



NILDE

Network Inter-Library Document Exchange

Il presente documento viene fornito attraverso il servizio NILDE dalla Biblioteca fornitrice, nel rispetto della vigente normativa sul Diritto d'Autore (Legge n.633 del 22/4/1941 e successive modifiche e integrazioni) e delle clausole contrattuali in essere con il titolare dei diritti di proprietà intellettuale.

La Biblioteca fornitrice garantisce di aver effettuato copia del presente documento assolvendo direttamente ogni e qualsiasi onere correlato alla realizzazione di detta copia.

La Biblioteca richiedente garantisce che il documento richiesto è destinato ad un suo utente, che ne farà uso esclusivamente personale per scopi di studio o di ricerca, ed è tenuta ad informare adeguatamente i propri utenti circa i limiti di utilizzazione dei documenti forniti mediante il servizio NILDE.

La Biblioteca richiedente è tenuta al rispetto della vigente normativa sul Diritto d'Autore e in particolare, ma non solo, a consegnare al richiedente un'unica copia cartacea del presente documento, distruggendo ogni eventuale copia digitale ricevuta.

Biblioteca richiedente: Biblioteca di Area Economica Vilfredo Pareto
Data richiesta: 22/06/2020 13:37:52
Biblioteca fornitrice: Biblioteca Norberto Bobbio. Università degli Studi di Torino
Data evasione: 22/06/2020 14:17:39

Titolo rivista/libro: Mecosan (Online)
Titolo articolo/sezione: La mobilità transfrontaliera dei pazienti: un'analisi del fenomeno in Italia
Autore/i: Denita Cepiku, Benedetta Marchese
ISSN: 2384-8804
DOI:
Anno: 2019
Volume:
Fascicolo: 112
Editore:
Pag. iniziale: 61
Pag. finale: 82

La mobilità transfrontaliera dei pazienti: un'analisi del fenomeno in Italia

Denita Cepiku, Benedetta Marchese, Federico Spandonaro*

In un quadro di crescente globalizzazione i sistemi sanitari si trovano ad affrontare nuove sfide per la *governance* dell'assistenza ai pazienti. Il contributo prende le mosse dall'analisi della letteratura sulla mobilità sanitaria, affrontando il tema dal punto di vista delle politiche europee, nazionali e regionali, delle strategie delle aziende sanitarie e ospedaliere, e dei fattori che determinano i comportamenti dei pazienti. L'obiettivo è quello di focalizzare l'attenzione sulle dimensioni che ha assunto il fenomeno della mobilità transfrontaliera dei pazienti in Italia, attraverso l'elaborazione di dati forniti dal Ministero della Salute. Infine, si identifica una serie di implicazioni rilevanti per le politiche pubbliche, arrivando a delineare un modello multilivello per il governo della mobilità sanitaria europea, e si indicano alcuni spunti per la ricerca futura.

Parole chiave: mobilità del paziente, mobilità transfrontaliera, Italia.

* Denita Cepiku, Dipartimento di Management e Diritto, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". E-mail: cepiku@economia.uniroma2.it.

Benedetta Marchese, Dipartimento di Management e Diritto, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". E-mail: benedetta.marchese@uniroma2.it.

Federico Spandonaro, Dipartimento di Economia e Finanza, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". E-mail: federico.spandonaro@uniroma2.it.

In a framework of increasing globalization, healthcare systems are facing new challenges for the governance of patient care. The study has a starting point the analysis of the literature on cross-border healthcare, addressing the issue from the point of view of European, national and regional policies, strategies of healthcare providers and determinants of patient's behaviour. It aims at focusing attention on the dimensions that the phenomenon of cross-border healthcare has assumed in Italy, through the elaboration of data provided by the Ministry of Health. Finally, relevant implications to public policies are identified, leading to the definition of a multilevel model for the governance of European cross-border healthcare, and ideas for future research are suggested.

Keywords: patient mobility, cross-border healthcare, Italy.

1. Introduzione

Tutti i sistemi sanitari stanno assistendo, in diversa misura, a una crescente mobilità di professionisti e pazienti, innescata dai differenziali di costo tra i Paesi e favorita dai minori costi di trasporto, dall'*empowerment* del paziente e dalla sua crescente consapevolezza con riguardo alla scelta della struttura

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il quadro normativo di riferimento
3. La letteratura sulla mobilità sanitaria europea: politiche e comportamenti, determinanti e deterrenti
4. La mobilità transfrontaliera dei pazienti in Italia
5. Discussione e conclusioni

in cui ricevere le cure, anche grazie alla diffusione delle tecnologie informatiche¹ (Jenkins, 2004; Glinos *et al.*, 2010; Giacomelli e Longo, 2012; Connell, 2013; Bustamante, 2014; Lunt *et al.*, 2014).

La ricerca, assumendo come riferimento territoriale l'Unione Europea, si focalizza sulla mobilità transfrontaliera e sull'ambito ospedaliero, principale componente della mobilità sanitaria². Si farà, quindi, riferimento al fenomeno sociale che coinvolge i pazienti che attraversano il confine nazionale per ricevere assistenza sanitaria.

Dati recenti riportati da *Patients Beyond Borders* stimano che un numero compreso tra i 14 e i 16 milioni di pazienti ogni anno viaggiano per motivi di salute nel mondo. La minaccia della fuga dei pazienti dovrebbe portare i sistemi sanitari di provenienza a intervenire affinché costi, tempi e qualità delle cure siano allineati a quelli di sistemi di offerta alternativi. Il recupero di efficienza indotto dalla domanda – piuttosto che una maggiore mobilità dei pazienti – sembra essere il principale obiettivo perseguito dalla Direttiva 2011/24/EU³. In questo contesto,

¹ Negli ultimi anni si è assistito a un aumento della disponibilità delle informazioni fornite da app e siti web agli utenti. Il cittadino consulta con regolarità i commenti degli altri utenti prima di effettuare una scelta e partecipa a discussioni su forum/blog e chat. Nel nostro Paese si segnala, per esempio, il portale del Ministero della Salute www.dovesalute.gov.it, che fornisce informazioni sugli ospedali italiani, offrendo la possibilità al cittadino di dare un voto o lasciare un commento su aspetti specifici del servizio.

² Altri ambiti, non parte del presente studio, includono l'erogazione di servizi da uno Stato sul territorio di un altro Stato (telemedicina, diagnosi e prescrizioni a distanza, servizi di laboratorio), la presenza commerciale di un Paese attraverso imprese che erogano servizi sanitari sul territorio di un altro Paese, la mobilità di operatori sanitari tra Paesi.

³ Le parole del Commissario Dalli alla presentazione della Direttiva sono state particolarmente chiare al riguardo: "People prefer to be treated close to home which is why there are protests over hospital closures. That said, this directive is welcome in that if people use the rights it affords them, member states will be obliged to pay for healthcare for those on long waiting lists. This

tuttavia, si osserva uno scollamento tra gli interessi dell'Unione Europea – prevalentemente focalizzati sul miglioramento dell'efficienza, trascurando l'integrazione tra sistemi e politiche nazionali – e gli interessi dei Paesi membri – maggiormente preoccupati della sostenibilità finanziaria, dell'equità e del controllo dell'appropriatezza.

Il contributo prende le mosse dalla letteratura sulla mobilità sanitaria, affrontando il tema dal punto di vista delle politiche europee, nazionali e regionali, delle strategie delle aziende sanitarie e ospedaliere e dei fattori che determinano i comportamenti dei pazienti. Attraverso l'elaborazione di dati forniti dal Ministero della Salute relativi agli anni 2006-2010, si è cercato di fornire un quadro delle dimensioni che il fenomeno ha assunto in Italia nel momento antecedente il recepimento della Direttiva 2011/24/UE, che ha conferito un impulso senza precedenti al tema dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera.

Lo studio, pertanto, approfondisce da più punti di vista le dinamiche che caratterizzano il fenomeno della mobilità sanitaria, nell'intento di contribuire a fornire alcuni spunti utili a costruire strumenti in grado di governarla. Le domande di ricerca includono le seguenti:

- Quali dimensioni ha assunto il movimento dei cittadini italiani all'estero nel periodo considerato?
- Verso quali Paesi si sono mossi i pazienti?
- Quali sono le prestazioni per le quali

should force member states to review and improve their health services as they will have to pay the costs of patients going to other member states if they can't get care at home".

i pazienti si sono spostati maggiormente?

Sulla base di queste premesse, il paper identifica una serie di implicazioni rilevanti per le politiche pubbliche e alcuni spunti per la ricerca futura. Le principali raccomandazioni riguardano come rafforzare la capacità di governo del sistema a livello europeo, l'integrazione tra sistemi sanitari europei, e – a livello nazionale – come salvaguardare la sostenibilità finanziaria e l'equità.

2. Il quadro normativo di riferimento

Il Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea stabilisce che le competenze comunitarie in materia di assistenza sanitaria hanno un ruolo complementare rispetto alle prerogative nazionali e iniziano quando termina l'azione degli Stati membri, con particolare riferimento a riduzione delle iniquità sanitarie, malattie transnazionali e mobilità transnazionale dei pazienti.

Divisione e complementarità delle competenze e difesa delle libertà fondamentali nell'UE hanno portato a una continua evoluzione del quadro normativo e allo sviluppo secondo due traiettorie parallele – regolamentare (Reg. 883/2004 e Reg. 987/2009 che ne stabilisce le modalità di applicazione) e giurisprudenziale (Dir. 2011/24/UE) – non sempre tra loro coerenti. Le due normative differiscono principalmente nei seguenti aspetti:

- il rimborso dei costi. Il Regolamento 883/2004 prevede l'assistenza diretta: le prestazioni sanitarie sono, di norma, pagate direttamente dal Sistema sanitario di appartenenza,

salvo eventuale partecipazione alla spesa. La Direttiva del 2011, invece, dà maggiore controllo sulla spesa allo Stato di provenienza, prevedendo una forma di assistenza indiretta: il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria e, successivamente, richiede il rimborso. Questo è pari al costo che il Sistema sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nel proprio Stato, senza superare il costo della prestazione sanitaria effettivamente ottenuta;

- l'autorizzazione preventiva (per le cure programmate). Mentre il Regolamento del 2004 prevede sempre un'autorizzazione preventiva, secondo la Direttiva del 2011 gli Stati membri possono subordinare ad autorizzazione preventiva l'assistenza sanitaria che: "a) è soggetta a esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente a una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane e che comporta il ricovero del paziente per almeno una notte o richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o apparecchiature mediche altamente specializzate e costose; b) richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione; c) è fornita da un prestatore di assistenza sanitaria che, all'occorrenza, potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni rispetto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza";
- le cure fruibili all'estero. Il Regolamento 883/2004 prevede che si possano ottenere, nei Paesi dell'U-

nione Europea, negli altri Paesi dello Spazio Economico Europeo e in Svizzera, oltre alle cure necessarie e urgenti durante i soggiorni temporanei, le cure adeguate al proprio stato di salute purché le stesse figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui si risiede e non possano essere praticate entro un lasso di tempo accettabile, tenuto conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia. La Direttiva del 2011 prevede che si possano ottenere, in uno degli Stati dell'Unione Europea, le cure erogate dal proprio sistema sanitario, a eccezione dei servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata, dell'assegnazione e dell'accesso agli organi ai fini dei trapianti e dei programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose;

- i prestatori di assistenza sanitaria. Il Regolamento 883/2004 prevede che le prestazioni sanitarie siano fornite da strutture sanitarie o professionisti, pubblici o privati convenzionati con il Sistema sanitario del Paese di cura. La Direttiva del 2011, invece, prevede che le prestazioni rimborsabili possano essere fornite da prestatori di assistenza sanitaria pubblici e privati, anche al di fuori delle convenzioni con il Sistema sanitario del Paese di cura.

La grande differenza tra i regolamenti e la Direttiva consiste nel fatto che la persona è considerata in quanto paziente che sulla base di cure programmate sceglie il luogo e il prestatore di assistenza più opportuno, e non come cittadino che soggiorna in un altro Stato per lavoro, studio o turismo.

Il processo di attuazione della Direttiva prevede visite di ricognizione nei

Paesi membri, un'indagine su base nazionale attraverso un questionario, la definizione di linee guida nazionali. La Direttiva doveva essere recepita dagli Stati membri entro il 25 ottobre 2013. Dalla Relazione della Commissione (2018) al Parlamento Europeo e al Consiglio sul funzionamento della Direttiva 2011/24/UE emerge che, dopo la scadenza del termine fissato per il recepimento, la Commissione ha avviato 26 procedimenti d'infrazione per notifica tardiva o incompleta dei provvedimenti di recepimento. In seguito a tali procedimenti tutti gli Stati membri hanno notificato integralmente i rispettivi provvedimenti di recepimento. È interessante notare che alla Commissione sono stati notificati oltre cinquecento provvedimenti nazionali di recepimento della Direttiva. Il gran numero di norme nazionali si deve, in parte, al fatto che le questioni disciplinate dalla Direttiva si ritrovano a livelli regionali/amministrativi differenti e in atti normativi distinti degli Stati membri.

Uno dei punti di forza della Direttiva è l'istituzione in tutti gli Stati membri dei punti di contatto nazionali per mettere a disposizione del pubblico le informazioni relative all'offerta disponibile. A tal fine, la Direttiva prevede che siano consultati i prestatori di assistenza, le organizzazioni dei pazienti e le assicurazioni sanitarie. In realtà, se si consultano i siti nazionali si trovano informazioni di carattere burocratico non sempre di facile comprensione per l'utente e nessuna indicazione relativa alle strutture disponibili e alle loro caratteristiche (Sciachì, 2016).

Infine, uno studio sull'attuazione della Direttiva ha evidenziato che, sebbene essa abbia avuto (almeno nei Paesi

oggetto dell'analisi, Germania e Norvegia) effetti convergenti su alcune aree dell'assistenza transfrontaliera, come l'istituzione di punti di contatto nazionali e l'attribuzione ai pazienti di un diritto di base alle cure all'estero, si evidenziano anche modelli divergenti. In entrambi i Paesi, l'adattamento alle norme dell'UE ha rafforzato i diritti dei pazienti di scegliere liberamente tra i fornitori di servizi sanitari in un più ampio mercato europeo dei servizi sanitari (effetto convergente). Tuttavia, l'effettivo utilizzo da parte dei pazienti del diritto dipende da una varietà di fattori contestuali, come il recepimento specifico delle norme dell'UE nell'ordinamento nazionale, la cultura nazionale e le risorse e le conoscenze detenute dai pazienti. Pertanto, anche se i diritti dei pazienti sono stati armonizzati in base alle norme dell'UE, queste stesse regole possono portare a divergenze di applicazione e persino ad aumentare le disparità tra i Paesi, nonché tra i diversi gruppi di pazienti (effetto divergente) (Nordeng e Veggeland, 2018).

In Italia la Direttiva è stata recepita con il D.Lgs. n. 38/2014 che, all'art. 8, stabilisce che i costi sostenuti da una persona che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera possano essere rimborsati se e nella misura in cui la prestazione erogata in un altro Paese dell'UE sia compresa nei LEA, in corrispondenza alle tariffe regionali vigenti e senza superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Sono, tuttavia, previste alcune deroghe che, di fatto, potrebbero accentuare le forti disparità di trattamento su base territoriale già esistenti in tema di assistenza sanitaria. Infatti, il D.Lgs. n. 38/2014 prevede la possibilità per ogni Regione e Provincia autonoma di

rimborsare, con proprie risorse, gli eventuali livelli di assistenza extra-LEA e di rimborsare altri costi, quali le spese di viaggio, di alloggio e i costi supplementari eventualmente sostenuti a causa di una o più limitazioni da una persona disabile.

Per motivi imperativi di interesse generale, inoltre, con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, possono essere adottate misure volte a limitare il rimborso delle prestazioni ammesse. Tali limitazioni possono essere rivolte al territorio di una o più regioni, oppure a singole aziende o enti del SSN e possono essere adottate anche su richiesta delle stesse Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

Il sistema sanitario nazionale diventa, dunque, un sistema sanitario europeo con una mobilità facilitata dei pazienti con tre premesse: la possibilità di accedere solo alle cure che sono inserite nei LEA, salvo deroghe regionali; la possibilità di ricevere solo un rimborso indiretto, dopo aver pagato di tasca propria; l'obbligatorietà del rimborso limitata all'assistenza erogata nell'ambito del SSN (Gobbi, 2014).

Con un'intesa in Conferenza Stato-Regioni, il 21 dicembre 2017 sono state approvate le linee guida nazionali predisposte in applicazione del D.Lgs. n. 38/2014 e, con il Decreto del Ministro della Salute n. 50/2018, sono state individuate le prestazioni soggette ad autorizzazione preventiva, in attuazione dell'articolo 9, comma 8, del D.Lgs. n. 38/2014, nonché le modalità per l'aggiornamento delle stesse.

Dall'analisi del quadro normativo emerge che, in aggiunta alla normativa comunitaria e nazionale, in Italia un ruolo rilevante è svolto dalle Regioni. Si segnalano gli accordi transfrontalieri, il risultato di collaborazioni interstatali in materia di sanità che possono essere stipulate tra Stati, Regione e Stato/Regione o, direttamente, fra due strutture sanitarie di differenti nazionalità.

3. La letteratura sulla mobilità sanitaria europea: politiche e comportamenti, determinanti e deterrenti

Dall'analisi della letteratura internazionale sul tema della mobilità dei pazienti emergono alcuni elementi utili alla costruzione di un quadro teorico con riferimento ad aspetti quali: le politiche europee, nazionali e regionali, le strategie delle aziende sanitarie e ospedaliere e i fattori che determinano i comportamenti dei pazienti.

3.1. Definizione della mobilità sanitaria europea e internazionale

La mobilità sanitaria fa parte del più ampio concetto di mobilità con cui molti Paesi, tra cui l'Italia, si stanno da qualche tempo confrontando al loro interno, nel tentativo di recuperare guadagni di efficienza derivanti dall'introduzione di meccanismi di quasi mercato quali la competizione guidata pubblico-pubblico e pubblico-privato e l'introduzione di meccanismi simili al prezzo (DRG, voucher ecc.).

L'espressione mobilità sanitaria comprende una serie diversificata di concetti correlati, tra cui quello di turismo sanitario, o medicale, e di turismo del benessere. Il turismo sanitario si caratterizza per la pratica di lasciare inten-

zionalmente il Paese di residenza, recandosi in una località estera con lo scopo di ottenere prestazioni di tipo medico-specialistico spesso non disponibili nel proprio Paese a causa di difficoltà di accesso o eccessivamente onerose. Si tratta di un ambito che inter-cetta i flussi della spesa privata in sanità e, come tale, è collegato ma distinto da quello della mobilità sanitaria dei pazienti in ambito europeo e internazionale, ponendosi al di fuori delle relative regole classiche, di cui in particolare alla normativa UE sia in attuazione della Direttiva 2011/24/UE e del D.Lgs. n. 38/2014 sia in attuazione dei Regolamenti (CE) di sicurezza sociale. Tuttavia, il termine si utilizza anche per indicare le esperienze volte ad accedere a prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, mirate ai turisti soprattutto nelle zone a maggiore attrattività. Il turismo sanitario, dunque, si concentra maggiormente sul lato dell'offerta e degli interessi dei fornitori, piuttosto che su quello della domanda e sulle esigenze e motivazioni del paziente (Mainil *et al.*, 2012), e coinvolge i pazienti che intenzionalmente si spostano per accedere a servizi medici non di emergenza (Snyder *et al.*, 2011). Dal turismo sanitario occorre tenere distinto il concetto di turismo del benessere. Questo racchiude la parte di domanda legata a vacanze dedicate al benessere all'interno di centri spa, ad attività sportive o di riabilitazione e ad attività mirate al ripristino dell'equilibrio psico-fisico in una meta estera (Gill e Singh, 2011). Nel turismo del benessere, quindi, l'elemento turistico assume un ruolo maggiore, se non preponderante, nel processo decisionale del paziente (Horowitz e Rosensweig, 2008; Lega e Hiedemann, 2014).

In questo contributo è stata adottata la definizione più classica di mobilità: vi è mobilità quando un cittadino residente in una regione usufruisce di una prestazione sanitaria in una struttura ubicata in un'altra regione o all'estero. L'ambito di analisi è circoscritto alla mobilità transfrontaliera dei pazienti e, quindi, a quella parte di cittadini che scelgono di recarsi all'estero per ricevere assistenza.

Alcune fonti concordano nel sostenere che il numero di persone che accedono ai servizi medici in un altro Paese dell'Unione Europea sia ancora molto basso. Le consultazioni disposte dalla Commissione nel 2008 in sede di valutazione dell'impatto della direttiva relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera hanno evidenziato come la portata economica della mobilità transfrontaliera potesse allora stimarsi in un importo non superiore all'1% della spesa pubblica per la salute (Commission Staff Working Document, 2008). Un'indagine più recente di Eurobarometro stima che nel 2014 solo il 5% dei cittadini dell'Unione Europea avesse ricevuto cure mediche in un altro Paese UE (Commissione europea, 2015), dimostrando un aumento di un solo punto percentuale rispetto al dato rilevato nel 2007 e, quindi, una relativa stabilità. Tuttavia, alcune tendenze, come l'evoluzione della normativa comunitaria e la maggiore liberalizzazione e competizione dei sistemi nazionali, la riduzione dei costi di trasporto e dei costi di ricerca dell'informazione, e l'allargamento dell'UE, fanno oggi propendere per un aumento.

Sebbene la maggior parte dei pazienti preferisca ricevere assistenza sanitaria vicino alle proprie case e famiglie, in

una lingua che comprendono e con procedure familiari (Legido-Quigley *et al.*, 2012), in alcuni casi potrebbe aver senso ricorrere alle cure erogate in un altro Paese membro⁴:

- per cure altamente specializzate che richiedono una concentrazione di risorse e un'*expertise* che vadano oltre le possibilità di un singolo Stato;
- per le malattie rare;
- per i cittadini residenti in regioni di confine, dove l'ospedale o il centro più vicino potrebbe trovarsi dall'altra parte del confine;
- in caso di mancanza di capacità da parte dei servizi sanitari locali o di costi superiori rispetto a erogatori in altri Paesi;
- a causa di preferenze personali che portano i cittadini europei a lavorare, studiare o vivere in altri Paesi;
- per cittadini residenti in un Paese, ma provenienti da un altro che preferiscono, per ragioni di costo e accessibilità, ricorrere alle cure sanitarie nel Paese di origine (es. immigrati e cure odontoiatriche).

Di conseguenza, è possibile distinguere diverse tipologie di pazienti che ricorrono all'assistenza fornita, direttamente o indirettamente, da altri Stati. Si tratta di turisti, pensionati che si trasferiscono in un altro Paese, studenti stranieri, cittadini che ricorrono alle cure all'estero in seguito a un processo decisionale che comprende l'autorizzazione, cittadini che hanno legami culturali o linguistici con i Paesi in cui vanno a curarsi. La Tab. 1 illustra una classificazione che tiene conto

⁴ Cfr. Valutazione d'impatto della Direttiva 2011: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/commsec_20082163_en.pdf.

Tab. 1 – Tipologie di pazienti in mobilità

Motivazioni del paziente	Meccanismi di finanziamento della mobilità sanitaria europea	
	Con copertura	Senza copertura
Disponibilità (tipo/quantità)	Tipo 1	Tipo 2
Accessibilità	Tipo 3	Tipo 4
Familiarità	Tipo 5	Tipo 6
Qualità percepita	Tipo 7	Tipo 8

Fonte: Ns. trad. da Glinos *et al.*, 2010; 2012.

delle motivazioni dei pazienti e delle condizioni di copertura finanziaria (Glinos *et al.*, 2010; 2012).

Sono individuati quattro tipi di motivazioni legate alla mobilità: la disponibilità del trattamento, l'accessibilità, la familiarità con i fornitori/l'ambiente di cura e la qualità percepita. La matrice, inoltre, distingue tra pazienti con copertura assicurativa per l'assistenza transfrontaliera e coloro che pagano di tasca propria. Le combinazioni risultanti catturano otto possibili scenari di mobilità dei pazienti fornendo un campione rappresentativo, ma non esaustivo, di modelli reali di mobilità del paziente.

3.2. Politiche pubbliche sulla mobilità sanitaria europea

Il fenomeno della mobilità ha implicazioni non solo economiche, ma anche sociali e politiche ed è regolamentato e gestito, soprattutto per quanto riguarda i Paesi UE, da diversi livelli di governo.

Il tema della mobilità estera ha segnato un ampliamento del ruolo dell'UE nell'area della salute, fino a includere nelle logiche del mercato unico quella che era una prerogativa nazionale. Preme rilevare che la finalità dell'UE è soprattutto quella di migliorare l'efficienza dei servizi sanitari e di intro-

durare la libera circolazione anche per questa tipologia di servizio; meno dibattuta è la strada dell'integrazione delle politiche sanitarie nazionali, come dimostrano anche i rapporti tra le diverse direzioni generali dell'Unione nella regolazione della materia. La Corte Europea di Giustizia ha mostrato un interesse limitato verso la stabilità finanziaria, l'equità o l'impatto sui sistemi sanitari nazionali (Greer, 2011: 137). Sembra che le politiche comunitarie seguano come sola direttrice quella della libertà di scelta, rimandando alle autorità nazionali e regionali competenti le altre questioni connesse alla mobilità. Diverse sono le ragioni della regolazione nazionale: la normativa italiana, così come quella di altri Stati membri, per esempio, ha cercato di adeguarsi alle direttive comunitarie senza rinunciare a perseguire obiettivi di equità e controllo dell'appropriatezza della tutela della salute e dei costi.

Per quanto riguarda le politiche pubbliche nazionali sulla mobilità transfrontaliera prevale, tra i Paesi membri, un approccio difensivo, che vede la mobilità come minaccia. Un potenziale aumento di essa, infatti, potrebbe incidere in maniera significativa sull'equilibrio del sistema sanitario, esponendolo ai maggiori costi che derivate-

rebbero dalla sottoutilizzazione delle strutture pubbliche nazionali. Inoltre, vi è il concreto rischio di aumentare a dismisura le disuguaglianze nel godimento del diritto alla salute, non essendo tutti in grado di sostenere i costi relativi alle spese di viaggio e di permanenza all'estero, e si potrebbe profilare la possibilità di una divaricazione delle tutele effettive tra chi può permettersi l'accesso a centri di eccellenza all'estero e chi, invece, non può. La mobilità sanitaria, inoltre, può essere indice di assenza di alternative valide per i pazienti e può, in tal senso, costituire una possibile minaccia anche all'immagine del servizio sanitario del Paese di provenienza (Pioggia, 2018). Meno diffuso appare l'approccio strategico, che vede la mobilità come un'attenuante in momenti di carenza di personale e tagli alla spesa pubblica e una vera e propria strategia competitiva, in grado di rafforzare l'infrastruttura sanitaria e il capitale umano, mitigando eventuali fenomeni di *brain drain* (fuga all'estero di professionalità mediche) e creando nuove opportunità imprenditoriali (Brouwer *et al.*, 2003; Peter e Sauer, 2011). È probabile che i Paesi che hanno meno vie di fuga da lunghe liste d'attesa vedano aumentare la mobilità sanitaria in uscita (Brouwer *et al.*, 2003)⁵, così come Paesi che investono di più nei sistemi sanitari, o Paesi piccoli (Lussemburgo, Malta o Cipro) o Paesi che sono destinazioni turistiche, vedano incrementata in futuro la mobilità attiva (Dietrich, 1999).

Uno studio tedesco – dal titolo significativo “Liberalization of health services in Europe: who benefits from

cross-border care?” – contribuisce a capire quali sistemi beneficiano di più dalle politiche comunitarie, evidenziando la profonda differenza in termini di natura, prezzi e qualità dei servizi sanitari nazionali (Dietrich, 1999). Da un punto di vista macro-economico, le differenze degli schemi finanziari dei servizi sanitari sono fondamentali per comprendere l'impatto differenziato della mobilità sanitaria. Il finanziamento pubblico del sistema sanitario in un Paese crea esternalità positive per gli altri Paesi. Benché la sanità sia finanziata dal sistema pubblico in tutti i Paesi UE, forma e peso del finanziamento pubblico variano. In particolare, le tariffe di molte prestazioni non riflettono i costi delle prestazioni. Queste ultime sono più facilmente calcolabili in sistemi di tipo assicurativo e, a volte, risultano delle vere incognite nei Paesi dove i sistemi contabili analitici non sono ancora diffusi. Lo studio conclude che i Paesi all'interno dei quali vengono garantiti sussidi pubblici più bassi al sistema sanitario beneficerebbero dalla mobilità dei propri cittadini, mentre quelli in cui il finanziamento del sistema sanitario avviene in maniera più estensiva non avranno incentivi a far curare cittadini stranieri sul proprio territorio (dovendo, i residenti, pagare per servizi resi ai non residenti, essi subiscono una esternalità negativa). Questi effetti redistributivi sono spesso ignorati dalle politiche comunitarie, le quali si limitano a prospettare guadagni di efficienza derivanti da una maggiore competizione, senza tuttavia ragionare sull'allocazione di tali guadagni.

La letteratura ha evidenziato che la semplice liberalizzazione dell'accesso ai servizi sanitari non è sufficiente a conseguire i risparmi di efficienza che

⁵ Le lunghe liste d'attesa possono spingere, in alternativa, il cittadino a rivolgersi alle Strutture Private Accreditate.

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

promette la mobilità (Brouwer *et al.*, 2003). È necessario sviluppare meccanismi di integrazione finanziaria e di continuità di cura tra i diversi Paesi. Mentre in alcuni Paesi un ruolo importante è attribuito alle compagnie assicurative, in Italia è la regolazione regionale a svolgerlo; infatti, l'autorizzazione è posta in capo alle Regioni ed è con riferimento a tale livello che si esplorano i margini di discrezionalità della normativa comunitaria e nazionale, con conseguenze non indifferenti in termini di equità. Questo elemento di interdipendenza tra livello nazionale e regionale e il monitoraggio delle strategie regionali sulla mobilità estera risultano ancora poco esplorati in letteratura.

3.3. Qualità e sicurezza: le strategie delle aziende ospedaliere

I pazienti che scelgono di ricevere assistenza sanitaria in un territorio diverso da quello di residenza presentano bisogni di sicurezza e di qualità diversi e aggiuntivi rispetto agli altri pazienti (Groene e Suñol, 2010). Questi riguardano, in particolare, le procedure di dimissione, il trasferimento e il follow-up, ossia la continuità delle cure dopo che hanno lasciato la struttura. In questo contesto si inseriscono le strategie adottate dalle aziende ospedaliere.

Nelle Tab. 2 e 3 vengono presentati i risultati di uno studio condotto da Groene e Suñol (2010) sull'implementazione dei meccanismi di sicu-

Tab. 2 – L'implementazione di meccanismi di sicurezza e qualità per la mobilità sanitaria internazionale al momento del ricovero

Meccanismi di qualità e sicurezza	n = 315 Sì (%) ^a	Meccanismi preesistenti per la mobilità estera		p-value
		Sì	No	
Moduli di consenso disponibili in varie lingue	163 (72,8%)	52 (76.5%)	111 (71.2%)	0.411
Esiste una procedura amministrativa per il ricovero di cittadini UE	170 (65,4%)	58 (77.3%)	112 (60.5%)	0.010
Pazienti UE e famiglie sono coinvolti nelle decisioni sul trattamento	134 (62%)	46 (67.6%)	88 (59.5%)	0.681
Su richiesta, ai pazienti UE è data una stanza singola	102 (49%)	41 (64.1%)	61 (42.4%)	0.004
Esiste un accordo formale per i servizi di traduzione	47 (18,2%)	14 (18.4%)	33 (18.1%)	0.956
Sono fornite brochure informative nelle varie lingue comunitarie	69 (26,8%)	18 (24.7%)	51 (27.7%)	0.618
I pazienti UE possono essere informati in qualunque momento delle loro condizioni e del piano di trattamento in una lingua a loro comprensibile	60 (27,3%)	21 (30.0%)	39 (26.0%)	0.535
Ai pazienti stranieri fa riferimento un case manager	62 (24%)	23 (30.3%)	39 (21.4%)	0.130
È previsto del personale volto ad aiutare i pazienti con le procedure amministrative (per esempio pagamento, trasporto, viaggio di ritorno)	47 (19%)	14 (19.4%)	33 (18.9%)	0.915
Il medico della struttura di cura contatta il medico del paziente operante nel Paese di provenienza prima del ricovero	7 (3,3%)	3 (4.5%)	4 (2.8%)	0.682

Fonte: Ns. trad. da Groene, Suñol, 2010: 110.

Tab. 3 – L'implementazione di meccanismi di sicurezza e qualità per la mobilità sanitaria internazionale al momento della dimissione

Meccanismi di qualità e sicurezza	n = 315 Sì (%) ^a	Meccanismi di qualità e sicurezza		p-value
		Sì	No	
I pazienti UE e le famiglie ricevono una scheda di dimissione	238 (95,2%)	68 (95.8%)	157 (95.7%)	1.000
La scheda di dimissione è stampata al computer	178 (74,3%)	55 (96.5%)	119 (98.3%)	0.594
La scheda di dimissione è in una lingua comprensibile al paziente e alla famiglia	18 (10.1%)	6 (8.7%)	13 (8.1%)	0.886
I pazienti UE ricevono una copia della cartella clinica al momento della dimissione	224 (95.3%)	68 (94.4%)	156 (95.7%)	0.740
I pazienti UE vengono informati sulle cure necessarie dopo la dimissione	222 (94.9%)	71 (98.6%)	151 (93.2%)	0.111
In caso affermativo, l'informazione è fornita in forma scritta	111 (48.9%)	39 (57.4%)	72 (45.3%)	0.096
In caso affermativo, l'informazione è fornita in una lingua comprensibile al paziente e alla famiglia	96 (41.7%)	37 (51.4%)	59 (37.3%)	0.045
I pazienti UE sono informati sui meccanismi di reclamo	166 (69.7%)	49 (68.1%)	117 (70.5%)	0.708
Ai pazienti UE che necessitano medicazione dopo la dimissione è fornito quanto necessario	90 (38.8%)	29 (40.3%)	61 (38.1%)	0.756
Ai pazienti UE è chiesto di valutare la qualità al momento della dimissione	88 (38.4%)	23 (32.9%)	65 (40.9%)	0.250
Per i pazienti UE esiste una procedura dedicata per la dimissione	51 (22.3%)	23 (32.4%)	28 (17.7%)	0.014
Esiste una procedura <i>ad hoc</i> per il trasferimento dei pazienti UE nel loro Paese di provenienza	58 (24.6%)	24 (33.3%)	34 (20.7%)	0.098

Fonte: Ns. trad. da Groene, Suñol, 2010: 110.

rezza e qualità per la mobilità sanitaria su un campione di 315 ospedali presenti in quattro Paesi – Spagna, Polonia, Repubblica Ceca e Francia – partecipanti al progetto MARQUiS. La ricerca ha evidenziato che soltanto una piccola parte, il 5,5%, ha sviluppato accordi di collaborazione transfrontalieri mentre una parte sostanziale, il 29,2%, ha istituito meccanismi finanziari specifici per i pazienti in mobilità.

Pochi ospedali hanno introdotto dei cambiamenti nelle procedure di ricovero e dimissione in modo da tener conto di questa particolare categoria

di pazienti (Groene e Suñol, 2010). Solo il 22,3% degli ospedali ha una procedura dedicata per pazienti stranieri e ancora più carenti sono le procedure relative alle medicazioni post-operatorie e ai servizi di trasporto dopo le dimissioni. I fattori che sembrano condizionare l'adeguamento degli standard di qualità e sicurezza a questi nuovi bisogni sono il numero di posti letto, la presenza o meno di meccanismi di finanziamento dedicati e di accordi di collaborazione transfrontaliera, la maturità dei sistemi di gestione della qualità nel Paese e nella struttura.

3.4. Determinanti e deterrenti per i pazienti

La letteratura sulla mobilità sanitaria ha indagato soprattutto le motivazioni che spingono i pazienti a curarsi all'estero. Molte di queste motivazioni sono connesse a caratteristiche dei sistemi sanitari (liste d'attesa, costi e qualità, norme bioetiche), altre riguardano la tipologia di paese o regione di provenienza o di cura (paesi piccoli, turistici, aree montane con collegamenti particolari), altre, infine, riguardano categorie particolari di pazienti (lavoratori transfrontalieri, studenti stranieri ecc.).

Glinos e Baeten (2006) identificano cinque driver sottostanti alla richiesta di cure mediche all'estero: la familiarità/prossimità; la disponibilità di servizi, in termini non solo di quantità ma anche di tipologia; i costi; la qualità percepita; e, infine, la legislazione bioetica, che induce gli individui a richiedere assistenza medica all'estero in quanto la legislazione vigente nel proprio Paese d'origine non consente quello specifico trattamento (si tratta, per esempio, dei trattamenti relativi all'aborto, alla fertilità e all'eutanasia). Secondo Ormond e Lunt (2019) la tendenza dei pazienti con background migratorio a ricevere assistenza al di fuori dei confini dello Stato in cui risiedono è principalmente determinata dall'insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario nel Paese di residenza e guidata da una serie di fattori (*key-drivers*): la familiarità e l'identificazione con i sistemi sanitari nei Paesi in cui si è vissuto in precedenza, le competenze culturali e linguistiche dei professionisti medici nei sistemi sanitari dei Paesi di destinazione, la presenza di estese reti di sostegno familiare all'estero, i differenziali economici tra Paese di

residenza e di destinazione e la facilità dei movimenti transfrontalieri. Questi risultati sono ulteriormente supportati da uno studio danese in cui il tema dell'utilizzo dei servizi sanitari nel Paese di origine è legato alla disponibilità di accesso alle cure mediche specialistiche, alla familiarità con il sistema sanitario, alla percezione di buone pratiche cliniche e al bisogno percepito di cure (si vedano anche, per esempio, Horton e Cole, 2011; Wismar *et al.*, 2011; Ormond, 2013, 2016, 2019; Sime, 2014; Şekercan *et al.*, 2015; Şekercan *et al.*, 2018).

Per quanto riguarda il nostro Paese è stato rilevato che una generalizzata insoddisfazione verso la qualità dei servizi sanitari sia tra le motivazioni principali della mobilità (France, 1997). Questo atteggiamento viene confermato anche da un sondaggio dell'Unione Europea secondo cui, nel 2013, gli italiani soddisfatti per la qualità dei servizi sanitari sono appena il 56%, rispetto all'85% degli inglesi e all'88% dei francesi (Commissione europea, 2014). Il fenomeno delle lunghe liste di attesa è certamente l'aspetto più problematico, benché alcune Regioni si stiano adoperando per risolvere sostanzialmente il problema mettendo in atto interventi che consistono, per esempio, nell'allungamento degli orari di apertura al pubblico delle strutture sanitarie, nell'assorbimento di ulteriori quote di prestazioni professionali, in una seria informatizzazione del sistema delle prenotazioni e nell'addebito al paziente del ticket in caso di mancato rispetto dell'appuntamento concordato (ENPAM-EURISPE, 2017). Il livello di insoddisfazione, tuttavia, migliora sensibilmente se la valutazione riguarda prestazioni sanitarie cui si è ricorso direttamente:

la percentuale di chi è soddisfatto (molto e abbastanza) è del 91% per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero, del 90% per quella infermieristica, del 70% per il vitto e dell'80% per i servizi igienici (ISTAT, 2013).

Un'indagine sui cittadini statunitensi ha evidenziato la rilevanza dell'accreditamento nazionale delle strutture di cura, che ne attesta la qualità, il quale risulta un fattore di scelta per più del 75% dei rispondenti (Peter e Sauer, 2011).

Altri studi sulle motivazioni dei pazienti evidenziano anche la conoscenza medica e biomedica, il che significa che alcuni Paesi assorbono pazienti con particolari (gravi) malattie (Dietrich, 1999). Un'indagine presso una particolare categoria di pazienti – gli studenti universitari che godono di una doppia copertura sanitaria, nel Paese di origine e nel Paese europeo dove studiano – ha evidenziato come la distanza sia un fattore meno importante di quanto ritenuto in studi precedenti (Glinos *et al.*, 2012). L'analisi, che è stata svolta nel 2010 su 4.500 studenti tedeschi, ha evidenziato la rilevanza fondamentale della familiarità, la quale più che compensa la distanza: di fronte alla triplice scelta (curarsi all'estero, tornare in patria oppure viaggiare fino al proprio medico), gli studenti prediligono la familiarità con il proprio medico e la propria struttura, anche più della familiarità con il proprio sistema sanitario. Questa tendenza viene confermata anche in presenza di differenti periodi di permanenza all'estero e di conoscenza della lingua, sottolineando come sia la familiarità innata il fattore più importante e non quella acquisita. La distanza comincia a riacquistare peso in caso di trattamenti acuti o cronici/ripetuti.

In un'altra indagine, rivolta a pensionati britannici residenti in Spagna (Legido-Quigley *et al.*, 2012), i rispondenti hanno riportato un miglioramento nei sistemi di trasporto alle strutture di cura ed evidenziato come la disponibilità, intesa come orari di presenza di medici e infermieri, sia molto più soddisfacente di quella presente nel Regno Unito. Sono stati identificati una serie di elementi organizzativi importanti quali la sicurezza, l'accesso, la diligenza percepita e la pulizia. Altri aspetti critici individuati sono la continuità dell'assistenza dopo aver lasciato l'ospedale e le difficoltà linguistiche, che rendono complesso l'accesso all'informazione sia prima sia dopo il ricovero in ospedale.

Una ricerca condotta da Durham e Blondell (2017), infine, evidenzia il ruolo del passaparola, anche attraverso i social network, piuttosto che della pubblicità formale, come importante fattore nella scelta del Paese di destinazione da parte del paziente. I pazienti, in molti casi, sono tornati dall'estero per la qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta, così come per il rapporto interpersonale sviluppato con il personale sanitario. L'importanza dei social network è confermata dai risultati di uno studio condotto sui cittadini olandesi di origine turca, che hanno evidenziato come i social network siano capaci di ribaltare le decisioni relative al Paese in cui ricevere le cure (Şekercan *et al.*, 2018).

4. La mobilità transfrontaliera dei pazienti in Italia

4.1. Le dimensioni del fenomeno

L'analisi contenuta in questo paragrafo è stata condotta attraverso l'elaborazione di dati forniti dal Ministero della Salute relativi a cure ad altissima spe-

cializzazione, mobilità attiva e passiva ospedaliera e trend economici ospedalieri. A loro volta, queste banche dati sono alimentate dalle Aziende USL.

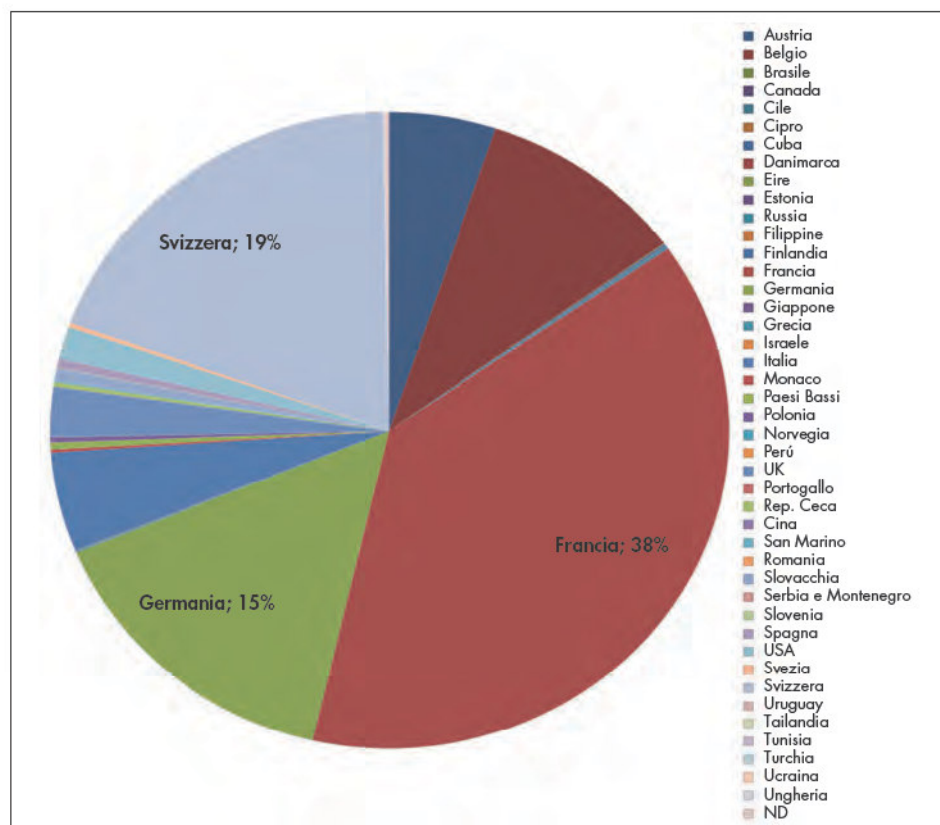
Flussi fisici

Nel periodo 2006-2010 in Italia sono state concesse 27.682 autorizzazioni per cure all'estero. Più del 50% del totale delle autorizzazioni concesse provengono da Campania (6.004), Piemonte (2.872), Sicilia (2.829) e Provincia autonoma di Bolzano (2.282). Gli abitanti delle due regioni meridionali sembrano mostrare, quindi, una forte diffidenza a curarsi nei loro sistemi sanitari locali. Questo dato sembra essere confermato anche dagli indici

sintetici di attrazione e di fuga relativi allo stato della mobilità interregionale nel 2017, dai quali emerge la tendenza che porta i pazienti a spostarsi dal Sud al Nord del Paese (Bobini *et al.*, 2019). Il primato della Provincia autonoma di Bolzano e del Piemonte, invece, è legato alla posizione geografica, come confermato anche dall'analisi sui Paesi di destinazione. Nel periodo osservato dallo studio è, infatti, la Francia ad accogliere il numero maggiore di autorizzazioni concesse ai pazienti italiani (10.595 autorizzazioni), seguita dalla Germania e dalla Svizzera (5.313 e 4.185 autorizzazioni) (Fig. 1). In Tab. 4 sono riportate le autorizzazioni concesse in base all'ambito specialistico di cura (sono individuati dal

Fig. 1
Autorizzazioni per Paese di destinazione (valori %)

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute



Tab. 4 – Numero di autorizzazioni per ambito specialistico (2006-2010)

Ambito specialistico	Numero di autorizzazioni	Valori %
Cardiochirurgia invasiva	10	0,04%
Ustioni	59	0,2%
Urologia	123	0,4%
Oculistica	128	0,5%
Chirurgia vascolare	189	0,7%
Neurologia	248	0,9%
Cardiochirurgia	414	1,5%
Chirurgia plastica ricostruttiva	459	1,7%
Neurochirurgia	710	2,6%
Ematologia	1.419	5,1%
Ortopedia	1.689	6,1%
Radioterapia	1.733	6,3%
Neuroriabilitazione	2.707	9,8%
Oncologia medica	3.629	13,1%
Casi particolari	5.455	19,7%
Trapianti di organo	8.710	31,5%
Totale	27.682	100%

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute

Ministero 16 ambiti specialistici). Un'osservazione peculiare può essere effettuata per i dati relativi ai casi particolari: essi dovrebbero riferirsi a tutte le cure che non rientrano negli altri ambiti, tuttavia spesso vi si ricorre per velocizzare la compilazione determinando così una perdita di affidabilità del dato. Nelle analisi che seguono il valore analizzato assume un peso rilevante, rappresentando il 19,7% delle autorizzazioni complessive.

L'ambito specialistico principale è rappresentato dai trapianti di organo; delle 27.682 autorizzazioni concesse nel periodo 2006-2010, ben 8.710 sono attribuibili a questa tipologia (il 31% del totale). Seguono casi particolari, con 5.455 autorizzazioni, e oncologia medica, con 3.629 autorizzazioni (circa il 13% del valore complessivo).

Flussi finanziari

Secondo la relazione sullo stato sanitario del Paese pubblicata dal Ministero della Salute nel 2009 sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per 129.960.161 euro e, viceversa, sono stati incassati 61.000.805 euro per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia ad assistiti degli altri Paesi UE; nel 2010 sono stati pagati 163.787.194 euro, mentre sono stati incassati 86.907.819 euro. I dati si riferiscono, per la maggior parte, ad annualità precedenti.

Le cure di alta specializzazione sono il motore che maggiormente spinge a cambiare Stato per ricevere le migliori prestazioni: è proprio questo il punto debole dell'Italia che, nel 2013, attrae risorse in entrata pari ad appena 1,6

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

milioni, a fronte di uscite che ammontano a 42,6 milioni (Gobbi e Magnano, 2013).

Tra il 2006 e il 2010 l'ammontare complessivo dei debiti derivanti dai flussi di mobilità passiva ammontava a 82.291.779 euro. Come emerge chiaramente dalla Fig. 2, i Paesi verso cui maggiormente sono diretti i cittadini sono la Svizzera, con un debito che supera i 21 milioni di euro, la Germania, con un debito pari a oltre 19 milioni di euro, e la Francia, con un

debito pari a 15.835.821 euro, rappresentando, rispettivamente, il 26,4%, il 23,7%, e il 19,4% del debito totale.

Nei grafici che seguono è stata effettuata un'analisi approfondita dei Paesi nei confronti dei quali si rileva un debito considerevole: si tratta, in particolare, di Svizzera, Germania e Francia.

Nel caso della mobilità verso la Svizzera, le regioni italiane che maggiormente contribuiscono ad accrescere l'importo del debito sono la Lombardia, con una popolazione che supera i 9

Fig. 2
Flussi di mobilità passiva per Paese (2006-2010)

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute

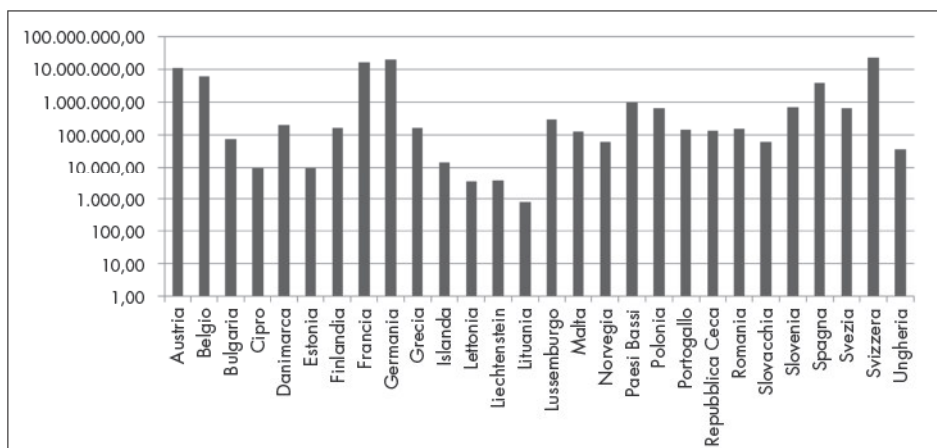
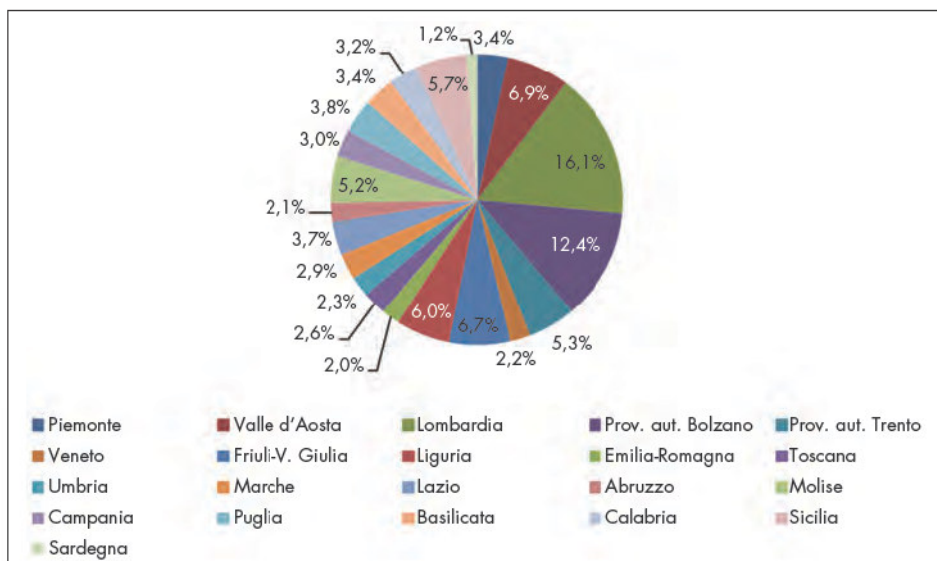


Fig. 3
Mobilità passiva verso la Svizzera (valori %)

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute



milioni di abitanti e un ammontare di autorizzazioni verso la Svizzera pari a 47.215, che riporta un debito pro capite pari al 16,5% del totale, e la Provincia autonoma di Bolzano, che, con una popolazione di 503.434 abitanti, riporta un debito pro capite pari al 12% del totale.

Anche nel caso della mobilità verso la Germania, la Provincia autonoma di

Bolzano detiene il primato. Con 1.976 richieste di autorizzazione, essa riporta infatti un debito che sfiora i 4 milioni di euro e un debito pro capite pari al 59,6% del totale (Fig. 4).

Nel terzo e ultimo caso preso in esame, quello relativo alla mobilità verso la Francia, la Valle d'Aosta riporta un debito pro capite pari al 23,1% del debito pro capite complessivo (Fig. 5).

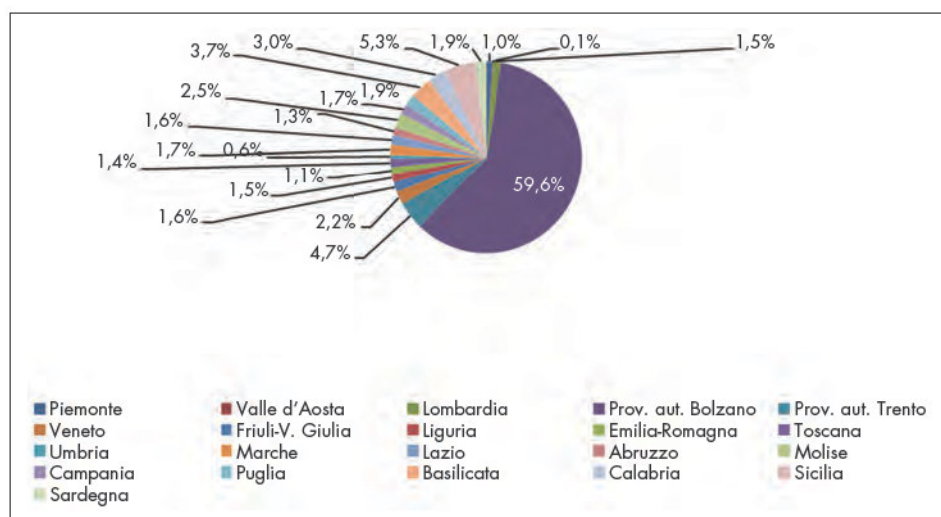


Fig. 4
Mobilità passiva verso la Germania

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute

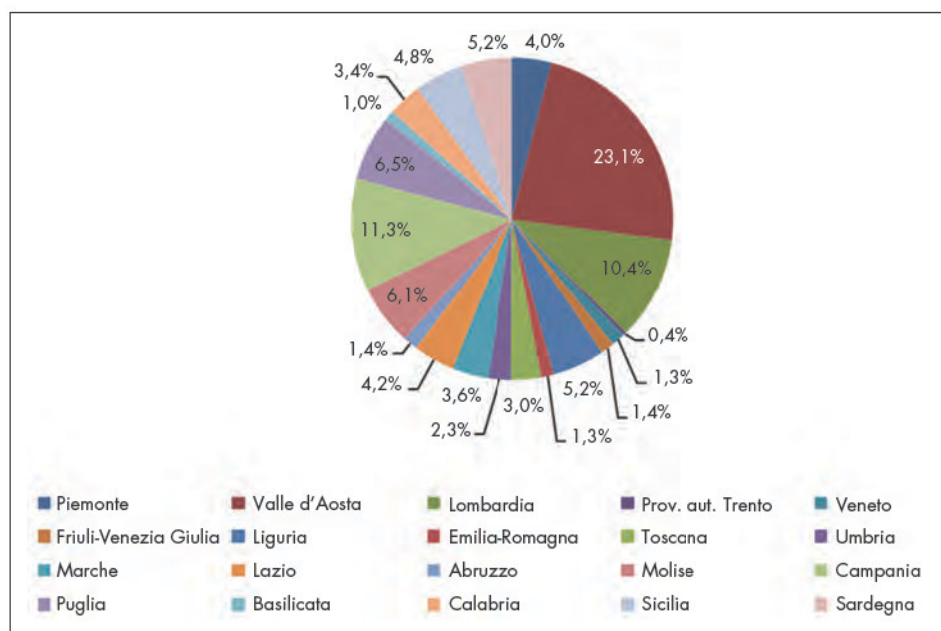


Fig. 5
Mobilità passiva verso la Francia

Fonte: Ns. elaborazione su dati del Ministero della Salute

5. Discussione e conclusioni

Il peso della mobilità sanitaria transfrontaliera appare ancora un fenomeno trascurabile nella statistica ufficiale dei Paesi membri benché, negli ultimi anni, abbia mostrato una leggera tendenza al rialzo, attribuibile in parte ai graduali miglioramenti delle informazioni fornite ai cittadini sulla Direttiva e alla collaborazione tra la Commissione e gli Stati membri per una corretta attuazione (Commissione europea, 2018).

Alcuni elementi portano a ritenere il fenomeno sottostimato, mentre altri sembrano segnalarne un imminente aumento. Innanzitutto, l'allargamento dell'Unione Europea ha portato i suoi membri da quindici a ventotto, accogliendo Stati con un reddito pro capite sensibilmente inferiore a quello dei quindici precedenti e, quindi, con un sistema sanitario più debole. Inoltre, la normativa comunitaria, ma anche le politiche e le tendenze di riforma dei sistemi sanitari di molti Paesi, puntano a liberalizzare l'erogazione di servizi sanitari, rendendo la mobilità una caratteristica imprescindibile dei sistemi sanitari nazionali e regionali.

I dati disponibili, relativi sia ai flussi fisici sia a quelli di tipo finanziario, rappresentano una base informativa particolarmente importante, che può offrire utili spunti di riflessione per stabilire le possibili evoluzioni del servizio sanitario in termini di potenziamento, di ricerca della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza e di sviluppo dei livelli di assistenza.

È bene tenere presente, tuttavia, che alcuni fenomeni potrebbero alterare una corretta lettura della mobilità. Anzitutto, bisogna considerare quei casi in cui lo spostamento dei pazienti

non è reale, ma soltanto apparente (c.d. "mobilità fittizia"). Si tratta di quelle prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono il servizio, ma che risultano residenti altrove. I flussi, inoltre, potrebbero essere gonfiati dalla c.d. "mobilità di confine", in base alla quale la popolazione che risiede in prossimità del confine con un'altra regione tende a effettuare prestazioni sanitarie al di fuori della propria regione per motivi che esulano dalla qualità e dall'offerta assistenziale disponibile. Questo spiegherebbe il peso che Paesi come Francia, Germania e Svizzera hanno all'interno dell'analisi.

È da notare, inoltre, che le Regioni impegnate in piani di rientro hanno subito gli impatti negativi della limitazione delle assunzioni, e degli investimenti in generale, con un notevole allungamento delle liste di attesa, circostanza che ha inciso sui saldi di mobilità.

Le considerazioni fatte chiariscono perché il fenomeno della mobilità sanitaria sia considerato un argomento piuttosto complesso. Il presente studio, che ne ha analizzato soltanto alcuni aspetti, intende costituire un punto di avvio per ulteriori approfondimenti, che possano essere strumento di supporto alle scelte di programmazione e organizzazione sanitaria, ai fini del miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza stessa.

La mobilità internazionale va analizzata con la consapevolezza che gli effetti, non solo economici, sono il risultato delle azioni e delle interazioni tra i diversi livelli di governo che disegnano e implementano le politiche sanitarie. La Fig. 6 è un tentativo di illustrare la natura multilivello della mobilità sanitaria europea e solo alcuni dei

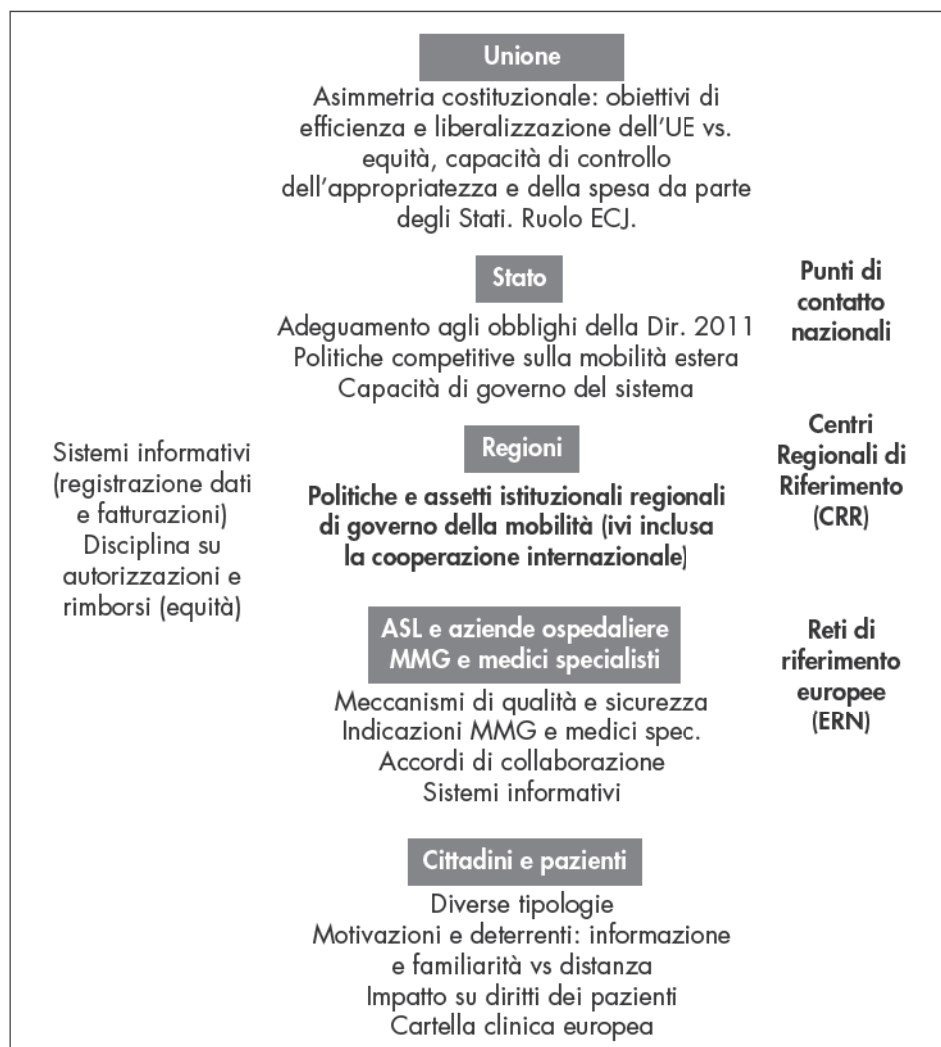


Fig. 6

Livelli di intervento coinvolti nel governo dei flussi di mobilità sanitaria e relative responsabilità

Fonte: Ns. elaborazione

numerous elements, among which the prevalence of vertical and horizontal competitive and collaborative relations that make it a complex phenomenon. Each of the actors present in this scenario has its own responsibilities, not always clearly distinct from those of other levels, and pursues specific finalities (of efficiency and liberalization for the European Union, of equity and financial sustainability for governments, of social and financial impact for regions, of adequacy, qua-

lity and security for service providers, of adequacy of information and quality guarantee and protection for patients, and so on). The coordination of the various actors is fundamental to achieve all the benefits expected from mobility – greater efficiency and incentives for the improvement of quality etc. – avoiding the risk of weakening the capacity of national and regional government and of undermining equity.

They signal interesting initiatives of

collaborazione e semplificazione che hanno coinvolto il livello europeo e nazionale. Il progetto *Hospital Network for Care Across Borders* (HoNCAB), co-finanziato dalla Commissione europea, per esempio, ha visto la creazione di un'ampia rete di strutture sanitarie per la raccolta e lo scambio di informazioni sugli aspetti amministrativi delle prestazioni sanitarie dei pazienti transfrontalieri, per la verifica del funzionamento e dell'efficienza dei meccanismi di gestione sanitaria e amministrativa, e per mettere a punto un modello assistenziale specifico per pazienti di altri Stati, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza. Si segnala, inoltre, l'esistenza di un sistema informativo sulla mobilità internazionale (NSMI) che mira a garantire l'integrazione di informazioni cliniche, organizzative e amministrative attraverso la comunicazione fra le Regioni e le Province autonome e il Ministero nell'ambito della mobilità sanitaria dei cittadini all'interno dell'Unione Europea o verso i Paesi in Convenzione⁶.

Lo studio presenta diverse limitazioni. Anzitutto, risente dell'assenza di aggiornamenti. In secondo luogo, si è scelto di analizzare diversi aspetti della mobilità sanitaria, fornendo uno

sguardo d'insieme, ma analisi più mirate potrebbero far meglio luce su specifiche dimensioni del fenomeno. Pur avendo mappato temi rilevanti⁷, infatti, non mancano alcune lacune in letteratura. Risulta particolarmente carente, per esempio, la ricerca sul livello regionale, spesso specificità solo italiana, pur essendo questo rilevante ai fini del governo del fenomeno e condizionante l'equità e altri aspetti. Vale la pena notare che l'esperienza italiana di mobilità interregionale è un utile laboratorio per provare ad anticipare gli effetti della competizione tra sistemi sanitari di diversa natura e di diverso grado di sviluppo. La collaborazione è fondamentale non solo tra regioni confinanti, ma anche nella fase di definizione delle politiche comunitarie e nazionali per la salute, tra operatori e strutture sanitarie e tra pazienti.

È stato, inoltre, già osservato come la mobilità internazionale sia un fenomeno governato da più livelli di governo tra loro interdipendenti. Tuttavia, le relazioni di sistema in un'ottica di rete risultano ancora poco approfondite. Si fatica, dunque, a sviluppare un modello concettuale analitico in grado di guidare sia la ricerca empirica sia le decisioni di *policy*.

⁷ La letteratura tratta dell'evoluzione della regolazione comunitaria, delle procedure amministrative relative all'autorizzazione e ai sistemi di rimborso, della dimensione del fenomeno in particolari aree geografiche o settori, di determinanti e deterrenti sottostanti il comportamento dei pazienti, dell'adeguamento delle aziende sanitarie a nuove esigenze di sicurezza e qualità poste da pazienti stranieri.

⁶ Nel NSMI rientrano i programmi ASPE-UE, sull'assistenza sanitaria nei Paesi dell'Unione Europea, TECAS, relativo ai trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione, e ASPEC, sull'assistenza sanitaria nei Paesi esteri in convenzione.

BIBLIOGRAFIA

- Bobini M., Cinelli G., Gugliatti A., Petracca F. (2019). La struttura e le attività del SSN. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2019*. Milano: Egea.
- Brouwer W., Van Exel J., Hermans B., Stoop A. (2003). Should I Stay or Should I Go? Waiting Lists and Cross-border Care in the Netherlands. *Health Policy*, 63: 289-298.
- Bustamante A.V. (2014). Globalization and medical tourism: The North American experience; comment on "Patient mobility in the global marketplace: A multidisciplinary perspective". *International Journal of Health Policy and Management*, 3(1): 47-49.
- Commissione europea (2014). *Patient safety and quality of care, Special Eurobarometer 411*. -- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ebs_411_en.pdf.
- Commissione europea (2015). *Patients' rights in crossborder healthcare in the European Union, Special Eurobarometer 425*. -- http://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.
- Commissione europea (2018). *Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sul funzionamento della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*, COM(2018) 651 final. -- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52018DC0651>.
- Commission Staff Working Document (2008). *Accompanying document to the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, Impact assessment SEC(2008) 2163*. -- Testo disponibile al sito: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/impact_assessment_en.pdf.
- Connell J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tour Management*, 34: 1-13.
- Dietrich V. (1999). Liberalization of health services in Europe: Who benefits from cross-border care?. *IWH Discussion Papers*, No. 107, Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH), Halle (Saale). -- <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:3:2-18064>.
- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute (2017). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016)*. -- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2651_allegato.pdf.
- Durham J., Blondell S.J. (2017). A realist synthesis of cross-border patient movement from low and middle income countries to similar or higher income countries. *Globalization and Health*, 13(1).
- ENPAM-EURISPES (2017). *1° Rapporto sul sistema sanitario italiano, Il termometro della salute*.
- France G. (1997). Cross-border flows of Italian patients within the European Union. An international trade approach. *European Journal of Public Health*, 7(3): 18-25.
- Giacomelli G., Longo F. (2012). La mobilità internazionale dei pazienti nella Ue: determinanti, rilevanza, regole e tendenze. *Mecosan*, 81: 105-117.
- Gill H., Singh N. (2011). Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4(3): 315-324.
- Glinos I.A., Baeten R. (2006). A Literature Review of Cross-Border Patient mobility in the European Union. *Observatoire social européen*.
- Glinos I.A., Baeten R., Helble M., Maarse H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16: 1145-55.
- Glinos I.A., Baeten R., Maarse H. (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, 95(2-3): 103-12. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.11.016.
- Glinos I.A., Doering N., Maarse H. (2012). Traveling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. *Health Policy*, 105(1): 38-45.
- Gobbi B. (2014). Cure all'estero, parte la Schengen sanitaria. *Sanità24 - Il Sole 24 ore*, 28 febbraio.
- Gobbi B., Magnano R. (2013). Cure transfrontaliere lumaca. I nodi: tariffe, database e autorizzazioni - Task force ministero-Regioni. *Sanità24 - Il Sole 24 ore*, 9-15 luglio.
- Greer S.L. (2011). The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in European Union health care policy. *Regulation & Governance*, 5: 187-203.

- Groene O., Suñol R. (2010). Factors associated with the implementation of quality and safety requirements for cross-border care in acute myocardial infarction: Results from 315 hospitals in four countries. *Health Policy*, 98(2-3): 107-113.
- Horowitz M.D., Rosensweig J.A. (2008). Medical Tourism vs. Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models. *IMTJ – International Medical Travel Journal*, 3: 30-33.
- Horton S., Cole S. (2011). Medical Returns: Seeking Health Care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72(11): 1846-1852.
- ISTAT (2013). *Aspetti della vita quotidiana*.
- Jenkins R. (2004). Globalization, production, employment and poverty: debates and evidence. *Journal of International Development*, 16(1): 1-12.
- Lega F., Hiedemann A.M. (2014). Turismo della salute: definizione, driver e opportunità di business per l'Italia. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2014*. Milano: Egea.
- Legido-Quigley H., Glinos I.A., Baeten R., Mckee M., Busse R. (2012). Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: a proposal for a framework. *Health Policy*, 108(1): 27-36.
- Lunt N., Mannion R. (2014). Patient mobility in the global marketplace: A multidisciplinary perspective. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(4): 155-7.
- Mainil T., Van Loon F., Dinnie K., Botterill D., Platenkamp V., Meulemans H. (2012). Transnational health care: from a global terminology towards transnational health region development. *Health Policy*, 108: 37-44.
- Ministero della Salute (2011). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*.
- Nordeng Z., Veggeland F. (2018). The implementation of European Union (EU) rules on cross-border care: moving towards convergence?. *Health Economics, Policy and Law*, 1-19.
- Ormond M. (2013). Harnessing "Diasporic" Medical Mobilities. In: Thomas F. and Gideon J. (eds.). *Migration, Health and Inequality*, 150-162. London: Zed Books.
- Ormond M. (2015). Solidarity by Demand? Exit and Voice in International Medical Travel – The Case of Indonesia. *Social Science & Medicine*, 124: 305-312.
- Ormond M. (2016). Knowledge Transfer in the 'Medical Tourism' Industry: The Role of Transnational Migrant Patients and Health Workers. In: Felicity T. (edited by). *Handbook of Migration and Health*, pp. 498-514. London: Edward Elgar.
- Ormond M., Lunt N. (2019). Transnational medical travel: patient mobility, shifting health system entitlements and attachments. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1-14.
- Patients Beyond Borders (2017). Medical Tourism Statistics & Facts. -- <https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>.
- Peter C., Sauer K. (2011). A survey of medical tourism service providers. *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5(3): 117-126.
- Pioggia A. (2018). *Diritto sanitario e dei servizi sociali*. Torino: G. Giappichelli Editore.
- Sciachì A. (2016). Aiop: "Il flop cure transfrontaliere". *Sanità24 – Il Sole 24 ore*, 12 dicembre.
- Sime D. (2014). 'I Think that Polish Doctors are Better': Newly Arrived Migrant Children and Their Parents' Experiences and Views of Health Services in Scotland. *Health & Place*, 30: 86-93.
- Snyder J., Crooks V.A., Adams K., Kingsbury P., Johnston R. (2011). The 'patient's physician one-step removed': the evolving roles of medical tourism facilitators. *Global Medical Ethics*, 37(9): 530-534.
- Şekercan A., Lamkaddem M., Snijder M.B., Peters R.J.G., Essink-Bot M.L. (2015). Healthcare Consumption by Ethnic Minority People in their Country of Origin. *The European Journal of Public Health*, 25(3): 384-390.
- Şekercan A., Woudstra A.J., Peters R.J.G., Lamkaddem M., Akgün S., Essink-Bot M.L. (2018). Dutch Citizens of Turkish Origin Who Utilize Healthcare Services in Turkey: A Qualitative Study on Motives and Contextual Factors. *BMC Health Services Research*, 18(1): 289.
- Wismar M., Palm W., Van Ginneken E., Busse R., Ernst K., Figueras J. (2011). The Health Service Initiative: supporting the construction of a framework for cross-border health care. In: Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. and van Ginneken E. (eds.). *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.