La mobilità sanitaria

Guido Baldessarelli

Gli aspetti normativi e statistici della mobilità sanitaria e i problemi organizzativi ed economici ad essa legati.

La mobilità sanitaria interregionale ed internazionale si divide in:

- *attiva*: persone non residenti in Provincia di Trento che arrivano in Trentino e beneficiano di prestazioni sanitarie da parte del servizio sanitario della Provincia;
- *passiva*: trentini si rivolgono ai servizi sanitari di altre Regioni o di Stati esteri.

I principali fondamenti normativi della mobilità sono:

- l'art. 19 l. 833/78 per la mobilità interregionale;
- l'art. 37 l. 833/78 per la mobilità internazionale.

Questa legge sancisce il principio di libera scelta del luogo in cui ricevere le cure sanitarie.

Alcuni dati di contesto

Il Servizio sanitario trentino utilizza una Azienda sanitaria unica con circa 6.800 dipendenti. Tra questi abbiamo 900 medici di cui 450 medici di Medicina generale e pediatri di libera scelta.

Annualmente si erogano circa 90.000 ricoveri.

Per la salute, il Trentino spende il 10% più della media nazionale.

Siamo virtuosi in qualche settore come l'assistenza farmaceutica, dove non abbiamo applicato il ticket. Abbiamo una dotazione notevole di posti letto nelle residenze sanitarie assistite (8.200 posti letto) e comunque scontiamo una mobilità di montagna (il contesto orograficamente difficile comporta una spesa superiore).

Anche sul fronte del costo del personale abbiamo uno standard più alto rispetto a quello nazionale perché viene utilizzata la possibilità della contrattazione autonoma.

La Provincia di Trento è esclusa dai finanziamenti dello Stato, perciò non partecipa al riparto del fondo sanitario nazionale (è in autofinanziamento). Compartecipa ai gettiti erariali delle imposte che sono di competenza del territorio.

Dal punto di vista normativo, la Provincia ha una potestà legislativa concorrente in materia di sanità. È per questo che la Provincia di Trento non è stata granchè toccata dalla riforma costituzionale del Titolo V (l. 3/2001).

Mobilità interregionale

Devolution in sanità e sua percezione

Secondo dati CENSIS oggi il federalismo sanitario sarebbe visto favorevolmente dai cittadini perché:

- consente di creare una sanità più vicina alle esigenze della

- popolazione;
- rende più responsabili i soggetti che hanno il compito di gestire la sanità;
- è in sintonia con ciò che storicamente è già avvenuto in sanità.

Nella stessa ricerca risulta però che il 30% degli intervistati è preoccupato delle disparità territoriali (più si differenzieranno i servizi sanitari delle Regioni, più ci sarà mobilità sanitaria). L'entità dei costi dovuti alla mobilità sanitaria passa dai 1.600 milioni di euro del '95 ai 3.000 milioni di euro del 2003.

Alcune problematiche legate alla mobilità:

- contenzioso di fronte alla Corte Costituzionale in applicazione del Titolo V della Costituzione;
- congelamento del federalismo fiscale imposto da dlgs 56/00 (il federalismo fiscale non è oggi applicato perché si aspetta una nuova riforma costituzionale);
- processo dei LEA. Lo Stato si è riservato la competenza di definire i Livelli Essenziali di Assistenza. Una volta definiti i LEA con il decreto ministeriale del novembre 2001, in tutti i servizi sanitari regionali è partita la rincorsa a trovare gli aspetti specifici della loro realtà, tanto da creare l'imbarazzo di trovarsi sempre più di fronte a 21 sistemi sanitari diversi (si comincia a non capire perché una prestazione importante vie-

ne fatta in Trentino e in Veneto no, o viceversa).

Alcune soluzioni a riforma costituzionale in atto:

- interpretazione del Titolo V che cerca di verticalizzare nuovamente le competenze, in favore dello Stato che si fa garante anche dei rapporti internazionali;
- le Regioni stanno blindando questo processo di reintegro di prestazioni o comunque di differenziazione, affermando che le prestazioni extra LEA non potranno mai essere erogate a carico dei Servizi sanitari che quelle prestazioni non hanno inserito.

Perché la mobilità sanitaria inter-regionale è argomento caldo per quanto riguarda la programmazione dell'economia?

Da un lato, perché la programmazione ha il compito di affrontare gli squilibri dell'offerta sanitaria, in particolare dovuti alla mancanza di servizi che non trovano giustificazione, ad esempio in termini di bacino minimo di utenza.

D'altro lato, l'economia sanitaria è attenta alla mobilità sanitaria perché tutte le regioni ricevono le risorse attraverso un riparto che viene fatto per quota pro-capite ponderata, ma questo valore di importi spettanti alle regioni viene poi decurtato o incrementato con riferimento agli importi che derivano dalla mobilità sanitaria.

Perciò se un trentino va a Verona per un'appendicectomia, sceglie liberamente il luogo di cura, ma Verona emetterà una nota d'addebi-

to che verrà raccolta dalla Regione Veneto e inviata alla Provincia di Trento.

Ogni prestazione quindi è onerosa, ma ciò spesso non viene preso in considerazione dai cittadini.

III CASO

In un reparto di un ospedale di Trento, a mio suocero fu diagnosticato un tumore primario del fegato ancora abbastanza localizzato. Con molta gentilezza il medico che lo aveva in cura mi consigliò subito di portare il paziente all'ospedale Borgo Roma di Verona dove avrei trovato un medico che, all'epoca, praticava un tipo di chemioterapia mirata: utilizzando i vasi epatici sarebbe stata particolarmente selettiva nell'area colpita. Il medico che aveva in cura mio suocero aggiunse che questa tecnica non era ancora stata adottata nell'ospedale di Trento.

Fin qui tutto secondo prassi: seguimmo tutte le procedure in regime di convenzione tra Regioni in vigore all'epoca e la chemioterapia fu eseguita con successo a Verona.

Il problema venne successivamente quando, alcuni giorni dopo, l'iter post-chemioterapia non andò secondo le previsioni. Consultato, lo specialista di Borgo Roma ci disse che non era necessario riportare mio suocero a Verona, poteva essere seguito direttamente dal reparto dell'ospedale di Trento, con continui contatti fra i sanitari delle due strutture.

Non capisco ancora bene il motivo, ma questi contatti furono molto difficoltosi e, pur di non rispostare il paziente, tenevo io i contatti con lo specialista di Borgo Roma e riferivo poi ai medici di Trento. La situazione divenne però insostenibile e alla fine fui costretta a riportare mio suocero, in gravi condizioni, a Verona, dove morì poco dopo.

Con il senno di poi avrei sicuramente potuto agire in modo diverso: avrei potuto risparmiare a tutta la mia famiglia i disagi e il nonno sarebbe morto forse in modo più sereno; avrei potuto far risparmiare alla ASL i soldi della trasferta, ma nelle decisioni da prendere fummo lasciati soli.

[Farmacista]

Quali sono le prestazioni che entrano in mobilità sanitaria?

Oggi in mobilità sanitaria entrano

- i ricoveri;
- la specialistica;
- le terme;
- i trasporti sanitari;
- la medicina di base;
- la farmaceutica.

Per tutte queste categorie di prestazioni si hanno 3 milioni di euro di controvalore.

Ogni anno si muovono circa un milione di persone solo per i ricoveri.

Il fenomeno della mobilità sanitaria, che abbiamo cominciato ad affrontare seriamente dal '95, mette in evidenza alcuni aspetti:

- circa metà delle Regioni italiane sono storicamente e cronica-

- mente debitorici;
- questa loro posizione va consolidandosi: chi è debitore lo è ogni anno di più. E la stessa cosa vale per le Regioni creditrici: Regioni come la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Veneto sono sempre in attivo. Le Regioni centro- meridionali sono sempre in passivo;
 - noi ci rivolgiamo principalmente alla Lombardia, al Veneto e a Bolzano (mobilità di corta gittata);
 - la mobilità passiva per il Trentino riguarda principalmente i ricoveri (rispetto a Veneto e Bolzano);
 - si esce per ortopedia, per oculistica ed altre cure. Siamo invece attivi per interventi di cardiocirurgia.

Mobilità internazionale

La legge 833 non riconosce un diritto incondizionato alla copertura sanitaria a favore dei cittadini che si recano all'estero per motivi di svago, di lavoro o di famiglia.

Perciò prima di andare all'estero bisogna richiedere se nel Paese prescelto esiste qualche forma di assistenza sanitaria. In caso negativo è consigliabile farsi una copertura assicurativa.

Uno dei quattro pilastri UE è la libera circolazione delle persone, perciò i Regolamenti 1408/71 e il 574/72 sono norme di coordinamento e incidono sulla legislazione nazionale quando questa produce effetti contrari alla libera possibilità di circolazione nell'Unione Europea.

Gli Stati non appartenenti alla UE si servono invece di accordi e convenzioni internazionali.

L'art. 95 della nuova Costituzione comunque sancisce il diritto alla tutela della salute e addirittura prefigura disposizioni che tendono a portare nell'UE livelli più elevati di protezione rispetto ai livelli essenziali garantiti dai rispettivi Stati nazionali. C'è da aspettarsi una forte ingerenza dell'UE negli Stati membri, accompagnata dalla conseguente necessità di alzare i livelli essenziali statali.

Inoltre esiste una proposta di direttiva (direttiva Bolkestein: marzo 2004) che recepisce i contenuti delle sentenze della Corte di Giustizia Europea (si veda l'intervento della dott.ssa Ioriatti) a cui l'Italia (Ministero della Salute) ha opposto la necessità di armonizzazione dei sistemi sanitari e la verifica dell'impatto economico (lo Stato nazionale cerca di investire denaro per dotarsi di proprie strutture di erogazione, pensando di avere un bacino di utenza a cui erogare tali prestazioni e poi i cittadini, forti del loro diritto, attraversano il confine, ricevono le prestazioni alle stesse condizioni garantite dallo Stato di provenienza, cosicché lo Stato nazionale si trova a pagare sia una struttura che è costata e non produce, sia gli addebiti da parte di Stati esteri).

Fino a qualche tempo fa le ASL emettevano modelli; con queste carte i cittadini andavano all'estero, ricevevano le prestazioni consegnando questo modulario, le

strutture estere compilavano altri modulari e addebitavano allo Stato italiano, che poi provvedeva al pagamento dell'addebito.

Oggi sono state introdotte delle novità:

- 1) innanzitutto, l'allargamento dell'Unione Europea ha portato i suoi membri da 15 a 25, accogliendo Stati con un reddito pro capite sensibilmente inferiore a quello dei 15 precedenti e, quindi, con un sistema sanitario più debole. L'allargamento a 25 Stati membri costituisce di per sé un nodo intricato per chi sta propugnando un sistema sanitario senza più confini per i pazienti europei, anche per le prestazioni programmabili ed a prescindere dall'alta specialità delle stesse.
- 2) In secondo luogo una persona che circola nell'UE ha diritto a beneficiare delle prestazioni medicalmente necessarie (direttiva 641/04). Prima del 2004 solo la persona che richiedeva una prestazione valutata come urgente poteva usufruire gratuitamente delle strutture sanitarie dello Stato estero UE. Oggi invece è possibile usufruire di tutte le prestazioni sanitarie (non solo quelle urgenti) gratuitamente. Restano escluse solo le prestazioni programmabili (per le quali vale ancora l'autorizzazione preventiva);
- 3) L'altra novità riguarda la soppressione di una serie di modelli di autorizzazione. Il modulare in Italia era nominato "*Carnet della salute*", oggi abolito in

attuazione dell'articolo 50 della legge 326/2003 (come applicato dal decreto 18 maggio 2004 del Ministero dell'Economia e Finanze, di concerto con il Ministero della Salute) di introduzione del nuovo ricettario del servizio sanitario nazionale che può essere utilizzato per "*le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale*".

Dal 1 novembre 2004 i modelli sono stati sostituiti da una tessera (TEAM: Tessera Europea di Assistenza alla Malattia). La TEAM è una tessera (plastificata) già distribuita in molte Regioni. Con la TEAM una persona che va all'estero accede direttamente al servizio senza pagare nulla.

La mobilità che derivava dalle prestazioni urgenti autorizzate dai modelli soppressi ha comportato per lo Stato italiano una spesa annua intorno ai 35 milioni di euro (valore sottostimato perché le stesse aziende sanitarie nazionali non sono mai state molto attente a curare tali aspetti). Dal 1995 al 2000 erano attive su questo fronte solo la Provincia di Trento e la Provincia di Bolzano.

Ciò va imputato non solo alla capacità di attrazione turistica che ha determinato e determina un flusso notevole di persone nelle stagioni estive ed invernali, ma anche alla

grande attenzione che la Provincia e l'Azienda provinciale per i servizi sanitari hanno riservato a questo tema, sviluppando un buon sistema informativo in grado:

- a) di raccogliere tutti i dati utili alle fatturazioni delle prestazioni attive;
- b) di sviluppare un contenzioso tecnicamente valido rispetto alle fatturazioni degli altri Stati, pervenute attraverso il Ministero della Salute.

Conclusioni e chiarimenti

Quando si è detto che le Regioni stanno consolidando il proprio dato negativo di mobilità interregionale, non significa che i servizi sanitari di queste regioni siano disastrosi.

Ci sono altri aspetti che influiscono sulla decisione del paziente di spostarsi. È necessario quindi analizzare i dati per capire più a fondo il problema.

Per quanto riguarda la mobilità internazionale, stanno maturando convincimenti all'apertura del diritto alla salute attraverso la mobilità. Bisogna però fare attenzione all'impatto economico che avrà quest'apertura.

Guido Baldessarelli è responsabile del Servizio Economia e programmazione sanitaria, Assessorato delle politiche per la salute della Provincia Autonoma di Trento