

# MOBILITÀ SANITARIA

## Prima parte

Questa parola chiave verrà affrontata in due momenti consecutivi cercando, in questa prima parte, di fornire definizioni e strumenti per comprendere il fenomeno della mobilità sanitaria. La seconda parte, invece, curerà alcuni approfondimenti che riguardano gli aspetti normativi e regolatori, quelli economici, le implicazioni per quanto concerne l'accessibilità ai servizi nonché gli esiti di salute. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza sanitaria (cure mediche, medicinali, etc.) ai cittadini iscritti presso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del proprio luogo di residenza. Con il termine mobilità sanitaria si fa riferimento al diritto del cittadino di ottenere cure, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza. La mobilità sanitaria è pertanto quel fenomeno che coinvolge molti assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria Regione di residenza.

Nonostante il principio della libertà di scelta sia sancito all'articolo 32 della Costituzione, il tema della mobilità è divenuto centrale con le riforme sanitarie dei primi anni '90. L'analisi della mobilità fra Regioni, infatti, oltre ad essere uno strumento di programmazione, aiuta a comprendere la propensione manifestata dai cittadini di avvalersi del principio di libera scelta offerto dal SSN.

Questo fenomeno comporta la necessità di compensare i costi dell'assistenza di quei pazienti per i quali il finanziamento pro capite del SSN è stato attribuito a una Regione diversa da quella in cui è stata effettuata la prestazione. Tale esigenza viene regolata attraverso lo scambio di mobilità interregionale.

### Definizioni

Tale termine è usato per definire il flusso di fondi che si muove dal livello centrale (Regioni/Stato), seguendo il fenomeno migratorio degli utenti di una ASL che decidono di rivolgersi ai servizi offerti da un'altra ASL. In particolare, nel caso in cui le due ASL appartengano alla stessa Regione, questo flusso di capitali rimarrà a livello regionale; se invece l'utente ha cambiato Regione, il flusso si sposterà a livello nazionale: la Regione che eroga la prestazione dovrà essere rimborsata (sulla

base di un sistema di compensazione sanitaria interregionale) dalla Regione in cui il paziente risiede.

Esistono due categorie di mobilità:

- la mobilità attiva, che esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte da una Regione ad assistiti non residenti;
- la mobilità passiva, che esprime l'indice di fuga di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie dei residenti di una Regione effettuate fuori da questa.

Dal punto di vista finanziario, la mobilità attiva rappresenta una voce di credito, mentre quella passiva rappresenta una voce di debito.

Il confronto tra l'indice di attrazione e di fuga fornisce, in primo luogo, un quadro della capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di essere efficace ed efficiente nell'erogazione dei servizi sanitari nel rispondere al bisogno di salute, ma anche una serie di 'informazioni indirette' sulla qualità percepita nell'erogazione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.



La compensazione interregionale della mobilità è regolata da un Testo Unico approvato, di solito annualmente, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome.

Sono oggetto di compensazione:

- i ricoveri per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza e neonatali (in alcune Regioni anche i ricoveri psichiatrici) - Flusso A;
- la medicina generale - Flusso B;
- la specialistica ambulatoriale e il pronto soccorso - Flusso C;
- la farmaceutica territoriale convenzionata - Flusso D;
- l'attività termale - Flusso E;
- la somministrazione e l'erogazione diretta dei farmaci - Flusso F;
- l'attività di trasporto in emergenza in ambulanza ed elisoccorso - Flusso G.

### Tipologie di mobilità

Come già accennato, la mobilità può rimanere nei confini territoriali di una Regione (mobilità intraregionale), uscire da tali confini (mobilità interregionale) o addirittura passare i confini dello Stato (mobilità internazionale).

#### Mobilità intraregionale

Rappresenta il flusso migratorio di pazienti entro le dimensioni della propria Regione di residenza. Il livello di mobilità varia a seconda della dimensione territoriale della Regione e quindi della densità di popolazione. Il paziente può decidere di rivolgersi ad una ASL limitrofa alla propria e anche scegliere di percorrere una distanza più lunga, pur di vedersi erogata una determinata prestazione. Nel caso della mobilità entro Regione, gli elementi della compensazione economica tra aree mettono in risalto non solo tematiche rilevanti, come la programmazione della rete di offerta delle prestazioni erogate, ma anche l'accessibilità e la disponibilità dei servizi.

#### Mobilità interregionale

Si parla di mobilità interregionale quando la persona si cura presso presidi di una Regione diversa da quella di residenza. La mobilità interregionale può comportare spostamenti anche di molti chilometri e può manifestarsi per affrontare cure importanti, perché ci si attende un esito significativamente diverso (migliore) da quello che si otterrebbe facendosi curare

nella propria Regione, oppure si può verificare perché la necessità di ricorrere alle cure è del tutto occasionale e non costituisce il motivo predominante dello spostamento (lavoro, studio, vacanza).

È considerata mobilità interregionale anche quella di prossimità, che avviene tra Regioni confinanti. Le quote di mobilità attiva e passiva di confine sono molto rilevanti e danno conto della diversa capacità di attrazione e di fuga che le singole Regioni manifestano nei confronti dei territori confinanti. Questa mobilità di confine non è solo considerevole in termini di volumi complessivi di attività, ma si caratterizza perché interessa attività sanitarie minori come ricoveri di lieve complessità e peso assistenziale, prestazioni specialistiche e prescrizioni farmaceutiche che di per sé non troverebbero giustificazione in una mobilità di lunga distanza. La mobilità di confine è talmente peculiare da territorio a territorio che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra Regioni per un uso efficiente delle risorse.

Un fattore che incide sulla mobilità interregionale è la mancanza di uniformità nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, in teoria, dovrebbero essere garantiti in modo uguale su tutto il territorio nazionale. Di fatto si osservano invece differenze notevoli tra le Regioni italiane. Al di là della qualità, gli elementi differenti sono proprio le tipologie di prestazioni erogate in termini di medicina territoriale, le regole di compartecipazione ed esenzione, le attività domiciliari, etc.

Da ultimo, vanno anche considerati i casi in cui lo spostamento dei pazienti non è reale, ma soltanto apparente. Si tratta di quelle prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono il servizio, ma che risultano residenti altrove. 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. È un problema di regole e procedure in quanto sia i meccanismi amministrativi, che oggi rilevano le attività sanitarie, sia quelli che remunerano i Servizi Sanitari Regionali sono fondati sul concetto di residenza e non di assistenza (e i sistemi informativi regionali non sono in grado di catturare la differenza tra cittadini residenti e domiciliati). La conseguenza è che le attività sanitarie che li riguardano vengono inevitabilmente assegnate all'area della mobilità interregionale, anche se in realtà i cittadini non si spostano affatto.

## Mobilità internazionale

Il sistema di mobilità internazionale si colloca come parte del più vasto sistema di assistenza a carico dello Stato e ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, gli assistiti che si muovono 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.

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

1. Motivi di cura (cittadini italiani che si recano 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 perché la cura non è erogata o perché è erogata con una tempistica non 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) e alcune selezionate patologie (trapianti, tumori, interventi ortopedici), e che in taluni casi rappresenta un vero e proprio viaggio della speranza, il cui esito è talvolta discutibile già a priori.

2. Insorgenza di esigenze sanitarie mentre si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza): riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti, e 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 e il cittadino deve provvedere con altri strumenti: assicurazioni, pagamenti in proprio).

3. Tre specifiche situazioni che riguardano il nostro Paese: è il caso dello Stato del Vaticano (e in particolare dell'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).

I dati sulla mobilità internazionale riguardano in maggioranza gli italiani che si recano all'estero per motivi di cura, seguiti dagli stranieri in Italia e da segnalazioni che attengono a italiani domiciliati o residenti all'estero per altri motivi. Indipendentemente dal motivo per cui si verifica, la migrazione si realizza a seguito di un atto autorizzativo formale redatto dalla Asl di appartenenza del paziente, ma può

anche determinarsi a seguito di necessità sanitarie insorte mentre si è all'estero per i più disparati motivi. I nostri assistiti che si spostano in Europa e negli Stati in convenzione per motivi vari (turismo, studio, lavoro, pensionati che trasferiscono la residenza), per poter usufruire dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato italiano, devono presentare alle Istituzioni competenti o ai prestatori di cure degli Stati esteri appositi documenti che attestano il diritto di godere delle prestazioni sanitarie.

L'attestato permette di diritto al suo titolare di ricevere le prestazioni sanitarie in forma diretta alle stesse condizioni dei cittadini di quello Stato e nulla è dovuto, se non l'eventuale partecipazione alle spese. Inoltre, a seconda dell'attestato e quindi della situazione protetta, e a seconda di quanto previsto dalla singola convenzione, si ha una copertura sanitaria completa o limitata a determinate prestazioni. Si può infatti ottenere:

- un'assistenza sanitaria completa con il modello S1 (o con modello equivalente previsto da una convenzione) al lavoratore distaccato (e ai familiari che risiedono con lui) o ai pensionati che trasferiscono la residenza in un altro Paese e ai propri familiari (residenti nello stesso Paese o in uno diverso),
- un'assistenza altamente specializzata con il modello S2 (o con modello equivalente previsto da una convenzione),
- un diritto di accesso diretto alle cure sanitarie che si rendono necessarie "nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora" con la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o con il suo certificato sostitutivo provvisorio, in caso di temporaneo soggiorno per motivi di turismo o per brevi missioni,
- un'assistenza limitata alle sole cure urgenti, con il modello previsto dalle singole convenzioni in caso di temporaneo soggiorno per motivi diversi dal lavoro.

Sulla base di questi documenti viene erogata l'assistenza. In seguito gli organismi di collegamento degli Stati UE inviano le fatture al Ministero della Salute quale organismo di riferimento, chiedendone il rimborso. Il Ministero a sua volta, per conto delle Regioni e delle ASL di rispettiva appartenenza, chiede agli Stati esteri il rimborso dei crediti relativi all'assistenza fornita a cittadini stranieri in Italia. Debiti e crediti vengono imputati alle ASL competenti e, in sede di assegnazione della quota di Fondo sanitario nazionale alle

Regioni, si tiene conto della compensazione debiti-crediti. Una recente direttiva europea<sup>1</sup> ha definito i criteri di assistenza per i pensionati che risiedono all'estero e con essa cambia la prospettiva precedente secondo cui la persona era totalmente a carico del nuovo Paese di residenza: il paziente è ora a carico della nazione dove ha stabilito la residenza, solo per le prestazioni sanitarie usufruite in quella nazione, mentre per le prestazioni sanitarie usufruite al di fuori di questa, il carico economico deve essere attribuito al Paese dove il cittadino ha pagato i suoi contributi e ha maturato il suo diritto all'assistenza.

Altra direttiva<sup>2</sup> è quella in materia di mobilità transfrontaliera considerata altamente innovativa e improntata agli spostamenti non soltanto dei pazienti, ma anche degli operatori. Con questo sistema il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria, autorizzata nei casi previsti, e successivamente richiede il rimborso al proprio Servizio Sanitario (assistenza indiretta). Il rimborso per le prestazioni sanitarie sarà pari al costo che il Servizio Sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nello Stato di appartenenza, senza superare il costo totale della cura.

Infine, in data 16 gennaio 2014, la Conferenza Stato-Regioni ha avanzato alcune richieste di modifica: tra le più rilevanti, quelle relative al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, da rimborsare "in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti al netto della compartecipazione alla spesa calcolata secondo la normativa vigente per le diverse tipologie di prestazioni e per le diverse categorie di pazienti. In ogni caso, tale copertura non può superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta"; inoltre, la Conferenza prevede tempi più dilatati per l'autorizzazione preventiva per una determinata prestazione che l'ASL debba rilasciare al paziente, al fine di ottenere il rimborso dei costi relativi all'assistenza ricevuta.

**Letizia Orzella**

<sup>1</sup> Regolamento CE n. 987 del 16 settembre 2009, Modalità di applicazione del Regolamento CE n. 883/2004.

<sup>2</sup> Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 24 del 9 marzo 2011.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- CARE: Dossier sulla migrazione sanitaria, CARE 2014; 4: 9-22  
 Circolare Ministero della Sanità 100/scps/44583 del 23/03/1994  
 D.Lgs. n. 502/1992  
 D.Lgs. n. 571/1993  
 D.Lgs. n. 229/1999  
 Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 24 del 9 marzo 2011  
 DPCM 29/11/2001, Allegato 2.  
 Fattore G: La mobilità sanitaria: un quadro preoccupante. Position paper, forum 10 luglio 2014, Roma.  
 Fusco D, DiMartino M, D'Ovidio M, Sorge C, Davoli M, Perucci CA: Mobilità ospedaliera ed esiti dei ricoveri, in: Agenas, I quaderni di monitor, La mobilità sanitaria, Suppl. 9 al n. 29 di Monitor, 2012.  
 Baldessarelli G: Gli aspetti normativi e statistici della mobilità sanitaria e i problemi organizzativi ed economici ad essa legati. Provincia Autonoma di Trento, Punto Omega, Anno 7, n. 17: 66-71  
 Lonfo F: Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali, in: Agenas, I quaderni di monitor, La mobilità sanitaria, Suppl. 9 al n. 29 di Monitor, 2012.  
 Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/>  
 Patto per la Salute 2010-2012  
 Regolamento CE n. 987 del 16 settembre 2009, Modalità di applicazione del Regolamento CE n. 883/2004  
 Zocchetti C: La mobilità sanitaria tra Regioni: quanto, dove, per fare cosa? Statistica e società 2013, anno 1, n 2: 27-29.



Un libro di 304 pagine. € 25,00

[www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)

Numero verde 800-259620