

Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*

Domenico Andrea Pisani**

SOMMARIO: 1 La mobilità sanitaria in generale e le sue classificazioni. – 2 La rilevanza costituzionale della mobilità sanitaria. – 3 L'evoluzione normativa della mobilità sanitaria: brevi cenni. – 4 Conclusioni: La mobilità sanitaria al crocevia tra regionalismo e centralismo.

ABSTRACT:

Il presente contributo intende confrontarsi con le problematiche sollevate dal sistema di finanziamento della mobilità sanitaria interregionale. Infatti, il legislatore ha ideato un meccanismo di compensazione finanziaria in base al quale la Regione di provenienza dell'utente deve pagare la prestazione sanitaria erogata da un'ASL afferente a una diversa Regione. Se nell'idea del legislatore questo meccanismo avrebbe dovuto generare una concorrenza al rialzo della qualità dei servizi sanitari delle diverse Regioni, nel suo concreto funzionamento potrebbe presentare profili punitivi, gravando i bilanci delle Regioni più bisognose di risorse per erogare prestazioni di qualità, con conseguente pregiudizio al principio di universalità del sistema sanitario nazionale, alla sua omogeneità su tutto il territorio nazionale e all'effettività del diritto alla salute.

The present paper aims at facing the issue of interregional medical mobility financial system. Legislator created a financial compensatory mechanism which makes the SSN user's origin Region pay the medical cure given by a different ASL, in an other Region. Despite this idea had to bring to a higher level of the quality of medical services through the Regions, but in its concrete impact it can show punitive features, disadvantages to the economies of the poorest territories, with an evident bad effect to the universality principle in the Italian medical system, to its equality and to the health right's effectiveness.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L'articolo è stato proposto dall'Autore in risposta alla *call for papers* intitolata "La mobilità sanitaria interregionale".

** Dottorando di ricerca in Diritto pubblico, Università di Roma "Tor Vergata", pisani.domenicoandrea@gmail.com.

1. La mobilità sanitaria in generale e le sue classificazioni

La mobilità sanitaria può essere definita, rispetto all'ordinamento interno, come «il processo di migrazione di coloro che scelgono di avvalersi di determinate prestazioni sanitarie presso strutture site al di fuori dell'area di competenza della propria ASL»¹.

La questione della mobilità sanitaria, in particolare quella interregionale, rappresenta una delle manifestazioni più evidenti del divario socioeconomico che intercorre tra il Sud e il Nord dell'Italia. È noto, infatti, che la qualità media di alcune classi di prestazioni mediche è tendenzialmente più alta al Nord che al Sud del paese, e che ciò determina la migrazione dei pazienti alla ricerca delle migliori cure disponibili.

Lo spostamento, oltre a basarsi sull'effettiva conoscenza della qualità delle prestazioni, potrebbe essere influenzato anche dalla diffusa percezione² per la quale lo stesso trattamento sanitario erogato nel meridione sia di qualità inferiore rispetto al medesimo trattamento erogato nel centro-nord.

La mobilità sanitaria, tuttavia, non è di per sé un fenomeno negativo. Bisogna considerare, infatti, che la scelta di curarsi in un luogo lontano da quello di residenza, al fine di poter godere delle migliori prestazioni sanitarie possibili, è uno dei possibili percorsi che l'individuo può scegliere al fine di tutelare nel miglior modo la propria salute.

Inoltre, l'analisi dei flussi di mobilità sanitaria, rappresenta uno strumento indispensabile al fine di un'efficiente programmazione del servizio, oltre che un elemento da tenere in considerazione nella valutazione complessiva della qualità del singolo sistema sanitario regionale.

La mobilità, poi, se adeguatamente gestita, può rappresentare «un fattore perequativo che produce un effetto compensativo delle disuguaglianze e accresce, in siffatto modo, la tutela complessiva del diritto alla salute»³.

Nell'epoca attuale, la mobilità sanitaria rappresenta quindi un elemento strutturale di ogni sistema sanitario organizzato.

¹ La definizione è proposta da A. PITINO, *La mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 363. Per uno studio del tema dal punto di vista economico-sociale v. F. MOIRANO, *La mobilità sanitaria nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di monitor*, 9° supplemento al numero 29/2012 di *Monitor*, *Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, Roma, 2012, pp. 7 ss.; C. ZOCCHETTI, *Definizione della mobilità sanitaria*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor*, cit., pp. 11 ss.; G. COSTA, C. CISLAGHI, *Viaggiare per la salute: un fenomeno poco studiato*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor*, cit., 9 ss.; P. DI LORETO, *Il governo della mobilità nell'ultimo decennio*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor*, cit., pp. 56 ss.; L. ORZELLA, *La mobilità sanitaria*, in *CARE*, 2015, n. 1, pp. 19 ss.

² In questo senso N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, 2018, n. 3, p. 854.

³ Id., p. 855.

Sarebbe, infatti, difficile immaginare un'organizzazione sanitaria territoriale che presenti gli stessi livelli di qualità in tutte le sue strutture, o che eroghi tutti i tipi di prestazioni, comprese quelle ad alta complessità, in ogni ambito territoriale della Repubblica.

Ciò premesso, è utile mettere in luce le modalità in cui concretamente si esplica. Infatti, la mobilità sanitaria è un tema multidimensionale, che riguarda sia il diritto alla scelta del luogo di cura, cioè la portabilità del diritto alla salute, sia l'organizzazione complessiva del SSN.

Secondo una prima ripartizione che si basa sulle ragioni della mobilità, si può distinguere una mobilità d'elezione, ossia il tipo di mobilità legato alle scelte dell'utente, e una mobilità fittizia, che riguarda le ipotesi in cui l'utente si avvale di una prestazione sanitaria in un luogo diverso da quello di residenza per ragioni non strettamente inerenti alla tutela della propria salute, come motivi di studio, di lavoro o di turismo⁴.

Una seconda classificazione si basa, invece, sulla dimensione spaziale della mobilità.

Da questa prospettiva si distingue la mobilità internazionale⁵, ossia relativa ai pazienti che si curano all'estero, da quella interna, che si esplica entro i confini dello Stato. Quest'ultima a sua volta si riparte in mobilità interregionale, in cui lo spostamento avviene tra ASL afferenti a diverse Regioni, e in mobilità sanitaria intraregionale, nella quale lo spostamento avviene tra ASL afferenti alla medesima Regione.

Ricade, inoltre, nella mobilità sanitaria interregionale la mobilità di prossimità, di cui si parla relativamente alle ipotesi in cui l'utente si avvalga di prestazioni erogate da un'ASL confinante con quella di residenza, ma che si trova in un'altra Regione⁶.

Relativamente alla mobilità sanitaria interregionale, da un punto di vista finanziario, si distingue tra la mobilità attiva, ossia la mobilità in entrata e la mobilità passiva, ossia quella in uscita⁷.

Tale distinzione sarà l'oggetto centrale di questo contributo, in quanto la sua rilevanza è inerente all'entità del finanziamento derivante dal Fondo sanitario nazionale.

⁴ Questa ripartizione è stata recentemente aggiornata nella nuova metodologia di analisi della mobilità sanitaria elaborata dal Ministero della Salute in collaborazione con AGENAS. La nuova classificazione, la cui elaborazione era prevista dalla legge di Bilancio 30 dicembre 2020 n. 178, art. 1 comma 494, è stata presentata al convegno Mobilità sanitaria e liste di attesa-Accesso ai dati organizzato da AGENAS il 28 ottobre 2022.

⁵ La mobilità sanitaria assume una dimensione autonoma a livello europeo: la direttiva 2011/24/UE ha introdotto la disciplina dell'assistenza sanitaria transfrontaliera europea, garantendo ai pazienti il diritto di ricevere prestazioni terapeutiche in un Paese diverso da quello di residenza. Per un quadro complessivo della disciplina e della sua attuazione nell'ordinamento interno, v. D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, Napoli, 2018; A. MONICA, *L'assistenza transfrontaliera in trasformazione: riflessioni sull'erogazione dei servizi sanitari a livello nazionale, mutua assistenza e libertà di scelta del paziente*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 1, pp. 69 ss., N. POSTERARO, *op. cit.*, pp. 862 ss.

⁶ Ciò avviene a causa dei bacini di utenza delle ASL di confine, che fisiologicamente ricomprendono anche territori fuori dalla Regione di appartenenza.

⁷ La mobilità attiva è una rappresentazione contabile dei flussi finanziari in entrata dalle altre Regioni, la mobilità passiva di quelli in uscita verso altre Regioni. Il saldo tra i valori delle due mobilità può essere utile per valutare le condizioni qualitative di un sistema sanitario, sempre rapportandolo alla popolazione residente nella Regione.

Il meccanismo di finanziamento della mobilità sanitaria interregionale prevede, infatti, che la Regione di provenienza dell'utente compensi le spese della Regione di destinazione.

I flussi finanziari tra le Regioni generati dal sistema della mobilità, d'altro canto, rappresentano una voce rilevante nel bilancio di determinate Regioni.

Tale sistema dovrebbe spingere le Regioni a massimizzare la mobilità attiva e a ridurre quella passiva. Tuttavia, poiché i flussi di denaro seguono i flussi degli spostamenti dei pazienti, ciò determina un sostanziale trasferimento di risorse dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali. Se nell'idea del legislatore questo meccanismo avrebbe dovuto generare una concorrenza al rialzo della qualità dei servizi sanitari delle diverse Regioni, nel suo concreto funzionamento presenta alcuni profili punitivi, gravando i bilanci delle Regioni più bisognose di risorse per erogare prestazioni di qualità, con conseguente pregiudizio al principio di universalità del sistema sanitario nazionale, alla sua omogeneità su tutto il territorio nazionale e all'effettività del diritto alla salute.

Inoltre, considerando che le spese per il viaggio e per l'alloggio dei familiari rimangono a carico dei privati e non vengono finanziate dalla Regione di residenza, appare evidente che in determinati casi potranno effettivamente avvalersi dei servizi di un'altra Regione solo gli individui appartenenti a nuclei familiari di reddito medio-alto, che esercitando la libertà di scelta del luogo di cura sottraggono risorse per lo sviluppo e il miglioramento del sistema sanitario locale e per la garanzia delle prestazioni per gli utenti in condizioni economiche più disagiate e gli indigenti. Queste ultime categorie potranno infatti avvalersi solo delle prestazioni erogate nei pressi del luogo in cui risiedono⁸.

In Italia il fenomeno è esacerbato dal rilevante divario nello sviluppo socioeconomico che intercorre tra il Sud e il Nord del Paese, divario che si riverbera sulla qualità, effettiva o percepita, dei singoli sistemi sanitari regionali.

Per un quadro completo si rimanda al report dell'osservatorio GIMBE del 2020⁹. Può osservarsi che nel 2018 il valore della mobilità sanitaria ammontava a 4.618,98 milioni di euro. Il saldo tra i crediti delle Regioni derivanti dalla mobilità sanitaria attiva e i debiti derivanti da quella passiva esprime l'indice di attrattività dei singoli sistemi regionali e l'entità dei flussi finanziari tra le Regioni generati dal fenomeno in questione. La Regione più attrattiva, per il 2018, con un saldo positivo di 749,657 milioni di euro è stata la Lombardia, mentre le Regioni con più pazienti in uscita (e con i saldi negativi più alti) sono state la Campania e la Calabria, con un passivo rispettivamente di 353,767 milioni di euro e 287,960 milioni di euro.

Concentrandosi invece sul solo dato della mobilità passiva dei ricoveri ospedalieri¹⁰, che in astratto può incidere maggiormente nelle scelte di programmazione sanitaria delle Regioni

⁸ Così N. POSTERARO, *op. cit.*, p. 858 ss.

⁹ *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, Report Osservatorio GIMBE, 2020.

¹⁰ I dati sono estrapolati dal portale statistico AGENAS, aperto nell'ottobre del 2022.

nel senso del contenimento dei costi, in seguito a un lungo periodo di costante aumento, che aveva portato il valore complessivo della mobilità interregionale passiva dei ricoveri ospedalieri a 2.853,09 milioni di euro nel 2018, vi è stato un rilevante calo in coincidenza dello scoppio della pandemia Covid-19 nel 2020, anno in cui il valore totale della mobilità passiva si attestava a 2.127,93 milioni di euro. Tuttavia, la tendenza è tornata in aumento nel 2021, con un valore complessivo di 2.463,15 milioni di euro. Scomponendo il dato del 2021, si può osservare che, nell'ambito della mobilità passiva dei ricoveri ospedalieri, la mobilità apparente rappresenta il 21.27% del valore totale del passivo, la mobilità di alta complessità ne costituisce il 31.78%, la mobilità inappropriata il 5.29%, la mobilità di prossimità accettabile l'1.35%, la mobilità di prossimità non accettabile il 7.38%, ma la porzione più rilevante rimane la mobilità di media e bassa complessità che rappresenta il 32,93 % del totale.

Nel 2021, le Regioni con un saldo netto più alto tra il valore della mobilità attiva e passiva sono l'Emilia-Romagna, con un saldo di 293.97 milioni di euro, la Lombardia, con 274.97 milioni di euro e il Veneto con 102,06 milioni di euro, mentre le Regioni con un saldo negativo più alto sono la Campania con 185.76 milioni di euro, la Calabria con 159.56 milioni di euro e la Sicilia con 109.60 milioni di euro.

2. La rilevanza costituzionale della mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria rappresenta una delle forme di esplicazione della libertà di cura, più in particolare della libertà di scelta del luogo di cura, che è protetta dall'art. 32, Cost. Tale libertà, nel suo risvolto positivo, consiste nella libera scelta della terapia, del medico o del luogo dove curarsi¹¹. L'individuo è libero di scegliere il luogo di cura secondo due direttive, potendo da un lato scegliere tra una struttura pubblica o una privata convenzionata con il SSN, dall'altro scegliere tra una struttura situata nella sua ASL di residenza o una situata altrove, anche fuori dalla propria Regione.

La mobilità sanitaria, nella sua forma di diritto individuale ad avvalersi di prestazioni sanitarie lontano dal luogo di residenza, è quindi tutelata quale concreta forma di esplicazione della libertà di cura, trovando un saldo fondamento costituzionale all'art. 32, Cost. con particolare riferimento al combinato disposto dei primi due commi: sul punto si ritiene di aderire alla teoria che colloca il principio della libera scelta del luogo di cura al crocevia

¹¹ Per approfondire il diritto costituzionale alla salute si veda M. LUCIANI, *Salute*, I, *Diritto alla salute (dir. Cost.)*, in *Enc. Giur.*, XXVII, Roma, 1991; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. e soc.*, 1984, pp. 21 ss.; C. MORTATI, *La tutela della salute nella costituzione italiana*, in *Raccolta di scritti*, Milano, 1973, 433 e ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2021.

tra il diritto di ricevere cure tutelato dal primo comma e il diritto alla scelta terapeutica garantito dal secondo¹².

La dottrina appare inoltre concorde nel ricollegare il fenomeno anche al principio di uguaglianza sostanziale di cui all' art. 3, comma 2, Cost.

La rilevanza del principio di uguaglianza può essere colta evidenziando, da un lato, i possibili effetti perequativi del sistema di finanziamento della mobilità rispetto a sistemi sanitari regionali di qualità disomogenea, dall'altro mettendo in luce il diritto individuale ad accedere alle migliori cure disponibili a prescindere dal luogo dell'erogazione (entro i limiti dei confini nazionali).

Un autorevole orientamento dottrinale¹³ ritiene di porre a fondamento del fenomeno, insieme al secondo comma dell'art. 32, l'art. 13, comma 1, Cost. in materia di libertà personale. Appare preferibile la posizione che, recependo la tesi che ricostruisce la libertà personale come diritto che si colloca nella tradizione dell'*habeas corpus*, esclude come fondamento della mobilità l'art. 13¹⁴, valorizzando piuttosto una lettura combinata dei primi due commi dell'art. 32.

L'art. 13 Cost. enuncia, infatti, il principio dell'inviolabilità della libertà personale, la quale può essere limitata solo mediante atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge: il procedimento qui descritto e il livello delle garanzie previste non appaiono applicabili ad eventuali limitazioni del diritto alla mobilità sanitaria. Sarebbe più opportuno, nel caso si ritenesse di individuare un riferimento ulteriore rispetto all'art. 32 Cost., indicare come tale l'art. 16 Cost., che disciplina il diritto di ogni cittadino di circolare e soggiornare in qualsiasi parte del territorio nazionale.

Sempre a livello costituzionale, il tema della mobilità è propenso a incrociare la problematica dei livelli essenziali di assistenza, ossia i livelli essenziali delle prestazioni da garantire nel campo sanitario su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) che ne attribuisce la determinazione alla competenza legislativa esclusiva dello Stato.

Infatti, il problema della mobilità potrebbe atteggiarsi in maniera differente nel caso in cui i LEA venissero garantiti in modo tendenzialmente omogeneo sul territorio nazionale

¹² COSÌ M. MENGOZZI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell'esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell'azione dell'Unione nella tutela del diritto alle cure*, in D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, cit., p. 194.

¹³ La posizione è esposta in A. PITINO, *la Mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Manuale di Diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 363; nello stesso senso C. TUBERTINI, *La mobilità sanitaria: potenzialità e limiti nella prospettiva della piena tutela del diritto alla salute*, in L.P. TRONCONI (a cura di), *Unione europea e diritti alla tutela della salute: problematiche giuridiche comparate*, Rimini, 016, p. 118.

¹⁴ In questo senso M. MENGOZZI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell'esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell'azione dell'Unione nella tutela del diritto alle cure*, cit., p. 195., che aderisce alla posizione di C. ESPOSITO, *La libertà di manifestazione del pensiero nell'ordinamento italiano*, nello stesso senso P. GROSSI, *I diritti di libertà ad uso di lezioni*, Torino, 1991, p. 200 s.; e A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali*, Padova, 1992, pp. 175 ss.

attraverso l'erogazione di un certo numero di prestazioni sanitarie che presentino lo stesso livello minimo di qualità in tutte le sue componenti territoriali.

La libera scelta della cura, infatti, va esercitata nell'ambito delle prestazioni rientranti nei LEA, che dovrebbero peraltro coincidere con c.d. nucleo irriducibile del diritto alla salute¹⁵. Sembra opportuno escludere, dunque, una copertura costituzionale per la mobilità sanitaria rivolta verso prestazioni rientranti nei livelli aggiuntivi di assistenza.

È evidente, tuttavia, che l'uguaglianza nei livelli di assistenza è un obiettivo ancora lontano dal raggiungimento, e che la spinta perequativa del sistema di compensazione della mobilità sanitaria interregionale non è stata in grado di riappianare le divergenze nell'erogazione dei servizi e nella loro qualità sul piano territoriale.

Il tema della mobilità interseca poi la questione del diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato; in relazione a questa tematica, la Corte costituzionale si è espressa in merito ai possibili limiti che le Regioni possono prevedere per chi voglia fruire della mobilità passiva, con la sentenza 26 ottobre 2012 n. 236, resa in un giudizio incidentale promosso dal TAR Puglia. Nella specie, il Tar sospettava l'illegittimità costituzionale dell'art. 8 l. r. Puglia 25 febbraio 2010, n. 4 nella parte in cui precludeva alle ASL della Regione Puglia la possibilità di stipulare accordi contrattuali con strutture sanitarie private aventi sede legale fuori dal territorio regionale, relativamente all'erogazione di prestazioni riabilitative domiciliari a favore dei pazienti residenti in Puglia.

Per quanto di interesse rispetto al tema trattato, il TAR Puglia assumeva l'illegittimità della norma impugnata per violazione dell'art. 32 Cost., il quale impone di tenere in debita considerazione il diritto di ciascun paziente alla libera scelta della struttura sanitaria, pur nel bilanciamento con altri interessi costituzionali protetti. La Corte, dopo aver ricordato il carattere relativo del diritto alla libertà di scelta del luogo di cura¹⁶, ha ritenuto la questione fondata non ravvisando sufficienti ragioni di pregio costituzionale che giustifichino la restrizione del diritto protetto dall'art. 32 Cost. Secondo la Corte, infatti, la limitazione stabilita dalla Regione Puglia non avrebbe portato necessariamente a un risparmio di spesa, ma piuttosto avrebbe potuto generare persino una diseconomia nell'ipotesi in cui le tariffe praticate dai presidi sanitari di altre Regioni fossero inferiori.

La preclusione stabilita dal legislatore regionale, quindi, «non solo non perviene ad un ragionevole bilanciamento tra la libertà di cura e le esigenze della finanza pubblica, ma

¹⁵ In questo senso M. MENGOZZI, *op. cit.*, p. 196. Sui LEA v. anche C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, Bologna, 2008; M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2.

¹⁶ «Occorre rammentare e ribadire che, secondo una giurisprudenza costante, il diritto alla libertà di scelta del luogo della cura in tutto il territorio nazionale non ha carattere assoluto, dovendo essere contemperato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili (*ex multis*, sentenze n. 248 del 2011, n. 94 del 2009, n. 200 del 2005). Dunque, non è vietato al legislatore regionale sacrificare la libertà di scelta del paziente, a condizione che il sacrificio risulti necessitato dall'esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quale ad esempio un'efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario». Corte cost. sent. 26 ottobre 2012 n. 236, punto 4.2 considerando in diritto.

a ben vedere irragionevolmente impedisce all'amministrazione di effettuarlo: il divieto introdotto per via legislativa, infatti, non consente alle singole ASL di valutare caso per caso tutti gli elementi rilevanti ai fini della determinazione a stipulare un accordo contrattuale con presidi privati, intraregionali o extraregionali, tra cui, ad esempio, le caratteristiche dei pazienti, la tipologia delle prestazioni riabilitative da erogare, le condizioni economiche offerte dai singoli operatori sanitari, nonché la dislocazione territoriale effettiva (giacché può accadere che un presidio sanitario extra-regionale si trovi nei fatti più vicino al domicilio del paziente, rispetto a strutture aventi sede legale nella Regione, specie nelle zone confinanti con altre Regioni)¹⁷. Secondo la Corte, inoltre la rigidità del divieto contenuto nella normativa impugnata si pone in contrasto anche con l'art. 3 Cost., sotto il profilo della ragionevolezza.

Conseguentemente si ritiene limitabile la libertà di scelta del luogo di cura quando l'intervento risulti ragionevole e giustificato dalla necessità di preservare contrapposti interessi di rango costituzionale¹⁸.

Nel caso in esame la limitazione è stata effettuata con un atto legislativo, ma l'ipotesi più frequente di limitazione del diritto ad accedere a cure presso ASL situate al di fuori della Regione di competenza è un atto amministrativo.

Si ricorda, in tal senso, il provvedimento del 2013 del Commissario *ad acta* per il piano di rientro della Regione Campania, che aveva limitato la mobilità verso Regioni limitrofe per prestazioni di bassa complessità, subordinandola ad un'autorizzazione preventiva. Il provvedimento fu annullato in primo grado dal TAR Campania¹⁹, il quale ritenne che gli art. 8-*sexies* e 12 d.lgs. n. 502/1999 e art. 19 Patto per la Salute 2010-2012 escludessero per una Regione il potere di limitare unilateralmente la mobilità passiva. Il Consiglio di Stato²⁰, tuttavia, come giudice dell'appello, giudicò legittimo il provvedimento impugnato, considerando equo il bilanciamento effettuato tra la tutela del diritto alla salute e l'interesse alla razionalizzazione della spesa sanitaria, anche alla luce della circostanza per cui la Campania è una Regione in piano di rientro.

¹⁷ Corte cost. sent. 26 ottobre 2012 n. 236, punto 4.2 considerando in diritto.

¹⁸ In questo senso P. MASALA, *La libertà di scelta del soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale a prescindere dalla Regione di residenza e i suoi limiti*, in *Federalismi.it*, 2014, p. 54; per un ulteriore approfondimento sulla sentenza della Corte cost. n. 236 del 2012 v. P. ADDIS, *La Corte costituzionale, il diritto alla salute e la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità: alcune considerazioni sulla sentenza n. 236/2012*, nota a sentenza in *Osservatoriosullefonti.it*, 2013, n. 2.

¹⁹ TAR Campania, Sez. I, sentt. nn. 3147 e 3525 del 2013.

²⁰ Cons. St., sez. III, sent. n. 296 del 2014;

3. L'evoluzione normativa della mobilità sanitaria: brevi cenni

Il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura fu per la prima volta sancito a livello di normativa primaria dall'art. 19, comma 2 della l. n. 833/1978 «Istituzione del servizio sanitario nazionale», secondo il quale «ai cittadini è assicurato il diritto alla libertà di scelta del medico e del luogo nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari». L'esercizio di tale diritto, dunque, venne fin dall'inizio subordinato alle esigenze organizzative dei servizi sanitari²¹. Infatti, fermo restando che in prima battuta le prestazioni mediche e gli altri servizi sanitari dovevano essere erogati dalle U.S.L. di residenza (art. 19, comma 3), ai sensi del quarto comma dell'art. 19 L. n. 833/1978, «Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale». Riguardo all'assistenza sanitaria indiretta, l'accesso agli enti convenzionati venne condizionato al rilascio di un'autorizzazione da parte dell'U.S.L. o del medico di base. La norma sembra limitare, dunque, il diritto alla scelta del luogo di cura a determinate fattispecie.

Secondo l'art. 25, ultimo comma, «nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino rispetto al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta».

Un passo fondamentale verso l'attuale assetto del sistema di finanziamento della mobilità è stato realizzato nell'ambito delle grandi riforme del Servizio sanitario nazionale di inizio anni 90. Si fa riferimento ai d.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993, che si inquadrano nel grande processo di riforma amministrativa della Repubblica culminata con la revisione del titolo V. Il sistema ideato dal legislatore, tutt'ora in vigore, mirava principalmente a due obiettivi: la riduzione della spesa pubblica sanitaria e la responsabilizzazione delle Regioni da un punto di vista finanziario²², da perseguire nella cornice dell'aziendalizzazione del servizio, anche attraverso il passaggio dal sistema di finanziamento a piè di lista al sistema di finanziamento prospettico.

Relativamente al tema del finanziamento della mobilità sanitaria, l'art. 12, comma 3, del d.lgs n. 502/92 prevede che «la quota di capitaria di finanziamento da assicurare alle regio-

²¹ Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico o del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari (art. 19, comma 2 della l. n. 833/1978). Per un quadro completo dell'evoluzione normativa sul tema della mobilità sanitaria, si veda A. PITINO, *la Mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Manuale di Diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 363 ss.

²² Id., p. 365.

ni proveniente dal Fondo sanitario nazionale viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale»; tra gli elementi presi in considerazione ai fini della ripartizione è presente, alla lett. b, la mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle U.S.L. e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome

La compensazione è stata in seguito disciplinata dall'art. 8-*sexies*, comma 8, d.lgs. n. 502/1992, introdotto dal d.lgs. n. 229/1999, secondo il quale il Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisce con decreto i «criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza» entro i quali «le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitino funzioni a valenza interregionale e nazionale».

Nell'idea del legislatore questo meccanismo avrebbe dovuto introdurre un meccanismo competitivo tra le Regioni con il fine di compensare la disomogeneità nella distribuzione dei servizi sul territorio²³ e di innalzare il livello complessivo di efficienza del SSN. Tale modello fu, tuttavia, messo in crisi fin dalla fine degli anni 90 dagli stringenti vincoli di bilancio delle Regioni che le portarono a far fronte con risorse proprie ai disavanzi dovuti a mobilità passiva, nonché dalla circostanza per la quale molteplici Regioni sono state da allora soggette a piani di rientro.

La sopra citata normativa fu inizialmente attuata nel dettaglio attraverso note del Ministero della Sanità²⁴; successivamente, a partire dal 2001, tramite un accordo approvato annualmente dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni, ossia l'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

La discussione che in quel periodo si sviluppò tra le Regioni riguardava, principalmente, se il costo dei ricoveri dovesse essere addebitato sulla base delle tariffe regionali o se invece si dovessero definire tariffe uniche valide per tutte le Regioni²⁵.

Il passaggio verso il sistema della tariffa unica convenzionale avvenne nel 2003, dopo che nel periodo 1995-2002 erano stati applicati i tariffari regionali a causa della difficoltà nell'attuazione dell'accordo stipulato in sede di Conferenza dei presidenti delle Regioni del 1993²⁶. Il sistema della tariffa unica persegue il triplice obiettivo di scoraggiare la mobilità per prestazioni di complessità medio-bassa, garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità e un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione.

²³ COSÌ C. ZOCCHETTI, *Definizione della mobilità sanitaria*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor*, cit., p. 12. Nello stesso senso A. PITINO, *la Mobilità sanitaria*, cit., p. 366.

²⁴ Le note del Ministero risalgono al 23 marzo 1994, 9 maggio 1996, 28 gennaio 1997.

²⁵ P. DI LORETO, *Il governo della mobilità nell'ultimo decennio*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor*, cit., p. 56.

²⁶ Id., p. 57.

Questo impianto è stato confermato dal d.lgs. n. 68/2011, in attuazione della l. n. 42/2009 che disciplina i Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, nell'ottica del graduale passaggio, dal 2013, al nuovo sistema di finanziamento della spesa sanitaria basato sui costi standard. Ai fini della determinazione dei fabbisogni standard regionali il livello della spesa dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera) è computato al lordo della mobilità passiva e della mobilità attiva extraregionale²⁷.

4. Conclusioni: La mobilità sanitaria al crocevia tra regionalismo e centralismo

Al termine di questa breve disamina si può affermare che non sussiste un diritto assoluto alla mobilità sanitaria interregionale, in quanto la possibilità di curarsi in una ASL situata in una Regione diversa da quella di residenza è subordinata ai limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria, e nel caso particolare della mobilità interregionale passiva, alle risorse finanziarie disponibili. Dalla normativa prevista in materia emerge un tentativo di bilanciamento tra il diritto di scelta del luogo di cura, e l'economicità e l'efficienza del sistema sanitario nazionale complessivamente inteso. La giurisprudenza costituzionale sul caso pugliese, come anche affermato da autorevole dottrina²⁸, potrebbe portare a ritenere che, per ritenere il sistema conforme a Costituzione, le singole e individuali limitazioni alla mobilità interregionale debbano essere sorrette dal principio di ragionevolezza. Principio che tuttavia si presta ad essere interpretato in modo largo ed elastico e non permette di stabilire un concreto punto di equilibrio tra gli interessi sottesi alla disciplina. Come più volte affermato, al problema della mobilità quale problema sociale si aggiunge la questione dell'impoverimento delle Regioni che presentano un saldo negativo tra mobilità attiva e passiva. Nel suo concreto funzionamento il meccanismo di finanziamento non sembra essere riuscito a stimolare quella logica concorrenziale rivolta al miglioramento dei sistemi sanitari regionali alla quale si era ispirato il legislatore nel disciplinare la materia. Si potrebbe immaginare, *de iure condendo*, un intervento volto ad arginare almeno in parte alcuni degli effetti negativi del fenomeno, come ad esempio l'istituzione di una rete di centri di eccellenza specializzati in prestazioni ad alta complessità finanziati direttamente dal fondo sanitario nazionale²⁹. Questa soluzione dovrebbe comunque trovare giustificazione nel principio di sussidiarietà verticale ex art. 118 Cost. e passare dunque attraverso una intesa c.d. forte tra Stato e Regioni a sostegno del trasferimento di funzioni amministrative. Potrebbe inoltre essere ostacolata dalle spinte verso un assetto più decentrato provenienti

²⁷ A. PITINO, *la Mobilità sanitaria*, cit., p. 368.

²⁸ In questo senso P. MASALA, *La libertà di scelta del soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale a prescindere dalla Regione di residenza e i suoi limiti*, cit., p. 54.

²⁹ La proposta è stata avanzata durante il Convegno AGENAS del 28 ottobre 2022.

dalle Regioni che stanno perseguendo la strada del regionalismo differenziato ex art. 116 Cost. Nel frattempo, tramite il d.m. 77/2022, il «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale», emanato in attuazione della missione n. 6 del piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR, il Governo ha riorganizzato la distribuzione dei servizi di medicina territoriale. Sebbene si auspica che i nuovi standard possano contribuire a un riavvicinamento nella distribuzione della qualità e dell'accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, questi non sempre sembrano in grado di risolvere, almeno nel breve periodo, il problema dell'ingente trasferimento di risorse dal Sud al Nord.

Si potrebbe anche immaginare, per un altro verso, un uso strategico della telemedicina al fine di mettere in contatto il centro di eccellenza con il paziente che risiede lontano da esso, tuttavia è stato autorevolmente sostenuto³⁰ che la prestazione dovrebbe comunque essere remunerata, e dunque un rilevante aumento dell'uso della telemedicina nella cornice del vigente sistema di finanziamento, potrebbe portare a un'ulteriore crescita del passivo relativo alla mobilità sanitaria interregionale, anche grazie all'incentivo per i residenti del Sud ad avvalersi di questa forma di erogazione della prestazione, ove possibile, in luogo del sostenere spese di soggiorno e di viaggio che possono assumere entità rilevanti.

³⁰ Si veda sul punto F. APERIO BELLA, *Tecnologie innovative nel settore salute tra scarsità delle risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *Federalismi.it*, 2022, n. 2, pp. 245 ss., e F. APERIO BELLA, *L'accesso alle tecnologie innovative nel settore salute tra universalità e limiti organizzativi (con una postilla sull'emergenza sanitaria)*, in *PA Persona e Amministrazione*, 2020, n. 1, pp. 219 ss.