

Proposta di legge
d'iniziativa del deputato

FENU Emiliano

Disposizioni in materia di mobilità sanitaria interregionale

Onorevoli Colleghi! – Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce, di regola, con oneri a carico del SSN l'assistenza a coloro che sono iscritti presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza; tuttavia, l'assistito può ricevere le prestazioni anche in altre Regioni, dando vita al fenomeno noto come mobilità sanitaria interregionale che viene distinta in:

- mobilità attiva che identifica le prestazioni sanitarie erogate a cittadini non residenti;
- mobilità passiva che identifica le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in una Regione diversa da quella di residenza.

Per le Regioni la mobilità attiva rappresenta una voce di credito e quella passiva una voce di debito e dunque la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è disciplinata dall'ultima versione dell'Accordo interregionale, approvato il 14 settembre 2022 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Tale accordo definisce le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati. La procedura di regolazione economica della mobilità sanitaria è molto complessa e non è pubblica

Le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non elencate tra quelle in compensazione devono essere addebitate alla Regione di residenza tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla ASL di appartenenza del paziente.

I dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) sulla mobilità sanitaria interregionale, relativi all'anno 2022 forniscono una dettagliata analisi sulle principali dinamiche della mobilità sanitaria interregionale nel nostro Paese, sia delle prestazioni di ricovero sia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Dall'analisi, con riferimento alla mobilità ospedaliera, emerge che il trend della mobilità dei ricoveri degli ultimi 6 anni (2017-2022) è costante, con oneri pari a circa 3mld di euro. Anche la fuga per prestazioni di ricovero di alta complessità è sostanzialmente invariata mentre per la componente di media/bassa complessità si evidenzia una riduzione del 18%.

Le principali regioni attrattive sono nell'ordine: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. Nel 2022 la regione Emilia-Romagna e la regione Lombardia registrano valori equiparabili di saldo positivo (tra mobilità attiva e passiva) rispettivamente 337 mln e 362 mln. L'Emilia-Romagna segna un importante incremento rispetto al periodo pre pandemico.

Il flusso migratorio è tendenzialmente diretto da Sud a Nord e la migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 24%, al Centro 12,6% e al Sud 5,7%.

Le strutture maggiormente attrattive per la mobilità dei ricoveri sono di natura giuridica private accreditate, per 3/4 del totale per le prestazioni di alta complessità. La pandemia non ha modificato i flussi di mobilità di attrazione e fuga per patologie tumorali, malgrado la contrazione nel numero di interventi.

Quanto alla mobilità della specialistica ambulatoriale degli ultimi 5 anni (2019-2023), al netto del valore registrato nel 2020, il trend appare in crescita evidenziando nel primo semestre del 2023 il valore più alto della serie temporale considerata (330 mln); anche per la specialistica ambulatoriale le principali regioni attrattive sono in ordine: Lombardia, Veneto, Toscana, mentre quelle di fuga sono: Campania, Calabria e Sicilia. La regione con il saldo positivo maggiore (tra mobilità attiva e passiva) è in assoluto la Lombardia con un valore di circa 103 mln; la mobilità di prossimità nella specialistica ambulatoriale ha una prevalenza maggiore rispetto alla ospedaliera: la migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 33%, al Centro 20% e al Sud 12%. La domanda di prestazioni di specialistica risulta tendenzialmente costante nel tempo, con maggiore richiesta di diagnostica strumentale e di prestazioni terapeutiche (circa 65%).

La Fondazione GIMBE svolge una periodica e preziosa analisi sulla mobilità sanitaria interregionale e in relazione ai dati del 2021 emerge che il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni, cifra nettamente superiore sia a quella del 2019 (€ 3.904,63 milioni) che a quella del 2020 (€ 3.330,47 milioni), anno in cui l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e su cui incide l'esclusione dei dati della Regione Calabria che ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti. In generale, il trend 2010-2020 mostra lievi oscillazioni del valore della mobilità sanitaria dal 2010 al 2014, poi un netto incremento dal 2014 al 2016, quindi un plateau negli anni 2016-2018 e un netto calo nel 2019 e nel 2020, per segnare infine una netta ripresa nel 2021.

Dai dati GIMBE emerge che le 5 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) includono complessivamente quasi la metà della mobilità attiva. Un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce fra le altre 14 Regioni e Province autonome.

I dati documentano e confermano dunque la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud.

Quanto alle prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza, le 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 Regioni e Province autonome. I dati della mobilità passiva documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, si registrano rilevanti indici di fuga nelle Regioni settentrionali

con elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 281,6 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 milioni). Verosimilmente questo documenta specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord che offrono servizi sanitari di qualità elevata (cd. mobilità di prossimità).

La differenza tra crediti e debiti determina il saldo di ciascuna Regione e risulta che quelle con saldo positivo rilevante sono tutte al Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante si collocano tutte al Centro-Sud.

La distribuzione del saldo attivo 2021 mostra che il 93,3% si concentra in Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. Anche se la distribuzione del saldo passivo 2021 presenta una maggiore frammentazione, il 76,9% si concentra in 6 Regioni del Centro-Sud

Complessivamente, oltre i due terzi (69,6%) del valore totale della mobilità sanitaria riguardano i ricoveri ordinari e in day hospital e il 16,5% le prestazioni di specialistica ambulatoriale; degno di nota anche il valore relativo alla somministrazione diretta di farmaci (9,4%). Le altre categorie di prestazioni ammontano complessivamente al 4,7% del valore totale della mobilità sanitaria

Analizzando poi le prestazioni di ricovero e day hospital e quelle di specialistica ambulatoriale, complessivamente le strutture private erogano oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche (figura 4.11). In dettaglio, il valore della mobilità sanitaria per i ricoveri ordinari e in day hospital è di € 1.426,2 milioni per le strutture private e di € 1.132,8 milioni per quelle pubbliche; le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità vengono erogate dal privato per € 301,3 milioni e nel pubblico per € 300,6 milioni.

Complessivamente l'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche dalle strutture private in mobilità ha un "peso" molto diverso tra le varie Regioni. Oltre al Molise (90,5%), superano il 60% del valore della mobilità erogato dalle strutture private la Puglia (73,1%), la Lombardia (71,2%) e il Lazio (64,1%). Viceversa, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%).

Nelle sue conclusioni la Fondazione Gimbe evidenzia che seppure il valore della mobilità sanitaria interregionale nel 2021 è pari a € 4.247,29 milioni, una percentuale apparentemente contenuta (3,36%) della spesa sanitaria totale (€ 126.328 milioni), tuttavia assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali:

- 1) per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Emilia Romagna: +€ 442 milioni; Lombardia: +€ 271,1 milioni; Veneto: +€ 228,1 milioni), sia in saldo negativo (es. Campania: -€ 220,9 milioni; Calabria: -€ 252,4 milioni);
- 2) perché oltre il 50% dei ricoveri e prestazioni ambulatoriali in mobilità vengono erogate da strutture private accreditate, quale ulteriore segnale di impoverimento del SSN;

- 3) per l'impatto sanitario, sociale ed economico sui residenti nelle Regioni in cui la carente offerta di servizi induce a cercare risposte altrove.

Dinanzi a questo fenomeno, la presente proposta di legge ha lo scopo di armonizzare e standardizzare le questioni derivanti dalla c.d. mobilità sanitaria interregionale, con lo scopo di limitare i disagi e le problematiche ricadenti su quelle cittadine e cittadini che per motivi non derivanti dalla propria volontà ma per cause imputabili allo stesso Servizio Sanitario, sono costretti a spostarsi dalla propria regione di residenza per ricevere prestazioni sanitarie necessarie ma indisponibili nella propria regione.

In Italia assistiamo al crescere repentino del fenomeno della rinuncia alle cure, con regioni che presentano percentuali che superano il 15% della popolazione interessata. Quando la rinuncia alle cure riguarda patologie che vengono curate fuori dalla propria regione, facciamo riferimento a problematiche il cui esito è spesso mortale.

Se è vero che la forza di una catena viene misurata dal suo anello più debole, il diritto alla salute è una catena già rotta, così com'è interrotta la possibilità di curarsi e quindi di vivere in salute per decine di migliaia di persone.

Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale coinvolge oltre un milione di persone ogni anno nel nostro Paese, generando forte iniquità tra quello che accade al Sud, nel Centro e nel Nord del Paese.

Nel rispetto dei principi costituzionali di equità e di salute e dei principi istitutivi del nostro Servizio sanitario nazionale di cui alla legge 833 del 1978 la proposta di legge disciplina la condizione dell'assistito in mobilità sanitaria e individua misure volte a garantire l'equo accesso al diritto alla salute dello stesso.

La proposta di legge mutua la disciplina già prevista da una norma regionale emanata dalla Regione Autonoma della Sardegna oltre trent'anni fa, la Legge Regionale n.26/91, che con gli opportuni aggiornamenti, può ancora oggi essere uno strumento di riequilibrio del vulnus che la mobilità sanitaria interregionale crea nel servizio sanitario regionale.

Facendo tesoro delle problematiche emerse nell'applicazione della suddetta norma, la proposta di legge prevede l'istituzione di figure di controllo e di garanzia, atte non solo a controllare e armonizzare il fenomeno della mobilità sanitaria, ma anche ad individuare soluzioni locali ove la mobilità sia più costosa in termini economici e tecnici del rafforzamento dei servizi sanitari locali.

La mobilità sanitaria è un fenomeno che oggi costa oltre 5 miliardi di euro l'anno, ma con il definanziamento della sanità pubblica a favore di quella privata è un fenomeno che tenderà a crescere in maniera esponenziale.

L'articolo 1 della proposta disciplina il riconoscimento della condizione di assistito in mobilità sanitaria prevedendo che vi sia un'apposita autorizzazione dal servizio sanitario della regione di residenza ad usufruire di prestazioni sanitarie, con oneri a carico della stessa, al di fuori della propria regione di residenza poiché indisponibili e non erogabili dal servizio sanitario regionale di residenza.

L'articolo 2 definisce come indisponibili le prestazioni sanitarie non erogabili nell'ambito del SSR ovvero erogabili ma con tempi di attesa incompatibili con i livelli essenziali di assistenza e certificate da medici prescrittori.

L'articolo 3 istituisce il Garante degli assistiti in mobilità sanitaria, a livello nazionale, che dura in carica cinque anni e il suo mandato è rinnovabile per una sola volta. Il Garante è l'autorità di riferimento per gli assistiti in mobilità sanitaria e con funzione di rappresentanza, consultiva e di sorveglianza, può accedere all'ufficio competente per i ricoveri fuori regione, accompagnare gli utenti, richiedere copia della documentazione di diniego. Il Garante è nominato con determinazione adottata d'intesa dai Presidenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, previo parere favorevole delle Commissioni parlamentari competenti

Il medesimo articolo 3 demanda quindi ad un Accordo Stato-regioni l'istituzione dei Garanti regionali dei diritti degli assistiti in mobilità sanitaria nonché della relazione annuale che ciascuna regione dovrà redigere per rendicontare l'andamento dei flussi e dei costi della mobilità sanitaria nella propria regione.

L'articolo 4 prevede quindi che il Ministero della Salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta al Parlamento una relazione annuale sulla mobilità sanitaria interregionale, relazione che conterà anche delle relazioni delle regioni che hanno la funzione di valutare i disservizi e le diseconomie derivanti dalla mobilità sanitaria, quindi di valutare la necessità di migliorare e incrementare l'offerta sanitaria regionale, per contrastare il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

L'articolo 5 istituisce, presso il Ministero della salute, "L'Ufficio Nazionale per i Ricoveri Fuori Regione" con compiti e funzioni di indirizzo, coordinamento e sorveglianza attiva sugli uffici Regionali per i ricoveri fuori regione che verranno istituiti con il citato Accordo Stato e regioni

L'articolo 6 disciplina le prestazioni di assistenza sanitaria indiretta che possono essere erogate quando le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate non sono nelle condizioni di erogarle tempestivamente in forma diretta. Il ricorso a forme di assistenza sanitaria indiretta ha carattere straordinario ed è ammesso esclusivamente per prestazioni preventivamente prescritte e autorizzate dal servizio sanitario della regione di residenza. L'assistenza indiretta consiste nel rimborso totale o parziale delle spese sanitarie sostenute per prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione e per gli oneri sostenuti. Al fine di garantire procedure uniformi sull'intero territorio nazionale, si demanda quindi ad un Accordo Stato-Regioni la definizione delle modalità di prescrizione, del procedimento di autorizzazione nonché delle modalità di erogazione dei contributi e delle anticipazioni ovvero di rimborso delle spese sostenute nonché dei casi in cui sia possibile il rimborso delle spese sostenute dagli accompagnatori.

L'articolo 7 detta quindi le disposizioni finali e finanziarie

Proposta di legge

Disposizioni in materia di mobilità sanitaria interregionale

Capo I (*Definizioni e criteri*)

Art. 1 (*Riconoscimento della condizione di assistito in mobilità sanitaria interregionale*)

1. E' in mobilità sanitaria l'assistito autorizzato dal servizio sanitario della regione di residenza ad usufruire di prestazioni sanitarie, con oneri a carico della stessa, al di fuori della propria regione di residenza poiché indisponibili e non erogabili dal servizio sanitario regionale di residenza.
2. La condizione di assistito in mobilità sanitaria può essere riferita ad una o più prestazioni sanitarie ovvero alla intera durata della patologia sino a remissione della stessa o del percorso diagnostico.

Art. 2 (*Definizione di prestazioni sanitarie indisponibili*)

1. Sono definite indisponibili le prestazioni sanitarie non erogabili nell'ambito del SSR ovvero erogabili ma con tempi di attesa incompatibili con i livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15 – del 18 marzo 2017, e in generale con la patologia alla quale si riferiscono.
2. La necessità di ricevere le prestazioni sanitarie indisponibili nella regione di residenza è certificata dai medici specialisti delle aziende sanitarie locali ovvero convenzionati con il servizio sanitario nazionale o dai medici specialisti della sanità privata o in libera professione.
3. Qualora la certificazione di cui al comma 2 sia effettuata da un medico specialista della sanità privata o libero professionista, il servizio sanitario pubblico conferma la sussistenza o meno della condizione di assistito in mobilità sanitaria. Il diniego alla condizione di assistito in mobilità sanitaria è accompagnato dalla dimostrazione della erogabilità delle medesime o analoghe prestazioni sanitarie nell'ambito regionale di appartenenza, con l'indicazione dei tempi di attesa previsti per l'effettuazione delle stesse.

Art. 3. (*Istituzione del Garante degli assistiti in mobilità sanitaria*)

1. È istituito, a livello nazionale, il «Garante nazionale dei diritti degli assistiti in mobilità sanitaria». Il Garante ha sede in Roma, dura in carica cinque anni e il suo mandato è rinnovabile per una sola volta.
2. Il Garante di cui al comma 1 è un organo monocratico ed è scelto tra persone di notoria indipendenza e di specifiche e comprovate professionalità, competenze o esperienze nel campo della tutela e della promozione della salute e non può essere scelto tra persone che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano rivestito tali incarichi e cariche nell'anno precedente la nomina e, in ogni caso, non devono essere portatori di interessi in conflitto con le funzioni del Garante.

3. Il Garante è l'autorità di riferimento per gli assistiti in mobilità sanitaria e si può avvalere della collaborazione degli Enti del terzo settore che svolgono attività di assistenza o rappresentanza per gli assistiti in mobilità sanitaria.

4. Il Garante, con funzione di rappresentanza, consultiva e di sorveglianza, può accedere all'ufficio competente per i ricoveri fuori regione, accompagnare gli utenti, richiedere copia della documentazione di diniego di cui all'articolo 2, comma 3. agli uffici competenti. Con decreto del Ministero della salute, da emanarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono individuate le funzioni e i compiti del Garante.

5. Il Garante è nominato con determinazione adottata d'intesa dai Presidenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, previo parere favorevole delle Commissioni parlamentari competenti espresso a maggioranza dei due terzi dei componenti. Per la durata dell'incarico, il Garante non può esercitare, a pena di decadenza, attività professionale, imprenditoriale o di consulenza, non può svolgere le funzioni di amministratore o dipendente di enti pubblici o privati, ricoprire uffici pubblici di qualsiasi natura o rivestire cariche elettive, assumere cariche di governo o incarichi all'interno di partiti politici o movimenti politici o in associazioni, organizzazioni, anche sindacali, ordini professionali o comunque organismi che svolgono attività nel campo della salute e del SSN. All'atto dell'accettazione della nomina il Garante è collocato fuori ruolo se dipendente di pubbliche amministrazioni ovvero magistrato o avvocati dello Stato. Se professore universitario di ruolo, è collocato in aspettativa senza assegni ai sensi dell'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, con diritto alla conservazione del posto di lavoro per la durata del mandato.

6. Al Garante è attribuita un'indennità di funzione pari al trattamento economico annuo spettante ad un capo Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri e, comunque, nel limite di euro 200.000 annui, al lordo degli oneri a carico dell'amministrazione e ai componenti è attribuita un'indennità di funzione pari al trattamento economico annuo spettante a un capo ufficio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri e, comunque, nel limite di euro 160.000 annui, al lordo degli oneri a carico dell'amministrazione.

7. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con Accordo da sancire, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, compatibilmente con i principi stabiliti dalla presente legge, è disciplinata l'istituzione dei Garanti regionali dei diritti degli assistiti in mobilità sanitaria nonché della relazione annuale che ciascuna regione dovrà redigere per rendicontare l'andamento dei flussi e dei costi della migrazione sanitaria nella propria regione e trasmettere, entro il 30 settembre di ogni anno, ai propri organi assembleari e al Ministero della salute.

Capo II

Rapporti tra lo Stato e le Regioni e relazione annuale alle Camere

Art. 4 (*Relazione annuale*)

1. Il Ministero della Salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta al Parlamento una relazione annuale sull'andamento dei flussi e dei costi della mobilità sanitaria nel territorio nazionale e in ciascuna regione e sull'attuazione delle disposizioni della presente legge.

2. La relazione di cui al comma 1 rendiconta altresì sui disservizi e le diseconomie derivanti dalla mobilità sanitaria e fornisce gli indirizzi utili rivolti alle regioni al fine di ridurre i disagi per i cittadini e contribuire all'efficace erogazione delle prestazioni sanitarie all'interno delle regioni di residenza dei cittadini.

3. Le relazioni delle regioni di cui all'articolo 3, comma 7, della presente legge sono parte integrante della relazione di cui al comma 1 del presente articolo, e hanno la funzione di valutare i disservizi e le diseconomie derivanti dalla mobilità sanitaria, quindi di valutare la necessità di migliorare e incrementare l'offerta sanitaria regionale, per contrastare il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

Art. 5 (Istituzione dell'Ufficio nazionale per i ricoveri fuori regione e articolazione regionale e territoriale)

1. Presso il Ministero della salute è istituito "L'Ufficio Nazionale per i Ricoveri Fuori Regione" con compiti e funzioni di indirizzo, coordinamento e sorveglianza attiva sugli uffici Regionali per i ricoveri fuori regione di cui al comma 2.

2. Con l'Accordo di cui all'articolo 3, comma 7, della presente legge è disciplinata l'istituzione in ciascuna Regione e provincia autonoma dell'Ufficio Regionale per i Ricoveri Fuori Regione con compiti di indirizzo, coordinamento e sorveglianza attiva sugli uffici territoriali per i ricoveri fuori regione, istituiti presso ciascuna azienda sanitaria locale con compiti e funzioni finalizzate a garantire la continuità sanitaria per gli assistiti in mobilità sanitaria, assicurando che gli oneri a carico del SSR includano oltre che l'ospitalità e il trasferimento in altra regione sia per l'assistito sia per un eventuale accompagnatore.

(Capo III)

Disposizioni sull'assistenza sanitaria diretta

Art. 6 (Prestazioni di assistenza sanitaria indiretta nel territorio nazionale e all'estero)

1. Nell'ambito del territorio nazionale le prestazioni sanitarie possono essere erogate in regime di assistenza indiretta quando le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate non sono nelle condizioni di erogarle tempestivamente in forma diretta.

2. La prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando le strutture pubbliche o convenzionate richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, o quando il periodo di attesa rischia di compromettere lo stato di salute dell'assistito o precludere la possibilità dell'intervento o delle cure.

3. Possono fruire dell'assistenza sanitaria indiretta gli assistiti del Servizio sanitario regionale nonché le categorie ad essi equiparati dalla vigente legislazione e dagli accordi internazionali ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

4. Il ricorso a forme di assistenza sanitaria indiretta ha carattere straordinario ed è ammesso esclusivamente per prestazioni preventivamente prescritte e autorizzate dal servizio sanitario della regione di residenza.

5. Nei casi in cui le prestazioni sanitarie siano erogabili in una sola volta ovvero richiedano la continuità terapeutica, l'efficacia temporale dell'autorizzazione è determinata dall'organo che rilascia la medesima autorizzazione sulla base delle indicazioni terapeutiche formulate nella prescrizione. La determinazione dei termini di efficacia dell'autorizzazione difforni da quelli della indicazione terapeutica deve essere motivata.

6. L'assistenza indiretta consiste nel rimborso totale o parziale delle spese sanitarie sostenute per prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione e per gli oneri correlati sostenuti.

7. Al fine di garantire procedure uniformi sull'intero territorio nazionale, con Accordo da sancire, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono definite:

a) le modalità di prescrizione;

b) il procedimento di autorizzazione;

b) le modalità di erogazione dei contributi e delle anticipazioni ovvero di rimborso delle spese sostenute nonché dei casi in cui sia possibile il rimborso delle spese sostenute dagli accompagnatori.

Capo IV

Disposizioni finali e finanziarie

Art. 7. (*Disposizioni finali*).

1. Ciascuna regione e provincia autonoma provvede a recepire le disposizioni della presente legge entro e non oltre 18 mesi dall'adozione degli Accordi di cui agli articoli 3 e 6 della presente legge e nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento corrente per l'erogazione di livelli di assistenza, come incrementate ai sensi del comma 2.

2. Agli oneri della presente legge, valutati in € 150.000.000 per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026 ed € 50.000.000 a decorrere dall'anno 2027, si provvede nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento corrente per l'erogazione di livelli di assistenza che sono incrementate mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.