

*"Dialoghi di bioetica e biodiritto salute e dintorni"*

**SALUTE E CONFINI:  
NUOVI FEDERALISMI SANITARI**

*Università degli Studi di Trento*

*1 aprile 2005*

Trento, 1 aprile 2005

dott. Guido Baldessarelli

## **INDICE:**

### 1. PREMESSA

### 2. LA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE

#### 2.1 IL CONTESTO

#### 2.2 I FLUSSI DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE

#### 2.3 LA MATRICE FINANZIARIA COMPLESSIVA "ORIGINE-DESTINAZIONE"

#### 2.4 LA MOBILITA' PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA.

##### *2.4.1 l'analisi per MDC*

##### *2.4.2 l'analisi per DRG*

##### *2.4.3 l'analisi per diagnosi principale*

#### 2.5 PRIME CONCLUSIONI

### 3. MOBILITA' SANITARIA INTERNAZIONALE

### 4. LA MOBILITA' PER ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO

## 1. PREMESSA

Questo intervento intende fornire un quadro sintetico delle informazioni più rilevanti che riguardano la mobilità sanitaria interregionale e internazionale attiva<sup>1</sup> e passiva<sup>2</sup> riferita al Trentino, quale fenomeno che comporta il superamento da parte dei cittadini del “confine” territoriale di competenza della propria istituzione sanitaria di riferimento, nell’esercizio del principio della libertà di scelta del luogo di cura riconosciuto - nei termini che saranno precisati - dal Servizio sanitario nazionale e dai sistemi di protezione sociale esteri.

Per quanto attiene al primo argomento, la mobilità sanitaria interregionale, fatti brevi cenni al processo di devoluzione sanitaria, che negli ultimi anni ha conosciuto in Italia un deciso rafforzamento, si presentano in questa sede, molte informazioni anche analitiche che riguardano l’anno 2003.

Relativamente al tema della mobilità sanitaria internazionale saranno invece esposte alcune delle novità in ordine al processo di promozione delle cooperazioni fra Servizi sanitari, finalizzato a migliorare l’accesso dei pazienti alle terapie ed interventi più efficaci, anche attraverso un radicale ampliamento delle condizioni che danno titolo, sul piano del diritto, all’assistenza sanitaria.

---

1 E' attiva la mobilità che si riferisce a soggetti residenti fuori provincia che beneficiano di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Provinciale.

2 E' passiva la mobilità che si riferisce a soggetti residenti in provincia che accedono a prestazioni sanitarie presso strutture extra-provinciali.

## 2. LA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE

### 2.1 IL CONTESTO

In Trentino, un'unica Azienda sanitaria con circa 6760 dipendenti serve la popolazione di circa mezzo milione di abitanti; i medici in dotazione all'Azienda sono circa 900, quelli di medicina generale ed i pediatri sono circa 450. I posti letto in ospedale sono circa 2600 distribuiti su 14 ospedali con relativi presidi, di cui 7 pubblici. Nel complesso sono in media circa 90.000 i ricoveri annualmente erogati, mentre gli accessi al pronto soccorso sono oltre 250.000. La spesa farmaceutica è la più bassa in Italia pur non avendo introdotto tickets, mentre la spesa sanitaria procapite complessiva è fra le più alte scontando innanzitutto una forte dotazione di posti letto in RSA (circa 4200), un costo del personale che in forza della contrattazione autonoma è di almeno il 10% più elevato rispetto ai contratti di lavoro nazionali, una certa complessità organizzativa dovuta al territorio di montagna.

Per il corrente anno la spesa corrente ammonta, in via previsionale, ad 860 milioni di euro così suddivisa:

<b>Voce di spesa</b>	<b>Importo</b>
Prodotti sanitari e non sanitari	96.600.000,00
Servizi in appalto	68.800.000,00
Farmaceutica	79.800.000,00
Ospedaliera convenzionata	49.000.000,00
RSA	93.000.000,00
Personale (compreso rinnovo contratto per 17,5 mil di euro)	328.500.000,00
Altri oneri	144.987.000,00
<b>Totale</b>	<b>860.687.000,00</b>

La Provincia di Trento è stata esclusa, fin dal 1995, dal riparto del Fondo sanitario nazionale e quindi finanzia con le risorse del proprio bilancio il Servizio sanitario provinciale ed esercita un potere legislativo concorrente, osservando i principi di riforma economico-sociale ed i principi fondamentali dell'ordinamento giuridico che derivano dalla normativa nazionale.

Per queste peculiarità la Provincia si è già storicamente confrontata, prima delle altre Regioni a Statuto ordinario, con alcune delle novità recate dal processo di

“devoluzione” ai livelli di governo inferiori<sup>3</sup> e con alcuni contenuti del federalismo fiscale delineato nel decreto legislativo 56/2000, rispettivamente per quanto attiene a) all’esercizio della competenza legislativa concorrente ed alla organizzazione dell’offerta del servizio dell’assistenza sanitaria e della promozione della salute e b) alla compartecipazione ai gettiti delle imposte afferenti al proprio territorio ed alla piena responsabilizzazione finanziaria nell’impiego delle risorse del bilancio provinciale.

La sanità - da sempre avvertita dai cittadini come funzione del governo locale, che meglio riesce a rispondere alle (sempre particolarissime) loro necessità, in armonia con l’evoluzione dei modi e degli stili personali di vita – è vista come utile riferimento per dare contenuti allo spirito riformista nazionale, potendo già vantare pregnanti processi di aziendalizzazione positivamente avviati e, si può affermare, positivamente conclusi<sup>4</sup> e di regionalizzazione (a costituzione invariata)

Il giudizio degli italiani si mantiene in proposito ancora favorevole al decentramento sanitario<sup>5</sup>, ma oggi lo scenario nazionale presenta rilevanti elementi di indeterminatezza proprio sul fronte dei processi della devoluzione e del federalismo fiscale.

Il voluminoso contenzioso sviluppato fra Stato e Regioni in sede di Corte Costituzionale in merito all’applicazione del nuovo Titolo V Cost., le incertezze di fondo sulla ripartizione delle competenze a cui nemmeno la più autorevole dottrina ha potuto offrire chiavi di lettura dirimenti, il congelamento del federalismo fiscale in attesa di adeguare il d. lgs. 56/2000 ai nuovi principi costituzionali che saranno individuati nell’ambito della riforma istituzionale, le difficoltà di assicurare su tutto il territorio nazionale i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), come parte dei più

---

3 Il processo è come noto appodato, attraverso la legge costituzionale 3/2001, alla modifica del Titolo V della Costituzione.

4 L’attenzione posta dalle Regioni sulle funzioni aziendali e sui risultati di bilancio delle ASL sta ora orientandosi sulla pratica clinica ed il suo governo, riportando fra le maggiori priorità della programmazione obiettivi clinici e di cura e non solo quelli economici.

5 Dall’indagine Fbm-Censis 2004 il 56% circa degli italiani è favorevole al federalismo sanitario perché consente di creare una sanità più vicina alle esigenze della popolazione (44,5%), perché rende più responsabili i vari soggetti della sanità (8,1%) rispecchia l’attuale situazione di differenziazione nella sanità delle Regioni. La parte contraria (32% circa) è particolarmente preoccupata del rischio di una accentuazione delle disparità territoriali (20% circa) mentre la quota del 12% circa è preoccupata del rischio che si accentuino le differenze fra le regioni in termini di contribuzione ed oneri per la sanità.

ampi livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere individuati dallo Stato ai sensi dell'articolo 117, comma 2 lettera m), costituiscono cause di una discontinuità che, non nego, è avvertita con insofferenza a tutti i livelli, dagli operatori ai pazienti.

Si sta quindi facendo più credibile la preoccupazione di chi ha intravisto nel processo di devolution la possibilità che il Servizio sanitario nazionale perda alcune sue caratteristiche di uniformità, per lasciare lo spazio alla nascita di tanti servizi sanitari regionali differenti, con gli assistiti che sempre più si spostano sul territorio nazionale per poter beneficiare delle prestazioni sanitarie di cui abbisognano, esercitando come accennato il principio della libertà di scelta del luogo di cura.

Per contrastare il predetto indirizzo – fra non poche difficoltà – è in atto un tentativo di lettura del nuovo Titolo V della Costituzione volto a “ricomporre un ordine verticale” in cui lo Stato conserva, con modalità diverse rispetto al passato, un ruolo di garante dell’uniformità nazionale e di coordinatore delle autonomie locali nell’attuazione di norme definite a livello sopranazionale. Per quanto riguarda i LEA, quali risultano individuati – con criteri, per la prima volta, espliciti - dal DPCM del 29 novembre 2001 (recepiti in Trentino con provvedimento giuntale di fine 2002) vi sono tentativi di responsabilizzare Regioni ed ASL in ordine al contenimento del processo di reintegro, attraverso risorse proprie, delle prestazioni in prima battuta espunte dal sistema (c.d. allegato 2A del citato DPCM) da assicurare, questa volta, solo agli assistiti residenti sul territorio di competenza<sup>6</sup>, Fra questi tentativi vi è la strenua

---

6 Merita anche ricordare che con una legge provinciale che risale al 1998 è stata perfezionata la delega all'Esecutivo per stabilire le prestazioni aggiuntive garantite ogni anno agli assistiti del SSP residenti in Trentino. Si tratta di prestazioni ulteriori rispetto allo scenario dei livelli di assistenza. Per la concreta applicazione delle delega si è attivato a livello tecnico un procedimento interdisciplinare per la valutazione delle richieste di prestazioni aggiuntive che pervengono all'Assessorato e per l'individuazione delle relative priorità. La situazione aggiornata ad oggi per la Provincia di Trento è la seguente, segnalando che ci sono in istruttoria ulteriori attività, tra cui il riordino dell'assistenza odontoiatrica per cui è stato predisposto un disegno di legge specifico.

#### ELENCO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

##### Concorsi nelle spese:

Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici, integratori alimentari ed agenti chelanti.  
Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici/integratori alimentari.  
Concorso spese ad invalidi in occasione di cure termali.  
Concorso spese ad invalidi per l'effettuazione di soggiorni climatici.  
Concorso spese per l'effettuazione di cure fitobalneoterapiche.  
Concorso spese per l'effettuazione del trattamento riabilitativo secondo il metodo "Doman".  
Concorso spese per prestazioni rese ai soggetti affetti da miopia metabolica.

difesa del principio che esclude dall'istituto della mobilità sanitaria le attività extra-LEA. Sul fronte, infine, delle riforme istituzionali si stanno delineando interventi che interessano, ancora una volta, la sanità<sup>7</sup>.

Risultato: ogni anno cresce il numero delle persone in Italia (nel 2003 più di 910.000) che si sposta da una regione all'altra, alla ricerca di servizi specializzati (nel 5% dei casi) o semplicemente perché optano per quelli all'esterno della propria regione (almeno il 60% dei casi sono di bassa complessità!).

## 2.2 I FLUSSI DELLA MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE

---

Concorso spese per l'effettuazione del parto a domicilio.

Concorso spese per l'effettuazione dell'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine.

Concorso spese per percorsi riabilitativi a favore di soggetti affetti da autismo, psicosi infantile o paralisi cerebrale infantile.

Concorso spese per l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico al domicilio dei soggetti affetti da fibrosi cistica o da displasia ectodermica.

11 bis Concorso spese per le prestazioni di controllo e programmazione dei pace maker

### Forniture:

Fornitura di prodotti galenici magistrali.

Fornitura di prodotti galenici magistrali con significato terapeutico essenziale.

Fornitura di prodotti per interventi riabilitativi degli ustionati.

Servizio di alimentazione artificiale a domicilio e fornitura dei relativi prodotti ed attrezzature.

Fornitura di prodotti di medicazione e dispositivi medici per la cura e riabilitazione a domicilio a soggetti affetti da gravi patologie.

Fornitura e riparazione di protesi, presidi ed ausili sanitari non previsti dal vigente nomenclatore tariffario delle protesi.

Fornitura di vaccini iposensibilizzanti.

Fornitura di prodotti farmaceutici agli assistiti affetti da gravi patologie croniche o di lunga durata e senza alternative terapeutiche ed ai trapiantati d'organo.

Prestazioni di correzione dei vizi di refrazione attraverso laser ad eccimeri

Prestazioni di circoncisione rituale maschile.

7 Nel ddl approvato in Senato il 23 marzo scorso, la materia della sanità viene in rilievo in due punti della riforma: il primo laddove si conferma la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza, cui è stata aggiunta la potestà legislativa esclusiva riguardo alle "norme generali sulla tutela della salute; sicurezza e qualità alimentari" (articolo 39, comma 5 del nuovo testo); il secondo laddove si devolve alle Regioni la potestà legislativa esclusiva su "assistenza e organizzazione sanitaria" (art. 39, comma 10 del nuovo testo). Rispetto all'attuale Costituzione, che prevede la legislazione concorrente su tutta la materia della tutela della salute - esclusi i livelli essenziali di assistenza che sono già oggi di competenza statale -, con la nuova riforma si riducono gli spazi di manovra delle Regioni proprio perché "limitati" dai paletti normativi nazionali che potrebbe fissare lo Stato a seguito delle prerogative previste al citato comma 5 dell'articolo 39. Si ritiene che anche il nuovo testo non scongiurerà il contenzioso costituzionale che ha caratterizzato questi primi anni di federalismo, perché resta una forte ambiguità su quali saranno effettivamente le materie specifiche e gli ambiti concreti che si intenderanno compresi nelle "norme generali sulla tutela della salute" e quelli che, viceversa, saranno ritenuti appartenenti agli aspetti connessi con "assistenza e organizzazione sanitaria".

La scelta di allontanarsi dalla propria zona di residenza (o dal territorio che costituisce il bacino "naturale" per cui sono allestiti i servizi) per ottenere prestazioni sanitarie - ed in particolare quelle ospedaliere - scopre la capacità attrattiva delle strutture che richiamano utenti al di fuori del bacino di residenza. Per altro verso, l'esercizio della medesima scelta segnala e genera il disequilibrio tra domanda ed offerta sul territorio di residenza. Tale disequilibrio, quando non rientra nell'ottica di precise politiche sanitarie, conduce già nel breve periodo a problemi di "bilancio" per le Aziende sanitarie perché genera costi aggiuntivi (le tariffe corrisposte agli erogatori esterni) "pieni" contro i costi marginali che si sarebbero sostenuti attraverso le proprie strutture di erogazione aziendali.

Gli spostamenti degli assistiti fra le strutture di erogazione dei servizi sanitari delle Regioni comporta, infatti, la necessità di provvedere alla regolazione delle posizioni debitorie e creditorie rispetto alle tariffe vigenti per ciascuna prestazione. Ciò avviene in forza dell'istituto della compensazione della mobilità sanitaria interregionale che trova la propria norma cardine di riferimento nella disciplina relativa al riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basato sulla c.d. "quota capitaria"<sup>8</sup>.

La ricerca della compatibilità finanziaria è particolarmente pressante per il Trentino, che da un decennio sta registrando un saldo della mobilità sanitaria interregionale negativo, di un certo rilievo.

L'Amministrazione provinciale, in particolare con l'avvio della presente legislatura, ha riservato al problema della mobilità un'attenzione particolare, tanto che il tema trova asilo nel documento che delinea gli indirizzi strategici per la sanità trentina nei prossimi anni e per l'anno 2005 uno dei 12 obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, riguarda proprio la mobilità sanitaria per la specialità dell'ortopedia.

---

<sup>8</sup> La quota pro capite di riparto è stata introdotta già dal 1984 sulla base di disposizioni contenute nelle leggi finanziarie dello Stato, disposizioni che hanno portato al superamento del criterio della spesa storica applicato dal 1975 al 1983. In particolare l'art. 27, comma 1, della Legge 27.12.1983 n. 730 (legge finanziaria 1984) disponeva che il Fondo Sanitario Nazionale venisse ripartito in base alla popolazione residente con compensazione centrale della mobilità sanitaria. A quest'ultimi fini 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.

I predetti indirizzi ed obiettivi sono stati individuati a seguito dell'esame della domanda espressa dai pazienti, quale input imprescindibile sia per la regolamentazione e pianificazione degli interventi di sviluppo del Servizio Sanitario Provinciale S.S.P., sia per l'organizzazione e la gestione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

L'emergere di una precisa documentazione sulla mobilità ha permesso e dovrà permettere ai diversi decisori pubblici coinvolti di conoscere con esattezza le condizioni di forza e debolezza della propria area di riferimento per raggiungere un compromesso fra le esigenze della collettività di avere una dotazione di servizi distribuita uniformemente sul territorio e le esigenze economico-strutturali dell'offerta di rapportarsi a bacini di utenza compatibili con i volumi di attività prevista.

Per quanto attiene al funzionamento dell'istituto<sup>9</sup>, la mobilità viene regolata a livello centrale tramite il Ministero della Salute. Sono pertanto esclusi gli addebiti/accrediti diretti tra le singole regioni o tra A.S.L..

Nelle fasi di verifica e di controllo dei dati vi è tuttavia – come accennato - un notevole contenzioso tra le Regioni per riconoscere o negare gli addebiti che vengono definiti a livello tecnico o politico (Conferenza Stato-Regioni).

Nel primo periodo di applicazione dell'istituto della compensazione (1995-primo semestre 2003) le tariffe per le prestazioni sanitarie sono risultate quelle deliberate e applicate al proprio interno da ogni Regione ai fini del finanziamento della propria spesa sanitaria, ai sensi della Legge 724/94, art. 6.

---

<sup>9</sup> Alla luce del documento redatto dai tecnici delle Regioni ed approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni, è previsto quanto segue:

entro il mese di maggio dell'anno successivo a quello di riferimento ogni Regione trasmette a ciascuna delle altre la nota dei propri crediti - su supporto informatico in forma analitica e su supporto cartaceo in forma riepilogativa - e al Coordinamento delle Regioni ed al Ministero inoltra un prospetto complessivo dei crediti vantati verso le singole Regioni.

il Ministero, che funge da stanza di compensazione, effettua le operazioni di conguaglio tenuto conto dell'esito del contenzioso eventualmente avviato fra le Regioni ed, in sede di riparto, detrae o aggiunge alla quota del Fondo Sanitario Nazionale di competenza delle singole Regioni gli importi risultanti a seconda che il saldo della mobilità sia risultato passivo o attivo.

In particolare per regolare sul piano finanziario le prestazioni di assistenza ospedaliera si sono gestiti, fino a poco tempo fa, ben 21 sistemi tariffari, quante sono le Regioni e Province Autonome.

Con il secondo semestre 2003 si è introdotta una tariffa unica convenzionale TUC per la regolazione finanziaria dei ricoveri. Alla TUC hanno aderito tutte le Regioni con l'eccezione della Provincia di Bolzano.

Attualmente entrano nella compensazione della mobilità sanitaria interregionale 7 tipi di prestazioni sanitarie, accomunate dal fatto di essere fornite direttamente al paziente, senza quindi l'intervento mediato di strutture del Servizio Sanitario Nazionale<sup>10</sup>. Esse riguardano :

- l'assistenza ospedaliera nei diversi regimi di ricovero;
- l'assistenza sanitaria di medicina di base;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'assistenza termale;
- il trasporto infermi;
- la somministrazione diretta di farmaci.

Sono convenzionalmente escluse le prestazioni sanitarie in RSA, nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, le forniture di protesi, ortesi ed ausili tecnici e le prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/78.

---

<sup>10</sup> In tal caso fra struttura inviante e struttura erogante si configura una cessione di servizi regolata con emissione diretta di titoli di addebito.

### 1.3. LA MATRICE FINANZIARIA COMPLESSIVA “ORIGINE-DESTINAZIONE”

Le due tabelle che seguono rappresentano le tavole origine-destinazione, da cui si evincono i saldi finanziari della mobilità sanitaria attiva e passiva fra tutte le Regioni, nell'anno 2003. I dati provvisori dell'anno 2003 sono stati assunti nel riparto del FSN per l'anno 2005.

REGIONI DEBITRICI	PIEMONTE	V. D'AOSTA	LOMBARDIA	P.A. BOLZANO	P.A. TRENTO	VENETO	FRIULI V. G.	LIGURIA	E. ROMAGNA	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA	TOTALE CREDITI
REGIONI CREDITRICI																						
PIEMONTE		12.540	56.731	363	539	2.317	765	46.157	5.443	4.534	586	1.467	3.713	1.454	498	14.722	9.324	2.101	11.644	14.773	4.484	194.155
VALLE D'AOSTA	3.949		1.187	5	6	65	21	348	132	117	45	28	151	19	7	93	72	14	216	151	108	6.736
LOMBARDIA	128.500	5.604		2.416	9.090	37.691	7.464	44.466	81.930	28.020	6.773	13.866	23.383	8.799	3.864	50.203	54.702	9.342	55.321	90.180	19.281	680.896
P.A. BOLZANO	243	17	1.736		13.432	5.444	595	262	1.083	618	103	298	1.011	89	11	310	494	49	279	462	151	26.688
P.A. TRENTO	498	55	12.619	5.334		12.745	674	667	2.661	763	201	492	1.309	236	78	875	924	167	689	1.227	477	42.691
VENETO	5.903	582	56.575	8.265	27.134		36.081	3.314	34.319	8.019	1.448	5.794	9.736	2.930	741	14.290	13.953	1.669	8.218	26.284	4.439	269.694
FRIULI V. GIULIA	821	31	3.468	459	502	47.402		542	1.682	1.180	448	436	1.872	402	120	3.635	2.754	218	1.135	4.630	789	72.527
LIGURIA	39.095	883	22.294	222	358	2.259	456		6.132	16.633	551	968	3.932	1.381	201	10.582	6.819	1.085	6.619	12.401	5.234	138.105
EMILIA ROMAGNA	11.460	324	68.676	1.698	2.747	34.365	4.772	12.065		34.469	7.737	50.817	20.010	14.711	4.261	34.513	42.033	7.087	29.967	31.014	8.072	420.799
TOSCANA	5.692	211	11.894	309	610	3.720	1.099	32.924	12.451		17.048	4.123	34.108	3.573	1.392	32.052	13.989	4.449	16.914	20.407	4.992	221.957
UMBRIA	643	15	1.339	48	98	404	150	359	977	19.397		10.674	39.333	2.605	921	4.016	4.823	1.320	3.719	2.752	489	94.081
MARCHE	943	26	3.592	64	112	925	233	496	9.536	1.800	5.031		8.220	29.170	1.582	3.427	8.163	726	1.257	2.048	389	77.740
LAZIO	3.148	166	6.565	320	429	3.667	1.204	1.802	3.470	13.114	15.684	8.600		28.731	11.842	82.763	25.581	9.364	39.836	25.609	9.063	290.958
ABRUZZO	1.052	51	2.747	95	97	656	186	316	1.255	878	1.158	13.340	50.316		22.395	6.120	15.522	866	1.348	1.396	266	120.059
MOLISE	246	3	486	16	6	48	33	58	287	207	119	168	12.719	5.636		29.780	8.806	270	472	312	96	59.767
CAMPANIA	1.897	70	5.844	168	303	1.418	628	659	3.411	2.790	614	898	16.353	937	3.013		6.565	11.001	6.366	2.856	630	66.422
PUGLIA	2.744	34	6.039	134	117	1.322	432	424	2.384	1.169	256	1.072	4.318	2.455	5.167	21.255		36.768	11.315	3.952	395	101.754
BASILICATA	503	3	863	10	12	117	30	99	348	253	100	73	900	95	24	13.825	10.895		6.207	277	14	34.649
CALABRIA	2.384	176	3.948	134	61	471	142	541	852	693	126	176	3.201	106	48	4.755	1.374	3.567		7.999	122	30.879
SICILIA	2.536	52	5.622	97	91	1.689	356	598	1.760	1.352	310	471	3.511	425	124	2.356	1.536	555	21.720		388	45.549
SARDEGNA	1.358	43	2.430	46	39	600	130	514	743	702	96	102	1.804	76	17	512	297	30	176	546		10.262
BAMBINO GESU'	190	1	261	16	20	155	31	398	242	764	3.368	510	122.269	3.618	1.867	8.429	5.429	1.976	4.662	2.927	1.220	158.354
TOTALE DEBITI	213.806	20.886	274.916	20.219	55.804	157.480	55.480	147.011	171.098	137.474	61.804	114.375	362.169	107.450	58.173	338.516	234.055	92.626	228.080	252.205	61.097	
TOTALE CREDITI	194.155	6.736	680.896	26.688	42.691	269.694	72.527	138.105	420.799	221.957	94.081	77.740	290.958	120.059	59.767	66.422	101.754	34.649	30.879	45.549	10.262	
S A L D O	-19.651	-14.151	405.980	6.468	-13.113	112.214	17.048	-8.905	249.701	84.483	32.278	-36.635	-71.211	12.609	1.595	-272.094	-132.301	-57.977	-197.201	206.656	-50.835	

In proposito è opportuno segnalare quanto segue:

- complessivamente a livello nazionale la mobilità sanitaria fra le regioni è aumentata dal 1995 al 2003, in termini finanziari del 90%, passando da circa 1600 milioni di euro a circa 3.000 milioni di euro
- 11 sono le Regioni che sono risultate sistematicamente deficitarie: in sostanza il Piemonte, la Valle d'Aosta, la P.A. Trento e tutta l'Italia centro-meridionale con esclusione di Umbria e Molise;
- con qualche distinguo si osserva che le Regioni vanno consolidando la propria posizione nello scenario nazionale: le Regioni con saldo positivo vanno migliorando la propria posizione creditoria, viceversa per quelle con saldo negativo, che peggiorano i propri conti finali;
- nel 2003 le Regioni con mobilità attiva più elevata sono risultate la Lombardia ( 680 mio euro), l'Emilia Romagna (420 mio euro) ed il Veneto (270 mio euro) che da sole rappresentano oltre il 45% del volume finanziario della mobilità sanitaria nazionale; nel medesimo anno le Regioni con mobilità passiva più elevata sono risultate la Campania (340 mio euro) e il Lazio (360 mio euro);
- nel 2003 le Regioni con il maggior saldo positivo sono risultate la Lombardia (405 mio euro) l'Emilia Romagna (349 mio euro) ed il Veneto (112 mio euro) mentre le Regioni con il saldo negativo più elevato sono risultate la Campania (272 mio euro), la Sicilia (206 mio euro) e la Calabria (197 mio euro);
- La P.A. Trento ha peggiorato i propri conti passando da un saldo negativo di 3,5 milioni di euro nel 1995 a quello - sempre negativo - di 13,1 milioni di euro nel 2003 (valori iniziali al lordo delle contestazioni). L'addebito per la mobilità sanitaria passiva è aumentato nel periodo in esame da 33,2 milioni di euro a

55,8 milioni di euro (+68%), mentre il valore della mobilità attiva si è incrementato passando da 29,7 milioni di euro a 42,6 milioni di euro(+55%)<sup>11</sup>:

ANNO	MOBILITA' ATTIVA COMPLESSIVA	MOBILITA' PASSIVA COMPLESSIVA	SALDO
<b>1995</b>	29,7	33,2	-3,5
<b>2003</b>	42,7	55,8	-13,1

(importi in milioni di euro)

- La P.A. Trento ha la posizione debitoria più rilevante (circa l'88% del totale) rispetto ai Servizi sanitari delle Regioni confinanti: Veneto (27,1 mio euro), P.A. Bolzano (13,3 mio euro) e Lombardia (9,0 mio euro). I propri maggiori crediti la P.A. Trento li vanta ancora con le medesime realtà (72% ca): Lombardia (12,6 mio euro) Veneto (12,8 mio euro) e P.A. Bolzano (5,3 mio euro). Nel complesso, tenuto conto degli esiti dell'attività di contenzioso che si sta concludendo positivamente per la P.A. Trento, questa risulta sempre deficitaria nei confronti di sole due Regioni: il Veneto (15 mio euro) e la P.A. Bolzano (7 mio euro).

Ulteriori informazioni possono trarsi dalla seguente tabella recante il confronto dei saldi rispetto alla tipologia di prestazione.

11 Fino al 1994 la mobilità ospedaliera, unica rilevata, aveva questi valori (in milioni di lire):

Anno	Saldo PAT
1988	- 5.697
1989	- 3.910
1990	- 4.352
1991	+4.010
1992	+ 4.096
1993	+ 4.711
1994	+ 2.941

## Mobilità sanitaria interregionale anno 2003

importi in migliaia di euro

<i>Tipologia di prestazione</i>	<b>Mobilità passiva (a)</b>	<b>Mobilità attiva (b)</b>	<b>Delta (b-a) anno 2003</b>	
Ricoveri	47.899	34.441	-	13.458
Medicina di base	132	286		154
Specialistica	4.539	3.553	-	986
Farmaceutica	908	1.473		565
Termale	735	1.644		909
Somm.ne di farmaci	1.396	178	-	1.218
Trasporti	202	1.116		914
Altro	5	-	-	5
<b><i>Totale</i></b>	<b>55.816</b>	<b>42.691</b>	-	<b>13.125</b>

E' particolarmente interessante rilevare che, rispetto alle prestazioni sanitarie ammesse nell'istituto della compensazione della mobilità sanitaria interregionale, il saldo negativo della P.A. Trento deve imputarsi essenzialmente all'assistenza ospedaliera, risultando marginale il saldo negativo per la specialistica e per la somministrazione diretta di farmaci.

Nel 2003 il Servizio Sanitario Provinciale ha chiuso in largo attivo la medicina generale, la farmaceutica, le cure termali e le prestazioni di trasporto

## 1.4 LA MOBILITA' PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA.

Per quanto detto conviene soffermarci maggiormente sull'assistenza ospedaliera nell'anno 2003, i cui dati di sintesi sono i seguenti:

importi in milioni di euro

<b>Mobilita'</b>	<b>N. Ricoveri</b>	<b>N. Gg deg.</b>	<b>Fatturato</b>
Attiva	10.786	127.482	34,5
Passiva	-15.940	-110.490	-47,9
Saldo	-5.154	+16.992	-13,4

Apri il presente capitolo la tabella di sintesi recante le informazioni disponibili sulla mobilità attiva e passiva per l'assistenza sanitaria nei diversi regimi di ricovero (nel 2003 rispettivamente 34,5 milioni di euro e 47,9 milioni di euro.

### *Mobilità attiva anno 2003 Riepilogo ricoveri distinti regione di provenienza*

<b>Regione di provenienza</b>	<b>n. ricoveri</b>	<b>%</b>	<b>GG di degenza</b>	<b>%</b>	<b>Fatturato</b>	<b>%</b>
Piemonte	113	1,05%	837	0,66%	333.513,41	0,97%
Valle D'Aosta	7	0,06%	60	0,05%	49.888,61	0,14%
Lombardia	3.148	29,19	56.417	44,25	10.721.977,31	31,13 %
P.A.Bolzano	1.513	14,03	9.571	7,51%	4.145.448,88	12,04 %
Veneto	3.418	31,69	39.727	31,16	11.049.116,83	32,08%
Friuli V.G.	166	1,54%	1.693	1,33%	503.118,16	1,46%
Liguria	154	1,43%	1.111	0,87%	447.088,33	1,30%
Emilia Romagna	605	5,61%	5.260	4,13%	1.748.409,95	5,08%
Toscana	162	1,50%	1.321	1,04%	527.079,92	1,53%
Umbria	33	0,31%	263	0,21%	130.716,92	0,38%
Marche	111	1,03%	825	0,65%	335.217,30	0,97%
Lazio	309	2,86%	2.201	1,73%	833.908,54	2,42%
Abruzzo	57	0,53%	467	0,37%	171.621,16	0,50%
Molise	18	0,17%	153	0,12%	62.167,77	0,18%
Campania	179	1,66%	1.395	1,09%	688.198,39	2,00%
Puglia	220	2,04%	1.615	1,27%	665.221,92	1,93%
Basilicata	33	0,31%	307	0,24%	143.060,55	0,42%
Calabria	148	1,37%	1.033	0,81%	589.316,39	1,71%
Sicilia	281	2,61%	2.366	1,86%	931.948,24	2,71%
Sardegna	111	1,03%	860	0,67%	364.174,72	1,06%
<b>Totale</b>	<b>10.786</b>		<b>127.482</b>		<b>34.441.193,30</b>	

I cittadini assistiti dal S.S.P. provengono per il 29% dalla Lombardia, per il 31% dal Veneto e per l'14% dalla P.A. Bolzano. Il 25 % circa dei restanti ricoveri è distribuito fra tutte le restanti regioni. Analizzando il dettaglio dei ricoveri per regione debitrice si evidenzia un decremento generale nei confronti di tutte le regioni ad eccezione della regione Friuli Venezia Giulia, per la quale si registra un incremento del numero di

ricoveri rispetto al 2002 pari al 17%. Come negli anni precedenti le principali strutture provinciali che ricoverano pazienti non residenti rimangono nell'ordine l'Ospedale S. Chiara di Trento e la Casa di Cura Eremo. Si registra comunque un incremento dell'incidenza dei ricoveri eseguiti presso strutture private, sia in termini di numero di ricoveri – che per la Casa di Cura Eremo e l'Ospedale S. Pancrazio sono aumentati rispetto al 2002 - sia in termini di fatturato, stante l'applicazione della tariffa unica convenzionale con tariffe maggiori nell'area riabilitativa. Dal confronto fra i dati relativi all'anno 2002 e quelli dell'anno 2003 rimane quasi inalterata la degenza media (11,9 gg nel 2002 e 11,8 gg nel 2003) nonostante l'incremento dei ricoveri eseguiti in day hospital (+ 24,8%) e la riduzione dei ricoveri in degenza ordinaria (- 7,98%), da cui pertanto emerge una sostanziale invarianza della degenza media per i ricoveri ordinari.

Sul lato dell'offerta, è interessante rilevare che il fatturato della mobilità sanitaria attiva per l'assistenza ospedaliera è ripartito fra ospedali pubblici e strutture private accreditate del S.S.P. nella misura del 53% rispettivamente 47%.

### ***Mobilità attiva anno 2003 Riepilogo ricoveri distinti per struttura erogante***

#### ***Strutture Pubbliche***

<b><i>Ospedale</i></b>	<b><i>N. ric.</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>gg deg.</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>Fatturato</i></b>	<b><i>%</i></b>
Ospedale Armanni	75	0,70%	827	0,65%	205.082,23	0,60%
Ospedale di Ala	20	0,19%	271	0,21%	51.615,55	0,15%
Ospedale di Borgo	134	1,24%	766	0,60%	302.596,04	0,88%
Ospedale di Cavalese	705	6,54%	3.200	2,51%	1.496.271,53	4,34%
Ospedale di Cles	378	3,50%	2.363	1,85%	763.143,42	2,22%
Ospedale di Mezzolombardo	70	0,65%	531	0,42%	151.901,06	0,44%
Ospedale di Riva	425	3,94%	2.817	2,21%	829.405,99	2,41%
Ospedale di Rovereto	1.168	10,83%	6.857	5,38%	4.739.981,75	13,76%
Ospedale di Tione	440	4,08%	2.278	1,79%	1.026.662,08	2,98%
Ospedale S. Chiara	2.200	20,40%	15.195	11,92%	7.692.379,26	22,33%
Villa Rosa	73	0,68%	1.768	1,39%	363.292,48	1,05%
<b><i>Subtotale</i></b>	<b><i>5.688</i></b>	<b><i>52,74%</i></b>	<b><i>36.873</i></b>	<b><i>28,92%</i></b>	<b><i>17.622.331,39</i></b>	<b><i>51,17%</i></b>

#### ***Strutture Private***

<b><i>Ospedale</i></b>	<b><i>N. ric.</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>gg deg.</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>Fatturato</i></b>	<b><i>%</i></b>
L'Eremo	1.815	16,83%	33.840	26,54%	6.897.169,63	20,03%
Regina	1.068	9,90%	34.261	26,88%	4.532.618,53	13,16%
S. Camillo	299	2,77%	1.262	0,99%	635.675,43	1,85%
S. Famiglia	281	2,61%	6.666	5,23%	873.257,17	2,54%
S.Pancrazio	520	4,82%	9.226	7,24%	1.749.662,88	5,08%
Solatrix	141	1,31%	2.831	2,22%	436.756,46	1,27%
Villa Bianca	974	9,03%	2.523	1,98%	1.693.721,81	4,92%
<b><i>Subtotale</i></b>	<b><i>5.098</i></b>	<b><i>47,26%</i></b>	<b><i>90.609</i></b>	<b><i>71,08%</i></b>	<b><i>16.818.861,91</i></b>	<b><i>48,83%</i></b>

<b><i>TOTALE</i></b>	<b><i>10.786</i></b>		<b><i>127.482</i></b>		<b><i>34.441.193,30</i></b>	
----------------------	----------------------	--	-----------------------	--	-----------------------------	--

Confrontando infine i dati di mobilità attiva ospedaliera 2002 – 2003 per regione di provenienza ed istituto rimangono inalterati i flussi già evidenziati nel 2002, per cui presso la Casa di Cura Eremo sono ricoverati principalmente soggetti residenti in Veneto (1.177 nel 2002 e 1.173 nel 2003) mentre presso la Casa di Cura Villa Regina vengono ricoverati principalmente soggetti residenti in Lombardia (1.025 nel 2002 e 1.007 nel 2003).

I casi di ricovero di trentini fuori provincia sono stati 15.944 di cui 2503 (15%) in Lombardia, 3694 (23%) nella P.A. Bolzano e 7.953 (50%) in Veneto.

**Mobilità passiva anno 2003**  
**Riepilogo ricoveri distinti regione di destinazione**

Regione di provenienza	n. ricoveri	%	GG di degenza	%	Fatturato	%
Piemonte	118	0,74%	974	0,88%	474.368,48	0,99%
Valle D'Aosta	1	0,01%	5	0,00%	2.126,77	0,00%
Lombardia	2.503	15,70%	15.634	14,15%	7.800.631,96	16,29%
Provincia Autonoma di Bolzano	3.694	23,17%	23.832	21,57%	11.363.639,15	23,72%
Veneto	7.953	49,88%	59.381	53,74%	23.881.507,53	49,86%
Friuli Venezia Giulia	139	0,87%	920	0,83%	424.751,44	0,89%
Liguria	125	0,78%	651	0,59%	299.720,12	0,63%
Emilia Romagna	700	4,39%	4.813	4,36%	2.218.854,33	4,63%
Toscana	159	1,00%	1.091	0,99%	397.665,31	0,83%
Umbria	28	0,18%	166	0,15%	92.134,96	0,19%
Marche	39	0,24%	203	0,18%	74.307,75	0,16%
Lazio	158	0,99%	1.055	0,95%	302.230,69	0,63%
osp Bambin Gesù	10	0,06%	46	0,04%	13.095,80	0,03%
Abruzzo	41	0,26%	295	0,27%	87.743,47	0,18%
Molise	3	0,02%	12	0,01%	5.025,04	0,01%
Campania	103	0,65%	645	0,58%	188.382,81	0,39%
Puglia	51	0,32%	334	0,30%	98.827,13	0,21%
Basilicata	7	0,04%	22	0,02%	8.922,34	0,02%
Calabria	20	0,13%	82	0,07%	51.054,46	0,11%
Sicilia	61	0,38%	216	0,20%	81.634,00	0,17%
Sardegna	31	0,19%	117	0,11%	32.817,32	0,07%
<b>Totale</b>	<b>15.944</b>		<b>110.494</b>		<b>47.899.440,86</b>	

Rispetto al numero di trentini che hanno beneficiato di prestazioni di ricovero fuori provincia, si evidenzia un incremento dei ricoveri eseguiti in Provincia di Bolzano (+4%), in Lombardia (4,9%) ed Emilia Romagna (+2,9%), mentre diminuiscono i ricoveri eseguiti nelle strutture ospedaliere della Regione Veneto (-1%).

Come negli anni precedenti le principali strutture extraprovinciali che ricoverano pazienti trentini rimangono nell'ordine l'Ospedale regionale di Bolzano; l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'Ospedale civile di Feltre.

Dal confronto fra i dati relativi all'anno 2002 e quelli dell'anno 2003 emerge inoltre una riduzione della degenza media (7,18 gg nel 2002 e 6,93 gg nel 2003) che deriva da una maggiore frequenza dei ricoveri eseguiti in day hospital (+ 7,19%) e da una riduzione dei ricoveri in degenza ordinaria (- 1,63%) Per quanto riguarda gli importi finanziari l'analisi evidenzia un incremento del fatturato maggiore (+1,32%) rispetto all'incremento del numero di ricoveri (+0,67) sostanzialmente riconducibile agli incrementi riconosciuti all'attività di alta complessità a seguito dell'introduzione della tariffa unica convenzionale. Confrontando infine i dati di mobilità passiva ospedaliera 2002 – 2003 per distretto di provenienza risulta accentuata la “fuga” dei pazienti del distretto Alta e Bassa Valsugana (+17%) verso la Regione Veneto, mentre diminuisce quella dei pazienti residenti nel distretto del Primiero (-5,46%). Aumenta invece sensibilmente il numero di pazienti residenti nel distretto di Trento (+13%) e nel distretto Alta Valsugana (+17%) che si rivolgono alle strutture ospedaliere della Provincia di Bolzano. Nel corso dell'anno 2003 si è verificata complessivamente una riduzione del numero di ricoveri eseguiti presso le strutture provinciali a favore di soggetti non residenti.

#### *1.4.1 l'analisi per MDC*

I dati che seguono sono organizzati per MDC (grande categoria diagnostica) ed evidenziano uno squilibrio negativo per i ricoveri relativi all'MDC 8 Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo ed un saldo ampiamente positivo per i ricoveri relativi all'MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio. Su 26 MDC, solo in 3 il Trentino è attivo per quanto attiene al numero dei ricoveri.

**Mobilità sanitaria interrregionale anno 2003**  
**Confronto ricoveri in mobilità attiva e passiva per MDC**

<i>Descrizione MDC</i>	<i>Numero ricoveri</i>			<i>GG degenza</i>			<i>Attiva</i>	<i>Fatturato</i>	
	<i>Attiva</i>	<i>Passiva</i>	<i>Saldo</i>	<i>Attiva</i>	<i>Passiva</i>	<i>Saldo</i>		<i>Passiva</i>	<i>Saldo</i>
1 Malattie e disturbi del sistema nervoso	610	1.429	-819	8.489	12.849	-4.360	1.891.492,65	5.893.743,05	-4.002.250,4
2 Malattie e disturbi dell'occhio	429	937	-508	938	2.425	-1.487	649.826,33	1.489.187,86	-839.361,53
3 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso della bocca e della gola	530	695	-165	2.285	2.820	-535	2.370.368,43	1.035.041,94	1.335.326,49
4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	576	406	170	10.043	4.743	5.300	1.946.213,07	1.601.172,62	345.040,45
5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.898	1.157	1.741	42.271	7.923	34.348	11.352.890,66	4.546.289,90	6.806.600,76
6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	506	844	-338	3.275	6.374	-3.099	1.179.457,39	2.208.113,01	-1.028.655,6
7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	214	407	-193	2.040	3.304	-1.264	628.142,96	1.382.095,94	-753.952,98
8 Malattie e disturbi del sistema muscoscheletrico e del tessuto connettivo	2.144	4.352	-2.208	33.577	26.142	7.435	7.383.739,84	13.086.976,55	-5.703.236,7
9 Malattie e disturbi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella	208	390	-182	1.386	2.228	-842	458.848,47	715.234,54	-256.386,07
10 Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	164	364	-200	2.736	1.796	940	464.215,61	688.050,47	-223.834,86
11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	171	458	-287	1.226	2.959	-1.733	380.307,10	1.392.970,69	-1.012.663,5
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	74	246	-172	384	1.257	-873	227.837,00	589.833,59	-361.996,59
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	272	842	-570	895	2.038	-1.143	465.811,25	1.403.023,22	-937.211,97
14 Gravidanza, parto puerperio	770	645	125	1.881	2.618	-737	956.580,44	819.608,43	136.972,01
15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	199	387	-188	1.172	2.521	-1.349	269.254,43	475.225,82	-205.971,39
16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	40	143	-103	444	1.012	-568	136.666,87	367.020,61	-230.353,74
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	283	801	-518	3.224	6.894	-3.670	969.655,00	4.193.363,30	-3.223.708,3
18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	70	93	-23	721	1.072	-351	226.558,91	315.239,53	-88.680,62
19 Malattie e disturbi mentali	149	497	-348	3.435	11.323	-7.888	502.459,76	1.538.990,87	-1.036.531,1
20 Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	173	44	129	3.027	665	2.362	513.761,01	102.779,09	410.981,92
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	79	138	-59	460	1.098	-638	167.427,52	342.027,63	-174.600,11
22 Ustioni	4	4	0	32	9	23	19.346,00	12.438,89	6.907,11
23 Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	120	516	-396	1.913	3.375	-1.462	289.245,88	722.215,35	-432.969,47
24 Traumatismi multipli rilevanti	29	31	-2	359	449	-90	238.876,31	349.418,36	-110.542,05
25 Infezioni da h.i.v.	3	20	-17	8	171	-163	5.772,15	66.525,24	-60.753,09
26 non attribuibile	71	98	-27	1.261	2.429	-1.168	746.438,26	2.562.854,36	-1.816.416,1
<b>Totale</b>	<b>10.786</b>	<b>15.944</b>	<b>-5.158</b>	<b>127.482</b>	<b>110.494</b>	<b>16.988</b>	<b>34.441.193,30</b>	<b>47.899.440,86</b>	<b>-13.458.247,56</b>

#### 1.4.2 l'analisi per DRG (Diagnosis Related Group)

Per quanto riguarda la mobilità attiva i ricoveri più numerosi riguardano il DRG<sup>12</sup> relativo agli interventi sull'apparato circolatorio. Le tabelle riportate di seguito evidenziano per 2003 i ricoveri in mobilità attiva e passiva distinti per DRG (DRG con oltre 100 casi).

#### *Mobilità attiva anno 2003 Riepilogo ricoveri distinti per DRG*

<b>DRG</b>	<b>Descrizione</b>	<b>N. ric.</b>	<b>gg deg</b>	<b>Fatturato</b>
145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	1.451	25.785	5.372.546,93
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	501	528	508.027,09
245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	441	11.365	1.646.004,70
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	357	7.242	1.382.337,01
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	243	379	373.328,54
244	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	182	5.441	737.131,65
088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	175	5.219	716.898,18
391	NEONATO NORMALE	155	697	80.208,57
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	144	880	235.506,47
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	140	387	319.763,87
133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	136	2.841	455.493,09
219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E Omero ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA^>17 SENZA CC	130	875	365.967,69
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	129	572	181.900,62
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	128	1.860	321.224,10
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	124	526	275.601,19
014	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	120	2.285	538.336,94
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	119	718	306.681,92
112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	119	690	781.016,62
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	115	1.159	311.611,42
144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	105	1.287	344.311,29
134	IPERTENSIONE	105	2.452	334.821,41
	<b>TOTALE</b>	<b>5.119</b>	<b>73.188</b>	<b>15.588.719,30</b>

12 E' necessario precisare che a partire dal 1 luglio 2003 con l'introduzione della tariffa unica convenzionale l'individuazione del raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) per i ricoveri relativi alla mobilità attiva è stata effettuata con il sistema HCF10 invece che con il sistema HCF14 – che prevede l'introduzione di tre nuovi DRG - adottato in Provincia. Ai fini della successiva analisi si segnala che per una maggiore semplicità espositiva nonché per un migliore confronto con i dati della mobilità passiva (dato atto che nella maggior parte delle altre Regioni è in vigore anche per il primo semestre la versione HCF10), si è proceduto ad utilizzare per l'intero anno 2003 la codifica con il sistema HCF10.

Per quanto riguarda la mobilità passiva, i DRG più ricorrenti in termini di numero di ricoveri risultano quelli relativi agli interventi sulle articolazioni, sul cristallino, sull'utero nonché quelli legati alla chemioterapia.

**Mobilità passiva anno 2003**  
**Riepilogo ricoveri distinti per DRG**

<b>DRG</b>	<b>Descrizione</b>	<b>N. ric.</b>	<b>gg deg</b>	<b>Fatturato</b>
222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	864	2.558	2.080.010,43
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	492	855	711.415,46
209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	428	5.069	3.788.220,73
215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	357	2.427	1.280.830,68
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	357	1.021	779.289,37
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	356	808	761.669,05
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	333	2.885	2.209.162,37
391	NEONATO NORMALE	293	1.382	143.326,49
430	PSICOSI	286	6.767	894.444,26
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	268	1.260	351.347,81
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	242	590	337.280,17
225	INTERVENTI SUL PIEDE	234	1.019	497.514,24
369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	228	280	88.490,21
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	226	1.692	351.390,46
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	217	839	172.438,70
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	207	2.357	481.884,94
001	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	198	2.803	2.047.283,96
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	196	785	356.873,59
462	RIABILITAZIONE	179	2.117	370.907,60
249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	169	968	176.935,92
119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	161	352	243.527,93
006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	161	274	194.335,21
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	143	474	92.225,94
012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	138	1.761	484.059,33
219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E Omero ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	130	986	341.857,85
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	130	444	261.189,71
112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	118	584	724.045,58
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	115	393	186.320,20
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	111	340	77.326,75
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	111	480	94.437,89
	<b>Totale</b>	<b>7.448</b>	<b>44.570</b>	<b>20.580.042,83</b>

### 1.4.3 l'analisi per diagnosi principale

Può essere utile, per i tecnici della materia, fornire alcune informazioni sulla mobilità in termini di diagnosi principale del ricovero, quale si evince dalle schede di dimissione ospedaliera:

#### *Mobilità attiva anno 2003 Riepilogo ricoveri distinti per diagnosi principale*

	<b>Diagnosi principale</b>	<b>N. ricoveri</b>	<b>GG deg</b>	<b>fatturato</b>
4294	Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	805	12694	€2.623.944,06
V434	Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	536	10895	€2.282.512,28
63592	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	451	454	€452.038,01
71509	Artrosi generalizzata, sedi multiple	383	11884	€1.571.380,73
V4365	Sostituzione di articolazione del ginocchio	172	3595	€698.130,63
V4364	Sostituzione di articolazione dell'anca	166	3390	€646.652,19
30390	Dipendenza da alcool, altra e non specificata, non specificata	155	2910	€481.348,39
42731	Fibrillazione atriale	146	969	€353.010,95
36610	Cataratta senile, non specificata	144	200	€218.038,41
V433	Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	121	2377	€492.659,37
V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	120	490	€75.363,71
V581	Chemioterapia	119	718	€306.681,92
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	118	3889	€520.661,43
71515	Artrosi localizzata primaria, anca	106	1700	€416.836,24
		<b>3.542</b>	<b>56.165</b>	<b>11.139.258,32</b>

**Mobilità passiva anno 2003**  
**Riepilogo ricoveri distinti per diagnosi principale**

	<b>Diagnosi principale</b>	<b>N. ricoveri</b>	<b>GG deg</b>	<b>fatturato</b>
6289	Infertilità femminile, di origine non specificata	415	468	€514.380,99
V581	Chemioterapia	402	3792	€2.995.135,73
7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	325	623	€772.131,77
72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	294	1609	€965.212,38
V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	237	1054	€137.158,09
36610	Cataratta senile, non specificata	194	341	€255.066,06
71515	Artrosi localizzata primaria, anca	180	1729	€1.323.074,12
4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	166	357	€236.076,65
V571	Altra fisioterapia	164	1870	€323.981,56
3540	Sindrome del tunnel carpale	160	271	€193.170,58
7350	Alluce valgo (acquisito)	155	639	€330.735,02
650	Parto normale	152	742	€206.812,69
71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	145	1486	€967.765,69
71783	Lesione inveterata del legamento crociato anteriore	140	789	€426.240,60
V548	Altro trattamento ortopedico ulteriore	133	220	€94.514,78
36619	Altre forme combinate di cataratta senile	108	127	€153.671,68
36616	Sclerosi nucleare	104	178	€166.471,15
V540	Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna	101	301	€218.641,63
		<b>3.575</b>	<b>16.596</b>	<b>10.280.241,17</b>

## 1.5 PRIME CONCLUSIONI

Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale ha assunto dimensioni consistenti, in virtù del principio della libertà di scelta dei luoghi di cura da parte degli assistiti.

I dati disponibili, sia di attività sia di tipo finanziario, rappresentano una base informativa particolarmente importante, che può offrire utili spunti di riflessione per stabilire sul piano tecnico-politico le possibili evoluzioni del Servizio Sanitario Provinciale in termini di potenziamento, di ricerca della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, di sviluppo dei livelli di assistenza e dei profili di prevenzione, cura e riabilitazione.

Pur con le dovute precauzioni e fatti salvi i numerosissimi distinguo che devono a rigore caratterizzare le analisi dell'istituto della mobilità, preme in questa sede riassumere le seguenti osservazioni:

- il saldo negativo della mobilità sanitaria della P.A.Trento ha raggiunto nel 2003 i 13,1 milioni di euro ed i trend a livello nazionale segnalano che le regioni con saldo negativo vanno peggiorando propri conti;
- fra tutte le prestazioni sanitarie che hanno titolo alla compensazione interregionale la P.A. Trento dimostra un saldo deficitario nell'assistenza ospedaliera per l'importo di 13,4 milioni di euro;
- l'88% circa della mobilità passiva è giustificato dalle prestazioni erogate nel Veneto, nell'Alto Adige ed in Lombardia;
- i rapporti "critici", cioè i saldi passivi, si hanno solo con due realtà confinanti: la regione Veneto e la P.A. Bolzano;
- un ruolo importante per spiegare la mobilità passiva è attribuibile alla conformazione orografica del territorio provinciale per cui determinati distretti;

per quanto riguarda la mobilità attiva non appare così determinante il flusso turistico stagionale che interessa le località della provincia;

- le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza da parte delle Strutture private accreditate del S.S.P. rappresentano una parte consistente delle prestazioni di mobilità attiva;
- il 2005 e ancor più il 2006 potrebbe risultare l'anno decisivo per determinare una svolta nei saldi negativi della P.A. Trento, in forza dell'attivazione delle funzioni di neurochirurgo al S. Chiara e del conseguente contenimento della fuga di ricoveri di alta specializzazione e delle iniziative adottate nel corso del corrente anno dalla Provincia e dall'Azienda provinciale, nello specifico per il contenimento della mobilità passiva.

### 3. MOBILITA' SANITARIA INTERNAZIONALE

La mobilità non riguarda solo gli spostamenti degli assistiti fra i Servizi sanitari delle regioni italiane dovendo bensì trattare anche gli spostamenti fra gli Stati.

La legge 833/1978 che ha dato vita al Servizio sanitario nazionale non riconosce un diritto incondizionato alla copertura sanitaria in favore dei cittadini che si recano all'estero per motivi di lavoro svago, motivi di famiglia, ecc. Pertanto, prima di intraprendere un viaggio all'estero, si consiglia di assumere informazioni presso l'Azienda provinciale per conoscere se nello Stato estero prescelto esista, per casi urgenti, il riconoscimento dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato italiano. In caso negativo è prudente tutelarsi con una polizza assicurativa privata contro eventi sanitari imprevisti.

In applicazione del principio di libera circolazione delle persone che sostiene l'Unione Europea le condizioni che regolano la mobilità sanitaria negli Stati membri sono specifiche.

I responsabili dell'elaborazione del Trattato costitutivo negli anni 50 erano consapevoli delle differenze esistenti tra i regimi di sicurezza sociale dei diversi stati membri. Essi erano però interessati ad evitare che le disparità esistenti si frapponessero come ostacolo alla libera circolazione dei lavoratori e le disposizioni risultanti - vale a dire il Reg. 1408/71 e il Reg. 574/72 - si pongono nell'ottica di coordinare i regimi dei singoli Stati membri per tutelare i diritti dei cittadini in generale e, per quanto attiene alla materia sanitaria, degli assistiti in particolare<sup>13</sup>, in applicazione degli articoli, 2, 7 e 51 del Trattato.

---

13 REGOLAMENTO (CEE) N. 1408/71 DEL CONSIGLIO del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità.

GU n. L 149 del 5. 7. 1971, Versione consolidata GU n. L 28 del 30. 1. 1997, Modificato da GU:

Regolamento (CE) n. 1290/97 del Consiglio del 27 giugno 1997           L 176     4.7.1997

Regolamento (CE) n. 1223/98 del Consiglio del 4 giugno 1998           L 168    13.6.1998

Queste norme di “coordinamento” (si badi, non di “armonizzazione” in quanto non si intende interferire sulla sovranità degli Stati perché, nel disegno federale dell'U.E. non si persegue la creazione di un unico sistema di protezione sociale su scala europea né l'obiettivo di uniformare gli attuali regimi) impattano unicamente su quelle parti della legislazione nazionale suscettibili di produrre effetti indesiderabili per chi si sposta all'interno dell'Unione.

Nel caso dell'assistenza sanitaria - ne discende - un lavoratore distaccato o un turista in temporaneo soggiorno, possono oggi godere di alcune delle prestazioni sanitarie nello Stato dell'Unione Europea in cui si recano, alle stesse condizioni dei cittadini di quello Stato, presentando la documentazione necessaria per attestare il diritto.

In prospettiva però la politica sanitaria dell'Unione europea finirà per incidere in misura sempre maggiore sulla sovranità degli Stati membri, con disposizioni vincolanti, dal momento che il livello elevato di protezione<sup>14</sup> che è perseguito dall'UE potrà assorbire i livelli essenziali delle prestazioni ex art. 117 Cost.

Rispetto alla Carta europea dei pazienti del 2002 che ha individuato 14 diritti base degli assistiti per la difesa della salute – essi vanno dal diritto a servizi preventivi appropriati, al diritto di libera scelta fra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari, al diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, al diritto di reclamo fino a quello di risarcimento, per citarne alcuni – una recente indagine apparsa sugli organi di stampa (cfr. il sole 24 sanità n. 8 del 7 marzo 2005) ha posto però in evidenza, per quanto ora di rilievo, oltre alle (perfino ovvie) grandi diversità fra i Paesi dell'Unione, una “pagella” con punteggi complessivi che segnalano qualche nota dolente, soprattutto in termini di innovazione, di consenso alle cure, di accesso alle

---

Regolamento (CE) n. 1606/98 del Consiglio del 29 giugno 1998	L 209	25.7.1998
Regolamento (CE) n. 307/1999 del Consiglio dell'8 febbraio 1999	L 38	12.2.1999
Regolamento (CE) n. 1399/1999 del Consiglio del 29 aprile 1999	L 164	30.6.1999
Regolamento (CE) n. 1386/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 giugno 2001	L.18710.7.2001	
Regolamento (CE) n. 631/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004	L. 100 6.4.2004	

Modificato da: Atto relativo alle condizioni di adesione della Repubblica ceca, della Repubblica di Estonia, della Repubblica di Cipro, della Repubblica di Lettonia, della Repubblica di Lituania, della Repubblica di Ungheria, della Repubblica di Malta, della Repubblica di Polonia, della Repubblica di Slovenia e della Repubblica slovacca e agli adattamenti dei trattati sui quali si fonda l'Unione europea L.236 23.9.2003

14 L'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, emanata a Nizza nel 2000, così come ripreso all'articolo 95 della nuova Costituzione per l'Europa, prevede infatti *“Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere le cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”*

prestazioni e di tempi di attesa. E' in rapporto a questa realtà che sono stati prodotti negli ultimi quattro anni approfondimenti e proposte da diversi gruppi di lavoro e commissioni in sede europea, piuttosto convincenti sulla necessità di preconstituire le basi per sviluppare un sistema di assistenza sanitaria "senza più confini per tutti gli europei", facendo però prima convergere verso l'alto i livelli essenziali di assistenza di tutti gli Stati dell'Unione. Nel prossimo meeting promosso dallo Stato italiano a Venezia per la seconda metà del corrente anno, in ordine alla cooperazione transfrontaliera in sanità, potranno in questo senso essere poste le condizioni per affrontare in modo equilibrato e rispondente alle attese il tema della mobilità sanitaria.

Nell'ultimo biennio l'istituto della mobilità sanitaria internazionale ha comunque già visto perfezionare importanti cambiamenti.

Le principali novità hanno riguardato l'allargamento degli Stati membri dell'U.E, l'ampliamento delle prestazioni beneficiabili, l'introduzione della tessera europea di assistenza malattia, l'accesso diretto, la proposta di direttiva che amplia la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie all'estero.

Nell'ordine:

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<sup>15</sup>, anche per le prestazioni programmabili ed a prescindere dall'alta specialità delle stesse.

---

15 Per questo, lo scenario di massima apertura tracciato dal Commissario alla Salute, Markos Kiprianou, in base ai lavori del Gruppo di alto livello sulla mobilità e lavorando sulla proposta di direttiva di cui alla successiva nota n. 18, è stato accolto con numerosi rilievi dallo Stato italiano che ha rappresentato invece la necessità di assicurare la compatibilità economica del disegno politico. Si ritiene quindi pregiudiziale alla realizzazione dei nuovi scenari dei diritti in sanità, nel senso delle indicazioni dei pronunciamenti della Corte di Giustizia sull'argomento, 1) passare all'"armonizzazione" dei sistemi di sicurezza sociale, che sono strutturalmente molto diversi da un Paese all'altro ed in particolare 2) individuare i livelli "europei" delle tipologie di prestazioni per le quali consentire la piena libertà di spostamento (si tratterebbe di una sorta di comune denominatore che soddisfi tutte le parti coinvolte) 3) verificare l'impatto economico che si determinerebbe nei "sistemi di sicurezza sociale" con riguardo alle spese sanitarie di tutti gli stati membri.

2. sono diventate operative le direttive (cfr. Reg. 631/2004) sulla semplificazione all'accesso alle cure sanitarie all'estero, con l'introduzione a) della qualificazione "necessaria" in sostituzione di quella "urgente" nella definizione di cura da prestare senza autorizzazione a cittadini stranieri comunitari e b) del principio di non discriminazione amministrativa dei cittadini stranieri nell'accesso ai servizi (cfr. successivo punto 4)

3. la sostituzione di alcuni formulari della serie E 1xx con la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) - che è entrata in vigore in ambito europeo dal 1° giugno 2004, ai sensi delle decisioni n. 189, 190 e 191, emesse in data 18 giugno 2003 della Commissione Amministrativa della Unione Europea per la Sicurezza Sociale dei Lavoratori Migranti. In particolare sono stati sostituiti dalla TEAM i seguenti formulari : E110, E111, E119 ed E128<sup>16</sup>. In Italia la TEAM è entrata invece in vigore dal 1° novembre 2004 e la sua emissione e distribuzione a tutti gli iscritti al SSN viene realizzata gradualmente dal Ministero dell'Economia e Finanze eccetto che per gli assistiti della Regione Lombardia per i quali è la stessa Regione che provvede a distribuirla. La parte dei cittadini italiani (come i trentini) che non sono ancora in possesso della tessera, in caso di temporaneo soggiorno in uno Stato UE, potranno richiedere alla propria ASL di appartenenza il certificato sostitutivo provvisorio fino al 31 dicembre 2005; dopo tale data il certificato verrà rilasciato solo in caso di furto o smarrimento della tessera. La TEAM (o il certificato sostitutivo provvisorio) può quindi essere definito quale documento personale che permette ad un cittadino in temporaneo soggiorno all'estero di ricevere nello Stato UE le cure "medicalmente necessarie"

4. Attraverso lo strumento della TEAM (o certificato sostitutivo provvisorio), l'accesso alle prestazioni medicalmente necessarie avviene in forma diretta presso le strutture pubbliche e private convenzionate. Per prestazioni in forma diretta si intendono le cure sanitarie fornite a titolo gratuito, salvo il pagamento dei tickets che restano a carico dell'assistito. Ciò deriva dalla citata decisione n. 631/2004 che ha introdotto

---

16 Il modello "E-111" era necessario per soggiorni di breve durata, quali i soggiorni turistici, l'attestato E-128, veniva utilizzato per il distacco dei dipendenti in un altro paese e per gli studenti, l'attestato E-110 era relativo al trasporto stradale internazionale e l'attestato E-119 riguardava la residenza temporanea finalizzata alla ricerca di un posto di lavoro.

questo principio dal 1° luglio 2004, per cui l'esibizione della TEAM costituisce unica condizione che consente di esercitare il diritto di ottenere le cure secondo le regole vigenti per i cittadini residenti nello Stato. Fino a quella data il cittadino aveva l'obbligo di procurarsi presso lo Stato estero un particolare modulario per l'accesso alle prestazioni.

Il modulario 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”*.

In altri termini, la nuova ricetta – in questi giorni in distribuzione anche in Trentino - dovrà essere utilizzata per tutte quelle prestazioni (visita ambulatoriale, visita domiciliare, guardia medica, guardia medica turistica, assistenza farmaceutica, prestazione specialistica, prestazioni extra) per le quali era in uso il carnet verde nei confronti di cittadini iscritti presso istituzioni estere della UE, spazio economico europeo della Svizzera e degli Stati con i quali vige un accordo bilaterale di sicurezza sociale, ancorchè l'art. 4 comma 3 del DM 18 maggio 2004 del Ministero dell'Economia e finanze di concerto del Ministero della Salute, subordini l'abolizione del suddetto carnet alla modifica del DM 25 novembre 1982 istitutivo di esso.<sup>17</sup>

Va ripetuto che la TEAM (o il certificato sostitutivo provvisorio) non può essere utilizzata per il trasferimento all'estero per cure di alta specializzazione generalmente rientranti in quelle programmate. La TEAM (e il certificato sostitutivo provvisorio) è valida negli Stati elencati qui di seguito:

Austria	Paesi Bassi	Regno Unito	Repubblica Ceca
Belgio	Grecia	Irlanda	Francia

---

<sup>17</sup> Il Ministero della Salute, in un recente pronunciamento, ritiene di disapplicare il suddetto DM 25 novembre 1982 attualmente in via di modifica, in attuazione al Reg. (CE) 631/2004).

Danimarca	Islanda	Svezia	Slovenia
Finlandia	Spagna	Svizzera	Polonia
Liechtenstein	Lussemburgo	Cipro	Slovacchia
Germania	Norvegia	Malta	Estonia
Portogallo	Ungheria	Lituania	Lettonia
Svizzera			

Oggi, quindi, entrano nell'istituto della mobilità sanitaria internazionale le prestazioni di assistenza medica generica e specialistica, le prestazioni di assistenza farmaceutica, quelle ospedaliere e di pronto soccorso, per citare le maggiori, riferite a soggetti che rientrano nei seguenti casi:

#### **Temporaneo soggiorno all'estero per motivi diversi dal lavoro**

- Temporaneo soggiorno in UE SEE e CH
- Temporaneo soggiorno in Stati in convenzione

#### **Temporaneo soggiorno all'estero per motivi di studio**

- Temporaneo soggiorno in UE SEE e CH
- Temporaneo soggiorno in Stati non in convenzione

#### **Temporaneo soggiorno e residenza all'estero per motivi di lavoro**

- Temporaneo soggiorno in UE SEE e CH
- Residenza in UE SEE CH
- Residenza in Stati in convenzione
- Permanenza in Stati non in convenzione

#### **Residenza all'estero per motivi diversi dal lavoro**

- Residenza UE SEE e Stati in Convenzione

#### **Assistenza in Italia a cittadini Italiani provenienti dall'estero**

- Lavoratori che rientrano temporaneamente o definitivamente
- Cittadini italiani residenti in UE SEE e CH in temporaneo soggiorno
- Cittadini italiani emigrati all'estero in stati non in convenzione

**Trasferimento all'estero per cure non ottenibili in sede di SSN ma presso strutture pubbliche o private convenzionate.** In questo caso viene utilizzato il modello E112, non sostituito dalla TEAM e vi è il rimborso alla struttura erogante in base alle tariffe che spettano ordinariamente alla medesima.

Prima di fornire informazioni di carattere finanziario, preme evidenziare che sul tema, a livello di Unione europea la proposta di direttiva Bolkenstein, relativa ai servizi del mercato interno, di inizio 2004, tratta la questione specifica della compatibilità fra il principio della libera circolazione dei servizi e i regimi di autorizzazione preliminare per la copertura delle spese inerenti alle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro. A tale proposito la proposta, recita la relazione accompagnatoria del suo articolo 23<sup>18</sup> riprende la distinzione tra cure ospedaliere e non ospedaliere chiaramente stabilita dalla giurisprudenza consolidata della Corte di Giustizia. Per i casi in cui tale autorizzazione preliminare è giustificata, la proposta precisa le condizioni specifiche di autorizzazione conformemente alla giurisprudenza della Corte. Questioni più generali sono state sollevate nel processo di “riflessione ad alto livello” sulla mobilità dei pazienti e l'evoluzione delle cure sanitarie nell'Unione europea<sup>19</sup>, compresi i diritti e i doveri dei pazienti, le modalità per agevolare la cooperazione fra sistemi sanitari, la fornitura di informazioni adeguate a pazienti, operatori sanitari e responsabili delle decisioni politiche, le modalità per garantire l'accesso alle cure transfrontaliere e la loro qualità, l'impatto dell'allargamento e, in maniera più generale, le modalità per migliorare la certezza giuridica e conciliare, in questo settore, obiettivi nazionali e obblighi comunitari.”

Merita, infine, dare “l'ordine di grandezza” dei dati finanziari della mobilità internazionale:

#### 1 prestazioni “medicalmente necessarie” (urgenti fino al 2004)

---

18 Articolo 23 - Assunzione degli oneri finanziari delle cure sanitarie

1. Gli Stati membri non possono subordinare al rilascio di un'autorizzazione l'assunzione degli oneri finanziari delle cure non ospedaliere fornite in un altro Stato membro se gli oneri relativi a tali cure, qualora quest'ultime fossero state dispensate sul loro territorio, sarebbero stati assunti dal loro sistema di sicurezza sociale;

Le condizioni e le formalità a cui gli Stati membri sottopongono sul loro territorio la concessione di cure non ospedaliere, quali in particolare l'obbligo di consultare un medico generico prima di uno specialista o le modalità di copertura di determinate cure dentistiche, possono essere opposte al paziente, al quale le cure non ospedaliere sono state fornite in un altro Stato membro.

2. Gli Stati membri provvedono affinché l'autorizzazione per l'assunzione da parte del loro sistema di sicurezza sociale degli oneri finanziari delle cure ospedaliere fornite in un altro Stato membro non sia negata qualora tali cure figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione e non possano essere dispensate al paziente entro un termine accettabile, dal punto di vista medico, tenuto conto del suo attuale stato di salute e del probabile decorso della malattia.

3. Gli Stati membri provvedono affinché l'assunzione da parte del loro sistema di sicurezza sociale degli oneri finanziari delle cure sanitarie fornite in un altro Stato membro non sia inferiore a quella prevista dal loro sistema di sicurezza sociale per cure analoghe fornite sul territorio nazionale.

4. Gli Stati membri provvedono affinché i propri regimi di autorizzazione per l'assunzione degli oneri finanziari delle cure fornite in un altro Stato membro siano conformi agli articoli 9, 10, 11 e 13.

1.a) I dati del Trentino:

Anno	CREDITI (A)		DEBITI (b)		SALDO (a-b)
	Num. fatture	Imp. fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	Saldo in Euro
2000	2.277	1.106.411,27	1.224	648.806,21	457.605,06
2001	2.313	1.258.668,95	1.101	431.674,46	826.994,49
2002	2.225	1.217.784,12	1.069	580.860,00	636.924,12
2003	2.246	1.363.927,55	652	468.792,32	895.135,23
Totale	9.061	4.946.791,89	4.046,00	2.130.132,99	2.816.658,90

1.b) I dati nazionali:

Anno	CREDITI (A)		DEBITI (b)		SALDO (a-b)
	Num. Fatture	Imp. fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	Saldo in Euro
2000	70.644	31.297.432,64	96.340	79.699.328,95	-48.401.896,31
2001	69.910	32.037.852,12	92.393	75.659.795,42	-43.621.943,30
2002	59.940	30.350.067,08	76.686	67.830.176,10	-37.480.109,02
2003	28.559	15.349.962,70	52.353	50.666.559,40	-35.316.596,70
totale	229.053	109.035.314,54	317.772,00	273.855.859,87	-164.820.545,33

Nel periodo considerato, come nel precedente dal 1995 al 2000, la Provincia di Trento è sempre risultata attiva a differenza della quasi totalità delle altre realtà regionali.

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 e b) di sviluppare un contenzioso tecnicamente valido rispetto alle fatturazioni degli altri Stati, pervenute attraverso il Ministero della Salute.

In proposito la Provincia di Trento è stata una fra le prime realtà italiane che ha aderito al progetto TESS (telematica per la sicurezza sociale), dopo Bolzano, Thiene e Rimini. L'obiettivo del progetto, tuttora in corso, è quello di semplificare e accelerare le procedure amministrative al fine di migliorare l'acquisizione dei diritti e l'assegnazione il pagamento delle prestazioni di sicurezza sociale, in un contesto caratterizzato dalla problematicità nello scambio di informazioni tra i vari Stati

<sup>19</sup> Cfr. documento del Gruppo di Lavoro di Alto Livello, presente min. Sirchia per l'Italia, del marzo 2004

(difficoltà di reperire l'istituzione competente in un altro Stato, difficoltà di identificare l'assicurato, difficoltà nella gestione delle procedure di scambio, conflitti tra la tutela della segretezza e l'obbligo di scambiare informazioni, difficoltà per l'assicurato di avere un parere adeguato). Il progetto vuole sviluppare i servizi telematici al fine di creare una rete europea di interscambio di dati tra Stati membri della U.E., che in base a dei precisi protocolli di comunicazione protetti, consenta lo scambio di informazioni, e dati contabili e sensibili, tra i vari soggetti interessati.

A livello nazionale, nell'ambito dell'evoluzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N.S.I.S.) si stanno realizzando alcuni progetti<sup>20</sup> di sostegno all'attività di TESS per velocizzare e semplificare il flusso dei rimborsi per l'assistenza sanitaria all'estero. Si vogliono acquisire le informazioni presso le istituzioni competenti (ASL) e rendere più efficaci i controlli di coerenza con gli standard definiti a livello comunitario al fine di ridurre il numero di contestazioni ed accelerare gli scambi economici tra i Paesi. Questa nuova modalità operativa porterà ad un recupero dei crediti su base nazionale di circa 25 milioni di euro all'anno, destinato ad aumentare con il crescere della mobilità delle persone a seguito dell'integrazione europea. Il Ministero, in qualità di Autorità Competente ed Organismo di Collegamento, effettuerà i controlli di coerenza e completezza necessari, provvederà alla contabilizzazione ed all'invio in modo telematico ai Paesi esteri partecipanti al programma TESS. L'obiettivo, in definitiva, è quello di superare con tutte le ASL l'invio cartaceo delle fatture, riducendo i tempi di trasmissione delle fatture al centro e, attraverso il previsto controllo automatico, il numero di successive contestazioni.

---

20 Tali progetti riguardano tutti gli Uffici delle USL che trattano pratiche per l'assistenza sanitaria all'estero e gli assessorati regionali di sanità.

I progetti nazionali sono i seguenti:

1. gestione dei crediti "al costo" verso gli Stati esteri per assistenza sanitaria ad assicurati di paesi UE e SEE in temporaneo soggiorno in Italia (Il progetto si occupa di automatizzare il flusso delle fatture creditorie delle prestazioni "al costo" (modello E125) provenienti dalle USL garantendo in tal modo direttamente alla fonte ed in modo automatico i controlli e le elaborazioni necessarie per "introdurre" a livello centrale le fatture al Paese estero debitore);
2. gestione dei crediti a "forfait" per l'assistenza sanitaria in Italia a pensionati e familiari assicurati a carico di Paesi UE e SEE (il progetto si occupa di automatizzare il flusso delle fatture creditorie delle prestazioni "a forfait" (modello E127) a partire dalle informazioni presenti sugli attestati di diritto provenienti dalle USL (modelli E121, E109, E108) ed inviate al centro attraverso procedure automatiche. Il sistema sarà predisposto in modo coerente con la decisione n.168 della Commissione Amministrativa del 11/6/98 relativa alla modifica dei formulari E121 e E127 necessari all'applicazione dei regolamenti CEE n. 1408/71 e n. 574/72 ed alle modalità di calcolo che prevedono il calcolo della quota non più per nucleo familiare ma pro-capite per ogni titolare del diritto);
3. gestione dei rendiconti economici nei confronti degli Stati UE, Paesi convenzionati, delle Regioni e delle USL (Il progetto si occupa di effettuare tutte le elaborazioni contabili tenendo conto della situazione creditoria/debitoria per Regione /USL. Le elaborazioni contabili correlate a tale obiettivo consentono di ottemperare agli obblighi che il Ministero deve rispettare come Organismo di Collegamento responsabile dei rapporti economici con i Paesi esteri per l'assistenza all'estero a seguito delle disposizioni contenute nell'art. 18 comma 7 del D.Lvo 502/92 così

---

come modificato dal D.Lvo 517/93. Le elaborazioni verranno quindi rese disponibili in modo automatico alle USL allo scopo di fornire un quadro riassuntivo della situazione creditoria e debitoria)

#### **4. LA MOBILITA' PER ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO**

Un capitolo a parte può essere dedicato alle prestazioni di altissima specializzazione ottenibili presso centri esteri in alcun modo "allacciato" dal SSN.

La legge del 23 ottobre 1985, n. 595 stabilisce i criteri di fruizione di prestazioni assistenziale presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini Italiani, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico e sono altresì stabiliti i limiti e le modalità per il concorso della spesa relativa da porre a carico dei bilanci delle ASL. Hanno costituito primi atti regolamentari della norma il D.M. 24.1.1990 e il D.M. 30.8.1991.

Per quanto riguarda il Servizio sanitario provinciale, la Giunta provinciale, con propria deliberazione n. 1484 del 28 giugno 2002 , in applicazione dell'articolo 68, comma 2 della L.P. 11.9.1998, n. 10 ha stabilito una propria specifica disciplina che non si discosta di molto dal quadro nazionale.

In questa sede serve ricordare che sono considerati di alta specializzazione i ricoveri per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad elevata tecnologia.

I cittadini iscritti al Servizio sanitario provinciale e residenti nella Provincia Autonoma di Trento possono fruire in forma indiretta dell'assistenza ospedaliera di alta specializzazione allorché tale assistenza non sia erogabile in maniera tempestiva e/o in forma adeguata alle particolarità del caso clinico, presso presidi pubblici o privati convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ubicati in Italia o all'estero. Quindi i requisiti di tempestività ed adeguatezza possono risultare sia congiunti che disgiunti.

E' considerata prestazione non ottenibile tempestivamente la prestazione per la cui erogazione le strutture pubbliche o private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare

con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'assistito ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

E' considerata non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico la prestazione che gli ospedali pubblici o privati convenzionati non possono erogare per la carenza di uno o più dei predetti elementi che qualificano l'alta specializzazione (specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative, attrezzature ad elevata tecnologia).

I requisiti di cui sopra possono essere preventivamente accertati dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari quale condizione per dare certezza all'assistito circa l'entità del concorso spese che verrà corrisposto. Il riconoscimento dei requisiti da parte della medesima Azienda può comunque essere effettuato successivamente in base alla certificazione sanitaria prodotta dall'interessato nei casi in cui per ragioni di urgenza e gravità, non sia stato possibile acquisire il parere in via preventiva.

Dette disposizioni valgono anche per i ricoveri di alta specializzazione fruiti all'estero da cittadini che già vi si trovino per altre ragioni (turismo, lavoro, ....).

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari in sede di esame preventivo o successivo degli elementi e requisiti per accedere all'assistenza ospedaliera di alta specializzazione in forma indiretta deve assumere le decisioni in relazione alla particolarità dei singoli casi trattati secondo criteri di equità e di ragionevolezza.

L'Azienda per l'espletamento dei compiti assegnati attiva all'interno della propria organizzazione una specifica articolazione e ne definisce attribuzioni e modalità di funzionamento.

Per i ricoveri di alta specializzazione, debitamente riconosciuti, viene determinato, se più favorevole rispetto al concorso spese previsto per l'assistenza ospedaliera indiretta (ordinaria), un concorso nella spesa in misura pari all'80% della spesa di natura strettamente sanitaria documentata e ammissibile.

La misura del concorso si applica alla spesa sostenuta al netto delle quote di partecipazione alla spesa eventualmente previste, in generale, dallo Stato estero per i propri assistiti.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari a fronte di tali ricoveri, può assumere preventivi accordi con la struttura erogante volti a garantire l'assolvimento dell'impegno da parte dell'assistito, fino al 70% del contributo previsto.

Le prestazioni direttamente e strettamente correlate al ricovero di alta specializzazione sostenute preventivamente ed in funzione al ricovero come pure i successivi controlli entro 20 giorni dalla data delle dimissioni, possono rientrare fra le spese da considerarsi ai fini dell'intervento Complessivo, la cui quota non può superare comunque l'80% della spesa.

## 5. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE:

La sanità tra scelta e razionamento AAVV Il sole 14 ore, ottobre 1999

I livelli essenziali di assistenza; Silvia Arcà in Tendenze Nuove 4-5/2003

Rapporto sanità 2003; AAVV ed. Il Mulino.

I livelli di assistenza: uno strumento di governo nel federalismo sanitario; Laura Pellegrini ASSR; relazione tenuta al convegno nazionale “La sanità e il federalismo” – 29 novembre 2001

Rapporto CEIS – Sanità 2004; AAVV ed. Italtel

Materiale e circolari del Ministero della Salute, Direzione Generale Rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali – Ufficio II.