

La “migrazione sanitaria” per tumore della mammella fra le regioni italiane

Daniela Balzi⁽¹⁾, Marco Geddes⁽²⁾, Lucia Lispi⁽³⁾

Introduzione

La “migrazione sanitaria”, vale a dire il ricovero in un ospedale localizzato in altra regione o in un altro paese rispetto a quello di residenza, rappresenta un fenomeno che ha accompagnato l’estensione dell’assistenza all’intera popolazione ed il raggiungimento della uniformità di prestazioni per tutti i cittadini. Il fenomeno, comune a molti Paesi, si concretizza sia nella migrazione in altre nazioni della Unione Europea (prevalentemente Francia) e negli Stati Uniti, sia nella ospedalizzazione in regioni diverse da quella di “residenza sanitaria” (la Azienda USL di iscrizione che, generalmente, corrisponde a quella di residenza). La migrazione sanitaria è stata oggetto di valutazione sotto il profilo economico-giuridico (France, 1999), sanitario (Cacciari, 1993; Crocetti, 1993; Crocetti, 1995), D’Andrea, 1992; D’Andrea, 1993; Greco 1989) e sociale (Beccatelli, 1993; Crotti, 1992; Crotti, 1993; Marasso, 1992), sebbene tali analisi si siano indirizzate prevalentemente ad una valutazione dell’assistenza sanitaria transfrontaliera (AIM, 2000; Hermans, 2000; Ministero della sanità, 1997), anche in relazione a recenti sentenze della Corte di Giustizia della Comunità Europea, in base alla quale i pazienti possono richiedere trattamenti e prodotti medici in altri Stati membri della Comunità (Mountford, 2000).

Gli studi sulla migrazione interregionale, fenomeno ovviamente più rilevante in termini quantitativi e con notevoli ricadute sulle finanze regionali, risultano invece assai più limitati.

La conoscenza dell’entità del fenomeno migratorio, della sua evoluzione nel corso degli anni, delle ragioni che inducono i pazienti a richiedere assistenza in strutture al di fuori di quelle localizzate nella propria area di residenza, è importante ai fini della programmazione degli investimenti e dei servizi a livello nazionale, regionale e locale. Per rispondere alla richiesta di ricovero da parte di pazienti non residenti nell’area o provenienti da altri Paesi, sono state spesso realizzate o potenziate strutture di ricovero, collegandole con servizi di accoglienza (foresterie, alberghi convenzionati) e dotandole di appositi servizi (servizi sociali, mediatori

(1) U.O. Epidemiologia – Azienda USL Firenze

(2) Direzione Sanitaria – Presidio Ospedaliero Firenze Centro – Azienda USL Firenze

(3) Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ministero della Salute

linguistici ecc.); da parte di regioni soggette ad emigrazione la quantificazione del fenomeno ha fornito invece elementi per la richiesta di finanziamenti finalizzati alla realizzazione di quei presidi la cui carenza motiverebbe il fenomeno migratorio (ad esempio: cardiocirurgia; radioterapia ecc.). L'entità del fenomeno fra regioni limitrofe ha dato luogo anche ad intese volte a formalizzare un "accordo di fornitura", con l'obiettivo di distribuire in maniera equa e razionale i servizi e di attuare verifiche di utilità ed appropriatezza ¹.

Il fenomeno migratorio, anche limitatamente a quello interregionale, acquisisce ulteriore interesse in relazione alle modifiche in corso nella sanità italiana. In particolare il "federalismo fiscale", con un nuovo sistema perequativo fra Regioni e con la possibilità di una diversa finalizzazione delle risorse nel bilancio di ciascuna regione, potrebbe comportare ulteriori squilibri territoriali; la migrazione rappresenta pertanto un indicatore dei livelli essenziali di assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare ed un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi. Inoltre i sistemi sanitari regionali si stanno parzialmente diversificando, dando luogo a regimi di mercato dell'offerta differenziati (programmazione/concorrenza; unificazione/ separazione fra acquirenti ed erogatori ecc.), che possono da un lato esaltare la libertà di scelta dell'utente, dall'altro incentivare, quale conseguenza della concorrenza fra Aziende, la mobilità sanitaria "evitabile".

La migrazione sanitaria si compone infatti di più "comparti" che hanno proprie motivazioni e diverso significato.

1. Un primo comparto può definirsi come "*migrazione di base*", dovuta a:

- riferimento elettivo, per motivi meramente geografici (vicinanza, viabilità, collegamenti con mezzi pubblici ecc.), a presidi collocati in altre regioni; tale situazione è maggiormente presente in comuni confinanti con altre regioni;
- domicilio in regione o Azienda USL diversa da quella di "residenza sanitaria";
- nucleo familiare di riferimento in regione o Azienda USL diversa da quella di "residenza sanitaria".

2. Un secondo comparto può definirsi come "*migrazione fisiologica*", legata alla necessità di usufruire di centri ad alta specialità (ad es. per patologie rare o che richiedono prestazioni di eccellenza); essa esprime un fenomeno positivo, poiché esistono, per determinate patologie e

¹ L'accordo è stato firmato fra la regione Emilia Romagna e le Marche. Panorama della sanità n. 30 Agosto 2001.

tipologie di interventi, centri che si configurano con bacini di utenza sovraregionali o sovranazionali.

3. Il terzo comparto potrebbe definirsi come “*migrazione evitabile*” ed è costituita da quella quota di ricoveri fuori area motivati da una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, dalla diversa qualità dell’offerta sanitaria, da fenomeni di sfiducia e disinformazione, da distorsioni nel mercato della sanità.

Il tumore della mammella rappresenta una patologia notevolmente diffusa fra le donne, con una incidenza di 28.000 nuovi casi l’anno (Balzi, 1997) ed una prevalenza di 330.000 donne (Sant, 1999). Data la gravità della patologia essa comporta un peso rilevante, anche in termini di ricoveri, con 83.000 dimessi l’anno (1999) in regime di degenza e 63.000 in regime di day hospital.

La frequenza di tale patologia, la diffusione di protocolli diagnostico e terapeutici a livello nazionale (FONCAM, 1997), la presenza di istituti di ricerca oncologici e di dipartimenti di oncologia, organizzati anche in base alle indicazioni del Piano Oncologico nazionale², dovrebbero consentire l’effettuazione dell’assistenza in regime di day hospital o in regime di ricovero in prossimità del proprio luogo di residenza, limitando la migrazione sanitaria ad una casistica necessitante di particolari trattamenti (“migrazione fisiologica”).

In questo studio abbiamo effettuato una analisi dei ricoveri in Italia con diagnosi di tumore della mammella, al fine di verificare l’entità del fenomeno migratorio, le sue caratteristiche in termini di età, tipologia di prestazione (DRG medico o chirurgico), regione di residenza ed individuando la quota di migrazione attribuibile alla “migrazione di base”.

Materiali e metodi

Data base

I dati utilizzati sono tratti dall’archivio nazionale delle **Schede di Dimissione Ospedaliera** (SDO) che risiede presso il Ministero della Salute. Vengono presi in considerazione i dimessi

² Il Piano Oncologico Nazionale è stato presentato dal Ministro della sanità il 31/5/2001: Si tratta di un Piano operativo di intervento mirato alla prevenzione, diagnosi e cura del polmone, della prostata, del colon retto e della mammella.

dei residenti in Italia che si sono ricoverati sul territorio nazionale. Sono esclusi i ricoveri all'estero di residenti in Italia, in quanto per questi non viene compilata la SDO.

I dati sono riferiti all'anno 1999. Per tale anno il sistema di rilevazione appare infatti a regime, coprendo tutte le regioni, come si rileva dalla tabella 1.

La percentuale di schede errate nel 1999 appare notevolmente contenuta (5,3%) e tale percentuale è riferita a schede con almeno un errore in qualsiasi informazione. Le frequenze più elevate di errori sono tuttavia riferite a items che non sono stati utilizzati per l'analisi (USL di iscrizione; interventi o procedure secondarie errate; data intervento mancante, diagnosi secondarie errate). Pertanto i record eliminati sono stati solo 207, pari allo 0,2% .

Tabella 1: Indici di completezza e qualità della rilevazione di ricovero ospedaliero. Anni 1995 - 1999

	1995	1996	1997	1998	1999
N. regioni e provincie	20	20	21	21	21
N. istituti	1.214	1.357	1.441	1.510	1.478
N. SDO totali	8.821.328	10.657.481	11.707.101	12.577.826	12.727.449
N. medio diagnosi per SDO	1,7	1,9	1,9	2,0	2,0
N. medio int. e/o procedure	1,2	1,5	1,6	1,6	1,7
% schede errate	33,3	20,3	17,8	16,3	5,3

(Fonte: SDO – Ministero della salute)

Il data-base, basato su record individuali, conteneva le seguenti variabili: regione di iscrizione sanitaria; regione che eroga la prestazione; tipologia di struttura di ricovero (azienda ospedaliera; ospedale pubblico; ospedale privato); regime di ricovero; giornate di degenza; diagnosi principale di dimissione; codice intervento principale; età calcolata alla ammissione; DRG. I record sono stati selezionati in base alla diagnosi principale; trattandosi del codice ICD9 174 (tumore della mammella femminile) i record non avevano la specifica del sesso.

Sono stati inoltre esclusi dall'analisi i record con diagnosi di dimissione di chemioterapia e radioterapia (V58.0, V58.1).

Il rapporto dimessi ordinari/day hospital risulta pari a 1,31 (tabella 2).

Tabella 2: Rapporto Dimessi Ordinari e Day hospital per regione di ricovero. Tumore della mammella, 1999.

	Rapporto Ord /Dh
Piemonte	0,85
Valle D'Aosta	7,11
Lombardia	1,01
P.A. Bolzano	38,18
P.A. Trento	1,89
Veneto	1,07
FriuliV.G.	1,69
Liguria	0,82
Emilia Rom.	1,34
Toscana	1,66
Umbria	1,22
Marche	1,46
Lazio	2,67
Abruzzo	1,60
Molise	1,89
Campania	3,43
Puglia	5,03
Basilicata	1,85
Calabria	1,36
Sicilia	3,11
Sardegna	0,31
<i>ITALIA</i>	<i>1,31</i>

Tuttavia tale rapporto è estremamente diversificato da regione a regione, in relazione sia allo sviluppo dei day hospital che alle modalità di classificazione dei dimessi (i dimessi di un giorno non classificati come day hospital; i ricoveri in day hospital ripetuti classificati come singola dimissione o come tante dimissioni quanti sono gli accessi di un singolo paziente nel corso dell'anno).

L'analisi è stata pertanto effettuata sui dimessi in regime ordinario che, in termini di giorni di degenza e di costi, rappresentano la problematica di gran lunga più importante.

Migrazione di base

Al fine di identificare un insieme di cause di ricovero che potesse rappresentare la migrazione di base è stato costituito un panel di professionisti, di diversa provenienza³. A ciascuno di essi è stata inviata una lettera con la quale si spiegava il significato di “migrazione di base” ed è stato richiesto di indicare, in ordine decrescente, fino a 10 DRG che, sulla base della loro esperienza professionale, avessero la caratteristica di: ricoveri con elevata frequenza; ricoveri programmati; ricoveri in struttura di riferimento non specialistica. Sulla base delle risposte ottenute insieme ad un esperto esterno che non aveva partecipato al panel, sono state individuate le seguenti cause di ricovero:

DRG 88: Malattia polmonare ostruttiva cronica

DRG 127: Insufficienza cardiaca e shock

DRG162: Intervento per ernia inguinale e femorale senza complicazione.

DRG 373: Parto vaginale senza complicazione

Si è assunto che la percentuale di dimessi fuori regione per i DRG sopra elencati e specifica per classi di età fosse rappresentativa della “migrazione di base” così come è stata definita nel presente articolo.

Metodologia di analisi

E' stata effettuata una analisi descrittiva ed una analisi di regressione logistica; quest'ultima è stata realizzata al fine di stimare l'evento migrazione (variabile dipendente) in ciascuna regione di assistenza (assunta come residenza) aggiustando tale fenomeno per classe di età (Modello 1) e migrazione di base (Modello 2).

³ Sono stati individuati 10 medici esperti nelle seguenti discipline: medico di base, chirurgo, esperto in management, direttore sanitario epidemiologo.

La misura che ne è derivata è l'odds ratio (OR) che indica la probabilità di emigrare da ciascuna regione rispetto alla migrazione complessiva italiana presa come riferimento. Ciascun OR è accompagnato dai limiti di confidenza (95%) che forniscono informazioni sull'ambito della variabilità casuale della migrazione.

Nell'analisi logistica sono state escluse le donne con età inferiore a 15 anni, per l'esiguità numerica della casistica in quella classe di età.

Risultati

Nell'anno 1999 la migrazione sanitaria (ricovero in regione diversa da quella di residenza), su un totale di 9.513.910 dimessi ordinari (totale dei record esaminati) è stata pari al 6,75%. Il tasso di ospedalizzazione (per degenza ordinaria) per 1.000 abitanti, risulta uguale a 163,90: si compone di 152,96 per i dimessi entro regione e di 10,94 per i dimessi fuori regione.

La patologia oncologica (tutte le neoplasie: codice ICD9 140-234.9) presenta una percentuale di dimessi fuori regione più elevata, pari a 9,19%. Tali percentuali sono assai diversificate per regione, come si evidenzia dalla tabella 3.

Il fenomeno migratorio risulta più accentuato nelle regioni di piccole dimensioni ed è una costante del Sud Italia, con esclusione della Sardegna. Le regioni con una più elevata migrazione sanitaria per tutte le cause, rispetto alla media nazionale, hanno anche una più elevata migrazione per tumori (ad esclusione del Piemonte); la migrazione per neoplasie è tuttavia fenomeno imponente in alcune regioni, con livelli del 30-40% dei dimessi. Lombardia e Veneto hanno una migrazione assai contenuta e rappresentano le regioni a più alto livello di immigrazione sanitaria. Si segnala il comportamento opposto fra le province autonome di Trento (alta migrazione) e di Bolzano (bassa migrazione) che rappresenta in parte un artefatto, conseguente alla migrazione dei residenti a Bolzano verso l'Austria (Innsbruck), fenomeno che la presente analisi non valuta.

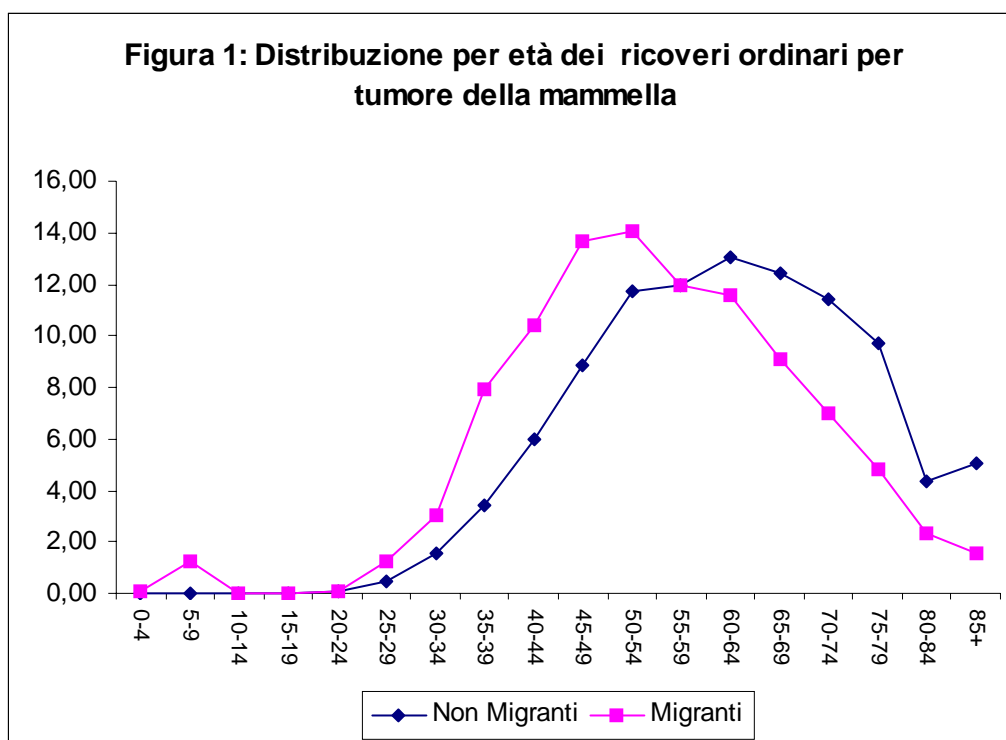
Tabella 3: Migrazione sanitaria 1999: Percentuale di dimissioni effettuate in regione diversa da quella di residenza per tutte le cause e per neoplasia

	Tutte le cause	Neoplasie
Piemonte	7,6	8,2
Valle D' Aosta	18,4	19,8
Lombardia	4,0	3,4
P.A. Bolzano	4,2	6,0
P.A. Trento	13,2	14,8
Veneto	4,3	6,0
Friuli V.G.	6,0	4,4
Liguria	9,0	9,7
Emilia Rom.	5,6	5,7
Toscana	5,2	7,3
Umbria	9,5	9,9
Marche	9,3	12,9
Lazio	5,6	5,2
Abruzzo	9,9	16,6
Molise	20,9	40,3
Campania	7,9	13,7
Puglia	5,8	11,3
Basilicata	24,3	36,8
Calabria	13,0	29,4
Sicilia	7,0	15,6
Sardegna	3,8	6,9
<i>ITALIA</i>	6,8	9,2

Distribuzione per classe di età:

La distribuzione percentuale per classe di età dei dimessi nei migranti e dei dimessi nella regione di residenza appare assai diversificata. I dimessi nella stessa regione di residenza

hanno una massima frequenza fra i 60-64 anni, con una riduzione assai lenta fino al decennio 70-79; quelli in altre regioni interessano una popolazione assai più giovane (vedi figura 1).



Migrazione di base e migrazione per tumore della mammella

La **tabella 4** confronta la migrazione di base e la migrazione per tumore della mammella nelle diverse regioni italiane. La migrazione di base risulta contenuta e pari, a livello nazionale al 2,9%. Il fenomeno risulta interessante in particolare – come appare logico - regioni di piccole dimensioni caratterizzate da molte aree di confine con altre regioni, che rappresentano zone potenzialmente gravitanti su presidi ospedalieri fuori dal proprio territorio. Il fenomeno risulta invece limitato in Sardegna e Sicilia. Si tratta di un fenomeno assai dissimile dalla migrazione sanitaria in genere e da quella per tumore, (vedi tabella 3), per la quale tutte le regioni del Sud (Sardegna esclusa) presentano una migrazione più elevata della media nazionale.

I dimessi ordinari con diagnosi principale di tumore della mammella sono stati, per il 1999, 82.892; quelli effettuati in regione diversa da quella di residenza sono stati 7.251, pari all'8,7%.

Nell'analisi dei risultati tenere presente che non sono state considerate circa 10.900 dimissioni per radioterapia e chemioterapia associata a neoplasia della mammella.

Tabella 4: Migrazione sanitaria 1999: Percentuale di ricoveri effettuati in regione diversa dalla regione di residenza per migrazione di base* e per tumore della mammella

	Migr. di base	T. mammella
Piemonte	4,0	10,4
Valle D'Aosta	5,5	19,8
Lombardia	2,1	2,2
P.A. Bolzano	1,5	5,4
P.A. Trento	5,0	10,0
Veneto	2,7	8,4
Friuli V.G.	2,2	3,2
Liguria	6,3	10,7
Emilia Rom.	2,7	5,6
Toscana	2,2	6,8
Umbria	4,4	6,4
Marche	2,9	11,0
Lazio	3,2	4,1
Abruzzo	5,9	16,5
Molise	7,6	41,7
Campania	3,0	10,2
Puglia	1,9	10,6
Basilicata	13,3	56,2
Calabria	3,6	39,9
Sicilia	1,8	14,5
Sardegna	1,7	6,6
<i>ITALIA</i>	2,9	8,7

La **tabella 5** evidenzia la durata di degenza negli stabili (ricoverati nella regione di residenza) e negli immigrati (provenienti da altra regione). La durata di degenza uguale rispettivamente a 8 e a 7,1 risulta alquanto simile.

Tabella 5: Durata di degenza per tumore della mammella nelle diverse regioni italiane (1999) per “stabili” e “immigrati”.

Regione di ricovero	“stabili”	“immigrati”
Piemonte	9,22	9,38
Valle D'Aosta	9,16	14,60
Lombardia	8,18	6,81
P. A. Bolzano	7,39	8,78
P. A. Trento	9,72	5,23
Veneto	9,20	8,90
Friuli V.G.	9,69	6,62
Liguria	9,60	10,00
Emilia Rom.	6,72	6,77
Toscana	7,96	7,47
Umbria	7,36	8,52
Marche	8,06	6,97
Lazio	8,15	6,54
Abruzzo	8,50	7,28
Molise	9,81	9,73
Campania	6,16	6,90
Puglia	6,72	6,24
Basilicata	8,04	7,12
Calabria	8,31	9,56
Sicilia	6,24	6,77
Sardegna	10,35	13,18
<i>ITALIA</i>	<i>8,00</i>	<i>7,10</i>

Nell'analisi regionale i dati si prestano a differenti interpretazioni. Nel caso di una migrazione limitata, che interessasse solamente i casi più gravi, necessitanti di particolari interventi (ad esempio trattamento chemioterapico con successivo trapianto autologo di midollo) ci attenderemo una degenza significativamente più lunga nei migranti rispetto ai non migranti; nel caso invece di una migrazione diffusa, quale quella per tumore della mammella, ci si dovrebbero attendere ricoveri significativamente più brevi, finalizzati alla acquisizione di una conferma diagnostica o di un secondo parere per l'impostazione terapeutica, con la "restituzione" del paziente alle strutture oncologiche della regione di residenza.

Il fenomeno potrebbe essere influenzato dalla migrazione per motivi chirurgici o per motivi medici; l'analisi del rapporto DRG chirurgici/DRG medico (**tabella 6**) evidenzia una modesta tendenza a migrare di più per motivi chirurgici (1,13 nei ricoverati nella regione di residenza rispetto a 1,33 nei migranti), con andamenti alterni fra le varie regioni.

L'analisi riferita alla regione Lombardia, che contribuisce per il 20,5% ai dimessi per tumore della mammella in Italia e, che accoglie circa il 40% dei migranti (circa il 40% dei dimessi che avvengono in altra regione per tumore della mammella si attua in Lombardia), evidenzia per tumore della mammella (DRG medico) durate di degenza nettamente inferiori per gli immigranti (stabili = 7.61; immigrati = 5.57), mentre per i DRG chirurgici la differenza è più contenuta (stabili = 8.54; immigrati = 7.38). E' pertanto ipotizzabile che la modica durata di degenza inferiore per i migranti a livello nazionale, riportata in tabella 5, sia da attribuire al peso delle diverse durate di degenza nelle regioni fra i due gruppi di pazienti e alla differente distribuzione di dimessi medici e chirurgici.

Tabella 6: Rapporto fra DRG chirurgico e DRG medico per tumore della mammella nelle diverse regioni italiane, negli stabili e negli “emigrati” - 1999.

Regione di residenza	“stabili”	“emigrati”
Piemonte	1,38	1,60
Valle D'Aosta	3,64	1,13
Lombardia	1,52	0,87
P. A. Bolzano	0,51	4,00
P. A. Trento	0,93	0,91
Veneto	1,44	1,77
Friuli V.G.	1,68	1,52
Liguria	1,28	2,23
Emilia Romagna	2,06	1,97
Toscana	1,81	1,08
Umbria	2,31	3,14
Marche	1,60	2,43
Lazio	0,90	1,30
Abruzzo	1,42	1,15
Molise	0,75	0,68
Campania	0,45	1,04
Puglia	0,66	1,45
Basilicata	0,63	0,74
Calabria	0,96	1,17
Sicilia	0,60	1,54
Sardegna	0,67	1,13
<i>ITALIA</i>	<i>1,13</i>	<i>1,33</i>

E' stata inoltre effettuata una analisi multivariata per verificare la probabilità di migrare, per tumore della mammella, in relazione alla regione di residenza.

I risultati sono riportati nella **tabella 7**.

Il modello aggiustato per età evidenzia una serie di regioni con un rischio di migrazione significativamente più alto (Piemonte, Valle D'Aosta, Liguria, Marche, Abruzzo, Molise,

Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) ed un gruppo di regioni con migrazione significativamente più bassa (Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Sardegna).

L'aggiustamento per classe di età e migrazione di base porta ad una forte riduzione del rischio di migrazione in alcune regioni di piccole dimensioni (Valle D'Aosta, Abruzzo, Molise, Basilicata) e la migrazione della regione Liguria non risulta più significativamente differente da quella nazionale. In altre regioni in cui la migrazione di base è fenomeno contenuto, come in Sicilia, il RR di migrazione per tumore della mammella appare pertanto amplificato.

Tabella 7: Odds Ratio di emigrare fuori regione nei residenti di ciascuna Regione rispetto alla media nazionale

Regione di residenza	Odds₁ Ratio	95% C.I.	Odds₂ Ratio	95% C.I.
Piemonte	1.27	1.17 1.38	1.16	1.06 1.27
Valle d'Aosta	2.60	1.76 3.87	1.72	1.14 2.61
Lombardia	0.24	0.22 0.26	0.25	0.22 0.28
P.A. Bolzano	0.62	0.49 0.81	0.59	0.45 0.76
P.A. Trento	1.27	0.99 1.54	0.85	0.67 1.09
Veneto	1.00	0.92 1.09	1.08	0.99 1.18
Friuli	0.37	0.30 0.47	0.42	0.34 0.54
Liguria	1.38	1.22 1.57	0.97	0.83 1.13
Emilia Rom.	0.65	0.58 0.72	0.71	0.63 0.79
Toscana	0.78	0.70 0.88	0.82	0.73 0.92
Umbria	0.73	0.56 0.96	0.53	0.40 0.70
Marche	1.35	1.18 1.56	1.40	1.21 1.61
Lazio	0.42	0.38 0.47	0.44	0.39 0.49
Abruzzo	2.15	1.86 2.48	1.64	1.40 1.93
Molise	7.71	6.33 9.39	4.69	3.71 5.92
Campania	1.05	0.97 1.14	1.04	0.96 1.13
Puglia	1.19	1.09 1.30	1.27	1.16 1.40
Basilicata	13.14	11.28 15.31	6.40	5.05 8.11
Calabria	7.04	6.35 7.79	6.07	5.44 6.76
Sicilia	1.80	1.66 1.95	1.97	1.81 2.15
Sardegna	0.70	0.59 0.82	0.82	0.69 0.96

1 Modello aggiustato per classe di età

2 Modello aggiustato per classe di età e migrazione di base

BIBLIOGRAFIA

AIM (Association Internationale De La Mutualite) (2000): Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie. Rapport général effectué pour la Direction Générale de l'emploi et des affaires sociales de la Commission européenne. Mai 2000.

Balzi D.(1997), Bidoli E., Franceschi S., Arniani S., Pisani P, Geddes M. Associazione Italiana registri Tumori: Stima dell'incidenza e mortalità per tumore nelle regioni italiane, 1990. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, Italia.

Beccarelli R. (1993), Zanoni M.: Curarsi all'estero; ragioni e speranze, Salute e Territorio, n. 87, p. 29-31.

Cacciari P. (1993), La Porta P., Montella MT., Rolli M., Hanau C.: Le migrazioni in ortopedia, Salute e Territorio, n. 87 p. 17-21.

Crocetti E. (1993): La forza attrattiva della Francia, Salute e Territorio, n. 87 p. 35-37.

Crocetti E. (1994), Crotti N., Geddes M., Tournade M.F.: La migrazione sanitaria dei pazienti italiani all'estero: analisi della casistica dell'Istituto Gustave Roussy. Epidemiologia e prevenzione 18, 61, , pp. 204-10.

Crocetti E. (1995) Geddes M.: La scelta di curarsi a Parigi. Toscana Medica, n. 7: 27-30.

Crotti N. (1992): I viaggi della speranza, Salute e Territorio, n. 80 p. 19-24.

Crotti N.(1993): Un viaggio da malati, Salute e Territorio, n. 87 p. 38-40.

D'Andrea N.(1992): La migrazione del bambino malato, Salute e Territorio, n. 80 p.31-33.

D'Andrea N. (1993): La migrazione pediatrica, Salute e Territorio, n. 87 p.13-16.

France G. (1999): L'assistenza sanitaria all'estero: un'analisi economico-giuridica. Tendenze Nuove, 1: 4-16.

Greco L. (1989), Capozzi G.: Differenze regionali nella domanda e nell'offerta di cure pediatriche, Prospettive in pediatria n. 19 p. 213-20,.

Hermans H. (2000): Assistenza sanitaria transfrontaliera e conseguenze delle sentenze Decker e Kohll. Politiche sanitarie, 1,2: 56-63;.

Ministero della sanità (1997): Flussi migratori per cure all'estero di assistito del Servizio sanitario nazionale: indagine sulle autorizzazioni al trasferimento per cure presso centri di altissima specializzazione – anno 1996, Roma, Dipartimento delle professioni sanitarie. Ministero della sanità,.

Mountford L., (2000). Health care without frontiers. The development of a European market in health services? Office of Health Economics, London UK.

Morasso G (1992). et al (a cura di): Viaggiare per guarire: dati, storia ed interpretazioni delle migrazioni sanitarie in oncologia, Milano, Masson p. 73-89,

FONCAM (1997). Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma della Mammella (coordinatore U. Veronesi)- Ministero della ricerca scientifica e tecnologica e Ministero della sanità: I tumori della mammella – Protocollo di Diagnosi, Trattamento e Riabilitazione.

Sant M, Barchielli A., Fracisci S., Canario F. (1999) The prevalence of tumors of the breast and female genital tract in Italy. Tumori, 85: 388-386.