



# MASTER IN DIRITTO SANITARIO

40

La “migrazione” sanitaria:  
tra libertà di accesso alle cure  
e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



**ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**SP.I.S.A.**

**Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica**

**C.R.I.F.S.P.**

**Centro di Ricerca e Formazione sul Settore Pubblico**



**Master Universitario di I livello  
in Diritto Sanitario  
a.a. 2013-2014**

**La “migrazione” sanitaria:  
tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del  
Servizio Sanitario Nazionale**

**a cura di Claudia Tubertini**

Questa ricerca è stata svolta e curata dalla dott.ssa Claudia Tubertini ed è stata realizzata dagli allievi del Master Universitario di I livello in Diritto Sanitario: Giuliana Assirelli, Martina Benzoni, Roberta Bezzi.

 2015

ISBN 978-88-9801-028-8  
ISSN 2464-8736

Edito da SP.I.S.A. – C.R.I.F.S.P.

[www.spisa.unibo.it](http://www.spisa.unibo.it)

# SOMMARIO

## INTRODUZIONE

*di Claudia Tubertini, Giuliana Assirelli e Martina Benzoni*

## CAPITOLO I

### **La mobilità sanitaria: inquadramento generale**

*di Giuliana Assirelli e Martina Benzoni*

1. Definizione della mobilità sanitaria e fondamenti costituzionali
2. L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di mobilità sanitaria
3. Le tipologie di Mobilità sanitaria: una possibile classificazione
  - 3.1 Mobilità dal punto di vista del soggetto erogatore della prestazione
  - 3.2 Mobilità da un punto di vista "spaziale":
    - Mobilità sanitaria internazionale*
    - Mobilità sanitaria interregionale*
    - Mobilità sanitaria infraregionale*
4. Le implicazioni economiche ed organizzative della mobilità

## CAPITOLO II

### **I dati della mobilità**

*di Giuliana Assirelli e Martina Benzoni*

1. Il quadro Italiano della mobilità (attiva/ passiva)
2. Il fenomeno della mobilità in Emilia Romagna

## CAPITOLO III

### **La mobilità sanitaria transfrontaliera**

*di Roberta Bezzzi*

1. La migrazione sanitaria degli Italiani all'estero
2. La migrazione sanitaria intracomunitaria
3. Il ruolo della Corte di Giustizia Europea
4. Il rapporto tra libertà economiche e tutela dei diritti fondamentali della U.E.
5. La Direttiva 2011/23
6. Tortuoso percorso di recepimento della direttiva in Italia: Dlgs 2013/38
7. Il quadro della mobilità transfrontaliera

## CONSIDERAZIONI FINALI

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUZIONE

di Claudia Tubertini, Giuliana Assirelli e Martina Benzoni

*“L’Italia federale non può essere un Paese che vede garantito il diritto alla tutela della salute in modo diverso da Regione a Regione. Di fronte alle sfide che il federalismo ci prospetta, il primo, imprescindibile, punto da cui partire è la necessità di garantire ad ogni cittadino italiano pari accesso alle cure”*

On. Antonio Palagiano

Presidente della Commissione Parlamentare di Inchiesta sugli Errori in Campo Sanitario e sulle Cause dei Disavanzi Sanitari Regionali

La Costituzione italiana, in modo esplicito, protegge la salute come “diritto fondamentale dell’individuo” e “come interesse della collettività”. Il bene salute è dunque un valore primario dell’ordinamento costituzionale, che viene in considerazione come “diritto soggettivo” (si tratta, peraltro, del solo diritto qualificato espressamente dalla Costituzione come “fondamentale”) e come “interesse della collettività”. Fra i diversi diritti che la Carta Costituzionale riconosce, il diritto alla salute emerge e si distingue per diverse ragioni: in primo luogo, per la sfera e l’essenza oggettiva che le disposizioni costituzionali intendono tutelare, ovvero un bene assolutamente primario fra tutti i diritti fondamentali; in secondo luogo, per le vicende istituzionali e legislative che ne hanno interessato il riconoscimento; infine perché è sicuramente il primo ad avere ricevuto un sistema compiuto ed organizzato di attuazione.

L’assistito può fare affidamento sull’ormai consolidato Servizio Sanitario Nazionale, che è finanziato dalla fiscalità pubblica e quindi dai contribuenti con modalità di partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria, e che è organizzato in un intreccio di competenze legislative e amministrative tra lo Stato, le Regioni, le aziende sanitarie e gli altri soggetti, pubblici e privati, erogatori delle prestazioni.

Cardine di questo intreccio è la determinazione da parte dello Stato dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), che individuano la quantità, la qualità e la tipologia delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie che le regioni sono obbligate a erogare in un contesto in cui possono comunque differenziare l’offerta sanitaria, sia nel senso che possono aggiungere altre prestazioni erogabili, sia nel senso dell’autonomia organizzativa e, quindi, anche della qualità del servizio.

Con riferimento al panorama sanitario nazionale è possibile osservare disparità e differenze (anche di ordine macro) nel grado di sviluppo economico e nel grado di efficacia tra i vari sistemi sanitari regionali che risentono di fattori gestionali, ambientali, culturali, formativi diversi da zona a zona.

L’introduzione del Decreto Bindi e la legge costituzionale del 2001 si proponevano, pur rafforzando la regionalizzazione del SSN, di garantire uniformità di cure e servizi a tutti i cittadini indipendentemente dalla Regione di residenza.

La situazione attuale, a tredici anni dall’inizio del federalismo sanitario, mostra tuttavia una forte frammentazione in quanto ciascuno dei 21 sistemi autonomi attua in modo diverso l’organizzazione sanitaria, i regimi di compartecipazione da parte del cittadino, la distribuzione dei farmaci, i protocolli diagnostici e molti altri aspetti che incidono sulla garanzia effettiva del diritto alla salute.

Un problema di fondo è sembrato essere la mancanza di una regia nazionale, che ha determinato l’instaurarsi di una cultura di “regionalizzazione” del Servizio Sanitario accentuando il divario strutturale tra Nord e Sud della penisola.

Questa diversità si manifesta in primo luogo nella diversa capacità di gestione delle risorse economiche: infatti mentre alcune regioni “virtuose” in questi anni hanno saputo garantire un buon servizio sanitario pur mantenendo l’equilibrio finanziario, altre meno virtuose hanno fatto registrare perdite nei bilanci.

In secondo luogo la diversità a livello regionale si può rilevare nell’accessibilità ai servizi e nella qualità delle prestazioni.

Dovendo conciliare le varie realtà sanitarie con l’universalità e l’equità del diritto alla salute, che deve essere pienamente garantito a prescindere da dove si vive, la legge riconosce il diritto di ogni assistito di scegliere di curarsi anche presso strutture appartenenti al servizio sanitario di altre regioni. In questo modo, la tutela unitaria del diritto alle cure è garantita non solo dal fatto che ogni regione sia in grado di garantire ogni prestazione sanitaria al pari delle altre, ma anche dal fatto che, indipendentemente dal

sistema sanitario di riferimento, le persone possano accedere a servizi che non sono quelli dell'area territoriale di competenza della propria Asl.

Secondo varie indagini, tra le motivazioni che inducono gli utenti a scegliere strutture ospedaliere appartenenti ad una regione diversa dalla propria la più rilevante è la maggiore fiducia verso la struttura prescelta, ma anche, per converso, la scarsa fiducia nella qualità del servizio offerto dalla propria. Segue, per ordine di importanza, la mancanza di un ospedale o reparto adatto alle proprie esigenze nella propria realtà territoriale.

Tra le motivazioni alla base della mobilità figurano dunque anche aspetti di tipo patologico legate alle disfunzioni del servizio sanitario nazionale, e che generano i seguenti effetti negativi:

- costi pubblici, attinenti alle pratiche amministrative necessarie per i trasferimenti di risorse finanziarie ed eventualmente relative al contenzioso tra le Regioni, e quelli più strutturali, riferibili alla insufficiente utilizzazione delle capacità produttive in quelle Regioni con flussi in uscita particolarmente significativi;

- costi pubblici, attinenti alle pratiche amministrative necessarie per i trasferimenti di risorse finanziarie ed eventualmente relative al contenzioso tra le Regioni, e quelli più strutturali, riferibili alla insufficiente utilizzazione delle capacità produttive in quelle Regioni con flussi in uscita particolarmente significativi;

- problemi organizzativi e di politica sanitaria legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa, al possibile sotto o sovradimensionamento dei servizi che pesano soprattutto sulle Regioni che esercitano una maggiore attrattiva e quindi possono subire anche una maggiore volatilità della domanda.

In questo studio verrà trattato il variegato tema della mobilità sanitaria all'interno dello Stato Italiano (cd. mobilità intraregionale ed extraregionale) e della mobilità determinata da coloro che si recano all'estero (mobilità verso stati appartenenti all'Unione Europea e mobilità internazionale). Non verrà trattato, invece, nonostante le indubitabili connessioni con il tema oggetto del presente lavoro, l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera presente a vario titolo nel nostro Paese.

## CAPITOLO I

### La mobilità sanitaria: inquadramento generale

di *Giuliana Assirelli e Martina Benzoni*

SOMMARIO: 1. Definizione della mobilità sanitaria e fondamenti costituzionali. 2. L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di mobilità sanitaria. 3. Le tipologie di Mobilità sanitaria: una possibile classificazione. 3.1 Mobilità dal punto di vista del soggetto erogatore della prestazione. 3.2. Mobilità da un punto di vista "spaziale": Mobilità sanitaria internazionale, Mobilità sanitaria interregionale, Mobilità sanitaria infraregionale.

#### 1. Definizione della mobilità sanitaria e fondamenti costituzionali

Secondo una definizione largamente condivisa, la mobilità sanitaria indica il processo di migrazione di coloro che scelgono di avvalersi di determinate prestazioni sanitarie presso strutture site al di fuori dell'area territoriale di competenza della propria Azienda USL.

In altri termini al paziente che necessita di prestazioni sanitarie si applica il **principio della libertà di scelta**: la prestazione sanitaria ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza può essere erogata su tutto il territorio nazionale attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici, privati equiparati e privati accreditati con le quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti. Più avanti si scoprirà che, rispettando alcune condizioni, il cittadino italiano può recarsi anche all'estero, per ottenere assistenza. E' questo il caso della mobilità sanitaria oltre i confini dello Stato, che verrà studiato più approfonditamente nel successivo capitolo n.3.

La mobilità sanitaria trova il suo fondamento costituzionale negli art. 32, comma 2, art.2 e art.13, comma1, Cost. nei quali viene sancita la libertà di cura di ogni individuo che, in questo caso si traduce nella libertà di scelta del luogo in cui sottoporsi alle cure mediche.

In una prima fondamentale accezione, la norma contenuta nell'art. 32 della Costituzione è volta a tutelare, immediatamente e senza alcuna necessità di interventi del legislatore, il diritto all'integrità psico-fisica di ogni individuo. In secondo ordine, la disciplina costituzionale prevede un diritto alle prestazioni sanitarie, il che significa il dovere per tutti i livelli istituzionali della Repubblica di porre in essere le condizioni strutturali attraverso le quali assicurare un'effettiva tutela della salute nei confronti degli individui.

Com'è noto, in giurisprudenza, in particolare di quella costituzionale, l'interpretazione e la concreta operatività del diritto ai trattamenti sanitari ha conosciuto un'evoluzione notevole. Da una concezione dell'articolo 32 della Costituzione come norma meramente "programmatica" si è passati ad un riconoscimento del diritto in termini pieni.

La facoltà di potersi spostare da un luogo all'altro per ottenere le prestazioni sanitarie di cui si ha bisogno risulta strettamente collegata anche al principio di eguaglianza (art.3Cost.) in base al quale la titolarità ed il godimento dei diritti costituzionali non possono subire limitazioni in ragione del luogo in cui una persona si trova o risiede (ciò comporta che anche il diritto alla salute deve poter oltrepassare i confini del comune e della regione di residenza). La mobilità sanitaria contribuisce a garantire anche una maggiore equità di accesso alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e quindi equità del sistema sanitario a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali.

In sostanza, proprio la lettura sistematica degli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione porta a intendere che il diritto fondamentale alla salute debba essere riconosciuto in maniera equa a tutti gli assistiti del servizio sanitario nazionale, a prescindere da dove risiedono e, ancora più, a prescindere dalle condizioni socio-economiche in cui essi vivono.

Va tuttavia rammentato come, secondo giurisprudenza costituzionale costante, il diritto alla salute "non ha carattere assoluto, in quanto deve essere temperato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili" (sentenze n. 236 del 2012, n. 248 del 2011, n.94 del 2009, n. 200 del 2005).

La stessa giurisprudenza costituzionale ha evidenziato come la spesa sanitaria debba essere necessariamente compatibile con "la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al

settore sanitario” (sent. 111/2005) e che occorre quindi evitare l’aumento incontrollato della spesa sanitaria (sent. 203/2008), realizzando un bilanciamento tra l’esigenza di eguaglianza connessa al godimento del diritto alla salute, da soddisfare nella “misura più ampia possibile” e quella di riduzione della spesa sanitaria al fine di renderla compatibile con la citata limitatezza delle disponibilità finanziarie (sent. 149/2010).

Il diritto alla salute è quindi inevitabilmente soggetto alla “determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione” da parte del legislatore ordinario, il quale attua la tutela di questo bene, costituzionalmente obbligatoria, in modo graduale a seguito di un ragionevole bilanciamento con altri interessi o beni che godono di pari tutela costituzionale e con la possibilità reale e obiettiva di disporre delle risorse necessarie per la medesima attuazione.

Come il più generale diritto alla salute, anche la libertà di scelta della prestazione medica – formula ellittica che si estende alla scelta del medico, della struttura sanitaria (pubblica o privata), del luogo di cura (nello Stato o anche all’estero e comunque a carico dell’erario), del tipo di prestazione – è dunque, secondo la giurisprudenza prevalente, condizionata, non ha carattere assoluto e può essere “sacrificata” a condizione che il sacrificio risulti necessario dall’esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quali ad esempio l’esigenza di contenimento della spesa pubblica, l’efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario.

Fermo restando l’obbligo di garantire quel nucleo essenziale del diritto alla salute senza il quale verrebbe compromessa “la dignità delle persone”, le ragioni di contenimento della spesa pubblica e di razionalizzazione del sistema sanitario, in linea astratta, sono idonee a giustificare una revisione del diritto alla libertà di cura.

La non negoziabilità di questo diritto consiste allora nel fatto che la Repubblica non può sottrarsi dall’offrire quelle prestazioni sanitarie che attengono al nucleo essenziale della salute, mentre non implica una assolutizzazione del diritto, specie nel caso in cui l’erogatore pubblico debba fare i conti con le esigenze di bilancio e di contenimento della spesa pubblica, nonché di razionalizzazione del sistema sanitario.

Ne risulta che il principio di libera scelta deve essere temperato con altri interessi, costituzionalmente tutelati, puntualmente indicati da norme di principio della legislazione statale”, come può essere il principio di programmazione allo scopo di realizzare il contenimento della spesa pubblica e la razionalizzazione sanitaria (Corte cost. n. 200/2005)

E’ quindi il canone della ragionevolezza che orienta la linea divisoria tra una limitazione legittima e una illegittima della facoltà di scelta del luogo di cura, per cui il legislatore può consentire all’amministrazione di condizionare tale diritto in presenza di criteri specifici, per il raggiungimento di finalità prestabilite – come il controllo della spesa sanitaria – e nell’ambito di una valutazione comparativa tra diritto alla salute e esigenze di economicità dell’amministrazione sanitaria.

Nonostante il fondamento costituzionale, quindi, anche la mobilità sanitaria non va intesa come un diritto assoluto in quanto viene a dipendere da una serie di variabili connesse alla struttura del S.S.N.

In primo luogo va tenuto presente che la libertà di cura collegata alla mobilità sanitaria riguarda soltanto le prestazioni finanziate pubblicamente dal Servizio Sanitario nazionale o, in via aggiuntiva, dalle regioni.

In secondo luogo vi sono almeno altri due fattori che incidono sulla libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti. Il primo concerne la selezione delle strutture che possono operare all’interno del Servizio Sanitario Regionale, effettuata a monte, dal finanziatore regionale e dalle AUSL; il secondo riguarda gli eventuali limiti che possono essere posti dai modelli organizzativi adottati dalle singole regioni italiane che possono incidere sulla maggiore o minore libertà di scelta del luogo di cura.

In altri termini, fermo restando l’obbligo di garantire quel nucleo essenziale del diritto alla salute senza il quale verrebbe compromessa la dignità delle persone, nel programmare l’offerta sanitaria, secondo l’interpretazione che si dà al diritto alla salute, entrano a pieno titolo le esigenze relative all’equilibrio di finanza pubblica.

Ne consegue che la facoltà di libera scelta del luogo di cura, non può essere lasciata alla libera discrezionalità dell’amministratore sanitario fino al punto di essere negata, ma può essere motivatamente limitata al fine di mantenere l’equilibrio tra risorse organizzative e finanziarie del sistema sanitario e diritto alla salute degli assistiti.

## **2. L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di mobilità sanitaria**

Dal 1948 ad oggi, legislazione, giurisprudenza e dottrina hanno individuato e descritto le varie parti di cui si compone il diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, stabilendo in primo luogo che – per poter essere garantito come diritto universale – la sanità avrebbe dovuto superare il sistema mutualistico a cui restava affidata anche dopo l'entrata in vigore della Carta fondamentale.

Ciò è avvenuto quando la Corte costituzionale ha cessato di interpretare il disposto costituzionale come norma meramente programmatica riconoscendo in modo pieno il diritto alle cure, qualificando il malato quale “legittimo utente” di un servizio pubblico” (Corte cost., 2 giugno 1977, n. 103).

A livello di legislazione ordinaria, dopo aver preso coscienza della responsabilità pubblica nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva nonché dell'assenza di un sistema in cui esercitare diritti oramai definiti, si giunge alla stesura della legge di riforma del 1978 (Legge n. 833 del 23.12.1978), che istituisce il sistema sanitario nazionale. Si supera la frammentazione del sistema mutualistico e debolmente garantistico rivolto esclusivamente al lavoratore, prevedendo una articolata disciplina dedicata all'individuo al quale viene riconosciuta la titolarità piena in ordine al sistema delle prestazioni sanitarie.

La legge n. 833/1978, oltre ad aver introdotto nel nostro ordinamento i principi dell'uguaglianza e universalità del Servizio sanitario e quello della copertura dell'intero ciclo di intervento assistenziale (prevenzione, cura e riabilitazione) si è occupata per prima della libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti disponendo che “ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari” (art. 19, c.2).

La riforma sanitaria del 1978 riconosce a tutta la popolazione la possibilità di accedere in modo eguale alle prestazioni di cui necessita, senza subire discriminazioni.

L'art. 25 della legge n. 833 del 1978 prevede che l'assistenza ospedaliera sia prestata, di norma, presso ospedali pubblici e istituti convenzionati siti nell'ambito della Regione; la legge regionale disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in strutture ubicate fuori dal proprio territorio.

Fin da principio la libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti ha avuto quindi una relazione molto stretta con l'effettiva organizzazione dei servizi sanitari e con il territorio di riferimento dato che, di regola, al bisogno di salute degli iscritti al S.S.N. vi si doveva far fronte tramite le prestazioni sanitarie erogate dalla U.S.L. e dalle regioni di residenza. In casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, agli iscritti al S.S.N. veniva comunque garantito il diritto di accedere ai servizi di assistenza erogati da qualsiasi altra USL (art. 19, c. 4, L. 833/1978)

Inoltre, le prestazioni sanitarie erano innanzi tutto quelle erogate in via diretta dalle strutture del SSN, mentre l'accesso agli enti convenzionati era subordinato al rilascio di una autorizzazione preventiva (della ULS o del medico di base e soggetta, in entrambi i casi, ad annotazione da parte della USL). Relativamente alla garanzia del “principio della libera scelta” del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati (art. 25, ultimo comma) alle regioni veniva chiesto di definire le condizioni per l'accesso ai ricoveri ospedalieri in altre regioni e i casi in cui era consentita l'assistenza sanitaria indiretta, che restava comunque un “fatto anomalo o del tutto eccezionale”

Rispetto a quest'ultimo punto ha avuto particolare rilievo la l. n. 595/1985 che, pur mantenendo ferma la regola generale secondo cui le prestazioni sanitarie andavano erogate in via diretta dalle strutture pubbliche e, in via residuale, da quelle convenzionate, affidava alle regioni e alle province autonome il compito di individuare con legge le prestazioni alle quali si poteva accedere anche in forma indiretta, nei soli casi in cui le strutture pubbliche o convenzionate si fossero trovate «nella impossibilità di erogarle tempestivamente in forma diretta». Le leggi regionali dovevano inoltre indicare le modalità per accedere alle prestazioni sanitarie indirette e per ottenere il concorso pubblico alle spese sostenute dagli assistiti, che non avrebbero potuto in ogni caso superare <<il limite massimo della tariffa prevista per la medesima prestazione dalle convenzioni vigenti>>

Le modifiche legislative successive alla legge n. 833, per quanto importanti, non hanno inciso sul nucleo essenziale del sistema e dei suoi principi di fondo, così sintetizzabili: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; “portabilità” dei diritti in tutto il territorio nazionale; reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Si ritiene opportuno evidenziare quanto disposto dall'art. 27, comma 1, della Legge 27.12.1983 n. 730 (legge finanziaria 1984) il quale disponeva che il Fondo Sanitario Nazionale venisse ripartito in base alla popolazione residente con compensazione centrale della mobilità sanitaria. A quest'ultimo fine le Regioni erano tenute a trasmettere ogni tre mesi al Ministero della Sanità i dati necessari a determinare la mobilità sanitaria registrata e la migrazione temporanea sulla base di schede tipo di rilevazioni predisposte dal Ministero stesso, distinte per l'assistenza ospedaliera in generale, specialistica e di alta specializzazione.

La mobilità sanitaria vista come un fenomeno inevitabilmente connesso alle carenze del Servizio Sanitario Nazionale assume una posizione di centralità a seguito delle riforme sanitarie introdotte dai D.lgs 502/1992 e D.lgs. 517/1993, che segnano un punto di svolta in favore dei diritti dell'assistito, riconoscendogli la possibilità di individuare l'erogatore del Servizio sanitario nazionale di maggior gradimento.

Il principio della libertà di scelta del luogo di cura è previsto negli artt. 8-ter e segg. del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e ben riassunto dalla norma di delega contenuta nell'art. 2, comma 1, lett. d) della legge n. 419/1998 (assicurare che l'esercizio della libertà di scelta "da parte dell'assistito nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali il Servizio sanitario nazionale intrattenga appositi rapporti, si svolga nell'ambito della programmazione sanitaria"). Anche la successiva legge 724/1994 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" conferma l'operatività del diritto di scelta da parte dell'assistito nei confronti di tutte le strutture, anche private ed i professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale".

Con Il D. Lgs. n. 502/1992 i rapporti esistenti tra le AA.SS.LL. e le strutture private (regolati fino a quel momento da apposite convenzioni, così come previsto dall'art. 44 della L.833/78) cessano di essere disciplinati da un rapporto convenzionale per essere regolati, invece, secondo il meccanismo del c.d. accreditamento istituzionale, fondato sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Il sistema dell'accREDITAMENTO serve a garantire ai cittadini un'offerta di qualità (la presenza di determinati standard qualitativi) e consiste nella redazione di un elenco di soggetti tutti idonei, che erogano prestazioni sanitarie necessarie a soddisfare i bisogni di cura e assistenza.

Rispetto alle disposizioni già contenute nella l. n. 833/ 1978, la libertà di scelta del luogo di cura da parte degli assistiti è stata decisamente ampliata dall'entrata in vigore dell'art. 8, comma 5, d.lgs. n. 502/1992, che affidava alle Usl il compito di erogare le prestazioni sanitarie avvalendosi dei propri presidi «nonché delle Aziende Ospedaliere, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private a integrazione delle strutture pubbliche».

La giurisprudenza, sia costituzionale che ordinaria, ha confermato che, attraverso la sostituzione del previgente regime di convenzionamento con il sistema dell'accREDITAMENTO, è stato introdotto il principio secondo cui "è libera la scelta della struttura sanitaria accreditata cui rivolgersi, sicché il privato assistito, ottenuta la necessaria prescrizione, ha un vero e proprio diritto soggettivo alla libera scelta".

La possibilità di muoversi sussiste nonostante vi sia l'opportunità di ricevere lo stesso trattamento sanitario nella propria AUSL di riferimento: la sola condizione richiesta per accedere al luogo di cura in aree diverse da quella di residenza è quella di avere la prescrizione del proprio medico, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale.

Con la riforma sanitaria avviata dalla L.419/1998 e attuata con il D.Lgs. 229/1999 (conosciuta come legge Bindi) si è cercato di bilanciare meglio il principio della libertà di scelta del luogo di cura con le esigenze della programmazione sanitaria (art. 8 bis, cc.1-3).

Attualmente il Sistema Sanitario garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCC pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali classificati e "presidi") e privati accreditati con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti.

In altri termini, si riafferma il principio generale della libera scelta del luogo di cura da parte degli assistiti, limitandolo però alle sole strutture sanitarie accreditate che abbiano concluso accordi specifici con le Regioni e/o le Aziende sanitarie.

Occorre ribadire che, secondo una giurisprudenza costante, come già anticipato il diritto alla libertà di scelta del luogo della cura in tutto il territorio nazionale non ha carattere assoluto, dovendo essere

contemperato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili.

Dunque, non è vietato al legislatore regionale sacrificare la libertà di scelta del paziente, regolando l'accesso dei propri residenti a prestazioni sanitarie – anche rientranti nei LEA – presso strutture o erogatori privati accreditati, qualora tale sacrificio risulti necessitato dall'esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quale ad esempio un'efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario<sup>1</sup>.

Esigenze di contenimento della spesa e di razionalizzazione del sistema rendono necessaria una programmazione per cui mentre le strutture pubbliche, nei limiti dell'assetto strutturale ed organizzativo, sono obbligate ad erogare le prestazioni richieste considerate necessarie (a tutela del fondamentale diritto alla salute), i privati accreditati possono (anzi devono) negare la prestazione richiesta dal cittadino al raggiungimento dei volumi prefissati dalla Regione che ha concesso loro l'accreditamento, ovvero erogarla con oneri a carico di quest'ultimo.

A garanzia del rispetto dei vincoli di bilancio posti dal Governo centrale, le regioni impongono agli erogatori privati il rispetto di volumi di attività e tetti di spesa pena l'applicazione di meccanismi di regressione tariffaria tali da mantenere invariata la spesa complessiva programmata.

In linea con le direttrici stabilite dal legislatore statale, appare ragionevole un assetto regionale caratterizzato “dalla programmazione del numero e dell'attività dei soggetti erogatori, in modo da evitare il rischio di una sottoutilizzazione delle strutture pubbliche, dalla ripartizione preventiva della domanda tra un numero chiuso di soggetti erogatori e dalla facoltà di scelta dell'assistito solo all'interno del novero delle strutture accreditate”<sup>2</sup>.

Di recente è stata oggetto di contestazione in sede giurisdizionale la decisione della regione Campania di sottoporre ad autorizzazione la scelta di curarsi fuori dal territorio regionale per alcune prestazioni. Nel decreto campano n. 156 dell'8 aprile 2013 (B.U.R.C. n. 19 dell'8 aprile 2013) il Commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania ha infatti subordinato, con effetto dal 1 gennaio 2013, ad autorizzazione preventiva di apposite Commissioni istituite dalle A.S.L. l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti in Campania da parte di strutture e professionisti accreditati in Regioni limitrofe (Lazio, Molise, Puglia e Basilicata). In mancanza di autorizzazione, le prestazioni rese non sarebbero remunerabili né riconoscibili in sede di compensazione della mobilità sanitaria. In tal caso, l'autorizzazione farebbe così da filtro rispetto a spostamenti per mobilità sanitaria che non meriterebbero, per mancanza di giustificazioni oggettive, l'impegno economico della regione, generando così un risparmio di spesa utile all'assorbimento del disavanzo.

Secondo il Consiglio di Stato<sup>3</sup> il decreto campano risulta essere stato adottato in corretta attuazione e nel contesto del quadro normativo nazionale e regionale che abilita le Regioni, e per esse i Commissari straordinari, ad adottare, con determinazioni di natura discrezionale insindacabili ove immuni da oggettivi ed evidenti vizi di illogicità ed irrazionalità, i provvedimenti ritenuti essenziali a far fronte al necessitato piano sia di rientro dal deficit per addivenire al necessario equilibrio di bilancio e di cassa, sia di una programmazione dell'assistenza sanitaria volta ad assicurare le prestazioni essenziali compatibili con le risorse economiche e finanziarie assegnate a carico del Servizio Sanitario Nazionale e del Fondo Sanitario Regionale con la fissazione di uno specifico sistema di determinazione di tetti di spesa regionali.

Il Collegio, uniformandosi all'orientamento già espresso con la sentenza n. 498 (e 499) del 25 novembre 2011, ha riaffermato che “In linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie vengano erogate in favore dei residenti nella stessa Regione ovvero in favore di residenti in altre Regioni tenuto conto dell'interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti. Nel momento in cui si sono ridotte sensibilmente le risorse disponibili per il settore sanitario e sono stati elaborati piani di rientro per le Regioni in stato di dissesto con la

---

<sup>1</sup> Corte Costituzionale, Sentenza 26 ottobre 2012, n. 236 –giudizio in via incidentale promosso dal TAR Puglia c/legge della Regione Puglia).

<sup>2</sup> Corte cost. , 2 aprile 2009, n 94, “Ragiusan”, 2009, 305, p.190

<sup>3</sup> Sez. III, Sent. N. 296 del 22.01.2014.

determinazione di tetti di spesa particolarmente stringenti, risulta quindi necessario per le Regioni (soprattutto se sottoposte a piano di rientro) governare anche quei processi di mobilità sanitaria fra le Regioni che non sempre sono determinati dalla diversa qualità delle prestazioni rese (o dai tempi necessari per poter ottenere le prestazioni)." Ciò stante, ha sottolineato che il necessario raccordo tra tutela del diritto alla salute e esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria trova applicazione anche a meccanismi di riequilibrio che intervengono a consuntivo come nel caso della mobilità, ed è indubbio che l'erogazione delle prestazioni sanitarie effettuate extraregione non è irrilevante sul piano economico, posto che i rimborsi fra le Regioni sono corrisposti a consuntivo facendo ricorso a complesse compensazioni disciplinate dalla Conferenza Stato-Regioni/Province Autonome, alle quali non sono indifferenti le Regioni commissariate e sottoposte al piano di rientro.

L'iniziativa di porre sotto autorizzazione l'erogazione di prestazioni sanitarie in regioni limitrofe, per quanto possa rientrare tra le facoltà della regione per bilanciare il diritto alla salute e l'equilibrio finanziario della spesa sanitaria, genera però molte perplessità sotto il profilo dell'equità e dell'universalità del diritto alla salute, in quanto si corre il rischio di trovarsi di fronte ad assistiti che non solo si trovano nella sfortunata condizione di appartenere ad un sistema sanitario poco affidabile, ma non possono neppure sceglierne liberamente un altro.

I limiti alla scelta del luogo di cura e alla cd. mobilità sanitaria possono anche essere considerati legittimi, data la valutazione del diritto alla salute come condizionato alle possibilità di spesa e gestione della sanità pubblica, ma presentano profili di dubbia opportunità sulla efficacia del sistema sanitario pubblico, sulla sua qualità assistenziale e, elemento ancor più importante, sulla libertà degli assistiti di scegliere a chi affidare la propria salute.

Anche se, nel merito, i provvedimenti come quello campano possono riguardare prestazioni sanitarie non complesse e contenere limiti all'esercizio discrezionale del potere autorizzativo, l'elemento critico che si ravvisa sta nel fatto che tali provvedimenti sostengono le inefficienze dei sistemi sanitari e aprono il varco a metodi di risparmio che, se confinati per ora a fattispecie minori, potranno essere utilizzati in maniera più consistente quanto più consistenti saranno i problemi di gestione finanziaria della sanità pubblica.

Questo rischio dovrebbe invece mobilitare il sistema nella direzione del rapido e razionale cambiamento. Teoricamente il momento di crisi attuale dovrebbe spingere le Aziende sanitarie "esportatrici" a rivedere e qualificare il sistema e la programmazione dei servizi sanitari, rafforzando lo sviluppo dei servizi e della professionalità, investendo sulla formazione e ricerca, proponendosi obiettivi di incremento della produzione, della qualità assistenziale e di coerente riduzione delle fughe.

### **3. Le tipologie di Mobilità sanitaria: una possibile classificazione**

La mobilità viene classificata in vari modi. Si esaminano di seguito, alcune classificazioni possibili, utilizzando quali criteri discriminanti l'ubicazione del soggetto erogatore, la distanza (cioè il raggio in cui si muove l'assistito), l'impatto nazionale (interregionale o intraregionale) e internazionale del fenomeno.

#### **3.1 Mobilità dal punto di vista del soggetto erogatore della prestazione**

Sul piano amministrativo e burocratico la mobilità può essere classificata come mobilità attiva o mobilità passiva a seconda di dove è ubicato il soggetto erogatore della prestazione ed il soggetto pagatore del servizio. In particolare:

- *la Mobilità attiva*: (o di attrazione) sorge quando una struttura sanitaria eroga prestazioni ad un cittadino residente in un'altra Regione o a un cittadino residente nella medesima regione ma in un territorio di competenza di una Asl diversa da quella cui afferisce la struttura sanitaria erogatrice;
- *la Mobilità passiva* (o mobilità di fuga): sorge quando un cittadino residente nel territorio di competenza di una determinata Asl fruisce di prestazioni presso una struttura sanitaria ubicata nel territorio di un'altra Asl (nella medesima regione) oppure in una struttura sanitaria ubicata in un'altra Regione o all'estero.

Pertanto con la mobilità attiva avviene una "esportazione" di servizio sanitario verso i cittadini non residenti nel territorio; ne deriva che a seconda del territorio preso in considerazione, l'esportazione può essere di carattere locale (ad es.: il territorio di una Asl, il territorio di più Asl della medesima Provincia, ecc...), regionale o nazionale.

Con la mobilità attiva si viene, pertanto a creare un vero "ricavo" per il sistema sanitario del territorio in quanto i costi del servizio sanitario erogato non sono sostenuti dalla Asl territorialmente competente, ma da altre Asl o nel caso di mobilità attiva a livello regionale da altre Regioni.

Viceversa, con la mobilità passiva avviene una "importazione" di servizio sanitario, dato che i cittadini non hanno consumato prestazioni sanitarie erogate da strutture ubicate nel proprio territorio, ma hanno usufruito di prestazioni di strutture site in territori di altre Asl o, nel caso di mobilità passiva a livello regionale, in altre Regioni.

Con la mobilità passiva si viene pertanto a creare un vero "costo" per il sistema sanitario del territorio in quanto i costi del servizio sanitario erogato sono sostenuti dalla Asl territorialmente competente (ovvero dove risiede il cittadino) ma il relativo ricavo è riconosciuto a strutture sanitarie di altre Asl o nel caso di mobilità passiva a livello regionale di altre regioni.

La contabilizzazione di tali fenomeni deve pertanto avvenire con particolare cura sia a livello di singola Asl e Azienda Ospedaliera sia a livello regionale, tenendo conto sia degli aspetti economici sia degli aspetti finanziari.

In estrema sintesi:

- *la Mobilità attiva* identifica le prestazioni sanitarie offerte dalle strutture di una Regione ad assistiti non residenti. In altri termini rappresenta il flusso di fondi in entrata per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza ad assistiti di altro ente, in virtù di leggi o trattati.
- *La Mobilità passiva* identifica le prestazioni sanitarie che i residenti di una determinata regione usufruiscono presso altre regioni. In altri termini rappresenta il flusso di fondi in uscita per la compensazione di prestazioni erogate a propri assistiti al di fuori dal territorio di competenza, in virtù di leggi o trattati.

Ne consegue che l'osservazione ed il monitoraggio della mobilità sanitaria assume un ruolo primario nella programmazione sanitaria di ogni regione.

#### **3.2 Mobilità da un punto di vista "spaziale":**

##### ***Mobilità sanitaria internazionale***

Se cominciamo dall'esame delle grandi distanze, la prima mobilità di cui dobbiamo occuparci è quella internazionale.

Il sistema di Mobilità Internazionale si colloca come parte del più vasto sistema di assistenza a carico dello Stato ed ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, gli assistiti che si spostano all'interno degli Stati dell'Unione Europea, della Svizzera, dello spazio economico europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e dei Paesi in convenzione con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale.

I regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883/04 e 987/08 (che hanno sostituito i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 e quanto disposto dalle singole convenzioni) stipulati con i Paesi in convenzione garantiscono ai cittadini che si spostano per motivi vari (turismo studio, lavoro, pensionati che trasferiscono la residenza) all'interno dei paesi tutelati di poter fruire di tutte le cure che si rendano medicalmente necessarie durante il soggiorno (cure non programmate), nonché la possibilità, previa autorizzazione, di recarsi in altro Stato per beneficiare di un'assistenza sanitaria specifica di alto profilo (cure programmate).

Per usufruire dell'assistenza sanitaria si devono presentare alle istituzioni competenti o ai prestatori di cure degli Stati alcuni formulari (TEAM, S1, S2, ecc.) che attestano il diritto a godere delle prestazioni sanitarie. In base a questi attestati viene erogata l'assistenza senza che il cittadino debba anticipare nulla, in seguito, gli Organismi di collegamento degli Stati UE inviano le fatture al Ministero della Salute italiano, chiedendo il rimborso dei costi sostenuti, il Ministero, a sua volta, (per conto delle Regioni e delle ASL di rispettiva appartenenza) chiede agli Stati esteri il rimborso dei crediti (ricavi) relativi all'assistenza sanitaria fornita a cittadini stranieri in Italia.

Il saldo tra costi e ricavi di mobilità sanitaria internazionale viene trasferito dallo Stato alle Regioni in sede di ripartizione delle risorse per la copertura del fabbisogno sanitario standard, attraverso un sistema di compensazione della mobilità sanitaria internazionale.

Numericamente parlando si tratta di un fenomeno ad oggi piuttosto limitato (in confronto ad altri fenomeni di mobilità sanitaria), caratterizzato da almeno tre elementi:

- vi è una mobilità internazionale per motivi di cura (cittadini italiani che vanno all'estero esplicitamente per eseguire un intervento chirurgico, per seguire un percorso terapeutico, o per altre esigenze sanitarie che non trovano adeguata soddisfazione nel nostro paese - o perché la cura non è erogata o perché è erogata con una tempistica che non è compatibile con la malattia di cui un cittadino soffre). Si tratta di un percorso definito dalla legge, che passa generalmente attraverso un atto autorizzativo esplicito (da parte della ASL di appartenenza del paziente), che vede interessati alcuni luoghi privilegiati (centri di riferimento) ed alcune selezionate patologie (trapianti, tumori, interventi ortopedici, gravi lesioni neurologiche, ...), e che in taluni casi rappresenta un vero e proprio viaggio della speranza;
- vi è poi la classica mobilità occasionale determinata dalla insorgenza di esigenze sanitarie mentre si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza): riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti (anche se talvolta nasconde una mobilità per motivi di cura), ed ha regole diverse a seconda che avvenga entro lo spazio europeo (dove esiste una compensazione economica delle prestazioni tra stati) o al di fuori di esso (nel qual caso non esiste compensazione ed il cittadino deve provvedere con altri strumenti: assicurazioni, pagamenti in proprio, ...);
- vi è una mobilità internazionale legata a tre specifiche situazioni che riguardano il nostro paese: è il caso dello stato del Vaticano (ed in particolare della attività dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma), dello stato di San Marino, e del comune di Campione d'Italia (che si trova in territorio svizzero).

Questo quadro di mobilità sanitaria internazionale è destinato ad essere radicalmente modificato dalla nuova direttiva europea (direttiva UE n.24 del 9 marzo 2011, operativa in Italia dall'aprile 2014) sulla mobilità transfrontaliera, improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti che degli operatori: si rinvia, sul punto, al capitolo 3.

### ***Mobilità sanitaria interregionale***

Una ricerca condotta dal Censis nel 2005 su un campione di 2.524 utenti ospedalieri "migrati" da 7 regioni italiane (Umbria, Calabria, Molise, Veneto, Marche, Piemonte e Toscana) rappresenta, ancora oggi, un contributo molto significativo per l'analisi delle motivazioni dei cittadini che, nell'arco degli ultimi cinque anni, avevano optato per il ricovero in un ospedale al di fuori della propria regione di residenza.

Dall'indagine risulta che la scelta rappresenta, nella grande maggioranza dei casi, una libera scelta del cittadino. Solo l'8,8% degli intervistati è stato costretto ad un ricovero al di fuori della propria regione perché ha subito un incidente o perché ha contratto una malattia nel periodo di vacanza o comunque quando si trovava lontano da casa. Si tratta in questo caso di quella che può essere definita una "mobilità fisiologica".

Nel resto dei casi (il 91,2%) la mobilità può considerarsi "elettiva" e quindi evitabile, in quanto relativa nella stragrande maggioranza dei casi a ricoveri effettuati fuori regione per ottenere prestazioni ordinarie

e, talvolta, disponibili anche sul territorio di residenza, ma considerate non sufficientemente affidabili. In tutti i casi i costi e i disagi per i pazienti non sono indifferenti, come non lo sono i conseguenti problemi di gestione e di *governante* della sanità.

In merito ai fattori causali che sostanziano la scelta, l'indagine ha permesso di individuare tre principali aree di motivazioni: l'area della qualità, nei casi in cui la scelta è legata alla ricerca di prestazioni considerate di miglior livello, l'area pratico-logistica, legata al tentativo di ridurre al minimo i disagi correlati alle cure e l'area della necessità, per l'assenza delle prestazioni necessarie nella propria zona o per la lunghezza delle liste di attesa.

Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale può essere attentamente analizzato grazie ai flussi informativi che esistono a livello nazionale; flussi che sono necessari per ragioni di compensazione economica: la regione che eroga la prestazione deve infatti essere rimborsata dalla regione dove il cittadino risiede.

Questo scambio di informazioni prevede la conoscenza sia della singola prestazione erogata (compreso il dato del cittadino usufruente) che della struttura di erogazione (e di alcune loro caratteristiche): è questo dettaglio informativo che rende ricca la conoscenza della mobilità sanitaria interregionale.

Se guardiamo alle distanze, possiamo poi distinguere:

- una mobilità interregionale di lunga distanza: da una parte, ci si muove per cure importanti o perché ci si attendono esiti significativamente diversi da quelli attesi nel proprio territorio (cd. mobilità di elezione);
- una mobilità sostanzialmente stagionale legata alle vacanze dove le necessità di salute sono occasionali e non costituiscono il motivo dello spostamento (cd. mobilità fittizia);
- una mobilità tra regioni di confine (cd. mobilità di prossimità): in questo caso la mobilità interessa anche attività sanitarie minori (prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche) che di per sé non troverebbero giustificazione in una mobilità di lunga distanza, ed ha caratteristiche peculiari da territorio a territorio, al punto che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra regioni su tematiche specifiche.

Al fine di riportare qualche esempio, di seguito, si elencano gli accordi sottoscritti dalla regione Emilia-Romagna con le regioni confinanti:

Marche	Delibera n. 1430/2012 : accordo triennale 2012-2014 per la gestione della mobilità sanitaria tra le regioni Emilia-Romagna e Marche.
Sicilia	Delibera n. 786/2012 : accordo biennale 2012-2013 per la gestione della mobilità sanitaria tra le regioni Emilia-Romagna e Sicilia.
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• delibera n. 1890/2011 : accordo triennale 2012-2014 per la gestione della mobilità sanitaria tra le regioni Emilia-Romagna e Toscana.</li> <li>• determinazione n. 8412/2013 : accordo triennale 2012-2014 per la gestione della mobilità sanitaria fra le regioni Emilia-Romagna e Toscana. Definizione del piano annuale di attività 2013.</li> <li>• Determinazione n. 5176/2012 : Accordo triennale 2012-2014 per la gestione della mobilità sanitaria fra le regioni Emilia-Romagna e Toscana. Definizione del piano annuale di attività 2012</li> </ul>
Umbria	delibera n. 1968/2013 : accordo quadro triennale tra le regioni Emilia-Romagna e Umbria per la gestione della mobilità sanitaria. anni 2014-2016
Veneto	<p>delibera n. 1967/2013 : accordo quadro triennale fra la regione emilia-romagna e la regione veneto per la gestione della mobilità sanitaria. anni 2014-2016.</p> <p><b>Nota:</b> al momento in cui si sta scrivendo il presente elaborato l'accordo fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per gli anni 2014-2016 risulta essere sospeso in quanto la Regione Veneto non ha sottoscritto l'accordo e, con propria deliberazione n. 529 del 15 aprile 2014, ha disposto unilateralmente la sospensione dell'efficacia dell'accordo</p>

La mobilità interregionale introduce due problematiche di seguito esplicitate che dovrebbero essere esaminate in quanto hanno rilievo dal punto di vista economico-sociale: da una parte il tema dei diritti del cittadino, e dall'altra il tema delle informazioni. Per quanto riguarda i diritti, che ruotano attorno al concetto di livelli essenziali di assistenza e di livelli aggiuntivi, essi risultano fortemente modificati dalle scelte locali effettuate dalle amministrazioni regionali (nomenclatori regionali, regole di compartecipazione e di esenzione diversificate, livelli aggiuntivi eterogenei), scelte che portano a differenze così importanti da porre il quesito sulla effettiva erogazione su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza.

Sul versante delle informazioni, invece, molte prestazioni sono frutto di una mobilità solo apparente, in quanto originano dalla differenza tra il luogo dove il cittadino è domiciliato (ad esempio in Lombardia) e dove risulta residente (ad esempio in Sicilia): poiché la compensazione economica delle prestazioni tra le regioni avviene sulla base della regione di residenza ecco che risultano oggetto di mobilità tutte le attività sanitarie consumate da cittadini domiciliati in una regione ma residenti in un'altra. E' un problema di informazioni in quanto sia i sistemi informativi che oggi rilevano le attività sanitarie sia quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali (finanziamento pro-capite) sono fondati sul concetto di residenza (e non di assistenza).

Al di là delle problematiche sopra esposte, la mobilità interregionale è sottoposta alla compensazione finanziaria delle prestazioni sanitarie usufruite dai cittadini in una regione diversa da quella di residenza, la quale a livello nazionale, a sua volta, è sottoposta a compensazione sulla base di regole che presiedono ai flussi dei dati.

La spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti è, inizialmente, a carico delle regioni di residenza degli assistiti (sia che la prestazione sia erogata da una struttura pubblica che da una struttura privata accreditata che abbia sottoscritto un accordo di committenza); solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre regioni, corrisposti a consuntivo e dopo un'operazione di compensazione che, data la sua complessità, è disciplinata da apposite linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Il sistema della Compensazione interregionale viene quindi effettuato in accordo con le indicazioni stabilite dal Testo Unico, predisposto e approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in cui vengono fissate, in maniera univoca, modalità di gestione dei flussi informativi di interscambio relativi alle prestazioni erogate ad assistiti extra-regionali, da porre in compensazione e che dovranno essere documentate tramite modelli riassuntivi e i dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate, secondo il seguente schema:

#### Prestazioni in compensazione:

- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso informativo A)
- Medicina generale (flusso informativo B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso informativo C)
- Farmaceutica (flusso informativo D)
- Cure termali (flusso informativo E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso informativo F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso informativo G).

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutte le attività che necessitano di autorizzazioni preventive devono essere addebitate tramite fatturazione diretta.

La gestione dei dati relativi alla mobilità sanitaria è estremamente complessa e, non a caso vi è un gruppo permanente di lavoro della Commissione Salute (l'organo che governa e regola le attività sanitarie tra le Regioni) che si ritrova periodicamente per monitorare, regolare, valutare, dirimere i contenziosi e intervenire sulle attività riferite alla mobilità tra regioni: attività da erogare, tariffe di scambio, flussi informativi ed economici, etc.

Ogni regione garantisce la comunicazione con le proprie aziende, raccogliendo i dati analitici relativi alle prestazioni (di ogni singola attività) erogate per i residenti in altre regioni (mobilità attiva) e trasmettendo quelli relativi ai consumi dei propri residenti in altre regioni (mobilità passiva).

Va ricordato che la disponibilità di questi dati è anche alla base dei compiti di programmazione e controllo della spesa sanitaria dei diversi interlocutori coinvolti (Assessorato regionale alla Salute, settori competenti per materia, enti a supporto, Ministeri e soggetti a rilevanza nazionale).

Rispetto al debito informativo regionale dei flussi di mobilità, ogni regione ha la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre regioni e contestare gli eventuali errori.

Le casistiche contestate vengono verificate dalla regione interessata la quale fornisce le dovute controdeduzioni. Se non risulta possibile raggiungere una composizione della contestazione, entro il 30 novembre di ogni anno<sup>4</sup> le Regioni devono concludere, attraverso composizioni bilaterali, i contenziosi non sanati con l'invio delle controdeduzioni. L'originale dell'accordo siglato dalle parti deve essere consegnato o trasmesso al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti.

Tutte le vertenze che non trovano una risoluzione bilaterale entro il termine indicato verranno affidate ad un organo con funzione di "collegio arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi.

A seguito di un processo di controllo, contestazione, accordo conclusivo, si giunge al riconoscimento definitivo dei debiti/crediti, che trova riscontro al tavolo nazionale di riparto.

Va, inoltre, rilevato che inizialmente non venivano posti limiti alla spesa sostenuta per l'erogazione di prestazioni sanitarie offerte ai cittadini-utenti extra-regione e pertanto le regioni "virtuose", in sede di riparto nazionale, recuperavano interamente la mobilità passiva extra regionale.

Negli ultimi anni, al fine di governare e contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, alcune regioni confinanti tra loro, hanno valutato la necessità di favorire collaborazioni interregionali finalizzate ad individuare meccanismi di controllo per l'insorgenza di eventuali comportamenti distorsivi della mobilità e hanno così sottoscritto accordi interregionali che prevedono la fissazione di tetti di spesa per determinate prestazioni sanitarie erogate in regime di mobilità e quindi regolano i flussi dei pazienti.

Una programmazione integrata dei servizi di confine ha permesso di ottimizzare l'uso delle risorse e di contenere la mobilità passiva. I primi accordi tra regioni confinanti (oggi consolidati) sono stati quelli delle regioni del centro (Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Marche), successivamente sono seguiti quelli del Nord (Lombardia, Liguria, Piemonte) e del Sud (Campania, Puglia).

Resta ancora un obiettivo da realizzare la stipula di accordi fra regioni del sud a maggiore *export* di pazienti e regioni del nord fortemente attrattive fra le quali si registrano flussi di pazienti importanti (ad esempio pazienti in mobilità della Sicilia, della Calabria verso la Lombardia). In linea con questo obiettivo, attualmente si sta intensificando la collaborazione tra la Regione Emilia-Romagna e Campania al fine di pervenire alla adozione di un accordo regionale per il governo della mobilità sanitaria.

Ritornando alla complessità delle regole di compensazione, ci sarebbero ancora molti altri elementi da sottolineare, come la mobilità di coloro che decidono, di non fare ricorso alle opportunità offerte dal Servizio Sanitario Nazionale e si rivolgono al mondo cosiddetto delle case di cura private accreditate, che hanno sottoscritto accordi di fornitura con le Regioni o con le Aziende U.S.L. per la fornitura di determinate prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza.

In particolare, il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna ha costruito un sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi ospedalieri che ha portato alla formazione di un modello efficace di "competizione regolata" dove, limitatamente alle prestazioni oggetto di specifici accordi, si è concretizzato il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di sostanziale compatibilità finanziaria.

La regolamentazione prevista dal Ministero della Sanità per la mobilità interregionale (prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori-Regione) prevede che le strutture private addebitino le prestazioni direttamente all'Azienda USL dove sono ubicate (cioè all'AUSL di competenza territoriale dell'Ospedale Privato accreditato), e che la stessa Azienda USL provveda alla loro liquidazione e pagamento. L'importo pagato sarà recuperato dalla Regione in sede di riparto nazionale.

Onde evitare il pagamento di prestazioni per importi non dovuti o contestabili da parte delle Regioni, le Aziende sono tenute a controllare l'esatta corrispondenza tra le fatture ricevute dalle Case di cura, prima di procedere ai rispettivi pagamenti.

---

<sup>4</sup> La scadenza del 30 novembre è quella indicata dal Testo Unico del 2013.

### ***Mobilità sanitaria intraregionale***

Vi è poi un terzo livello spaziale della mobilità che si muove questa volta entro le dimensioni regionali. Si tratta di un livello che è molto diversificato da regione a regione in virtù delle dimensioni territoriali delle regioni stesse (si pensi alla Valle d'Aosta e Molise da una parte, a Lombardia e Sicilia dall'altra).

Nel caso della mobilità entro regione non sono di minore rilevanza gli aspetti della compensazione economica tra aree, ma emergono altri elementi di rilievo quali la rete di offerta e la accessibilità dei servizi (il bacino di utenza delle strutture, i tempi di attesa, la comodità dei servizi dal punto di vista del paziente e della sua rete di sostegno – parenti, amici, ...). Meno rilevanti sono gli aspetti legati alla qualità della cura o all'esito della stessa, aspetti che sono visti più in termini di accessibilità e disponibilità di servizi che non di mobilità in senso stretto (visto che le distanze da percorrere risultano comunque ridotte).

Come già sopra anticipato, la mobilità che si registra all'interno dei confini regionali è caratterizzata da una diversificata regolamentazione da regione a regione, anche se ogni sistema informativo della mobilità infraregionale è finalizzato alla compensazione finanziaria delle prestazioni sanitarie usufruite dai cittadini in Azienda diversa da quella di residenza.

A questo fine le Aziende sanitarie afferenti ad una data Regione comunicano alla Regione di afferenza la tipologia e gli importi delle prestazioni erogate a residenti in altri ambiti territoriali; su questa base la Regione effettua la compensazione.

Va infine rilevato che all'interno della mobilità intraregionale, il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale (art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992) prevede, per la regione Emilia Romagna, due tipologie di budget:

1. *Budget relativo a prestazioni intra-AUSL*, vale a dire rivolte a cittadini residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura sanitaria privata.

In questo le prestazioni rese a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata (così come quelle rese ai cittadini residenti fuori regione) vengono pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura (es.: un utente afferente alla AUSL della Romagna che accede a prestazioni rese presso la Struttura di Villa Maria Cecilia di Cotignola in regime convenzionato con il SSN).

2. *prestazioni extra-AUSL*, vale a dire erogate a cittadini residenti nella regione dell'Emilia-Romagna, ma non residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura privata.

In questo caso le prestazioni rese a cittadini residenti in altre AUSL della Regione, sono pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito (es.: un utente afferente alla AUSL di Modena che accede a prestazioni rese presso la Struttura di Villa Maria Cecilia di Cotignola in regime convenzionato con il SSN).

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono fatturate dalle strutture private alle AUSL di provenienza del paziente, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario) e sulla base di tariffe definite dalla Regione Emilia-Romagna (esempio.: Delibera n. 1673/2014 per la determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate)

Quanto sopra esposto non tratta in modo esaustivo le condizioni che regolano la mobilità intraregionale nel suo complesso, in quanto oltre al percorso sopra descritto, vi sono discipline specifiche, residuali, che regolano i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, e di neuropsichiatria, etc.

#### 4 Le implicazioni economiche ed organizzative della mobilità

In questo paragrafo si cercherà di esaminare alcune delle implicazioni economiche del diritto del cittadino ad ottenere cure a carico del proprio sistema sanitario anche in un luogo diverso da quello di residenza o di affiliazione. In particolare, si terrà conto del flusso di fondi che segue un assistito dall'ente di affiliazione all'ente che eroga la prestazione sanitaria.

Dal punto di vista organizzativo, le regioni programmano l'offerta sanitaria e, conseguentemente il finanziamento delle Asl, sulla base di indici demografici, epidemiologici e sanitari della popolazione residente. Se parte della popolazione decide di curarsi o ricoverarsi altrove, ciò implica che la programmazione non corrisponde ai bisogni e alle esigenze effettive degli assistiti di quel territorio, con conseguente sotto o sovradimensionamento dei servizi.

La libera migrazione sanitaria assume quindi il valore di incognita in sede di programmazione tecnica dei servizi: le Regioni, avendo a disposizione dati potenzialmente instabili, hanno una "vista cieca" che può comportare rischi di inappropriata organizzativa (aumento delle liste di attesa nelle strutture che esercitano maggiore attrattiva, sotto o sovra-dimensionamento dei servizi in genere).

Nelle strutture che registrano mobilità passiva si presenta il rischio di un aumento della inappropriata clinica: la necessità di coprire la capacità produttiva può portare ad effettuare interventi non necessari e comunque in contesti organizzativi non adeguati (ad esempio utilizzando ricoveri ordinari in luogo di day hospital); analogamente le strutture con maggiori capacità di attrazione, per conservare maggiori introiti, potrebbero essere portate ad effettuare interventi non appropriati.

Dal punto di vista economico, l'assistito che si reca fuori regione di residenza (la cd. mobilità sanitaria interregionale) ha un costo che ricade sul bilancio della sanità della regione di provenienza. Questo vuol dire che la spesa per la mobilità è a carico delle regioni passive, mentre diventa un credito per quelle attive. La mobilità sanitaria interregionale incide, dunque, sulle finanze di chi si sposta per curarsi (nonché sui suoi familiari), ma anche sulle finanze delle Regioni. Specificatamente, mentre la mobilità intra-regionale ha, in genere, poca incidenza sull'economia della Regione, quella interregionale dà luogo ad uno spostamento di soldi reali da una amministrazione ad un'altra. La Regione che subisce la mobilità passiva, infatti, vede disperdere parte delle risorse investite: paga sul territorio, una prima volta in via preventiva, per l'organizzazione del servizio, che deve comunque potenzialmente assicurare ai propri residenti (in forza degli obblighi di derivazione costituzionale) e, una seconda volta *ex post*, il costo della prestazione erogata da un altro ente. Da qui, l'interesse delle Regioni con mobilità passiva ad arginare il fenomeno, contrariamente alle Regioni che vedono accrescere le proprie risorse grazie alla migrazione sanitaria.

Nel caso della mobilità sanitaria interregionale, tale costo viene quantificato al momento del riparto del Fondo sanitario nazionale, quando vengono effettuate le compensazioni tra regioni sulla base delle contabilità analitiche relative ai singoli casi forniti dalle Asl o dalle Az.Ospedaliere (art. 12, c. 2, d.lgs. 502/1992).

Al fine di meglio comprendere le dimensioni economiche della mobilità, può essere utile esaminare l'accordo raggiunto recentemente dalle regioni sulla mobilità sanitaria interregionale. Si tratta della tabella C dello schema di riparto del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2014, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni in data 27 novembre 2014 che viene di seguito riportata in sintesi:

REGIONI	Crediti mobilità	Debiti mobilità	SALDO MOBILITA'
Piemonte	221.644.341	247.830.761	-26.186.421
Valle d'Aosta	11.378.280	21.025.321	-9.647.041
Lombardia	870.717.736	336.757.469	533.960.266
Pa Bolzano	42.272.452	24.055.547	18.216.904
Pa Trento	46.608.306 -	63.437.907	16.829.601
Veneto	316.283.493	240.926.951	75.356.542
Friuli Venezia Giulia	107.624.334	74.180.462	33.443.871
Liguria	141.779.246	193.549.029	-51.769.783
Emilia Romagna	563.403.114	235.425.416	327.977.698
Toscana	317.543.277	166.328.821	151.214.455
Umbria	95.768.065	92.472.743	3.295.322

<b>Marche</b>	<b>104.082.335</b>	<b>150.228.269</b>	<b>-46.145.933</b>
<b>Lazio</b>	<b>293.903.797</b>	<b>495.479.255</b>	<b>-201.575.459</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>103.701.556</b>	<b>174.416.736</b>	<b>-70.715.180</b>
<b>Molise</b>	<b>85.962.775</b>	<b>60.240.731</b>	<b>25.722.044</b>
<b>Campania</b>	<b>138.347.509</b>	<b>408.750.552</b>	<b>-270.403.043</b>
<b>Puglia</b>	<b>116.008.426</b>	<b>303.273.625</b>	<b>-187.265.199</b>
<b>Basilicata</b>	<b>68.004.156</b>	<b>106.800.319</b>	<b>-38.796.163</b>
<b>Calabria</b>	<b>29.563.395</b>	<b>281.250.249</b>	<b>-251.686.854</b>
<b>Sicilia</b>	<b>82.083.681</b>	<b>243.765.454</b>	<b>-161.681.773</b>
<b>Sardegna</b>	<b>18.636.333</b>	<b>89.200.107</b>	<b>-70.563.775</b>
<b>Bambin Gesù (area extraterritoriale a favore della Santa Sede)</b>	<b>194.528.552</b>	<b>1.120</b>	<b>194.527.432</b>
<b>A.C.I.S.M.O.M. Associazione Cavalieri Italiani Sovrano Militare Ordine di Malta</b>	<b>39.551.689</b>	<b>0</b>	<b>39.551.689</b>
<b>TOTALE</b>	<b>4.009.396.848</b>	<b>4.009.396.848</b>	<b>0</b>

Dal punto di vista finanziario, la migrazione sanitaria interregionale comporta la necessità di ricollocare i fondi attribuiti alla Regione/Provincia di residenza dell'assistito presso la Regione/Provincia che ha concretamente sostenuto i costi dell'erogazione della prestazione nei suoi confronti; di qui la creazione di un sistema di compensazione gestito sulla base di modalità collegialmente negoziate e definite. Essendo il finanziamento dei servizi sanitari regionali basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse, con l'attribuzione alle ASL (responsabili a livello locale) di quote pro capite per ciascun cittadino residente, ed essendo il finanziamento delle strutture erogatrici basato sulla remunerazione per prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento.

Le regole per governare la compensazione della mobilità sanitaria interregionale hanno avuto un'evoluzione nel corso del tempo volta a conseguire tre principali obiettivi:

1. garantire la gestione amministrativa degli addebiti,
2. tenere sotto controllo i volumi della migrazione dei pazienti verso strutture sanitarie extraregionali,
3. migliorare i livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di mobilità.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, è stato introdotto ed aggiornato periodicamente un sistema di procedure per la produzione degli addebiti e per il controllo contabile degli stessi, attraverso il quale si definiscono per ogni esercizio finanziario i saldi positivi e negativi che vanno in compensazione fra le Regioni con l'atto di ripartizione annuale del fondo sanitario di parte corrente.

La regolazione dei volumi di attività e dei livelli di appropriatezza è stata in primo luogo affidata al sistema tariffario, attraverso l'introduzione di penalizzazioni e incentivazioni delle tariffe, volte a scoraggiare l'erogazione di prestazioni di medio-bassa specialità e garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità.

L'azione del tariffario è stata accompagnata da sistemi di monitoraggio dell'appropriatezza, basati su indicatori in grado di segnalare situazioni anomale.

Nell'analizzare criteri e modalità di compensazione si individuano fasi distinte:

- il periodo antecedente al 1993;
- il decennio che va dal 1993 al 2002;
- il periodo che va dal 2003 al 2010;
- il periodo che va dal 2011 al 2014.

#### Prima del 1993

La compensazione era basata su dati riepilogativi ricavati dai flussi introdotti dal DPCM 17 maggio 1984. Vengono prese in considerazione soltanto le prestazioni di ricovero; le risorse in gioco sono modeste e hanno le caratteristiche di una misura premiale, più che di un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate.

#### Dal 1993 al 2002

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 502/1992, la compensazione della mobilità sanitaria diviene una componente significativa per l'equilibrio dei bilanci delle Regioni. Il decreto introduce nell'art. 8-*sexies* il sistema di remunerazione a tariffa degli erogatori di prestazioni sanitarie.

Alla fine del '93 la Conferenza Stato-Regioni fissa le regole in base alle quali si deve effettuare la compensazione della mobilità sanitaria; in primo luogo si stabilisce che le procedure di rimborso riguardino, oltre ai ricoveri, anche la farmaceutica, la medicina di base, la specialistica e la termale. L'argomento dominante resta quello dei ricoveri, che risultano determinanti ai fini della determinazione dei saldi finanziari. La Conferenza con la decisione del 25 novembre 1993 introduce, per l'addebito dei ricoveri, tariffe uniche per tutte le Regioni. La Circolare del Ministero della Sanità 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, in attuazione di quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 novembre 1993, indica le procedure che ogni Regione deve seguire per la notifica degli addebiti per le prestazioni erogate dalle strutture presenti sul proprio territorio a pazienti extraregionali (mobilità attiva) alle Regioni di residenza e stabilisce il principio che sia sempre la regione ad effettuare i controlli tecnico-contabili sul complesso degli addebiti ricevuti.

Le decisioni della Conferenza Stato-Regioni trovano difficoltà attuative e la compensazione basata su dati analitici di fatto parte dal 1995.

Nel frattempo, il confronto sulla utilizzazione dei sistemi tariffari per la fatturazione delle prestazioni erogate in mobilità vede prevalere la tesi di chi sosteneva l'applicazione dei tariffari regionali, in quanto la compensazione in tal senso consente il rimborso dei costi sostenuti da una Regione per i pazienti non residenti, per i quali non percepisce la quota capitolaria; una diversa misura del corrispettivo sarebbe iniqua, perché configurerebbe un incremento o una sottrazione di risorse destinate all'assistenza dei residenti.

Dal 1995 al 2002, con l'applicazione dei tariffari regionali, si verifica un incremento dei saldi di mobilità di oltre il 60% superiore all'incremento che nello stesso periodo ha avuto il fondo sanitario.

L'evidente incapacità del sistema nel contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, unita alla constatazione della crescente disomogeneità che caratterizza i tariffari regionali, i quali spesso non garantiscono la coerenza fra tariffe e costi di produzione, sono motivi determinanti che inducono le Regioni al ritorno all'originaria tariffa unica.

#### Dal 2003 al 2010

A partire dal 1 luglio 2003 si è tornati pertanto alla Tariffa Unica Convenzionale (TUC), recuperando il concetto che la compensazione della mobilità sanitaria avviene sulla base di un accordo tra Regioni volto a governarne il fenomeno, nel rispetto di alcuni principi, quali:

- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità,
- garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
- prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione, da individuare attraverso un'Intesa Stato-Regione.

Le Tariffe uniche convenzionali (quelle cioè su cui concordano le Regioni, Drg per Drg, per pagare le prestazioni in mobilità sanitaria) sono tariffe specificatamente applicate tra Regione debitrice e creditrice, inferiori alle tariffe normalmente praticate, per la compensazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, sostanzialmente quelle che comportano maggiori costi.

Pagando meno le prestazioni ospedaliere rese ai cittadini di altre Regioni si vuole rendere il fenomeno della migrazione sanitaria meno conveniente per le regioni con mobilità attiva e meno onerosa per quelle che la subiscono a livello passivo. La disciplina, a valenza annuale, è contenuta nel Testo Unico sulla compensazione interregionale della mobilità sanitaria, che specifica:

- le prestazioni oggetto di compensazione in genere (attività di ricovero ospedaliero e day hospital; attività di medicina generale del medico o pediatra di base; specialistica ambulatoriale; farmaceutica; cure termali; somministrazione diretta di farmaci; trasporto con ambulanza ed elisoccorso);
- contenuto, modalità e termini dei flussi informativi di interscambio: vengono scambiati dati relativi all'erogazione delle prestazioni ad assistiti extra-regionali (funzionali alla richiesta del rimborso)) vengono fissate scadenze sia per la trasmissione dei dati di attività espletata, sia per l'invio delle relative contestazioni e controdeduzioni).

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutte le attività che necessitano di autorizzazioni preventive (ad esempio le dispensazioni di assistenza integrativa) debbono essere addebitate tramite fatturazione diretta.

## Dal 2011 al 2014

La conferenza delle Regioni e delle province autonome definisce annualmente l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, nel quale si determina la TUC per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Nell'accordo interregionale per le attività dell'anno 2012, si prevede che la valorizzazione delle prestazioni di ricovero sia effettuata con le medesime tariffe utilizzate per le attività dell'anno precedente, che erano state determinate a partire da un confronto dei tariffari regionali. Nel medesimo accordo si prevedono incrementi tariffari per specifiche classi di erogatori: ad es. ospedali pediatrici monospecialistici e assimilati; Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; Istituto Ortopedico Rizzoli limitatamente ad alcune unità operative.

La Conferenza delle Regioni ha deciso anche per il 2013 di prorogare la TUC (tariffa unica convenzionale) e le regole di applicazione contenute nell'accordo interregionale per la compensazione dell'attività 2012 sia per l'ospedaliera che per gli altri flussi.

La Conferenza ha concordato che per il 2014, non essendo più applicabile la TUC 2012, prorogata per il 2013, la mobilità sanitaria sarà compensata partendo dal DM 18 Ottobre 2012<sup>5</sup>, che tutte le Regioni ritengono necessario correggere in sede di accordo, impegnandosi in tale senso.

Un'altra soluzione, nata nell'ambito della cooperazione istituzionale per regolare i fenomeni scambiati in mobilità al fine di farli rientrare tra gli eventi programmabili in termini economici e governabili quanto ad appropriatezza, è data dalla stipulazione di Accordi interregionali, tra cui accordi specifici di fornitura tra Regioni confinanti (accordi di confine), specificatamente rivolti alla regolamentazione dei problemi connessi alla migrazione sanitaria.

I principali riferimenti normativi ed istituzionali su cui si basano tali accordi sono i seguenti:

a) il D. Lgs. 502/1992 all'art. 8 sexies, comma 8 prevede che "Il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";

---

<sup>5</sup> Attualmente, due decreti ministeriali definiscono i tariffari nazionali:

1. Il Decreto del Ministero della salute ministeriale 18 ottobre 2012 prevede a:

- determinare le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (allegato 1), di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie (allegato 2) e di assistenza specialistica ambulatoriale (allegato 3), valide per gli anni 2012-2014 (ai sensi dell'articolo 15, commi 15, 16, 17 e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in legge 7 agosto 2012, n. 135). A tal fine, il Ministero della salute ha fatto riferimento ai criteri di cui all' articolo 8-sexies, comma 5, lettere a), b) e c) del d.lgs. 502/92 e s.m.i.;
- individuare i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;
- confermare il vincolo costituito dalle tariffe nazionali, in particolare nei confronti delle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti non abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

Con particolare riferimento ai ricoveri ospedalieri per acuti, i valori tariffari riportati nell'allegato 1 al decreto sono stati determinati tenendo conto de:

- i risultati dello studio nazionale 2011 sui costi dei DRG e il livello di complessità e di severità della casistica trattata nelle 41 strutture ospedaliere incluse;
- l'esigenza, in base alle indicazioni di programmazione sanitaria (incluso il Patto per la salute 2010-2012), di promuovere una rilevante riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati;
- l'esigenza di garantire il rispetto del vincolo di bilancio e delle compatibilità macroeconomiche dettate dalla normativa, sia dal contesto vigente nell'attuale fase del Ssn;
- i dati Ocse, che indicano margini di miglioramento dell'efficienza produttiva negli ospedali del Ssn;
- i valori tariffari vigenti a livello regionale e interregionale.

2. Il Decreto del Ministero della sanità 27 agosto 1999, n. 332 individua le prestazioni di assistenza protesica e i dispositivi, ne stabilisce le rispettive tariffe e ne definisce le modalità di erogazione.

- b) l'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui “Livelli essenziali di assistenza sanitaria” al punto 10 stabilisce che: “Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:
- un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
  - eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate;
- c) la Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella riunione del 23.11.2005 ha approvato un documento nel quale sono state stabilite le linee guida per gli accordi tra le Regioni di confine come la definizione di volumi finanziari, la definizione di un sistema di indicatori per la valutazione dell'appropriatezza e l'esercizio della funzione di committenza.
- d) Il Patto per la Salute 2010–2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa: l'art. 19, espressamente dedicato alla mobilità interregionale, li ritiene utili per governare la domanda e il fenomeno della mobilità sanitaria.
- e) Nel Patto per la Salute 2014-2016 siglato tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 10 luglio 2014 le Regioni convengono di realizzare accordi da approvarsi in sede “stato Regioni”, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati, in cui prevedono la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente; dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni, per il governo della mobilità sanitaria interregionale, sono obbligatori.

Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, viene data indicazione alle Regioni di individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi, funzionali al governo complessivo della domanda.

Gli Accordi interregionali sulla mobilità sanitaria hanno, tendenzialmente, lo stesso contenuto degli accordi stipulati dalle Regioni con le strutture erogatrici, ovvero determinazione dei volumi massimi di attività, accordo sulla qualità da garantire agli utenti, precisazioni in tema di remunerazione delle prestazioni erogabili ed erogate a carico del Sistema Sanitario Nazionale, comprese le penalità applicabili a fronte della violazione dei volumi massimi prefissati. Con essi le Regioni disciplinano, in modo coordinato e unitario, la reciproca gestione delle prestazioni erogate dalle proprie strutture in favore dei cittadini residenti nell'altra: fissano i compiti di ciascuna Regione e criteri volti alla verifica della loro attuazione.

La stipula di tali accordi ha lo scopo di favorire la collaborazione tra Regioni, con la convinzione che una gestione congiunta possa permettere: il raggiungimento di risultati migliori di quelli raggiungibili individualmente (programmazione più precisa); di evitare “fenomeni distorsivi” legati a differenze tariffarie (grazie all'allineamento dei sistemi tariffari) e da differenti gradi di applicazione dei livelli di appropriatezza definiti (ci si accorda sulla qualità da garantire agli utenti); di contrastare comportamenti opportunistici di soggetti del sistema (attraverso la definizione di tetti di attività, superati i quali si applicherà il sistema della regressione tariffaria). Quanto a quest'ultimo aspetto, gli Accordi Interregionali servono ad imporre limiti stringenti ai volumi erogabili anche nei confronti degli utenti fuori Regione, dunque in ultima analisi ad ottenere erogatori più virtuosi.

Nel Patto per la Salute 2010-2012 si valorizza più volte il criterio dell'appropriatezza nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, per orientare i flussi di mobilità e calmarli; gli Accordi prevedono, per i ricoveri: assenza di tetti sull'alta complessità e sull'area oncologica; tetti in forte decremento per le prestazioni di bassa complessità, per i Drg a rischio di inappropriatazza e ricoveri per acuti medici non disposti da pronto soccorso; tetti mediamente decrescenti per le prestazioni di media complessità chirurgica; regole condivise sui livelli di erogazione e sui controlli. Analogamente, per le prestazioni ambulatoriali prevedono: assenza di tetti per la radioterapia, la chemioterapia, la medicina nucleare e la dialisi; tetti stabili su base storica per RMN e TAC; tetti fortemente decrescenti per il laboratorio; tetti da definirsi caso per caso per le prestazioni critiche con lunghi tempi di attesa.

Il Patto per la Salute 2014-2016 fissa definitivamente la strategicità degli accordi, che vengono riconosciuti obbligatori all'art. 9, co. 3, per cui, dalla data di stipula del Patto, le regioni che hanno ricevuto proposte di accordo da altre regioni non possono rifiutarle. L'obbligatorietà degli accordi introdotta dal Patto rafforza gli strumenti di governo della mobilità, in particolare per le Regioni in difficoltà dal punto di vista finanziario, che hanno necessità di riqualificare la loro organizzazione sanitaria, le quali possono "sfruttare l'obbligatorietà" degli accordi per chiedere alle Regioni con più attrattiva di introdurre tetti e quindi limiti alla produzione/erogazione di prestazioni (recentemente si registra la proposta di accordo della regione Campania fatta pervenire alla Regione Emilia Romagna).

## CAPITOLO II

### I DATI SULLA MOBILITÀ IN ITALIA E IN EMILIA-ROMAGNA A CONFRONTO

*di Giuliana Assirelli e Martina Benzoni*

SOMMARIO: 1. Il quadro Italiano della mobilità (attiva/ passiva). 2. Il fenomeno della mobilità in Emilia Romagna

#### **1. Il quadro Italiano della mobilità (attiva / passiva)**

L'analisi dei flussi di mobilità degli utenti può essere dunque utilizzata per ricavare indicazioni sulla percezione della qualità dei servizi sanitari della propria Regione e dell'assenza di risposte adeguate alla domanda di cura.

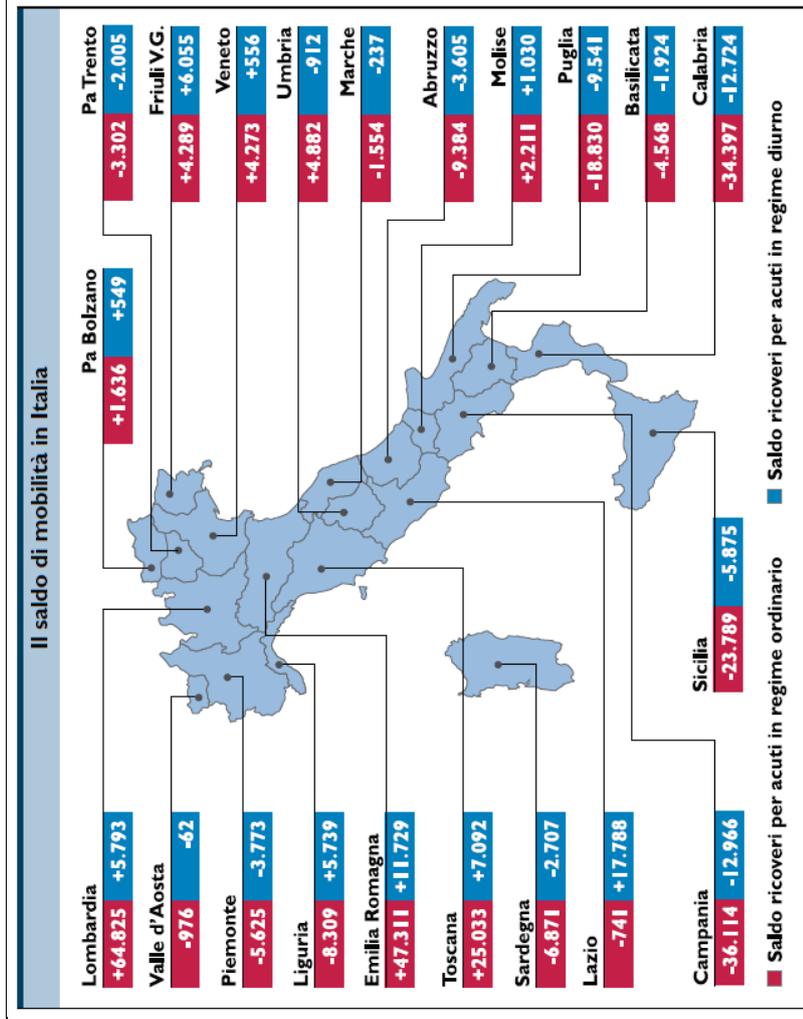
Dai dati riassunti in maniera sintetica nella Tabella 1 riferiti alle attività per Acuti in regime ordinario e in regime diurno – ANNO 2013, in modo più dettagliato nella tabella 2, che riporta la mobilità ospedaliera interregionale (attiva e passiva) relativa all'attività per acuti in regime ordinario emerge come ad attrarre i pazienti siano soprattutto le regioni del NORD (Lombardia, Emilia – Romagna, in primis, seguite da Toscana, Veneto), mentre le regioni che esportano pazienti sono per lo più quelle del centro-sud.

Inoltre, dall'esame della successiva tabella 2 che deriva dalle Sdo (Schede dimissioni ospedaliere) 2013 pubblicate dal Ministero della Salute, il dato che emerge è anche quello relativo al numero di pazienti in viaggio tra una Regione e l'altra in cerca di cure.

Se oltre ai dati riportati nella tabella 2 (attività per acuti in regime ordinario) consideriamo anche quelli relativi alle altre prestazioni sanitarie che rientrano nel novero della mobilità sanitaria (es: attività per acuti in regime diurno, riabilitazione, ecc), avremo che complessivamente sono 741.647 gli italiani che nel 2013 si sono mossi da una regione all'altra per potersi curare.

Approfondendo l'esame dei dati della Tab. 2 è possibile vedere dove gli italiani si spostano per curarsi in regime di ricovero ordinario. Nella maggior parte delle Regioni del Nord e del Centro gli italiani si "spostano" quasi tutti in Regioni limitrofe (la cosiddetta mobilità di confine, considerata in gran parte fisiologica). Ma ci sono alcune Regioni in cui questo tipo di spostamenti sono indirizzati in massima parte verso Regioni dalla parte opposta della penisola. È il caso a esempio della Sicilia che in Lombardia ricovera 11.547 pazienti, in Emilia Romagna circa 5.049, nel Lazio e nel Veneto poco più di 6mila pazienti. Ma anche Campania, Calabria e Puglia registrano punte elevate di mobilità anche verso Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e anche regione Lazio.

	Ricoveri per acuti in regime ordinario		Ricoveri per acuti in regime diurno	
	Entrate (Mobilità Attiva)	Uscite (mobilità Passiva)	Entrate (Mobilità Attiva)	Uscite (Mobilità Passiva)
Piemonte	25.964	31.589	6.785	10.558
Valle d'Aosta	1.742	2.717	756	818
Lombardia	104.703	39.878	20.232	14.439
Pa Bolzano	4.124	2.488	1.460	911
Pa Trento	4.355	7.657	1.481	3.486
Veneto	33.098	28.825	14.875	14.319
Friuli Venezia Giulia	11.807	7.518	9.236	3.181
Liguria	16.329	24.638	13.807	8.068
Emilia Romagna	75.787	28.476	21.623	9.894
Toscana	47.916	22.883	16.471	9.379
Umbria	17.251	12.369	4.854	5.766
Marche	18.916	20.470	6.110	6.347
Lazio	46.774	47.515	34.223	16.435
Abruzzo	15.230	24.614	7.501	11.106
Molise	11.036	8.825	4.876	3.846
Campania	15.992	52.106	8.216	21.182
Puglia	20.567	39.397	4.045	13.586
Basilicata	9.502	14.070	3.880	5.804
Calabria	4.238	38.635	1.794	14.518
Sicilia	9.445	33.234	3.712	9.587
Sardegna	3.198	10.069	603	3.310



TAB.1 - Mobilità in entrata e in uscita per Regione



Friuli V.G.	119	3	461	47	84	8.304	<b>127.905</b>	75	217	189	46	91	265	72	12	388	296	45	176	824	93	139.712	11.807	8,5	1.321
Liguria	4.291	111	2.672	18	62	243	62	<b>153.548</b>	701	2.490	86	208	402	112	40	972	846	114	682	1.564	653	169.877	16.329	9,6	2.212
Emilia Romagna	1.806	70	10.906	267	491	6.214	957	1.693	<b>474.144</b>	6.848	1.895	10.342	4.366	4.044	806	5.383	7.570	1.180	4.635	5.049	1.265	549.931	75.787	13,8	5.124
Toscana	1.044	39	2.170	75	172	1.116	331	5.972	2.506	<b>366.666</b>	4.784	1.346	9.525	1.077	264	5.842	3.192	948	3.258	3.316	939	414.582	47.916	1,6	5.220
Umbria	77	4	232	9	11	78	29	66	200	2.625	<b>97.958</b>	1.738	8.766	481	213	648	816	235	647	298	78	115.209	17.251	1,0	1.036
Marche	130	3	614	27	26	197	53	46	1.537	348	1.057	<b>150.264</b>	2.090	8.748	416	686	2.210	139	220	294	75	169.180	18.916	1,2	561
Lazio	430	10	1.122	72	67	562	143	247	694	1.792	2.667	1.301	<b>554.192</b>	5.254	1.658	12.673	4.904	1.672	6.849	3.330	1.327	600.966	46.774	7,8	5.070
Abruzzo	175	3	541	10	31	116	49	38	281	165	166	1.272	6.703	<b>131.422</b>	2.935	757	1.515	93	170	161	49	146.652	15.230	1,4	430
Molise	67	-	118	6	-	32	26	16	73	72	41	37	2.136	997	<b>29.185</b>	5.385	1.743	104	110	57	16	40.221	11.036	2,4	171
Campania	516	11	1.308	52	56	375	203	149	877	686	191	203	4.274	450	891	<b>586.688</b>	1.894	1.615	1.552	527	162	602.680	15.992	2,7	4.207

Puglia	580	21	1.557	35	55	367	146	114	818	276	92	237	1.151	567	909	3.502	<b>464.116</b>	5.892	3.612	566	70	484.683	20.567	4,562	5.625
Basilicata	55	-	167	2	4	20	9	13	68	63	12	9	141	24	26	4.098	2.719	<b>46.471</b>	2.027	41	4	55.973	9.502	17,00	185
Calabria	352	20	765	14	11	102	29	68	249	124	25	37	542	35	8	595	212	<b>161.842</b>	268	765	17	166.080	4.238	2,7	1.487
Sicilia	544	18	1.304	31	44	378	155	145	426	316	50	60	606	46	9	268	194	4.650	42	<b>488.299</b>	159	497.744	9.445	1,94	3.744
Sardegna	381	10	824	18	23	177	55	152	248	263	42	37	539	36	4	123	75	10	44	137	<b>180.672</b>	183.870	3.198	1,79	1.319

TOTALE	457.369	16.415	1.081.513	61.100	53.122	460.595	135.423	178.186	502.620	389.549	110.327	170.734	601.707	156.036	38.010	638.794	503.513	200.477	521.533	190.741	6.528.305	497.973	7,634	58.734
--------	---------	--------	-----------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------	---------	-------	--------

MOBILITÀ	31.589	2.717	39.878	2.488	7.657	28.825	7.518	24.638	28.476	22.883	12.369	20.470	47.515	24.614	8.825	52.106	39.397	14.070	38.635	33.234	10.069	497.973		
%	6,9	16,6	3,7	4,1	14,4	6,3	5,6	13,8	5,7	5,9	11,2	12,0	7,9	15,8	23,2	8,2	7,8	23,2	19,3	6,4	5,3	7,6		

SALDO RICOVERI	5.625	976	64.825	1.636	3.302	4.273	4.289	8.309	47.311	25.033	4.882	1.554	741	9.384	2.211	36.114	18.830	4.568	34.397	23.789	6.871		
----------------	-------	-----	--------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	-------	-------	-----	-------	-------	--------	--------	-------	--------	--------	-------	--	--



## **2. Il fenomeno della mobilità in Emilia Romagna**

L'Assessorato politiche per la salute in Emilia –Romagna studia annualmente il fenomeno della migrazione sanitaria interregionale e intra regionale pubblicando i dati sul sito <http://www.saluter.it/siseps/sanita/sdo/analisi-statistica/reporter-sdo-4>.

Tali dati forniscono un valido contributo di conoscenza della migrazione sanitaria regionale. I dati riportati nelle tabelle di seguito riportate evidenziano il consolidamento complessivo a livello regionale della migrazione sanitaria attiva (ricoveri di cittadini di altre regioni nelle strutture regionali) relativa all'anno 2013.

Inoltre tali dati consentono non solo di analizzare il fenomeno della migrazione sanitaria, ma anche di studiare e mettere in campo azioni finalizzate alla programmazione e al contenimento della migrazione sanitaria indispensabile per la tenuta dell'intero settore sanitario.

Sui illustrano, di seguito, sinteticamente i contenuti delle tabelle successive.

**Mobilità Attiva** Report riferiti ai ricoveri negli ospedali della Regione Emilia-Romagna di cittadini residenti fuori Regione (mobilità interregionale)

### **Tab. 3 Mobilità Attiva interregionale – Anno 2013**

Report sui ricoveri erogati dagli ospedali dell'Emilia Romagna per i cittadini residenti fuori regione

### **Tab. 4 Mobilità Attiva interregionale- Anno 2013**

Mobilità per MDC (Major Diagnostic Category) e Azienda di ricovero Anno di dimissione: 2013 Report sui ricoveri erogati dagli ospedali dell'Emilia Romagna per i cittadini residenti fuori regione

### **Tab. 5 Mobilità Attiva infraregionale – Anno 2013**

Report sui ricoveri erogati dagli ospedali dell'Emilia Romagna (esclusa l'autoproduzione) per cittadini fuori azienda di ricovero per residenza,

**Mobilità Passiva** Report riferiti ai ricoveri negli ospedali fuori Regione di cittadini residenti in Emilia-Romagna (mobilità interregionale) e ai ricoveri negli ospedali della Regione di cittadini residenti fuori Azienda di ricovero (mobilità infraregionale)

### **Tab. 6 Mobilità Passiva interregionale – Anno 2013**

Report sui ricoveri erogati dagli ospedali fuori regione per i cittadini residenti in Emilia Romagna per residenza.

### **Tab. 7 Mobilità Passiva infraregionale – Anno 2013**

Report per azienda USL di residenza sui ricoveri erogati dagli ospedali dell'Emilia Romagna (esclusa l'autoproduzione) per cittadini fuori azienda di ricovero per residenza

### **Tab. 8 Mobilità interregionale per regione di residenza/erogazione – Anno 2013**

riepiloga i valori finanziari “iniziali” di mobilità attiva, passiva e saldi suddivisi per settore oggetto di compensazione e per regione erogatrice/di residenza, Anno 2013. Si precisa che tali valori “iniziali” non tengono conto né dell'esito del processo di contestazione (ancora in corso) né delle ricadute sulle aziende sanitarie degli accordi stipulati con le regioni Toscana, Marche e Sicilia

### **Tab. 9 Mobilità intraregionale per regione di residenza/erogazione – Anno 2013**

Riepiloga i valori finanziari aziendali “iniziali” di mobilità attiva e passiva 2013 suddivisi per settore oggetto di compensazione e per Azienda erogatrice di residenza.

SDO - Mobilità Attiva - Mobilità Attiva interregionale - Matrice di mobilità Dimessi per Azienda di ricovero e Regione di residenza - Anno di dimissione: 2013

Azienda di ricovero	PIEMONTE	VALE D'AOSTA	LOMBARDIA	PROV. AUTON. BOLZANO	PROV. AUTON. TRENTO	VENETO	FRILUI VENEZIA GIULIA	LIGURIA	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA	ESTERO	TOTALE
PIACENZA	310	19	5.596	10	40	123	45	282	136	44	58	294	144	19	274	244	40	159	337	184	595	8.953
PARMA	251	17	2.097	3	25	92	29	711	621	17	63	89	31	14	206	314	46	216	217	60	92	5.211
REGGIO EMILIA	79	4	1.626	27	24	97	13	138	190	11	95	82	42	13	209	132	28	177	280	71	135	3.473
MODENA	191	1	1.402	27	81	569	130	385	577	59	435	410	597	78	631	659	142	555	387	112	387	7.815
BOLOGNA	305	11	942	51	118	2.187	244	178	3.534	358	818	1.338	683	215	1.191	2.473	389	1.305	1.508	380	831	19.059
IMOLA	20	.	76	3	12	97	11	29	216	18	123	184	81	33	225	211	29	141	261	26	88	1.884
FERRARA	36	2	176	13	19	730	44	13	68	4	16	23	10	6	24	33	2	24	43	10	121	1.417
RAVENNA	155	3	738	41	33	624	120	64	1.329	392	2.638	477	341	56	611	704	120	378	631	82	826	10.363
FORLÌ	113	4	298	11	35	231	73	75	477	168	677	373	256	31	327	427	101	392	350	83	94	4.596
CESENA	95	8	385	6	30	208	43	46	171	238	1.566	239	147	21	162	273	33	79	122	32	316	4.220
RIMINI	279	20	1.294	50	76	412	124	72	391	632	4.818	500	978	199	441	810	127	245	306	62	1.146	12.982
AOSPU PARMA	176	5	1.464	8	31	142	26	328	442	75	112	145	71	28	292	541	54	281	331	112	283	4.947
AOSP REGGIO EMILIA	131	2	815	8	32	266	47	145	155	39	186	126	64	10	306	322	35	280	184	65	311	3.529
AOSPU MODENA	79	6	588	9	25	214	50	100	248	60	238	180	375	51	377	721	99	302	288	54	277	4.341
AOSPU BOLOGNA	155	6	502	43	86	670	147	129	758	207	1.248	599	775	128	964	1.360	251	1.115	662	260	899	10.964
AOSPU FERRARA	59	1	254	12	20	2.003	64	34	65	16	162	97	34	9	133	113	19	75	128	23	272	3.593
I.O.R.	206	11	818	58	122	1.098	153	174	793	241	723	863	729	159	1.255	1.399	224	708	798	288	247	11.067
<b>TOTALE</b>	<b>2.640</b>	<b>120</b>	<b>19.071</b>	<b>380</b>	<b>809</b>	<b>9.763</b>	<b>1.363</b>	<b>2.903</b>	<b>10.171</b>	<b>2.579</b>	<b>13.976</b>	<b>6.019</b>	<b>5.358</b>	<b>1.070</b>	<b>7.628</b>	<b>10.736</b>	<b>1.739</b>	<b>6.432</b>	<b>6.833</b>	<b>1.904</b>	<b>6.920</b>	<b>118.414</b>

**Tab . 3 Mobilità Attiva interregionale – Anno 2013**

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna>Data creazione documento: 30/10/2014

Dall'analisi dei dati si può evidenziare come sono ripartiti i 118.414 ricoveri, effettuati in favore di cittadini provenienti dalle varie regioni italiane

. SDO - Mobilità Attiva - Mobilità Attiva interregionale - Mobilità per MDC (Major DiagnosticCategory)

Dimessi per MDC e Azienda di ricovero Anno di dimissione: 2013

MDC	PIACENZA	PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	IMOLA	BOLOGNA	FERRARA	RAVENNA	FORLÌ	CESENA	RIMINI	AOSPU PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	BOLOGNA	FERRARA	FORLÌ	TOTAL E
01-SISTEMA NERVOSO	890	312	99	366	369	1.614	88	755	103	233	520	383	249	146	229	339	127	<b>6.822</b>
02-OCCHIO	42	19	16	49	96	281	176	368	789	35	186	296	251	172	279	68	1	<b>3.124</b>
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	1.98	6	18	247	195	970	11	638	309	286	212	411	61	377	494	219	.	<b>6.603</b>
04-APP. RESPIRATORIO	306	60	118	393	56	486	64	256	599	119	481	309	122	179	389	117	85	<b>4.139</b>
<b>05-APP. CARDIOCIRCOLATO</b>	<b>900</b>	<b>344</b>	<b>351</b>	<b>1.410</b>	<b>48</b>	<b>1.409</b>	<b>273</b>	<b>2.930</b>	<b>83</b>	<b>125</b>	<b>822</b>	<b>487</b>	<b>164</b>	<b>157</b>	<b>1.753</b>	<b>299</b>	<b>27</b>	<b>11.582</b>
06-APP. DIGERENTE	504	197	229	341	52	650	85	284	366	214	787	415	196	185	1.325	166	9	<b>6.005</b>
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	242	50	62	145	28	211	38	111	186	90	206	146	149	470	1.020	78	2	<b>3.234</b>
<b>08-APP. MUSCOLOSCHELET R., TESS. CONNETTIVO</b>	<b>1.825</b>	<b>1.159</b>	<b>1.366</b>	<b>2.606</b>	<b>168</b>	<b>10.097</b>	<b>223</b>	<b>3.121</b>	<b>630</b>	<b>8</b>	<b>5.080</b>	<b>667</b>	<b>388</b>	<b>900</b>	<b>462</b>	<b>335</b>	<b>9.373</b>	<b>40.048</b>
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	172	129	97	75	47	365	44	158	82	335	216	230	91	178	265	154	69	<b>2.707</b>
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	65	243	96	104	6	145	26	364	100	147	331	109	150	44	207	220	6	<b>2.363</b>
11-RENE E VIE URINARIE	255	89	138	189	58	339	41	152	75	58	205	302	76	404	834	100	2	<b>3.317</b>
12-APP.	106	72	41	139	30	201	61	39	35	6	228	151	115	29	238	89	.	<b>1.580</b>



MDC NON ASSEGNABILE	5	.	7	2	3	34	.	4	1	2	3	7	.	10	14	3	12	107
PRE MDC	22	.	4	13	1	29	2	19	84	38	9	63	11	77	123	30	14	539
<b>TOTALE</b>	<b>8.95</b>	<b>5.21</b>	<b>3.47</b>	<b>7.81</b>	<b>1.88</b>	<b>19.05</b>	<b>1.41</b>	<b>10.36</b>	<b>4.59</b>	<b>4.22</b>	<b>12.98</b>	<b>4.94</b>	<b>3.52</b>	<b>4.34</b>	<b>10.96</b>	<b>3.59</b>	<b>11.06</b>	<b>118.414</b>

**Tab. 4 Mobilità Attiva interregionale - Anno 2013**

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

L'analisi dei dati sopra riportati effettuata per MDC (Major DiagnosticCategory) evidenzia che il raggruppamento di diagnosi con la più elevata migrazione sanitaria per l'anno 2013 è quello delle Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico" (MDC 8) con 40.048 ricoveri di cui il 49,77% sono concentrati nell'area bolognese. A seguire gli interventi sull'apparato cardiocircolatorio

SDO - Mobilità Attiva - Mobilità Attiva infraregionale - Dimesse per Azienda di ricovero e Azienda USL di Residenza  
Anno di dimissione: 2013

Azienda di ricovero	PIACENZ A	PARM A	REGGIO EMILIA	MODEN A	IMOL A	BOLOGN A	FERRAR A	RAVENN A	FORLÌ	CESEN A	RIMIN I	TOTAL E
PIACENZA	4.281	883	131	64	34	20	20	6	19	15	5.473	
PARMA	1.614	13.660	1.805	317	8	33	31	20	14	32	17.606	
REGGIO EMILIA	216	1.430	5.059	1.431	23	276	81	38	22	23	8.627	
MODENA	57	127	4.268	6.319	59	954	310	108	26	91	12.352	
IMOLA	4	19	61	155	1.306	172	1.137	91	82	67	3.094	
BOLOGNA	54	134	295	1.796	2.006	2.040	890	307	343	473	28.537	
FERRARA	6	2	15	504	45	1.505	4.210	185	7	8	6.500	
RAVENNA	37	122	127	250	1.462	1.552	7.676	1.947	1.038	811	16.203	
FORLÌ	8	34	61	192	508	575	395	2.628	3.135	910	14.251	
CESENA	15	17	29	126	114	380	298	2.439	5.673	1.749	12.634	
RIMINI	8	50	100	214	128	424	186	606	2.116	4.277	8.593	
AOSPU PARMA	1.559	40.566	2.893	299	21	111	71	28	78	68	45.719	
AOSP REGGIO EMILIA	190	900	37.292	2.103	18	242	110	75	19	49	41.026	
AOSPU MODENA	101	174	1.285	31.678	84	1.176	310	167	73	115	35.208	
AOSPU BOLOGNA	154	334	436	1.259	2.016	49.133	1.772	1.461	500	704	58.373	
AOSPU FERRARA	8	21	35	253	63	809	27.495	357	63	94	29.294	
I.O.R.	89	186	371	696	430	5.760	467	549	241	348	9.295	
<b>TOTALE</b>	<b>8.401</b>	<b>58.659</b>	<b>54.263</b>	<b>47.656</b>	<b>6.985</b>	<b>84.137</b>	<b>39.522</b>	<b>18.395</b>	<b>11.484</b>	<b>13.449</b>	<b>9.834</b>	<b>352.785</b>

Tab. 5 Mobilità Attiva infraregionale – Anno 2013

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

E' esclusa l'autoproduzione delle Aziende USL

SDO - Mobilità Passiva - Mobilità Passiva interregionale - Matrice di mobilità  
 Dimessi fuori regione per Azienda USL di Residenza e Regione di ricovero  
 Anno di dimissione: 2013

Azienda USL di Residenza	PIEMONTE	D'AOSTA	LOMBARDIA	LAZIO	LAZIO	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA	TOTALE					
PIACENZA	131	16	6.923	12	22	121	19	282	115	8	20	75	12	3	98	48	2	20	39	18	<b>7.984</b>
PARMA	118	2	3.146	22	41	281	37	386	321	13	45	152	26	9	176	86	9	45	100	54	<b>5.069</b>
REGGIO EMILIA	89	10	2.482	29	111	655	23	207	370	42	60	102	42	8	340	98	14	111	99	34	<b>4.926</b>
MODENA	132	9	3.016	37	114	871	91	204	689	57	94	186	45	12	461	176	10	48	123	50	<b>6.425</b>
IMOLA	24	2	157	9	11	77	18	20	113	19	41	35	21	6	66	37	2	8	32	6	<b>704</b>
BOLOGNA	162	10	989	81	76	792	236	127	875	64	322	322	136	22	435	280	28	153	209	97	<b>5.416</b>
FERRARA	91	.	758	33	75	4.466	135	47	351	36	55	78	35	3	85	61	11	20	73	19	<b>6.432</b>
RAVENNA	78	5	485	31	37	330	53	49	319	33	173	126	30	13	135	70	5	19	74	13	<b>2.078</b>
FORLÌ	41	2	193	14	9	170	17	21	174	21	66	76	12	6	40	38	4	11	22	11	<b>948</b>
CESENA	40	8	233	6	11	208	35	29	276	65	173	55	9	4	64	34	5	8	23	10	<b>1.296</b>
RIMINI	103	23	589	19	30	263	35	75	238	52	1.165	232	28	3	128	83	4	14	36	17	<b>3.137</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.009</b>	<b>87</b>	<b>18.971</b>	<b>293</b>	<b>537</b>	<b>8.234</b>	<b>699</b>	<b>1.447</b>	<b>3.841</b>	<b>410</b>	<b>2.214</b>	<b>1.439</b>	<b>396</b>	<b>89</b>	<b>2.028</b>	<b>1.011</b>	<b>94</b>	<b>457</b>	<b>830</b>	<b>329</b>	<b>44.415</b>

Tab. 6 Mobilità Passiva interregionale – Anno 2013

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Sono comprese le schede di mobilità passiva interregionale in contestazione al netto delle schede con regione di residenza diversa dall'Emilia-Romagna

SDO - Mobilità Passiva - Mobilità Passiva infraregionale -  
 Dimessi per Azienda USL di Residenza e Azienda di ricovero  
 Anno di dimissione: 2013

Azienda USL di Residenza	PIACEN ZA	PARMA	EMILIA O	MODE NA	IMOLA	BOLOG NA	FERRAR A	RAVEN NA	FORLÌ	CESEN A	RIMINI	AOSPU PARMA	EMILIA O	MODE NA	BOLOG NA	FERRAR A	I.O.R.	TOTAL E
PIACENZ A	4.281	1.614	216	57	4	54	6	37	8	15	8	1.559	190	101	154	8	89	8.401
PARMA	883	13.660	1.430	127	19	134	2	122	34	17	50	40.566	900	174	334	21	186	58.659
REGGIO EMILIA	131	1.805	5.059	4.268	61	295	15	127	61	29	100	2.893	37.292	2	436	35	371	54.263
MODENA	64	317	1.431	6.319	155	1.796	504	250	192	126	214	299	2.103	8	1.259	253	696	47.656
IMOLA	.	8	23	59	.	2.006	45	1.462	508	114	128	21	18	84	2.016	63	430	6.985
BOLOGN A	34	72	276	954	1.306	20.199	1.505	1.181	575	380	424	111	242	1.176	49.133	809	5.760	84.137
FERRARA	20	33	81	310	172	2.040	4.210	1.552	395	298	186	71	110	310	1.772	5	467	39.522
RAVENN A	20	31	38	108	7	890	185	7.676	2.628	2.439	606	28	75	167	1.461	357	549	18.395
FORLÌ	6	20	28	33	91	307	13	1.947	5.805	1.794	484	25	28	45	604	96	158	11.484
CESENA	19	14	22	26	82	343	7	1.038	3.135	5.673	6	78	19	73	500	63	241	13.449
RIMINI	15	32	23	91	67	473	8	811	910	1.749	7	68	49	115	704	94	348	9.834
TOTALE	5.473	17.606	8.627	12.352	3.094	28.537	6.500	16.203	14.251	12.634	8.593	45.719	41.026	35.208	58.373	29.294	9.295	352.785

Tab. 7 Mobilità Passiva infraregionale – Anno 2013

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna - E' esclusa l'autoproduzione delle Aziende USL

Mobilità interregionale  
Tariffe TUC



TAB.1

Regione di residenza / erogazione	ATTIVA 2013										PASSIVA 2013										SALDO = attiva-passiva
	Degenze (tariffe TUC)	Medicina di Base	specialistica	farmaceutica	termale	Somm. Dir. Far.	Trasporti	Totale	Degenze	Medicina di Base	specialistica	farmaceutica	termale	Somm. Dir. Far.	Trasporti	Totale					
PIEMONTE	11.320.577	98.339	1.468.237	198.314	1.260.287	398.874	224.500	14.957.129	4.380.344	62.489	725.457	92.887	9.031	212.455	92.860	5.575.603	9.381.525				
AOSTA	459.164	4.404	49.498	6.577	44.452	6.479	9.350	579.913	178.819	1.380	21.639	2.432	679	134	46.441	252.523	327.390				
LOMBARDIA	72.950.750	445.951	8.457.435	1.012.302	2.607.958	5.284.839	1.404.058	92.163.292	75.095.011	290.759	22.924.073	834.803	187.816	10.000.017	861.407	110.193.887	-18.030.595				
BOLZANO	1.794.350	26.663	168.516	40.521	79.595	102.533	36.853	2.249.150	1.121.434	3.527	157.761	26.673	1.576	1.248	225.670	1.537.889	711.261				
TRENTO	2.718.228	38.143	297.669	56.930	109.928	154.247	45.480	3.420.626	2.005.337	12.346	388.292	53.148	268.905	27.128	310.352	3.036.508	384.118				
VENETO	37.395.094	230.181	3.711.931	387.499	799.984	2.891.752	322.083	45.518.483	32.328.944	98.635	17.499.544	216.297	959.313	1.854.917	345.115	53.301.765	-7.783.281				
FRILUNI	5.881.988	52.001	488.401	59.497	324.732	219.021	38.475	7.065.015	1.890.867	15.938	294.214	37.866	4.791	174.512	9.207	2.427.385	4.637.630				
LIGURIA (a)	14.114.745	124.815	999.617	289.483	378.489	697.309	154.378	18.758.835	3.788.949	33.099	915.869	204.527	1.087	271.100	88.323	5.302.635	11.456.201				
TOSCANA (**)	40.674.951	271.000	5.120.688	528.701	955.578	1.908.684	491.283	49.850.885	11.201.218	138.231	3.386.568	320.029	265.287	1.432.735	213.300	16.927.398	32.923.487				
UMBRIA	10.984.560	51.606	664.916	87.474	303.738	318.558	57.803	12.448.654	2.078.135	17.768	143.435	38.729	3.113	9.775	30.580	2.319.534	10.129.120				
MARCHE (**)	55.086.356	215.759	8.907.801	389.621	438.718	2.030.115	237.018	67.283.189	7.894.185	59.751	1.789.441	183.864	110.425	831.800	67.718	10.947.054	56.336.135				
LAZIO (*)	27.442.235	182.018	2.145.553	320.325	461.704	1.077.515	188.520	31.817.868	3.929.821	60.753	979.628	116.659	38.220	324.150	149.453	5.597.755	26.220.114				
ABRUZZO	23.758.184	144.790	1.784.912	194.126	783.704	698.404	89.355	27.433.473	1.042.515	20.019	193.230	102.031	11.328	75.773	33.345	1.478.240	25.955.233				
MOLISE	4.687.974	60.865	323.652	85.790	118.016	184.685	17.100	5.377.982	212.947	10.118	40.761	14.863	0	20.770	0	299.189	5.078.793				
CAMPANIA (a)	37.474.200	428.446	3.356.617	787.400	129.154	2.123.725	282.100	44.379.702	3.890.105	47.522	925.110	598.248	535.242	120.973	47.652	6.164.853	38.414.849				
PUGLIA (a)	50.010.599	522.007	4.115.865	719.729	953.712	1.857.136	263.000	58.441.758	2.383.167	105.615	386.319	87.891	70.478	52.650	60.825	3.137.146	55.304.612				
BASILICATA	8.002.231	159.897	848.464	213.322	154.849	350.587	52.650	9.781.948	220.880	14.172	91.432	67.878	3.092	12.332	13.440	423.225	9.358.722				
CALABRIA	25.787.093	349.135	2.728.832	625.665	108.495	1.304.468	133.148	31.046.835	1.085.857	89.724	143.754	77.504	23.838	24.803	31.715	1.477.195	29.369.640				
SICILIA (**)	29.288.980	497.148	2.753.012	720.116	152.581	1.488.530	178.175	35.956.519	2.160.484	74.060	361.447	289.684	32.807	89.873	82.952	3.091.078	31.965.441				
SARDEGNA	8.559.177	181.979	754.741	216.530	211.089	547.403	55.600	10.506.590	814.773	16.725	206.581	139.037	18.214	42.135	73.404	1.308.869	9.197.711				
TOTALE	468.261.283	4.064.044	49.145.947	6.899.920	10.354.733	23.332.844	4.279.965	566.337.836	157.703.461	1.172.597	51.504.585	3.522.731	2.539.225	15.579.273	2.763.858	234.799.730	331.538.106				
TOTALE GENERALE	468.261.283	4.064.044	49.145.947	6.899.920	10.354.733	23.332.844	4.279.965	566.337.836	157.703.461	1.172.597	51.504.585	3.522.731	2.539.225	15.579.273	2.763.858	234.799.730	331.538.106				
%	82,7	0,7	8,7	1,2	1,8	4,1	0,8	100,0	67,2	0,5	21,9	1,5	1,1	6,6	1,2	100,0					

(\*) Comprende anche le prestazioni erogate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico, di proprietà del Vaticano) e dell'ACISMOM (Sovrano Ordine dei Cavalieri di Malta).

(a) Comprende anche le prestazioni dell'ACISMOM (Sovrano Ordine dei Cavalieri di Malta).

(\*\*) Per le Regioni Toscana Marche e Sicilia l'impatto economico degli accordi è ancora in corso di definizione

riepiloga i valori finanziariari "iniziali" di mobilità attiva, passiva e saldi



TAB.A1

Azienda sanitaria / erogatore / residenza	Mobilità interregionale per Azienda Sanitaria di erogazione / residenza														SALDO = attiva-passiva		
	ATTIVA 2013							PASSIVA 2013									
	Degenze	Medicina di Base	Spe + Ps	farmac.	termale	Somm. Dir. Far.	Trasporti	Totale	Degenze	Medicina di Base	spec.	farmac.	termale	Somm. Dir. Far.		Trasporti	Totale
AUSL Piacenza	33.198.849	206.313	2.891.795	409.413	-	1.705.579	495.225	38.707.175	29.116.639	102.645	9.310.238	415.231	188.836	4.321.324	288.241	43.743.153	-5.035.978
AUSL Parma	26.203.672	488.736	1.100.322	699.640	3.812.652	537.172	180.000	33.091.703	18.804.372	136.573	4.532.227	426.690	104.006	2.019.110	265.938	26.289.518	6.802.185
AUSL Reggio E.	11.880.933	357.652	1.256.307	699.768	12.412	811.781	284.400	15.306.153	17.063.493	128.798	4.837.062	413.540	239.839	876.865	404.451	24.594.047	-3.257.864
AUSL Modena	32.512.056	527.338	1.506.325	803.839	23.270	1.473.931	190.800	37.046.559	21.985.119	161.290	6.935.503	590.971	438.548	1.564.036	380.668	32.052.190	4.904.370
AUSL Bologna	74.564.153	1.221.008	5.104.282	1.519.705	622.778	1.630.885	1.164.545	85.628.256	17.403.278	266.053	8.244.255	677.735	549.386	2.511.887	582.695	30.235.589	55.592.667
AUSL Imola	16.644.573	100.624	336.547	176.694	40.705	159.827	5.025	17.764.895	2.642.002	20.828	867.448	54.572	40.593	240.745	73.365	3.936.644	13.825.251
AUSL Ferrara	2.682.946	196.602	616.411	407.243	-	109.363	231.525	4.547.122	22.982.928	108.127	10.308.204	317.287	469.533	1.597.228	284.120	36.014.127	-31.467.005
AUSL Ravenna	50.104.501	237.610	3.615.099	465.397	1.423.176	819.596	407.010	57.072.379	7.864.784	80.034	1.938.332	196.047	132.184	717.294	203.931	11.136.005	46.936.774
AUSL Forlì	14.426.631	138.826	2.309.240	213.779	718.327	1.017.230	70.425	18.892.756	3.407.429	30.570	972.544	83.064	40.056	301.706	102.356	4.937.755	13.955.003
AUSL Cesena	14.799.200	103.325	1.006.225	243.132	836.637	186.065	144.075	17.302.249	4.800.348	36.919	1.138.515	77.815	96.055	349.498	82.194	6.090.334	10.041.915
AUSL Rimini	41.973.945	483.809	5.603.909	1.041.921	2.894.476	1.389.048	832.275	54.489.383	10.888.449	100.226	2.410.762	276.748	237.590	1.068.210	148.293	15.137.308	39.352.076
AOSP Parma	16.147.762		4.534.696			2.395.006	254.560	26.332.654									26.332.654
AOSP Reggio E.	9.242.138		1.871.687			386.701		11.480.506									11.480.506
AOSP Modena	15.721.450		2.982.105			1.399.065		20.100.520									20.100.520
AOSP Bologna	49.632.686		9.584.181			4.496.026		64.013.173									64.013.173
AOSP Ferrara	13.734.679		2.671.098			1.705.054		18.111.432									18.111.432
ILOO.RR.	43.798.106		987.734			154.056		44.939.896									44.939.896
<b>TOTALE</b>	<b>471.139.073</b>	<b>4.064.044</b>	<b>48.141.522</b>	<b>6.680.540</b>	<b>10.354.733</b>	<b>20.367.836</b>	<b>4.279.065</b>	<b>565.026.813</b>	<b>157.656.629</b>	<b>1.172.058</b>	<b>51.504.170</b>	<b>3.522.731</b>	<b>2.533.225</b>	<b>15.537.913</b>	<b>2.782.541</b>	<b>234.709.268</b>	<b>330.317.545</b>
(*) non attribuibile alla RCR																	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>471.139.073</b>	<b>4.064.044</b>	<b>48.141.522</b>	<b>6.680.540</b>	<b>10.354.733</b>	<b>20.367.836</b>	<b>4.279.065</b>	<b>565.026.813</b>	<b>157.703.461</b>	<b>1.172.597</b>	<b>51.504.585</b>	<b>3.522.731</b>	<b>2.533.225</b>	<b>15.579.273</b>	<b>2.783.858</b>	<b>234.799.730</b>	<b>330.227.083</b>
%	83,4	0,7	8,5	1,2	1,8	3,6	0,8	100,0	87,2	0,5	21,9	1,5	1,1	6,6	1,2	100,0	

Gli importi si riferiscono ai valori iniziali scambiati dalle Regioni, senza tener conto dalle contestazioni e controdeduzioni

ATTIVA

Gli importi non tengono conto degli accordi stipulati con Toscana Marche e Sicilia

PASSIVA

Gli importi non tengono conto degli accordi stipulati con Toscana Marche e Sicilia

Direzione Generale Sanità e Politiche sociali  
Servizio Sistema informativo Sanità e politiche sociali

Tab. 9 Mobilità intraregionale per regione di residenza/erogazione- Anno 2013

Riepiloga i valori finanziariari aziendali "iniziali" di mobilità attiva e passiva 2013 suddivisi per settore oggetto di compensazione e per Azienda erogatrice di residenza

## CAPITOLO III

### LA MOBILITA' SANITARIA TRANSFRONTALIERA

di Roberta Bezzzi

SOMMARIO: 1 La migrazione sanitaria degli Italiani all'estero. 2. La migrazione sanitaria intracomunitaria. 3. Il ruolo della Corte di Giustizia Europea. 4. Il rapporto tra libertà economiche e tutela dei diritti fondamentali della U.E. 5. La Direttiva 2011/23. 6. Tortuoso percorso di recepimento della direttiva in Italia: Dlgs 2013/38. 3.7 Il quadro della mobilità transfrontaliera

#### 1. La migrazione sanitaria degli italiani all'estero

La disciplina della migrazione sanitaria transfrontaliera presenta profili comuni, invariati rispetto alla natura dello Stato estero di volta in volta considerato e profili speciali applicabili ai Paesi che hanno concluso convenzioni e accordi internazionali con l'Italia<sup>6</sup> \* e ai soli casi in cui il Paese estero appartenga alla UE.

Si possono pertanto distinguere una migrazione sanitaria transfrontaliera extracomunitaria ed una migrazione sanitaria transfrontaliera intracomunitaria.

Di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero il legislatore statale si è occupato sin dalla istituzione del SSN disponendo all'art.6 della 833/78 che spettano allo stato le relative funzioni amministrative ed introducendo all'art.37 una delega al governo per la disciplin dell'assistenza sanitaria da prestarsi ai cittadini italiani all'estero con oneri a carico del paese d'origine.

L'assistenza sanitaria transfrontaliera a carico dello Stato può essere in forma diretta (a carico del cittadino italiano all'estero solo la eventuale quota a carico del cittadino di quel paese e non il costo intero della prestazione) o in forma indiretta, mediante rimborso delle spese sostenute per la prestazione sanitaria ottenuta all'estero.

Il Dpr 618/1980 sull'assistenza sanitaria degli italiani all'estero ha attuato la delega governativa riconoscendo ai cittadini italiani lavoratori e familiari di lavoratori il diritto all'assistenza sanitaria "per tutto il periodo della loro permanenza fuori dal territorio italiano".

Tuttavia proprio per questa discriminatoria limitazione soggettiva l'art.37 e le disposizioni che ne hanno dato attuazione sono stati dichiarati costituzionalmente illegittimi nella parte in cui non contemplavano l'estensione della previsione di cure gratuite almeno a tutti i cittadini italiani temporaneamente all'estero e versanti in condizioni economiche disagiate pur se non lavoratori né familiari di lavoratori<sup>7</sup>.

Poco prima dell'intervento della Consulta già l'art.1 del d.l. 382/89 aveva peraltro disposto l'estensione dell'assistenza sanitaria all'estero, ove prevista, a tutti gli iscritti SSN a prescindere dallo status di lavoratori.

La legge 595/1985 affidava invece al Ministro della Sanità il compito di stabilire i criteri per usufruire in forma indiretta di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia per cure ivi non ottenibili tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

In attuazione di questa disposizione è stato emanato il DM 3/11/89 (Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero) che

---

<sup>6</sup> Argentina, Australia, Bosnia, Brasile, Città del Vaticano, Rep. San Marino, Tunisia, Svizzera, Serbia, Principato di Monaco.

<sup>7</sup> Corte Cost., sent. 16.7.1999, n.309.

regola il procedimento amministrativo per conseguire la preventiva autorizzazione per le prestazioni da effettuarsi all'estero e per ottenere, in seguito, il rimborso delle spese sostenute. Il D.M. attribuisce al centro regionale di riferimento ogni valutazione di natura tecnico-sanitaria per l'accertamento dei presupposti che danno diritto ad usufruire delle prestazioni richieste e disciplina i requisiti che devono connotare la struttura estera.

Il citato decreto individua inoltre: le prestazioni fruibili; le condizioni per conseguire il rimborso ossia il rilascio di apposita autorizzazione da parte del centro regionale di riferimento su istruttoria dell'Ausl e dietro richiesta di un medico specialista (fatti salvi casi gravi e urgenti nonché in caso di evento morboso insorto durante il soggiorno all'estero dell'avente diritto); la misura del rimborso (80% della spesa sanitaria con limite massimo commisurato ai tariffari delle strutture pubbliche); il soggetto su cui grava il rimborso (le Ausl dove il paziente risiede).

La disciplina suddetta si colloca nell'ambito della c.d. mobilità internazionale intesa come parte del più vasto sistema di assistenza a carico dello stato e va completata con le disposizioni contenute nelle convenzioni e negli accordi internazionali conclusi dall'Italia con Stati esteri e, per i paesi UE, con quella comunitaria con la quale peraltro dialoga avendone evidentemente subito l'influenza.

## **2. La Migrazione sanitaria intracomunitaria**

Per quanto concerne la mobilità sanitaria verso gli stati membri della UE il regolamento Cee 1408/1971 e il regolamento Cee 574/1972 sono stati i primi atti normativi comunitari ad occuparsi del coordinamento delle varie legislazioni statali in materia di previdenza sociale.

Tali regolamenti sono volti a garantire che le persone che godono dell'assistenza sanitaria in uno stato, non perdano tale diritto in caso di spostamento in un altro stato aderente ai suddetti regolamenti. Consentono a determinate categorie protette (cittadini che si recano all'estero per turismo, studenti, pensionati e loro familiari e lavoratori comunitari migranti nella Comunità e loro familiari), di curarsi in altro stato membro con spese a carico del paese di origine.

Dopo essere stati modificati molte volte nel corso degli ultimi anni, questi due regolamenti sono stati sostituiti dal regolamento Ce 883/2004 e dal regolamento Ce 987/2009.

Il nuovo regolamento 883/2004 si applica a tutti i cittadini di uno stato membro per ciò che concerne tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale nelle quali risultano comprese anche le prestazioni per malattia.

I cittadini europei godono delle stesse prestazioni e sono soggetti agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno stato membro alle stesse condizioni dei cittadini di tale stato in caso sia di residenza sia di temporanea dimora.

Si tratta di una eccezione alla regola generale secondo cui ogni lavoratore, subordinato o autonomo che svolga la propria attività in uno Stato membro deve essere assoggettato (solo) alla legislazione previdenziale di quel Paese

L'accesso alle prestazioni sanitarie durante un soggiorno temporaneo presuppone che lo stato di salute dei pazienti necessiti di cure temporanee, urgenti e necessarie, proprio durante la momentanea permanenza in quello stato (ad esempio quando un soggetto in vacanza si ammala improvvisamente e necessita di un trattamento medico immediato non rinviabile fino al momento del rientro nello stato di residenza senza che ciò comporti rischi per la salute o la vita dell'assicurato)

Più precisamente, ai sensi del regolamento in esame "la persona assicurata che dimora in uno stato membro diverso dallo stato membro competente ha diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie nel corso della dimora tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora".

Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti pubblici o privati convenzionati in un altro Paese dell'U.E., negli altri paesi dello SEE e nella Svizzera sono pagate direttamente dal proprio sistema sanitario (assistenza diretta).

Nel caso di assistenza sanitaria attiva, cioè prestata a cittadini di altri paesi U.E., viene emessa nota di addebito dalle Asl erogatrici attraverso procedura specifica definita dal Ministero della Salute con cadenza semestrale.

L'accesso alle cure, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, è assicurato dalla tessera Sanitaria di Assicurazione Malattia (TEAM). Non è consentito utilizzare la TEAM per ottenere la copertura dei costi al di fuori delle cure urgenti e necessarie.

La questione controversa invece è se la norma ricomprenda anche le malattie preesistenti che tuttavia rendano necessario durante il soggiorno temporaneo un trattamento medico non rinviabile. Al riguardo si è espressa peraltro la Commissione Amministrativa istituita ai sensi del regolamento che, pur ammonendo contro un uso improprio della norma finalizzato ad aggirare il procedimento autorizzativo previsto dal regolamento 883/2004 per chi intenda recarsi all'estero allo scopo di ricevere trattamenti programmati, ha osservato come una interpretazione troppo restrittiva del presupposto di applicabilità della stessa potrebbe causare un ostacolo alla libertà di circolazione di quei cittadini le cui condizioni di salute richiedono interventi medici continui e regolari.

Tali regolamenti prevedono invece che tutti coloro che si spostano in un altro stato con l'obiettivo di sottoporsi a cure mediche devono essere in possesso di una apposita autorizzazione rilasciata dal proprio stato di residenza.

L'autorizzazione è subordinata a due condizioni: 1) le cure sono adeguate e finalizzate a garantire la tutela della salute dell'interessato; 2) le cure rientrano tra le prestazioni sanitarie erogabili dal sistema sanitario di appartenenza ma non possono essere praticate nel proprio paese entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia. Tale autorizzazione è concessa mediante il rilascio di un attestato (modello S2) che deve essere presentato alle istituzioni competenti o ai prestatori di assistenza sanitaria del paese di cura.

Nella seconda metà degli anni 90 all'attenzione della Corte di Giustizia è stata però sottoposta la questione della legittimità della richiesta avanzata da cittadini comunitari nei confronti dello stato membro di appartenenza per ottenere il rimborso (assistenza indiretta), secondo le tariffe nazionali, delle spese mediche di cure sostenute in altro paese comunitario senza l'autorizzazione delle autorità sanitarie dello stato di origine ma comunque rientranti fra le prestazioni ivi dispensate dal sistema pubblico.

Il diritto alla libertà di scelta posto all'attenzione della Corte Europea implica il diritto dei pazienti al libero accesso ai servizi sanitari di Paesi diversi da quello in cui risiedono.

Dal 2008 la Comunità è tornata ad occuparsi di assistenza sanitaria transfrontaliera con l'emanazione di una proposta di direttiva che dopo un lungo iter di approvazione è confluita nella direttiva 24/2011 volta a garantire ai pazienti la libertà di scegliere il luogo di cura in qualsiasi paese dell'U.E..

### **3. Il ruolo della Corte di Giustizia Europea**

L'emanazione della Direttiva 2011/24/UE, in materia di diritti dei pazienti che beneficiano di assistenza sanitaria transfrontaliera indiretta ha costituito il punto di arrivo di una lunga evoluzione giurisprudenziale, innestata sul dettato del regolamento 1408/71<sup>8</sup>, la quale ha rilevato, nel corso degli anni, molteplici ipotesi di incompatibilità comunitaria di disposizioni nazionali sul tema. In particolare l'attenzione della Corte di Giustizia si è concentrata su quelle disposizioni che subordinavano il rimborso delle spese sostenute per le cure programmate all'ottenimento di un previo provvedimento autorizzatorio da parte delle autorità statali competenti, valutandone la legittimità rispetto ai principi di free market, con specifico riferimento alla libera circolazione di merci, persone e servizi.

Era il 1998 quando per la prima volta il giudice di Lussemburgo statuiva il diritto, per un cittadino europeo, al rimborso delle spese sostenute in un altro Stato membro diverso da quello di residenza.

I noti casi Kohll e Decker, il primo relativo a cure odontoiatriche, l'altro per l'acquisto di un paio di occhiali da vista, hanno aperto una stagione giudiziaria nella quale la Corte di Giustizia ha definito il

---

<sup>8</sup> Il reg.1408/71, oggi inglobato nel reg. 883/2004, prevedeva la possibilità di ottenere il rimborso di cure programmate nel territorio di un altro Stato membro subordinatamente ad una previa autorizzazione. Era inoltre sancito che l'autorizzazione non potesse essere rifiutata a patto che le cure di cui si trattava fossero previste dalla legislazione dello Stato membro in cui l'interessato risiede; tenuto conto dello stato di salute dell'individuo e della probabile evoluzione della malattia.

diritto al rimborso per le cure sanitarie transfrontaliere, facendo rientrare nella materia europea della libera circolazione delle persone, dei beni e dei servizi, anche la circolazione dei pazienti per fruire dei servizi sanitari.

Si tratta di una giurisprudenza, dal carattere estremamente casistico, attraverso la quale la Corte di Lussemburgo ha stigmatizzato, volta per volta singole misure nazionali ostative alla piena attuazione di tali principi, dopo avere accertato la riconducibilità delle prestazioni sanitarie al campo di applicazione degli artt 59 e 60 del Trattato Ce (oggi Artt. 56 e 57 TFUE) a prescindere dal fatto che esse siano o meno dispensate in ambito ospedaliero<sup>9</sup> (e che siano o meno pagate direttamente da chi ne fruisce<sup>10</sup>).

La Corte di Giustizia ha rimarcato come, nonostante la competenza relativa alla organizzazione dei sistemi previdenziali nazionali risieda in capo agli stati membri, i quali sono liberi di determinare le condizioni per l'iscrizione al regime di previdenza sociale e per la fruizione di prestazioni sanitarie, gli stessi, nell'esercizio di tale potere, siano tenuti a rispettare il diritto comunitario.

La giurisprudenza della Corte di Lussemburgo ha anche ribadito che il fatto che un provvedimento nazionale sia conforme ad una disposizione di diritto derivato (in particolare all'art.22 del regolamento 1408/71) non produce l'effetto di sottrarre tale provvedimento all'applicazione delle disposizioni del Trattato in materia di libera prestazione dei servizi.

In applicazione di tale assunto essa ha qualificato l'istituto dell'autorizzazione preventiva previsto in molti stati membri come misura ostativa all'applicazione dell'art.59 r 60 del Trattato Ce in quanto idonea a rendere più difficoltosa e onerosa la fruizione di una prestazione sanitaria all'estero anziché nello Stato di appartenenza e conseguentemente a scoraggiare gli assicurati dal rivolgersi oltre i confini nazionali con effetti discriminanti alla libertà di prestazione dei servizi. Così la Corte ha rinvenuto la fonte del dovere di rimborso delle spese sanitarie senza previa autorizzazione nei principi comunitari, determinando il superamento dell'impostazione fatta propria dalle norme regolamentari, che pur restano vigenti le quali regolano tale ipotesi al rango di eccezione.

Nell'affermare l'incompatibilità comunitaria al regime autorizzativo preventivo però la Corte ha valorizzato due ordini di interessi dinanzi ai quali il principio della libera circolazione può recedere e che pertanto costituiscono legittima eccezione alla sua applicazione. Da un lato l'obiettivo di conservare un sistema medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti in quanto ricompreso tra le ragioni di sanità pubblica finalizzate alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute: dall'altro il rischio di grave alterazione all'equilibrio finanziario del sistema previdenziale, che costituirebbe motivo imperativo di interesse generale idoneo a giustificare la misura restrittiva.

Complessivamente dunque l'orientamento giurisprudenziale europeo appare indirizzato verso una applicazione rigorosa del principio della libera circolazione temperata dalla possibilità di eccezioni finalizzate alla tutela degli interessi individuati in via pretoria.

E' stato dato dunque rilievo alle esigenze di programmazione sanitaria nazionale affinché in ogni Stato possa da un lato essere assicurato un accesso sufficiente e costante ad un sistema equilibrato di cure di qualità, dall'altro possa essere evitato uno spreco di denaro e risorse attraverso un costante controllo dei costi<sup>11</sup>. Sono stati ritenuti compatibili con il diritto europeo i sistemi sanitari nazionali che subordinano a preventiva autorizzazione le cure prestate all'estero in ambito ospedaliero in ragione delle specifiche e peculiari esigenze di pianificazione proprie dei sistemi medici-ospedalieri e con particolare riferimento alle prestazioni dispensate in strutture ospedaliere è stata anche accertata la legittimità di una normativa nazionale che nega l'autorizzazione qualora venga dimostrato che un trattamento identico e ugualmente efficace per il paziente possa essere erogato dallo stato membro nel quale egli risiede<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Sentenza CGUE 12 luglio 2001, causa Smits e Peerbooms, in *Riv.it.dir.pubbl. com.*, 2/2004.

<sup>10</sup> Sentenza CGUE, 12 luglio 2001, causa C-157/1999.

<sup>11</sup> Sentenza CGUE, 28 aprile 1998, causa C-120/1995.

<sup>12</sup> CGUE, sentenza 23 ottobre 2003 causa C-56/2001.

E' stato ammesso che l'autorizzazione preventiva possa essere rifiutata nel caso in cui il tempo di attesa per fruire delle prestazioni sanitarie nello stato membro di iscrizione o sia eccessivo, purché tale ultima valutazione non avvenga sulla base di priorità cliniche stabilite in astratto ma tenga considerazione la concreta situazione clinica del paziente al momento della presentazione della domanda<sup>13</sup>.

E' stata considerata legittima la previsione di una previa autorizzazione per cure programmate in un altro Stato membro se implicanti l'uso di apparecchiature mediche pesanti, valorizzando in relazione a tale specifica tipologia di trattamenti sanitari specifiche esigenze di pianificazione dovute al costo elevato di tali apparecchiature e conseguentemente al loro impatto sui bilanci nazionali.

Sotto il profilo procedurale sono state chiarite le caratteristiche che il sistema autorizzativo deve possedere per potere essere considerato legittimo: deve rispondere ai principi di adeguatezza e proporzionalità; deve necessariamente essere costruito sui criteri oggettivi non discriminatori e noti in anticipo; deve garantire il facile accesso alle procedure previste per il rilascio della autorizzazione nonché una valutazione oggettiva, imparziale e rapida della domanda oltre a consentire di ricorrere all'autorità giurisdizionale in caso di diniego<sup>14</sup>.

In estrema sintesi dunque la giurisprudenza consolidata della corte di giustizia UE ha stabilito che osta al diritto europeo un modello caratterizzato da misure restrittive che rendendo le prestazioni di servizi tra stati membri più difficili di quelle interne e che abbia l'effetto di scoraggiare o impedire ai pazienti di rivolgersi a prestatori di servizi medici situati in stati membri diversi da quello di iscrizione ciò a meno che tali misure non ricadano in una delle eccezioni tassativamente individuate.

#### **4. Il rapporto fra libertà economiche e tutela dei diritti fondamentali della U.E.**

Il tema della mobilità sanitaria consente di svolgere qualche riflessione anche sulla relazione intercorrente tra libertà economiche e tutela dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, specialmente in relazione a quelle ipotesi nelle quali i diritti sociali si scontrino con il dovere per gli stati membri di garantire la piena realizzazione della libera prestazione dei servizi.

Una delle funzioni svolte dai diritti sociali nell'ambito della Carta dei Diritti Fondamentali UE è quella c.d. "negativa": essi cioè fungono da limite inviolabile del quale è necessario tenere conto nella applicazione del diritto europeo.

Se è vero che nella maggior parte dei casi i diritti fondamentali vengono invocati dagli stati membri come freno all'applicazione delle disposizioni in tema di libero mercato, è altresì vero che, in alcune ipotesi, è proprio la realizzazione del free market ad avere l'effetto di accrescere la loro tutela venendosi a creare una sorta di sinergia tra le due categorie.

E' proprio questa la relazione sussistente tra diritti e libero mercato nell'ambito della mobilità sanitaria europea: il paziente che, grazie alla giurisprudenza della Corte di Lussemburgo prima e alla direttiva poi, può recarsi in un paese UE diverso dal proprio per beneficiare di una prestazione sanitaria, vede indubbiamente accresciuto il livello di tutela del proprio diritto alla salute essendogli riconosciuta la possibilità di scegliere il luogo di cura su tutto il territorio europeo.

Anche le eccezioni alla libertà di circolazione contemplate nella direttiva 2011/24/UE producono effetti favorevoli sulla realizzazione di un diritto alla salute effettivo, stavolta sul piano nazionale: la possibilità di invocare limiti ai flussi di pazienti in entrata e uscita al fine di preservare gli equilibri di bilancio ed evitare lo spreco di risorse, infatti, è funzionale al mantenimento di un sistema sanitario efficiente ed equilibrato, che sia in grado di garantire il diritto di ciascuno di fruire delle prestazioni mediche necessarie in relazione al proprio stato di salute.

Se da un lato quindi l'applicazione dei principi del libero mercato produce l'effetto di permettere al paziente la scelta del luogo di cura su tutto il territorio europeo, dall'altro anche i limiti invocabili dagli stati membri alla piena realizzazione di tali principi hanno la conseguenza di garantire il diritto alla salute, seppure limitatamente alla sanità domestica.

---

<sup>13</sup> CGUE, sentenza 16 maggio 2006 causa C-372/2004.

<sup>14</sup> Sentenza CGUE 12 luglio 2001 causa C-157/1999.

Si noti che il diritto alla scelta del luogo di cura, non ha trovato uguale riconoscimento nella Corte Costituzionale italiana che, chiamata a pronunciarsi in due occasioni (sentenza 309 del 16 luglio 1999 e n.354 del 31 ottobre 2008) sul tema del rimborso delle prestazioni sanitarie fruite all'estero da cittadini italiani e avendo usato come parametro di legittimità costituzionale della disciplina sottoposta a scrutinio l'art.32 cost., ha limitato il diritto al rimborso alle sole ipotesi di prestazioni urgenti fruite da un soggetto indigente, facendo tra l'altro propria una nozione di indigenza "relativa che deve cioè essere valutata alla luce non solo delle condizioni economiche del paziente ma anche alla onerosità del trattamento medico fruito".

Le disposizioni europee sulla mobilità sanitaria mostrano dunque una maggiore idoneità rispetto a quelle nazionali a garantire il diritto di scegliere dove curarsi poiché il fatto che esse poggino sui diritti del libero mercato consente di abbattere i confini statali in modo molto più dirimpante rispetto a quanto possa avvenire attraverso l'interpretazione dell'art.32 cost. fornita dalla Corte Costituzionale Italiana.

Il diritto alla salute del singolo quindi, che pur gode di una protezione intensa, risulta tutelato in Europa in un mera logica di mercato nel quale egli è protetto non in quanto titolare di un diritto fondamentale ma solamente perché destinatario di una libertà economica.. Infatti le argomentazioni poste a fondamento delle scelte legislative e delle pronunce giurisprudenziali analizzate, si focalizzano esclusivamente su obiettivi di natura economica: sia le sentenze del giudice europeo che la direttiva, nel giustificare il regime autorizzatorio come ipotesi eccezionale e nel prevedere casi di legittima limitazione di libertà di prestazione delle cure mediche, hanno voluto in primis tutelare i principi del libero mercato e l'equilibrio dei bilanci nazionali e non certamente il diritto di scelta del luogo di cura e il diritto di ciascuno di ottenere le cure necessarie sul territorio nazionale che vengono garantiti solo di riflesso e non costituiscono il principale obiettivo dell'azione delle istituzioni UE.

## 5. La Direttiva 2011/24/UE

Accanto alla produzione giurisprudenziale della Corte di Giustizia dell'ultimo decennio, un ruolo centrale in materia di assistenza sanitaria è stato giocato dalla Commissione, già a partire dagli anni '90, attraverso l'utilizzo sia dei tradizionali strumenti del diritto comunitario, sia dei nuovi strumenti di *governance*.

A dispetto dell'esistenza di competenze comunitarie molto limitate in materia sanitaria, la Commissione ha infatti coordinato nel corso degli anni innumerevoli iniziative in tema di sanità pubblica ricorrendo prevalentemente a meccanismi di *soft law* (le direttive sulla libera circolazione dei servizi - sulla libera circolazione delle professioni mediche - l'estensione all'ambito della salute della direttiva sulla protezione dei dati personali).

Una diversa tecnica volta a valorizzare le limitate prerogative dell'unione in materia di sanità è rappresentata dall'utilizzo dei fondi comunitari ai fini della raccolta e divulgazione di dati relativi alla sanità; l'utilizzo dei fondi di coesione e strutturali dell'Unione è stato peraltro preso in considerazione anche in relazione ad investimenti per il potenziamento delle infrastrutture sanitarie e per lo sviluppo delle capacità e abilità professionali del personale sanitario impiegato<sup>15\*</sup>

Le limitate competenze dell'Unione nel settore della salute sono state quindi declinate secondo un approccio dell'*open method of coordination* abbastanza timido e leggero, ma non per questo meno efficace.

Come è noto il metodo di coordinamento aperto contemplato dall'art.156 TFUE è particolarmente usato negli ambiti che rientrano nella competenza degli stati membri quali l'occupazione, la protezione sociale, l'istruzione, la gioventù e la formazione volto a fare convergere le politiche nazionali al fine di realizzare certi obiettivi comuni.

---

<sup>15</sup> Commissione europea, Processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'U.E. del 9 dicembre 2003.

La Commissione europea ha così ricostruito l'impatto esercitato dalla giurisprudenza della Corte di giustizia sugli ordinamenti degli stati membri rilevando come l'applicazione dei diritti economici nel campo della libera circolazione dei trattamenti medico-sanitari, fosse ancora scarsa.

Un elemento di debolezza dell'analisi della commissione rispetto alla lettura dei servizi sanitari in chiave economica è rappresentato tuttavia dalla mancata considerazione del fatto che l'assistenza sanitaria presenta natura e caratteristiche differenti rispetto a qualsiasi altro servizio sociale di interesse generale.

Essa si presenta infatti come una attività delicata e complessa, strettamente connessa ai valori di dignità e riservatezza della persona, fondata sul rapporto di fiducia fra medico e paziente.

Ne consegue che nella stragrande maggioranza dei casi i trattamenti medici garantiscono i migliori risultati quando vengono ricevuti dal paziente in un ambiente conosciuto e familiare, attraverso l'interazione con professionisti che comunicano nella stessa lingua e potendo godere del sostegno e della vicinanza delle persone care.

Le consultazioni disposte dalla Commissione, anche successivamente, nel 2008, in sede di valutazione circa l'impatto provocato dalla direttiva in esame, infatti, hanno evidenziato come la portata economica della mobilità transfrontaliera nell'ambito degli stati membri possa stimarsi in un importo non superiore dell'1% delle spese complessive nel campo della sanità, ivi comprese le spese per cure ricevute per malattie insorte inaspettatamente durante i soggiorni di piacere all'estero; solo nelle regioni di confine o nei piccoli Stati, ad esempio nei rapporti tra Paesi Bassi e Germania o nel caso del Granducato di Lussemburgo si è riscontrato un flusso finanziario superiore all'1%.

Dopo un lungo percorso di approvazione, la direttiva 2011/24/UE è stata adottata con la finalità di racchiudere e ordinare in un unico testo normativo le regole in materia di autorizzazione preventiva per il rimborso di cure transfrontaliere, elaborate e consolidate dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia nel corso degli anni e di assicurare così una maggiore certezza del diritto.

Si tratta sostanzialmente di un provvedimento di *soft law* e, come è stato definito "un atto di armonizzazione minima"<sup>16</sup>.

L'istituzione europea, non potendo determinare compiutamente la disciplina in questo settore, per ovvie ragioni di riparto delle competenze con gli Stati membri, ha cercato da un lato di garantire una maggiore certezza giuridica e dall'altro di contemperare le diverse particolarità dei sistemi sanitari nazionali, nonché le relative esigenze economico-finanziarie. Conseguentemente l'intero impianto normativo della Direttiva lascia amplissimo spazio al singolo Stato membro nella determinazione del "diritto alle prestazioni sanitarie transfrontaliere".

L'elemento di novità rispetto ai regolamenti vigenti in materia di cure programmate all'estero è la configurazione dell'autorizzazione preventiva come eccezione e non più come regola.

Secondo il disposto letterale infatti l'assistenza sanitaria in un paese UE diverso da quello di appartenenza può essere soggetta ad autorizzazione preventiva solo in ipotesi espressamente previste, nei limiti di quanto necessario e proporzionato all'obiettivo da raggiungere a patto che ciò non determini discriminazioni arbitrarie e un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti (art.8) e solo in altrettante ipotesi tassative gli stati membri possono rifiutarsi di concederla.

La direttiva intende "agevolare l'accesso ad una assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità (...) nel pieno rispetto delle competenze nazionali relative alla organizzazione e alla prestazione dell'assistenza sanitaria (art.1)

Per realizzare questo obiettivo l'art.7 della direttiva prevede che lo stato membro di affiliazione del paziente "assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione".

La direttiva non impone agli stati l'ampliamento delle prestazioni sanitarie a cui i loro cittadini hanno diritto ma che, laddove una prestazione sia stata inserita tra quelle assicurate, essi sostengano quei costi anche per prestazioni erogate a livello transfrontaliero.

---

<sup>16</sup> M.Inglese, *Le prestazioni sanitarie transfrontaliere e la tutela della salute*, in *Diritto Comunitario e degli scambi internazionali* 2012,1,128.

Ai sensi dell'art.7.4 l'obbligo di rimborso dovrà essere adempiuto in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello stato membro di affiliazione senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Dunque nessun maggior costo per gli stati rispetto a quello che avrebbero coperto se la prestazione fosse stata erogata presso una struttura nazionale.

La direttiva esclude peraltro esplicitamente alcuni interi settori dell'assistenza sanitaria dal proprio ambito di applicazione e precisamente: i servizi assistenziali di lunga durata - l'assegnazione e l'accesso agli organi ai fini del trapianto d'organo - i programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

La direttiva elenca le categorie delle prestazioni rispetto alle quali appare legittimo che il singolo ordinamento nazionale preveda un sistema di autorizzazione preventiva ai fini della presa a carico dei trattamenti transfrontalieri:

- l'assistenza che è soggetta ad esigenze di pianificazione finalizzate ad assicurare nel territorio dello stato membro interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità ovvero a garantire il controllo dei costi ed evitare per quanto possibile ogni spreco di risorse finanziarie tecniche e umane;
- l'assistenza che comporta il ricovero del paziente per almeno una notte;
- l'assistenza che richiede l'utilizzo di una infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose
- l'assistenza che richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione
- l'assistenza che è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza..

Gli stati membri non possono rifiutarsi di concedere l'autorizzazione ogniqualvolta l'assistenza sanitaria non può essere prestata sul territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico "sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del dolore e/o della natura della sua disabilità al momento in cui la richiesta di autorizzazione è stata fatta" (art.8 par.5).

La direttiva conferisce tuttavia agli stati membri una ulteriore significativa possibilità di ritagliarsi ampi margini di restrizione alla circolazione transfrontaliera per motivi imperativi di interesse generale quali quelli riguardanti l'obiettivo di assicurare nel territorio dello stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare per quanto possibile ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane.

La direttiva permette in sostanza agli stati di introdurre sistemi che limitano i rimborsi erogati piuttosto che sistemi di autorizzazione preventiva, con la conseguenza che sarebbero anche ipotizzabili sia l'esclusione di qualsiasi rimborso sia la limitazione dello stesso al di sotto di determinati tetto di spesa.

Le procedure amministrative relative alle richieste di autorizzazione devono fondarsi su criteri obiettivi, non discriminatori, essere trattate in periodi di tempo ragionevoli, essere facilmente accessibili e le informazioni che le riguardano devono essere pubbliche.

Le relative decisioni poi devono essere motivate, soggette a revisione e impugnabili con ricorso giurisdizionale.

Accanto alle disposizioni in tema di rimborso spese è stato inserito nella direttiva un insieme di previsioni che impongono agli stati membri una serie di obblighi connessi e funzionali alla garanzia di un esercizio consapevole del diritto di ottenere cure all'estero e alla possibilità di ottenere un ristoro in caso di danni:

- obbligo di istituzione di uno o più punti di contatto nazionali (*national contact point*: art.6) sul territorio di ogni stato membro organizzati per facilitare lo scambio di informazioni. I Pcn cooperano tra loro e con la Commissione europea e dovrebbero operare in stretto contatto con le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e i terzi paganti (assicurazioni pubbliche o private). Pcn svolgeranno un ruolo chiave nella creazione delle reti di riferimento europee (Ern, che dovrebbero garantire una serie di vantaggi tra i quali: una rete informativa

comune che permetta lo scambio di competenze e risultati raggiunti, uno stimolo alla formazione e ricerca l'accelerazione di temi come le malattie rare.

- dritto al reclamo e al risarcimento secondo l'ordinamento giuridico dello stato in cui vengono erogate le cure. Questo profilo è particolarmente interessante per il nostro ordinamento dove da poco con la legge 2/2010 e con la recente modifica del c.d. decreto del fare è stato introdotto il tentativo obbligatorio di mediazione anche in ambito sanitario,
- effettiva tutela della riservatezza con riferimento ai propri dati personali, predisposizione per ogni paziente di una cartella clinica alla quale potere accedere e che contenga l'indicazione del trattamento prestato.

Infine sul tema specifico del coordinamento fra le disposizioni da essa introdotte e il sistema tuttora vigente, previsto dal regolamento 883/2004 cui si accennava più in alto, il legislatore europeo ha specificato che i due corpi normativi devono operare parallelamente e coerentemente.

Coloro che si rivolgono a prestatori in altro stato membro per ricevere cure sanitarie in circostanze diverse da quelle previste nei regolamenti devono beneficiare delle garanzie e dei diritti previsti dalla direttiva, nel caso in cui nei regolamenti siano previsti per i pazienti diritti più vantaggiosi rispetto a quelli sanciti dalla direttiva e siano soddisfatte le condizioni per l'applicazione dei primi, dovranno essere applicati questi ultimi.

In conclusione appare opportuno evidenziare alcuni profili critici sia in riferimento al livello di uniformità tra i paesi membri (da una analisi comparata delle legislazioni interne adottate nei vari paesi membri, in attuazione della direttiva in esame, emerge chiaramente un elevato livello di disomogeneità che le caratterizza, pur rimanendo le stesse all'interno degli spazi di discrezionalità lasciati dal diritto europeo) sia relativamente alle problematiche che restano irrisolte per il futuro.

Infatti pur dovendosi rimarcare l'effetto positivo che l'adozione della direttiva 24/2011/UE ha prodotto in relazione alla esigenza di certezza del diritto in materia di cure transfrontaliere, si rendono necessarie due ordini di osservazioni che ne ridimensionano la carica innovativa e riducono le aspettative che su di essa si sono levate.

E' opportuno porre in evidenza il fatto che l'esercizio effettivo dei diritti a curarsi all'estero è condizionato da una serie di limiti che ne riducono notevolmente la portata.

In secondo luogo è necessario soffermarsi sul fatto che la direttiva non si pone come punto di arrivo ma come punto di partenza che necessiterà di nuovi interventi interpretativi della Corte di Giustizia volti a riempirla di contenuti concreti così da renderla effettivamente applicabile alle singole realtà nazionali. Si segnala infatti la presenza nel testo normativo di espressioni molto generiche che dovranno misurarsi con l'interpretazione che di esse ne daranno le autorità amministrative nazionali.

## **6. Il tortuoso percorso di recepimento della direttiva in Italia: Dlgs 38/2014**

Il 5 aprile 2014 è entrato in vigore il decreto legislativo n.38/2014 con il quale è stata recepita la Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Pur essendo fissata al 25 ottobre 2013 la data ultima di adozione della Direttiva 2011/24/UE da parte degli stati membri, il Governo italiano ha emanato il 3 settembre 2013 una legge delega che fissava in tre mesi il termine per il recepimento, allungando di fatto i tempi fino al 3 dicembre data in cui è stata presentata la bozza del relativo decreto legislativo..

La Bozza, elaborata dal governo e inviata alla conferenza stato-regioni per un parere, aveva suscitato molti dubbi sulla corretta traduzione dei diritti sanciti dalla direttiva nel nostro ordinamento. Scorrendo il testo governativo, così come il parere della Conferenza emesso il 16 gennaio 2014, risultava infatti evidente come fosse prevalsa una interpretazione restrittiva del diritto di scelta del luogo di cura sancito dalla direttiva, pesantemente limitato da un inasprimento delle procedure burocratiche per accedervi, confermata, a parte qualche minima correzione, nel testo definitivo del decreto.

I passaggi della bozza di decreto che destavano maggiore preoccupazioni e che, sono confluiti nel Dlgs 38/2014 sono nel dettaglio:

- a) rischio di disparità territoriale nel rimborso della prestazione sanitaria transfrontaliera e delle spese extra:

la direttiva UE assicura il diritto al rimborso per tutti i cittadini che ottengano assistenza sanitaria fuori confine in misura corrispondente al costo della prestazione nello stato di appartenenza. Il decreto italiano prevede che i costi sono rimborsati secondo le tariffe regionali vigenti e che il rimborso può essere negato su richiesta di singole aziende sanitarie con il conseguente rischio di forti disparità di trattamento su base territoriale.

Infine l'art.8 prevede che possono essere rimborsate solo le prestazioni comprese nei LEA introducendo di fatto un nuovo livello di problematicità legato all'aggiornamento dei LEA, alla diversità dei livelli di assistenza fra regione e regione nonché al fatto che questa particolare categoria non è presente in altri ordinamenti europei.

Secondo la direttiva UE il rimborso non comprende le spese di viaggio e alloggio o i costi supplementari eventualmente sostenuti a causa della disabilità della persona malata fermo restando che lo stato di affiliazione può decidere di rimborsare anche quelle.

Nel decreto è stata confermata la facoltà di rimborso affidata alla discrezionalità di ogni singola regione, contenuta già nella bozza di decreto.

Tali disposizioni ben potrebbero portare ad una doppia differenziazione delle spese rimborsabili su scala regionale che indubbiamente influirà sulla scelta dei pazienti italiani: una derivante dalle tariffe territoriali per determinare il costo del rimborso effettivo della prestazione; una per la copertura delle spese ulteriori quali viaggio, alloggio e costi supplementari eventualmente sostenuti da una persona disabile a causa di una o più disabilità e dai suoi accompagnatori.

b) autorizzazione preventiva:

la direttiva UE prevede meno burocrazia per i pazienti. Ai sensi dei regolamenti precedentemente in vigore, infatti, i pazienti erano solitamente tenuti a richiedere una autorizzazione preventiva per usufruire di tutti i trattamenti mentre secondo la direttiva l'autorizzazione dovrebbe essere l'eccezione. La disciplina dell'autorizzazione preventiva da pratica eventuale nella direttiva diventa nella maggior parte dei casi passaggio obbligato nel nostro ordinamento. Sebbene ogni paziente sia libero di curarsi in qualsiasi Stato membro della UE ricevendo un rimborso indiretto, il Decreto legislativo prevede alcune restrizioni ed esclusioni per il rimborso dei costi di alcune prestazioni sanitarie attinenti a quelle prestazioni di assistenza sanitaria soggette, così recita la nota normativa " ad esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare nel territorio nazionale la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o la volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare lo spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Bisognerà aspettare l'emanazione del regolamento del Ministero della salute di concerto con la Conferenza Stato-Regioni per capire quanto strette saranno le maglie del sistema autorizzativo.

c) Procedure amministrative:

il procedimento che si dovrebbe ispirare a principi di rapidità e celerità, prevede nella normativa italiana un doppio passaggio burocratico per la richiesta di autorizzazione (asl competente che si deve pronunciare entro 10 giorni sulla necessità o meno di autorizzazione ed ulteriori 30 giorni per concedere o meno detta autorizzazione).

La disciplina del Dlgs. quindi comporta un peggioramento delle condizioni per i cittadini italiani malati che volessero usufruire di una prestazione sanitaria in altro Stato U.E. rispetto alla situazione preesistente (la conferenza stato regioni nel suo parere del 16 gennaio 2014 era intervenuta chiedendo di quadruplicare i tempi). A seguito di questi passaggi il decreto di recepimento che si stava delineando risultava nettamente peggiorativo della disciplina precedentemente in vigore.

Il 30 gennaio 2014 la bozza di decreto legislativo è stata esaminata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato che si è espressa introducendo alcuni elementi correttivi (nella parte relativa all'autorizzazione preventiva) In particolare richiedendo al governo di emanare delle linee guida interpretative al fine di garantire una omogenea e univoca applicazione della emananda normativa su tutto il territorio nazionale.

La Commissione ha inoltre richiesto, in caso di diniego dell'autorizzazione da parte della Asl motivato dalla disponibilità sul territorio nazionale della medesima prestazione in tempi ragionevoli, che la stessa Asl indicasse contestualmente i riferimenti specifici della struttura sanitaria nazionale.

Infine la Commissione del Senato ha sottolineato la necessità di coinvolgere le associazioni di cittadini e pazienti nel monitoraggio sull'applicazione del decreto legislativo.

Salutando con favore questi segnali di apertura istituzionale a un recupero della ratio originaria della direttiva FAVO (federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) ha deciso di prendere posizione nell'accesso dibattito. Ha inviato una memoria sintetica al Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati che di lì a poco avrebbe esaminato la bozza del decreto legislativo.

In sintesi la Commissione ha accolto favorevolmente la bozza di decreto elaborata dal governo sottolineando la necessità di introdurre alcuni minimi correttivi laddove risultava limitato il diritto dei pazienti all'accesso alle cure o al rimborso delle spese sostenute.

Il 28 febbraio 2014 dopo avere recepito i suddetti pareri con un ritardo di 4 mesi rispetto alla scadenza fissata dalla UE che ha causato l'apertura di due procedure di infrazione ai danni dell'Italia, il Consiglio dei Ministri ha finalmente approvato il decreto legislativo di recepimento della direttiva (38/2014 entrato ufficialmente in vigore il 5 aprile 2014) che presenta una interpretazione restrittiva del diritto di scelta del luogo di cura sancito dalla direttiva europea, limitato da un inasprimento delle procedure burocratiche per accedervi.

Il Decreto riprende la struttura (e spesso anche gli stessi termini) della Direttiva europea 2011/24. Sostanzialmente si possono individuare i seguenti ambiti settoriali di intervento: la cooperazione in materia di assistenza sanitaria, le garanzie informative per l'accesso alle cure all'estero (in altre parole la definizione del punto di contatto nazionale) e la disciplina del "diritto alle prestazioni sanitarie transfrontaliere":

- per i cittadini degli altri stati membri (prestazioni sanitarie ospedaliere e non), stabilendo il principio di non discriminazione con i pazienti "locali".
- per i pazienti italiani, per i quali si specificano le due tipologie di ricorso alle prestazioni transfrontaliere: quelle senza la necessaria autorizzazione preventiva e quelle con l'obbligo di "nulla-osta" della ASL competente, definendo anche i procedimenti amministrativi per l'ottenimento dei relativi provvedimenti..

Proprio con riferimento alla disciplina del diritto alle prestazioni sanitarie transfrontaliere per i cittadini italiani possono evidenziarsi quantomeno due aspetti critici oltre a quelli già evidenti nella prima bozza elaborata dal governo.

Il primo che potrebbe avviare un corposo contenzioso nazionale (non escludendosi anche quello europeo) ed un secondo che potrebbe generare difficoltà di interpretazione da parte dei soggetti chiamati ad applicare la nuova disciplina (fondamentalmente funzionari delle ASL e in seconda battuta eventuale i Giudici).

La disciplina dettata dal Dlgs 38/2014 stabilisce che il diniego è formulato o quando "in base alla valutazione del quadro clinico del paziente il trasferimento possa comportare dei rischi per la sicurezza", oppure laddove il "pubblico" possa essere esposto a "notevoli" pericoli per la sicurezza" o ancora "l'assistenza sanitaria all'estero susciti preoccupazioni nel rispetto degli standard" o, infine, la prestazione possa essere espletata nel territorio nazionale "entro un termine giustificabile" Queste disposizioni potrebbero alimentare un elevato contenzioso sia da un punto di vista meramente procedurale (ad esempio non rispetto dei termini) sia dal punto di vista sostanziale nel momento in cui i pazienti ricorreranno avverso il diniego all'autorizzazione (per difetto di motivazione o eccesso di potere) Per non entrare nel merito poi dell'obbligo della ASL di corrispondere ai pazienti autorizzati le somme entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso (articolo 10, comma 11 del decreto).

A ciò si aggiunga la previsione dell'art.8, comma 8 del decreto (ma anche l'art.5 comma 8) di adottare "per motivi imperativi di interesse generale" misure di limitazione al rimborso del "diritto alle prestazioni sanitarie transfrontaliere" al territorio di una o più regioni o a singole ASL per garantire il servizio sanitario stesso. Come potrà essere interpretata tale disposizione? La definizione dei motivi imperativi di interesse generale è quanto mai indeterminata e potrebbe consentire la limitazione del diritto dei cittadini italiani (ma anche europei intenzionati a curarsi in Italia) residenti, ad esempio, in una delle regioni soggette ai piani di rientro?.

Il secondo aspetto concerne l'indeterminatezza dei termini utilizzati e spesso ricorrenti nel decreto. Un primo caso è stato già menzionato ed è quello relativo alla definizione di quali siano i "motivi imperativi di interesse generale". Ma è un'altra la locuzione più controversa ovvero quella che prevede il diniego alla autorizzazione alle cure ospedaliere all'estero se la stessa prestazione può essere espletata nel territorio nazionale "entro un termine giustificabile".

In questo caso il legislatore non ha fatto altro che riprendere letteralmente il disposto della direttiva europea senza però andare a determinare puntualmente il significato di termine giustificabile. E' indubbiamente vero che è estremamente complesso stabilire per tutte le patologie il lasso di tempo temporale entro cui si superi il limite della giustificabilità della cura, ma il legislatore nazionale poteva cercare di comprendere le soluzioni adottate nei casi di specie esaminati dalla Corte di Giustizia in questi anni come ad esempio il controverso caso Sig.ra Watts sulle liste di attesa nel Regno Unito C-372/04)

Non si possono che esprimere forti perplessità riguardo al decreto approvato dal Consiglio dei Ministri che recepisce solo in parte i pareri espressi dalle Commissioni Senato e Camera i quali rendevano in buona parte giustizia al rispetto dei diritti del malato

Il decreto legislativo non coglie la grande opportunità offerta dalla direttiva UE: la valorizzazione delle nostre strutture di eccellenza punta di diamante del SSN italiano che potrebbe diventare un riferimento per i cittadini europei. Sono prevalse logiche difensive legate al timore di un aumento della spesa sanitaria per cure all'estero.

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo Il Ministero della Salute avrebbe dovuto individuare le prestazioni da sottoporre ad autorizzazione preventiva e le modalità per l'aggiornamento delle stesse. In ogni caso, in assenza del decreto ministeriale attuativo l'autorizzazione dovrà essere sempre richiesta per le prestazioni che necessitano dell'utilizzo di una infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose (compreso quelle utilizzate nella diagnostica strumentale).

Guardando alle tipologie di servizi per cui di fatto sarà comunque necessario chiedere l'autorizzazione preventiva vediamo che è penalizzata l'innovazione delle cure ossia la capacità di creare un automatismo di accesso da parte dei pazienti a cure innovative in altri paesi europei. Questo aspetto depotenzia molto la portata innovativa originaria della direttiva perché lascia solo a servizi marginali un meccanismo automatico di mobilità dei pazienti (ossia senza autorizzazione preventiva) poiché il decreto fa ricadere quasi tutte le tipologie di servizio sotto il vincolo dell'autorizzazione preventiva.

## **7. Il possibile sviluppo della mobilità transfrontaliera**

Gli sviluppi potenziali della mobilità sanitaria transfrontaliera dopo la nuova normativa non sono ancora esattamente prevedibili. Potrebbe agire anche come rilancio di un diritto fino ad ora poco conosciuto e poco valorizzato nel vecchio continente e favorire, nel medio/lungo periodo, lo sviluppo di un "turismo sanitario" europeo, soprattutto nelle zone di confine, con conseguenze sia per la spesa sanitaria pubblica sia per l'organizzazione dei servizi.

Tuttavia come sopra riportato le consultazioni disposte dalla Commissione nel 2008 in sede di valutazione circa l'impatto della direttiva in esame hanno evidenziato come la portata economica della mobilità transfrontaliera nell'ambito degli stati membri possa stimarsi in un importo non superiore dell'1% delle spese complessive nel campo della sanità, ivi comprese le spese per cure ricevute per malattie insorte inaspettatamente durante i soggiorni di piacere all'estero; solo nelle regioni di confine o nei piccoli Stati, ad esempio nei rapporti tra Paesi Bassi e Germania o ne caso del Granducato di Lussemburgo si è riscontrato un flusso finanziario superiore all'1%.

Per quanto riguarda l'entità del fenomeno in Italia, le informazioni sono ancora limitate. Secondo la relazione sullo stato sanitario del paese pubblicata dal Ministero della Salute, nel biennio 2007-2008 l'Italia ha incassato circa 106 milioni di euro per assistenza erogata in Italia a cittadini della U.E. a fronte di un esborso di 232 milioni di euro per assistenza offerta a cittadini italiani dagli altri paesi europei, con un saldo negativo di 127 milioni di euro.

I debiti sono dovuti soprattutto al ricorso ad assistenza ospedaliera nei paesi limitrofi: Francia, Svizzera, Austria e Belgio<sup>17</sup>.

Si tratta quindi di un fenomeno ancora molto contenuto, soprattutto se si confronta con l'impatto in termini economici della mobilità interregionale italiana, che muove un giro da 3.7 miliardi di euro. Si può comunque prevedere che il tipo di cure che prevalentemente spingerà i nostri connazionali ad uscire dall'Italia sia quello delle cure di alta specializzazione.

Dalle segnalazioni raccolte dall'associazione Tribunale dei diritti del malato-cittadinanzattiva emerge che il 35% dei cittadini va all'estero per effettuare interventi chirurgici di alta specializzazione, il 29% per accedere a terapie innovative; il 18% per avere diagnosi certa; il 13% per effettuare visite specialistiche; il 5% per sottoporsi ad un trapianto.

Le cure all'estero sono richieste più frequentemente da paziente con patologie oncologiche (32% dei casi giunti al tdm); con patologie neurologiche (30%); con malattie rare (17%) con problemi cardiologici (13%) o di natura ortopedica (8%)<sup>18</sup>.

Da informazioni raccolte presso l'ufficio mobilità transfrontaliera dell'ambito territoriale della provincia di Rimini dell'Ausl della Romagna, dall'inizio dell'anno 2014 a tutt'oggi non è stato richiesto nessun rimborso per prestazioni fruite in un paese UE né è stata presentata domanda per l'autorizzazione l'assistenza sanitaria transfrontaliera, a dimostrazione dell'impatto limitato che ha avuto la nuova normativa nei primi mesi di applicazione; mentre risulta attivo il saldo fra mobilità attiva e passiva intracomunitaria diretta: una media negli ultimi anni di attivo di 1.300.000,00 euro rispetto ad una media passiva di 950.000,00 euro.

Inoltre l'importo addebitato al Ministero, tramite fatture elettroniche alla Prefettura, di prestazioni per extracomunitari indigenti, urgenti ed essenziali, che non hanno titolo alla iscrizione al SSN (per lavoro, ricongiungimento familiare, studio) risulta essere mediamente negli ultimi anni di circa 500.00/ anno.

A frenare il fenomeno della mobilità sanitaria transfrontaliera contribuirà sicuramente una recente pronuncia della Corte di Giustizia europea. Tale sentenza<sup>19</sup> riconosce infatti che uno Stato membro è obbligato ad autorizzare la prestazione sanitaria in un altro stato della unione quando non può garantirla sul proprio territorio per una "carezza di carattere contingente e transitorio" ma sottolinea altresì che "in caso di problemi di carattere strutturale, lo stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione di tale servizio in un altro stato".

In pratica si cerca di evitare l'emigrazione di massa di pazienti da uno stato con un servizio sanitario che non ha i mezzi e le competenze per assicurare prestazioni complesse ai propri cittadini. Se infatti questo stato dovesse poi rimborsare le spese per interventi effettuati in altri paesi rischierebbe la bancarotta o comunque andrebbe in tilt il sistema del welfare.

Il caso era quello di una cittadina rumena colpita da una grave patologia che, ricoverata in un istituto specializzato del suo paese, aveva bisogno di un intervento chirurgico urgente ma la struttura non poteva effettuarlo. La paziente ha chiesto allora l'autorizzazione ad essere operata in Germania: autorizzazione negata. Nonostante il no, la sig.ra Petru ha deciso comunque di partire e operarsi, pagando 18 mila euro e chiedendo successivamente il rimborso alla Romania.

Il tribunale di Sibiu, chiamato a decidere sulla controversia, ha chiesto lumi alla Corte di Giustizia europea. E' la prima volta, sottolinea la Corte, in cui la necessità di ricevere assistenza medica in un altro stato trova giustificazione nella carezza di mezzi dello stato di residenza. Secondo l'avvocato generale "laddove la carezza di mezzi materiali necessari ai fini dell'effettuazione della prestazione sanitaria dipenda da una mancanza strutturale, l' stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione in un altro stato dell'unione, di un servizio compreso nelle prestazioni coperte dal proprio

---

<sup>17</sup> Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali, Relazione sullo stato sanitario del paese 2007-2008" ([www.salute.gov.it/pubblicazioni/ppRisultatiRSSP](http://www.salute.gov.it/pubblicazioni/ppRisultatiRSSP)).

<sup>18</sup> Dati di cittadinanzaattiva pubblicati il 16.1.14 [www.sossanita.it](http://www.sossanita.it).

<sup>19</sup> Sentenza del 9 ottobre 2014 resa dalla Corte di giustizia nella causa C-268/13.

sistema di previdenza sociale, sebbene ciò possa comportare che determinate prestazioni sanitarie non possano essere effettivamente praticate”.

Tale obbligo sussisterà tuttavia per la Corte solamente qualora l'autorizzazione non metta in pericolo la sostenibilità economica del suo sistema di previdenza sociale. Sottolinea infatti la Corte che uno dei limiti all'esercizio della libera prestazione dei servizi sanitari consiste proprio nel non mettere in pericolo tutti gli sforzi di pianificazione e razionalizzazione effettuati in tale settore vitale nello stato di residenza dei pazienti. Il principio che fa il paio con la pronuncia della corte di giustizia europea è quello inserito nella normativa italiana di recepimento secondo cui “per motivi imperanti di interesse generale cioè essenzialmente per ragioni di bilancio può essere sospeso il diritto al rimborso delle spese sostenute dal cittadino anche su un singolo territorio regionale”.

## CONSIDERAZIONI FINALI

A conclusione di questo breve viaggio nel mondo della mobilità sanitaria, si riportano alcune considerazioni. L'analisi compiuta porta a ritenere che la mobilità sanitaria, quale espressione del diritto del cittadino a scegliere il luogo dove farsi curare, senza vincoli territoriali, è un fenomeno che non può essere eliminato, ma che deve essere sicuramente governato.

Di fronte ad interventi discutibili come quelli della regione Campania, con profili di dubbio rispetto dell'equità e della non discriminazione nel godimento del diritto alla salute, che rischiano di essere tanto più compromesse tanto maggiori sono le esigenze del disavanzo, è necessario costruire e rafforzare strumenti in grado di governarla. I problemi non si affrontano limitando la mobilità, ma rafforzando la facoltà di scelta.

Sicuramente collocarsi in uno scenario a importanti quote di mobilità in entrata ed in uscita richiede rilevanti investimenti organizzativi ed operativi. Non necessariamente si tratta di investimenti finanziariamente costosi, ma si tratta sicuramente di sviluppi culturali e organizzativi rilevanti nonché di strumenti di governo.

In assenza di logiche e strumenti di governo della mobilità non possono che peggiorare la qualità dei servizi per gli utenti, l'efficacia complessiva del sistema e la sua tenuta economica. Non da ultimo il rischio che l'accesso alle prestazioni non sia garantito in modo omogeneo sul territorio nazionale e che la libera mobilità interregionale non sia sufficiente ad assicurare un accesso equo ai livelli di assistenza.

Intervenire con misure che riducano la mobilità sanitaria per prestazioni di bassa-media complessità, migliorando la qualità assistenziale (vera e percepita) deve essere una priorità per il SSN. Il governo della mobilità richiede interventi idonei ad incidere sulle sacche di inefficienza dei sistemi sanitari. Evidenziando e penalizzando i bassi volumi e la bassa qualità di prestazioni in tutte le Regioni, anche quelle in Piano di rientro, sarà possibile avviare un percorso virtuoso che porti, a lungo andare, a far sì che anche la mobilità sanitaria, inevitabilmente, diminuisca.

Parte di tali misure dovrebbe dispiegarsi nell'area che riguarda analisi e interventi sull'equità dell'accesso tramite mobilità dei pazienti provenienti dalle regioni ad elevati livelli di fuga. Il rischio che la mobilità crei una significativa discriminazione fra chi può e chi non può trasferirsi per ricevere assistenza, deve spingere a raccogliere maggiori evidenze per monitorare la situazione ed, eventualmente, per effettuare interventi mirati di supporto alle persone più bisognose.

Se colto come una opportunità il sistema della mobilità potrebbe innescare non solo meccanismi emulativi nei confronti delle regioni più virtuose, ma potrebbe condurre a una organizzazione interregionale delle prestazioni non routinarie, cosicché la fuga dei propri assistiti da alcuni tipi di prestazioni sanitarie potrebbe essere compensata dall'accoglimento di pazienti per altri tipi di prestazioni per i quali è maturato un buon grado di competenza, con conseguenti effetti positivi sull'efficienza e l'economicità del sistema sanitario nel suo complesso. Le AUSL potrebbero concentrarsi molto sullo sviluppo di una propria attrattiva in specifiche specialità che controbilancerebbero anche finanziariamente le fughe in altre specialità.

Fra gli strumenti di governo figurano sicuramente anche gli accordi di confine. La mobilità di confine (come rilevato nella Tab. 2) è un fenomeno ineliminabile e strutturale, tenuto conto che la conformazione morfologica del territorio (montagne, laghi, fiumi) indurrà sempre il cittadino a recarsi nella struttura sanitaria della regione limitrofa quando è più pratico raggiungerla, anche se non corrisponde a quella teoricamente assegnata.

Risulta allora necessario incentivare se non addirittura rendere obbligatori gli accordi di confine, come peraltro indicato nell'ultimo Patto per la Salute (2014-2016) al fine di rispettare la libertà del cittadino, e al tempo stesso governare la mobilità ed in particolare il ricorso a prestazioni di media-bassa complessità. In assenza di tali vincoli quali-quantitativi si generano effetti negativi quali, fra gli altri, l'aumento dell'inappropriatezza, specie quando le prestazioni non sono di alta complessità; la difficoltà per le Regioni con forte mobilità passiva di programmare l'impatto economico della mobilità che determina sistematicamente un aumento dei costi; le regole non condivise tra Regioni confinanti possono portare a cercare fuori Regione prestazioni che nella propria regione vengono offerte con un maggiore livello di compartecipazione e/o con diversi tempi di attesa.

Il ruolo delle ASL, che sono produttori di prestazioni, è sicuramente rilevante per il controllo della mobilità, perché agisce sia sul versante della produzione (mobilità attiva) sia su quello del consumo (mobilità passiva) e, pertanto, il suo governo è più importante e necessario perché determina direttamente le modalità di uso delle risorse. Il governo di flussi di mobilità in entrata e in uscita dei pazienti si espleta sviluppando logiche e strumenti di marketing che essendo particolarmente sofisticati per il mondo sanitario, non sempre sono presenti, in quanto dovrebbero processare tutti i molteplici fattori che portano il paziente a privilegiare una struttura o un professionista sanitario.

Calandoci nella realtà degli strumenti aziendali di governo della mobilità, a titolo esemplificativo si può ricordare che un'Ausl che si focalizza sul *gatekeeping* responsabilizzerà a fondo i Medici di Medicina Generale (MMG sul luogo e l'ambito di cura dei propri assistiti).

Fra gli strumenti di governo, infine, non può non menzionarsi la formazione; la sanità è un settore ad alta intensità di personale e di conoscenze, che richiedono importanti investimenti in formazione, universitaria e continua, e l'agire di adeguate forme di socializzazione delle conoscenze, ad esempio tramite collaborazioni scientifiche e ambienti in grado di promuovere l'assorbimento di conoscenze.

Mettere in campo azioni di governo della mobilità sanitaria sta diventando sempre più una priorità soprattutto in tempi di difficoltà economiche come quelli che oggi stiamo attraversando. L'attuale crisi finanziaria rischia di diventare un problema cronico e i provvedimenti, messi in atto dal governo italiano, finalizzati a ridurre da una parte i costi e dall'altra i volumi delle prestazioni sanitarie, finiranno presto per mettere a rischio i valori di universalismo, equità e solidarietà su cui si fonda il nostro SSN.

L'altro rischio sarà quello di causare un'inaccettabile disparità di trattamento dei pazienti italiani rispetto a quello dei paesi europei più virtuosi, di cui l'Italia ha sempre fatto parte e deve necessariamente continuare a farlo.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. La mobilità sanitaria, in I quaderni di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, supplemento al n. 29/2012 Link [www.agenas.it/monitor\\_supplementi.html](http://www.agenas.it/monitor_supplementi.html)
- R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto Sanitario*, Il Mulino, 2013
- A. Bonomo, *La libera circolazione dei malati*, in *Giust. Civ.*, 1/1998
- A. Bonomo, *Programmazione della spesa sanitaria e libertà di cura: un delicato dilemma*, in *Foro Amm.*, 3/2001
- M. Cappelletti, *Il diritto alla salute (finalmente) senza frontiere?* in *Confronti Costituzionali* ([www.confronticostituzionali.eu](http://www.confronticostituzionali.eu)), 01.04.14
- Centro studi Bachelet, *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, Roma, 2008
- D. Cicirello, L'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie: dal D. Lgs n. 502/92 al D. Lgs. 229/99, in *Diritto&Diritti*, 2000 (<http://www.diritto.it/materiali/sanitario/cicirello.html>).
- M. D'Angelosante, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del Servizio sanitario in Italia*, Maggioli, 2012
- Fondazione Studi, Project Work Project, on line, Viaggio nel Servizio Sanitario Nazionale tra criticità e sostenibilità 2013
- B. Gobbi, *Doccia fredda sulla Sbenzen sanitaria?*, in *Il sole 24 ore Sanità*
- B. Gobbi, R. Mangano, *L'8% dei ricoveri con la valigia*, in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 23 -29 settembre, 2014
- G. Guerra, *La mobilità transfrontaliera dei pazienti*, in *Riv. Politiche sanitarie*, 2014/15
- M. Inglese, *Le prestazioni sanitarie transfrontaliere e la tutela della salute*, in *Diritto Comunitario e degli scambi internazionali*, 2012,1
- D. Integlia, *Cure transfrontaliere tra pessimisti e ottimisti si gioca la sfida della prima pietra miliare di un sistema sanitario europeo*, in *Il sole 24 ore*, 20.03.14
- V. Mappelli, *I sistemi di governance dei Servizi Sanitari Regionali*, Quaderni Formez n. 57, Roma, 2007
- M. Martinelli, *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie* Ed. Il Sole 24 Ore, 2001
- R. Mastroianni, *Diritti dell'uomo e libertà economiche fondamentali nell'ordinamento dell'UE: nuovi equilibri?*, in *Il diritto dell'Unione Europea*, 2/2011
- M. Sesta (a cura di), *Erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, 2014
- S. Sileoni, *La cura è mobile- La mobilità sanitaria interregionale tra il diritto alla libera scelta del luogo di cura e le esigenze finanziarie delle regioni*, Istituto Bruno Leoni, Briefing paper, 2013
- L. Uccello Barretta, *Il diritto alla salute nello spazio europeo la mobilità sanitaria alla luce della direttiva 2011/24/UE*, in *Federalismi.it*, n.19/2014
- C. Zocchetti, *La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa*, in *Statistica e Società/anno 1, N.2/Demografia*, Istruzione, Welfare 27, pp. 27-28