la Liguria ha una mobilità extra Regione del 31% e il Friuli del 19%, probabilmente per la vicinanza a Centri di riferimento in Regioni vicine. Viceversa, il 25% delle prostatectomie radicali in Veneto e il 23% di quelle fatte in Lombardia sono eseguite su pazienti provenienti da altre Regioni».

Liste d'attesa: i tumori «non aspettano»
La Società italiana di urologia monitora, con apposite indagini, l'assistenza offerta nei Centri di urologia al fine di migliorarla laddove si riscontrano carenze.
«Come Società scientifica abbiamo il dovere di agire sulla qualità dell'assistenza, per questo nel 2024 abbiamo mappato i centri urologici italiani specializzati nella diagnosi e nella cura del tumore al rene — riferisce il professor Ficarra —. In base a una serie di criteri (basati su evidenze scientifiche e Linee guida internazionali), la nostra società ha attribuito un riconoscimento di eccellenza, con un "bollino arancione" per il periodo 2025-26, alle **strutture che offrono trattamenti di qualità e all'avanguardia per il tumore al rene**. Ripeteremo a breve l'indagine per

verificare se, a distanza di due anni, ci sono stati miglioramenti nella qualità dell'assistenza offerta dai reparti di urologia di tutta Italia».
Di recente la Siu ha avviato anche un'indagine per realizzare la **mappatura delle tecnologie adottate nelle urologie**.
«I dati preliminari indicano un **buon livello tecnologico generale**, soprattutto per la disponibilità di moderne attrezzature per la chirurgia mininvasiva — spiega Ficarra —. Criticità emergono nella formazione e anche nell'applicare procedure basate sull'intelligenza artificiale, che possono aiutare nello svolgimento di alcuni interventi urologici, come per esempio i robot chirurgici e le ricostruzioni tridimensionali (3D) in realtà aumentata (per rendere più preciso il gesto chirurgico *ndr*). La mappa — sottolinea l'esperto — serve a comprendere come **valorizzare le competenze dei centri di riferimento** con un'esperienza già consolidata e **offrire alle strutture più carenti il supporto della SIU con corsi di formazione e attività pratiche** che possano migliorare la qualità dell'offerta chirurgica ma anche diagnostica poiché, prima di arrivare in sala operatoria, il paziente deve fare una serie di indagini spesso non facilmente accessibili».
Per esempio, fa notare Ficarra: «In caso di sospetto tumore alla prostata è fondamentale la risonanza magnetica, ma capita che il paziente non riesca a farla in tempi brevi nel Pubblico, per cui è costretto a pagarlo se può permetterselo».
Ma **i tumori non aspettano**. Anche per questo la SIU sta cercando di dare **indicazioni pratiche sulle priorità cliniche** e sull'opportunità di utilizzare alcuni esami piuttosto che altri.
«Non tutti i pazienti devono fare qualsiasi indagine né sono richiesti per tutte le patologie specifici esami come, per esempio, la risonanza magnetica per la prostata - fa notare il chirurgo -. Quindi, anche **prescrivere indagini strumentali, in base a ciò che prevedono le Linee guida**, potrebbe aiutare a **migliorare l'assistenza offerta ai pazienti** e razionalizzare le risorse economiche e l'utilizzo delle apparecchiature disponibili che non è omogeno su tutto il territorio nazionale. Per esempio, per una persona di 80 anni la risonanza magnetica alla prostata non è una priorità, invece può esserlo per chi ha 50 anni farla nei tempi giusti indicati dal medico» afferma Ficarra.

Prescrizioni, quando la burocrazia allunga i tempi
A volte ci sono anche procedure burocratiche a complicare la vita dei pazienti, allungando i tempi di accesso alle cure. Spiega l'esponente della Siu: «Di recente è stato pubblicato lo studio mondiale PROTEUS: conferma **risultati migliori**, rispetto ai trattamenti precedenti, in termini di progressione di malattia, in pazienti con **tumore alla prostata localmente avanzato** che, **dopo la prostatectomia radicale**, sono trattati con **apalutamide**, **farmaco** ad assunzione orale di nuova generazione. Mentre **gli oncologi possono prescriverlo a carico del Servizio sanitario in ogni Regione**, invece **gli urologi**, che pure operano i pazienti e li prendono in carico, **possono farlo solo in alcune**. Laddove non è possibile prescriverlo, i pazienti operati di prostatectomia radicale che possono avere beneficio dal farmaco sono costretti a un **percorso** più **tortuoso** che prevede anche la **visita oncologica**, con **relativi tempi d'attesa**» conclude Ficarra.