

La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?*

Claudia Bianca Ceffa**

SOMMARIO: 1. Una premessa necessaria: ragioni e opportunità di un'ipotesi di ricerca. – 2. Indagando sulla mobilità sanitaria interregionale quale componente strutturale del diritto alla salute dalla singolare ambivalenza. – 3. Le prospettive di inveroamento del regionalismo differenziato e le richieste sinora formulate in materia di tutela della salute. – 4. La proiezione in un simile contesto della mobilità sanitaria e le sue verosimili conseguenze, fra luci ed ombre. – 5. In attesa di ulteriori sviluppi, alcune prime sintetiche riflessioni conclusive.

ABSTRACT:

Il contributo intende indagare la natura ambivalente della mobilità sanitaria interregionale, intesa quale strumento funzionale all'inveroamento del diritto alla salute ma, allo stesso tempo, anche significativa manifestazione dell'ancora insoddisfacente livello di tutela assicurato a tale diritto fondamentale all'interno del contesto nazionale, quanto meno in alcuni settori. Sulla base di tale inquadramento, l'articolo si propone, altresì, di indagare come le due riscontrate dimensioni della mobilità sanitaria potrebbero essere aggravate o valorizzate laddove calate in un contesto carat-

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

** Assegnista di ricerca in Istituzioni di diritto pubblico nell'Università degli Studi di Pavia, claudiabianca.ceffa@unipv.it.

terizzato dall'attuazione dell'autonomia differenziata ex art. 116, comma 3, Cost., il cui dibattito è recentemente ripreso a seguito dell'insediamento del nuovo Governo nell'autunno 2022.

The paper intends to investigate the ambivalent nature of inter-regional health mobility, understood as a functional tool for the realisation of the right to health but, at the same time, also as a significant manifestation of the still unsatisfactory level of protection ensured to this fundamental right within the national context, at least in some sectors. On the basis of this framework, the article also proposes to investigate how the two dimensions of health mobility could be aggravated or enhanced when placed in a context characterised by the implementation of differentiated autonomy pursuant to Article 116, paragraph 3, of the Constitution, the debate on which has recently resumed following the beginning of the new government in the autumn 2022.

1. Una premessa necessaria: ragioni e opportunità di un'ipotesi di ricerca

A dispetto dei numerosi ostacoli, procedurali e di merito, che hanno caratterizzato l'incedere della corrente stagione di richieste regionali in materia di autonomia differenziata – contraddistinta non solo da eccezionali momenti di accelerazione, dettati, in particolare, da una maggioranza politica favorevole durante il biennio 2018/2019¹ ma anche di brusca frenata, dovuti *in primis* all'alimentarsi delle preoccupazioni legate alla tenuta della coesione sociale nazionale – sembra che il percorso per l'attivazione dello strumento previsto dall'art. 116, comma 3, Cost. sia destinato a recuperare centralità nei prossimi anni.

Questo è almeno quanto si può ricavare dai contenuti del discorso programmatico tenuto lo scorso ottobre in Parlamento dal Presidente del Consiglio dei Ministri in occasione dell'insediamento del nuovo Governo, nel corso del quale è stata ribadita la volontà di «parallelamente alla riforma presidenziale, (...) dare seguito al processo virtuoso di autonomia differenziata già avviato da diverse regioni italiane secondo il dettato costituzionale e in attuazione dei principi di sussidiarietà e solidarietà, in un quadro di coesione nazionale»². La prospettiva, dunque, di una ripresa dell'iter del regionalismo differenziato, portato avanti negli ultimi mesi da parte del precedente Esecutivo attraverso non solo la predi-

¹ Fino a quel momento, infatti, la prospettiva della devoluzione di “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” sembrava avere avuto concrete opportunità di inveramento, anche in seguito all'approvazione dei cosiddetti “pre-accordi” del 28 febbraio 2018 da parte del Governo Gentiloni e della firma il 25 febbraio 2019 da parte del primo governo Conte degli Accordi sulla parte generale dell'intesa concordata con le tre regioni capofila. Questi ultimi avevano rappresentato, in particolare, un momento di eccezionale avanzamento per il progetto dell'autonomia differenziata, essendosi concentrati sull'individuazione specifica delle materie sulle quali ottenere maggiore autonomia e su alcune indicazioni procedurali propedeutiche al trasferimento, coordinamento e monitoraggio dell'implementazione delle nuove competenze attribuite.

² Per la consultazione dell'intero discorso si rinvia alla pagina web <https://www.governo.it/it/articolo/le-dichiarazioni-programmatiche-del-governo-meloni/20770>.

sposizione di una bozza di d.d.l. sull'attuazione dell'autonomia differenziata³ ma anche l'approvazione da parte della Commissione parlamentare per le questioni regionali di un documento definitivo sul processo di attuazione della medesima⁴, induce a riprendere nuovamente in esame le ragioni delle tensioni che ne avevano provocato lo stallo, riconducibili in particolare al timore della cosiddetta "secessione dei ricchi"⁵.

Quest'ultima, paventata da autorevoli economisti e giuristi e motivata sia dall'opacità delle trattative condotte con il Governo dalle regioni richiedenti, sia dal tenore di alcuni accordi firmati ed aventi ad oggetto alcune indicazioni procedurali propedeutiche al trasferimento⁶ delle competenze, i quali avevano impresso alla vicenda una connotazione marcatamente competitiva, si fondava sul pericolo che l'attuazione della clausola di asimmetria, sottraendo risorse al finanziamento di alcune funzioni fondamentali alle regioni non differenziate, conducesse ad un'accentuazione significativa del già notevole divario fra i cittadini nel godimento di alcuni diritti, come ad esempio l'istruzione o, per quanto qui di più diretto interesse, la salute.

Come, infatti, è purtroppo noto, l'istantanea avente ad oggetto il complesso dei vari sistemi sanitari regionali (SSR) mostra un quadro frammentato, in cui si registrano marcate differenze fra Nord e Sud del Paese nel grado di sviluppo economico e di efficacia degli stessi, con conseguente profonda divaricazione nella possibilità per i cittadini di fruire dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA) ai fini di un'uniforme tutela del diritto alla salute. Tale situazione, caratterizzata in particolare da un'evidente iniquità e discrasia fra le diverse offerte sanitarie delle regioni, con un'accentuata debolezza soprattutto di quelle del Mezzogiorno, si traduce, ormai da tempo, nel fenomeno della mobilità sanitaria che, declinata a livello interregionale⁷, porta i cittadini a cercare soddisfazione in materia di cure in una

³ Risulta, infatti, da un *question time* dello scorso 29 giugno alla Camera che il lavoro della Commissione di studio, appositamente incaricata, aveva fornito agli uffici del Ministero per gli affari regionali e le autonomie analisi e spunti utili per una prima definizione del testo che avrebbe dovuto essere valutato, da lì a breve, all'interno del Consiglio dei Ministri. Si veda a tal riguardo il *Dossier servizio studi Camera dei deputati, L'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario*, 28 settembre 2022. Per il resoconto stenografico della seduta si rinvia invece al link <https://www.camera.it/leg18/410?idSeduta=0716&tipo=stenografico#sed0716.stenografico.tit00100.sub00020>.

⁴ Il documento può essere consultato alla seguente pagina web https://www.camera.it/leg18/1364?shadow_organoparlamentare=3054&id_tipografico=23.

⁵ Per una ricognizione delle posizioni contrarie all'elaborazione delle attuali ipotesi di attuazione del regionalismo differenziato, si veda su tutti G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, 2019.

⁶ Il riferimento corre all'art. 5 dell'accordo siglato nel febbraio 2019, nella parte in cui, nel determinare il passaggio dal criterio della "spesa storica" a quello dei "fabbisogni standard", stabiliva una clausola di salvaguardia a favore delle regioni differenziate, grazie alla quale, nel caso in cui ciò non fosse stato realizzato entro tre anni dall'approvazione dei decreti di trasferimento, l'ammontare delle risorse assegnate per l'esercizio delle nuove competenze non sarebbe potuto essere inferiore al valore medio nazionale pro-capite della spesa statale per l'esercizio delle stesse.

⁷ Pare opportuno ricordare che il fenomeno della mobilità sanitaria può essere analizzato su tre diversi livelli: quello intraregionale, interregionale e internazionale: per un approfondimento sul tema si rinvia a C. ZOCCHETTI, *La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per fare cosa?*, in *Statistica & Società*, 2/2012, pp. 27 ss.

regione diversa da quella di residenza, dando origine, nei fatti, ad una vera e propria “fuga” dei pazienti, in particolare dal Sud al Centro Nord⁸.

Costituendo, dunque, un peculiare “indicatore indiretto di qualità”⁹, la mobilità interregionale rappresenta una delle più evidenti e consolidate manifestazioni della debolezza strutturale che affligge l’ordinamento italiano in riferimento alla capacità di assicurare in maniera uniforme sul territorio il diritto all’accesso alle cure, riconosciuto nella sua universalità *ex art. 32 Cost.*¹⁰ e, in quanto tale, il *trend* legato al suo costante aumento¹¹ non può che essere un ineludibile tassello per orientare il futuro delle politiche pubbliche in materia sanitaria. Politiche fra i cui temi principali si collocano all’ordine del giorno anche – e certamente non in misura marginale data la consistenza delle richieste di maggiore autonomia nella materia concorrente tutela della salute – l’opportunità e la modalità di realizzazione del regionalismo differenziato.

Pertanto, alla luce di queste considerazioni e tenendo conto anche degli obiettivi di riduzione dei divari territoriali fissati a livello nazionale dal PNRR, da conseguire entro la fine del 2026¹², sembra opportuna una riflessione *ad hoc* volta ad immaginare quali potrebbero essere sulla mobilità sanitaria interregionale le principali ripercussioni, a livello sia di possibili benefici che di svantaggi, legate ad un’eventuale attribuzione di maggiore autonomia nel campo della salute alle regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna le quali, si ricorda, rappresentano allo stesso tempo non solo le promotrici di questa nuova stagione di asimmetria competenziale ma anche quelle regioni con il maggior indice di attrattività sul fronte della mobilità sanitaria a livello nazionale¹³.

⁸ Dalla relazione della Corte dei Conti emerge, infatti, che la Calabria rimane la regione con un valore di mobilità passiva particolarmente elevato, pari al 19,6% nel 2019, strettamente correlato alla scarsa qualità delle prestazioni erogate, mentre la regione Campania ha un valore di mobilità stabile pari al 9,7 %: cfr. *Relazione Corte dei Conti “Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica”*, in www.corteconti.it, pp. 279 ss.

⁹ N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, 3/2018, p. 854.

¹⁰ Fin dalla sua istituzione nel 1978, infatti, il SSN si ispira al cosiddetto modello Beveridge, caratterizzato dai principi di universalità, equità di accesso, globalità e finanziamento attraverso la fiscalità generale: cfr. M. MENGOLZI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell'esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell'azione dell'Unione*, in D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, Napoli, ESI, 2018, p. 180. Per un ulteriore approfondimento sul carattere di universalità del SSN si rinvia a F. TOTH, *La sanità in Italia*, Bologna, 2014.

¹¹ Come recentemente ricordato infatti da L. FASSARI, *La sanità italiana sempre più in affanno*, in *Quotidiano Sanità*, 28 ottobre 2022, «Il fenomeno dell’esodo da Sud a Nord non si arresta»: l’articolo in menzione riporta, in particolare, i dati sul *trend* degli ultimi 5 anni relativi all’attività interregionale dei ricoveri ospedalieri, messi a disposizione dall’area del portale statistico dell’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (da qui in poi AGENAS), dedicata alla mobilità sanitaria, presentati proprio in data 28 ottobre 2022. Per loro la consultazione si rinvia alla pagina web <https://stat.agenas.it/>.

¹² Infatti, la riduzione dei divari attraverso il riequilibrio territoriale e lo sviluppo del Mezzogiorno, rappresenta, insieme alla diminuzione di quelli di genere e generazionali, una dimensione trasversale del Piano, destinata a interessare tutte e sei le missioni di cui questo si compone.

¹³ Secondo gli ultimi dati forniti da AGENAS, infatti, fra le regioni con maggiore indice di attrattività e conseguente saldo in attivo sul fronte della mobilità sanitaria per l’anno 2021 si trovano l’Emilia Romagna, con un saldo attivo di 293,9 mln,

2. Indagando sulla mobilità sanitaria interregionale quale componente strutturale del diritto alla salute dalla singolare ambivalenza

L'opportunità di addivenire ad un'indagine sui possibili risvolti dell'attuazione del regionalismo differenziato sulla mobilità sanitaria interregionale si giustifica in virtù della particolare complessità di questo fenomeno che nel nostro Paese incarna, da sempre, uno strumento la cui operatività dà luogo ad esiti dai singolari effetti contrastanti¹⁴.

A tal proposito, occorre anzitutto ricordare come la mobilità sanitaria rappresenti un indeffettibile elemento costitutivo del diritto alla salute *ex art. 32 Cost.* ed una sua piena "diramazione" che, di fatto, ne eredita i caratteri e l'importanza¹⁵.

Più in particolare, la possibilità per la persona di recarsi in strutture sanitarie site al di fuori dell'area territoriale di competenza della propria ASL per ricevere cure e prestazioni¹⁶ – il cui fondamento costituzionale si ravvisa anche nelle disposizioni relative alla libertà personale e di circolazione – trova espressa traduzione legislativa agli artt. 19, commi 2 e 4, della l. n. 833/1978 e 8-*bis* del d.lgs. n. 502/1992, all'interno dei quali è ben evidenziato come ai cittadini sia assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura¹⁷. Sulla base di tali disposizioni è così riconosciuta pienamente la garanzia della cosiddetta mobilità sanitaria di tipo interregionale, la quale si caratterizza per la migrazione di pazienti da una regione ad un'altra motivata principalmente da un'inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria erogata dal SSR di provenienza. Le ragioni alla base di tale fenomeno, talvolta anche chiamato "turismo sanitario", introducono alla prima delle due peculiari sfaccettature assunte dalla mobilità interregionale nel nostro ordinamento, rappresentata, più nello specifico, dal suo essere "strumento perequativo"¹⁸ per l'inveramento

la regione Lombardia che segue con 274,9 mln e la regione Veneto (+102 mln). Tali dati sono sostanzialmente confermati anche dal Report realizzato qualche anno prima dall'Osservatorio GIMBE, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, 2/2020, p. 10.

¹⁴ Per una ricognizione sul tema e sulle sue implicazioni si vedano 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, 2016, pp. 117 ss., nonché A. PITTINO, *La mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 363 ss.

¹⁵ Cfr. N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale*, cit., p. 851.

¹⁶ L'ambito di applicazione è molto ampio e si estende non solo a situazioni in cui il paziente ottenga una prestazione sanitaria, ma anche alle prescrizioni, alla distribuzione ed erogazione di medicinali e dispositivi medici forniti in un contesto di servizio sanitario differente da quello di residenza.

¹⁷ Più in particolare, l'art. 19 della legge menzionata prevede rispettivamente al comma 2 che tale diritto è assicurato nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari, mentre al comma 4, che «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».

¹⁸ Con un particolare "effetto compensativo delle disuguaglianze", secondo N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale*, cit., p. 855.

del principio di uguaglianza fra i cittadini rispetto all'effettivo godimento del diritto alla salute.

Tale considerazione appare in tutta la sua fondatezza laddove si rifletta sul fatto che, osservata in questa prospettiva, la mobilità interregionale consente ai cittadini, da un lato, di soddisfare quel naturale desiderio di ricevere cure di livello ancora migliore rispetto a quelle già presenti ed offerte all'interno del proprio contesto di residenza¹⁹ – ragion per cui accade di frequente che la persona si rechi in determinate regioni non solo per la fama dei rispettivi sistemi sanitari ma anche per motivi di comodità legati a ragioni pratico-logistiche²⁰ – e dall'altro, appunto, di compensare gli effetti negativi della presenza nel Paese di regioni caratterizzate da risalenti debolezze sul fronte del rispetto dei LEA²¹ e, dunque, dell'organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie ai propri residenti.

In questi ultimi contesti, infatti, il cittadino non solo è spinto alla mobilità interregionale dalla volontà di assicurarsi una diversa e migliore qualità della prestazione sanitaria – come accade in tutti quei casi in cui la mobilità avviene verso regioni caratterizzate dall'alta specializzazione in alcuni specifici ambiti di cura, fra cui, solo per ricordare i più noti, quelli di medicina oncologica e radioterapica – quanto piuttosto dalla necessità di accedere ad un differente ventaglio di prestazioni vere e proprie che la regione di residenza non è in grado di assicurare²².

¹⁹ Il cosiddetto fenomeno del *cross border shopping* su cui si rimanda a C. BURATTI, *Federalismo differenziato. Il punto di vista di un economista*, in *Federalismo fiscale*, 1/2017, p. 209.

²⁰ Come sottolinea M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020, p. 261, «la mobilità sanitaria è un fenomeno complesso, spesso legato a fattori eterogenei quali la vicinanza dei presidi ospedalieri, la qualità delle prestazioni erogate, la presenza di strutture residenziali per i parenti, la gradevolezza dell'area in cui è localizzata la struttura, la casualità associata agli spostamenti temporanei della popolazione».

²¹ Acuite spesso anche dall'apparato normativo caratterizzato da incertezza e disomogeneità: come, infatti, ricorda ancora M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato*, cit., p. 257, «in assenza dell'opportuno controllo di uniformità dello Stato si è assistito ad una vera e propria frammentazione delle fonti, sicché i LEA sono stati progressivamente disciplinati principalmente da piani nazionali e regionali, atti amministrativi, programmi, nomenclatori nazionali e regionali e DRG».

²² La diversa natura delle motivazioni legate al fenomeno della mobilità sanitaria sono alla base della suddivisione operata da AGENAS delle medesime in due macrocategorie riferibili ad una mobilità "accettabile" ed una "evitabile": più nel dettaglio, mentre l'area della prima comprende i ricoveri per i quali la mobilità interregionale si rende necessaria per l'alta specializzazione delle cure richieste e si compone dei ricoveri di "mobilità di prossimità in assenza di offerta" («ovvero quei ricoveri eseguiti in regioni di prossimità in strutture che distano dalla residenza del paziente in misura ≤ a 50 km e raggiungibili in 60 minuti in quanto le strutture della regione di residenza si trovano ad una distanza superiore»), la seconda riguarda invece casi di ricoveri effettuati fuori regione per ottenere prestazioni disponibili anche sul territorio di residenza, suddivisi in tre ulteriori livelli corrispondenti ad una mobilità inappropriata (ricoveri in regime ordinario con almeno un DRG ad alto rischio di inappropriata), di prossimità (ricoveri entro 50 km e 60 minuti di distanza fra il comune di residenza e quello del ricovero) o di non prossimità (per ogni altro ricovero che non può essere ascritto alle categorie precedenti). Per un riscontro maggiormente analitico sul fronte dei dati statistici forniti dal portale AGENAS si rinvia alla pagina web <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=10>.

Una simile condizione di impoverimento strutturale in capo ad una regione, che identifica quella componente della mobilità sanitaria passiva conosciuta come “carenza di offerta”²³, è stata provocata ed accresciuta, nella prassi finora riscontrata, da una serie di molteplici fattori, in genere quasi sempre riconducibili all’origine ad una scarsa, se non proprio assente, capacità, in termini di efficacia e di efficienza, nell’organizzazione e gestione del servizio sanitario.

Fra questi fattori due in particolare sono quelli che, allo stato dell’arte, incidono maggiormente sulle già precarie condizioni di salute di alcuni sistemi sanitari regionali: da una parte, l’imposizione di piani di rientro²⁴, con tanto di commissariamenti, per il rientro dal problema del disavanzo in materia sanitaria e dall’altra, il persistente impiego per il calcolo dei fabbisogni standard sul tema della salute del criterio dell’età media della popolazione residente nella circoscrizione regionale.

Con espresso riguardo a quest’ultima considerazione deve, infatti, ricordarsi come il d.lgs. n. 68/2011, utilizzando per la misurazione del fabbisogno standard nel campo della sanità un dato che dà maggior peso alla presenza di popolazione anziana, impiega un parametro che, a differenza di altri attinenti ad esempio alla speranza di vita in buona salute o ancora al numero delle malattie presenti fra i residenti, va di fatto a sfavorire quelle regioni in cui, magari proprio a causa dei difetti insiti nei rispettivi sistemi sanitari, l’aspettativa di vita è inferiore, contribuendo così ad impoverirle ulteriormente²⁵ e ad accrescere pericolose forme di esclusione sociale dovute alla riduzione delle *performance* nei rispettivi sistemi sanitari²⁶.

Vagliando, invece, l’influenza sul dato della mobilità interregionale dei piani di rientro e dell’eventuale presenza di commissari straordinari per il risanamento delle regioni in stato di deficit sanitario, occorre subito dire che, sebbene tali strumenti siano comparsi per la prima volta tra il 2007 e il 2008 con l’espresso proposito di migliorare le condizioni finanziarie delle regioni in dissesto e ripristinare così la normalità sul fronte dell’erogazione dei servizi sanitari verso i loro residenti, allo stato dell’arte molteplici studi hanno dimostrato come la loro presenza abbia talvolta impattato negativamente sulla mobilità sanitaria, consolidandone e accrescendone la portata²⁷.

²³ Su cui per un approfondimento si rinvia a AA.VV., *Viaggiare per la salute: necessità o opportunità?*, in *La Mobilità sanitaria*, quaderni di Monitor, 2012, p. 67.

²⁴ Sul tema si rinvia, più nello specifico, ad A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, 2021.

²⁵ Cfr. P. GROSSI, *La perdurante attualità del regionalismo differenziato. Un’analisi dei contenuti delle bozze d’intesa*, in *Diritti regionali*, 2/2021, p. 396.

²⁶ L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità nel diritto*, 1/2020, p. 13.

²⁷ Solo a titolo di esempio, si veda l’articolo di S. BERALDO, M. COLLARO, I. MARINO, *Pazienti in fuga dalle regioni dei piani di rientro*, in *www.lavoce.info*, 6 novembre 2020.

Infatti, fra le misure finanziarie ed organizzative tipiche dei piani di rientro²⁸, ve ne sono state alcune che hanno provocato un inevitabile allungamento delle liste di attesa e un generalizzato detrimento della qualità dei servizi offerti, con conseguente significativo aumento della mobilità in uscita²⁹; fra queste ultime, ad esempio, quelle consistenti nella previsione di *ticket* talvolta superiori allo stesso costo della prestazione in strutture private o convenzionate o, ancora, di tagli all'erogazione dei servizi «nella forma di soppressione o accorpamento di strutture o di non universalità delle prestazioni offerte dalla sanità pubblica»³⁰.

Sul fronte dell'impoverimento delle prestazioni sanitarie offerte a livello territoriale alla base del fenomeno della mobilità interregionale, deve altresì ricordarsi come, al di là delle inefficienze causate dalle ragioni sopraesposte, il ricorso alle strutture in altre regioni sia talvolta motivato dal verificarsi di veri e propri cortocircuiti istituzionali, provocati dal ripresentarsi sistematico di contrasti aventi ad oggetto la contrapposizione fra diritti ed interessi di rango costituzionale indissolubilmente legati a trattamenti sanitari.

È il caso, ad esempio, del frequente riproporsi dell'irrisolta questione di sostenibilità sociale³¹ relativa all'impossibilità dell'espletarsi del servizio di interruzione di gravidanza in quelle regioni ove esiste un massiccio ricorso da parte del personale sanitario all'istituto dell'obiezione di coscienza previsto dall'art. 9 della l. 194/1978: circostanza che costringe le donne che intendono avvalersi del diritto, loro riconosciuto dalla medesima legge, ad interrompere la propria gestazione a migrare verso altri contesti regionali.

Accantonando per un momento il valore di strumento di «equità orizzontale»³² del fenomeno in analisi e facendo riferimento, invece, alla seconda sfaccettatura assunta dalla

²⁸ Fra le quali, solo per indicarne alcune, la rimozione dei provvedimenti legislativi d'ostacolo alla piena attuazione di quanto previsto nell'accordo sottoscritto o la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio in caso di violazione del patto; o ancora, per quanto concerne gli automatismi legati alla fase di accesso ai piani, l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, il blocco automatico del *turn-over* del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per lo stesso periodo. Per una maggiore e più approfondita disamina si rinvia ancora ad A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, cit., in particolare pp. 68 ss.

²⁹ Con stime che indicano un incremento della mobilità sanitaria del 15-18 per cento come conseguenza dei piani di rientro (18-25 per cento in caso di commissariamento): cfr. S. BERALDO, M. COLLARO, I. MARINO, *Pazienti in fuga dalle regioni dei piani di rientro*, cit.

³⁰ Cfr. A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in *Regionalismo differenziato: un percorso difficile. Atti del convegno "Regionalismo differenziato: opportunità e criticità"*, Milano, 8 ottobre 2019, in www.csfederalismo.it, 2019, p. 68.

³¹ Sul punto sia consentito rinviare a C.B. CEFFA, *Gli irrisolti profili di sostenibilità sociale dell'obiezione di coscienza all'aborto a quasi quarant'anni dall'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2017; per un ulteriore approfondimento sul tema si vedano inoltre G. BRUNELLI, *L'interruzione volontaria della gravidanza: come si ostacola l'applicazione di una legge (a contenuto costituzionalmente vincolato)*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Scritti in onore di Lorenza Carlassare*, Napoli, 2009, pp. 815 ss.; F. GRANDI, *Le difficoltà nell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194: ieri, oggi, domani*, in *Ist. Federalismo*, 1/2015, pp. 89 ss.

³² Così definito da N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale*, cit., p. 854, dal momento che «senza di essa, una parte dei pazienti delle regioni deboli non avrebbe accesso alle strutture di migliore qualità e, in alcuni casi, ad interventi innovativi».

mobilità interregionale, non può che rilevarsi come la stessa rappresenti, di fatto, un preoccupante indicatore della presenza di significativi divari territoriali all'interno del nostro ordinamento³³: come, infatti, è già stato ricordato questa specifica declinazione della mobilità sanitaria è determinata dalla sfiducia nutrita dai cittadini nei confronti del proprio SSR, sia per inadeguata copertura dei loro bisogni, sia per comprovata inefficienza.

La fuga di pazienti che tale condizione determina e che integra una duplice forma di disuguaglianza nel godimento del diritto alla salute – sia nell'accesso alle prestazioni non ugualmente fornite in base al luogo di residenza, sia da un punto di vista economico, dal momento che è ragionevole ritenere che solo le persone finanziariamente in grado di spostarsi potranno farlo – conduce ad un altro importante effetto negativo che eleva la mobilità fra le regioni ad una delle principali cause di indebolimento finanziario di quegli stessi contesti regionali la cui inefficienza la mobilità medesima dovrebbe, idealmente, contribuire a neutralizzare.

A tal proposito, deve ricordarsi come la scelta (o la necessità) del paziente di curarsi in una struttura sanitaria presente in una regione diversa dalla propria di residenza comporta l'esigenza di provvedere alla regolazione della posizione debitoria dell'ultima nei confronti della prima, secondo le tariffe presenti per ciascuna prestazione³⁴: essendo, infatti, il finanziamento del SSR basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro capite per ciascun cittadino residente, la mobilità dei pazienti fra regioni determina la necessità di compensare i costi dell'assistenza per quelli verso i quali il finanziamento pro capite del SSN è stato attribuito ad una regione diversa da quella in cui è stata effettuata la prestazione.

Poiché la regione deve dunque compensare³⁵ con risorse proprie i costi sopportati da quella che ha effettuato la prestazione nei confronti del proprio residente, la mobilità sanitaria interregionale, incidendo infine sulla ripartizione del fondo sanitario, implica un fenomeno patologico³⁶ di ulteriore indebolimento finanziario delle regioni con alti tassi di mobilità passiva, spesso coincidenti con quelle sottoposte proprio a piani di rientro e commissariamenti, contribuendo, di fatto, ad impoverirle ancora di più a vantaggio di quelle, invece, più performanti³⁷.

³³ Come del resto nota anche C. TUBERTINI, *La mobilità sanitaria*, cit., p. 129, «in Italia la mobilità sanitaria viene condivisibilmente descritta come fenomeno inevitabilmente connesso alle carenze del SSN».

³⁴ Per un approfondimento in materia si rinvia a F.C. RAMPULLA, L. TRONCONI, *Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere*, Santarcangelo di Romagna, 2010.

³⁵ Si fa riferimento all'istituto della compensazione della mobilità interregionale le cui modalità sono regolate dal relativo Testo unico che viene approvato ogni anno dalla Conferenza Stato-Regioni ex art. 8-sexies, comma 8, del d.lgs. 502/1992.

³⁶ Cfr. N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale*, cit., p. 856.

³⁷ Cfr. P. GROSSI, *La perdurante attualità del regionalismo differenziato*, cit., p. 397.

3. Le prospettive di inveroamento del regionalismo differenziato e le richieste sinora formulate in materia di tutela della salute

Tornando all'obiettivo principale della presente riflessione, appare necessario anzitutto esaminare la consistenza delle richieste inoltrate dalle tre regioni capofila nell'attivazione dell'art. 116, comma 3, Cost. per l'acquisizione di diverse ed ulteriori forme di autonomia nella materia della tutela del diritto alla salute.

Ricordando come tale settore competenziale fosse stato oggetto delle richieste di queste regioni fin da subito e, dunque, fin dai pre-accordi siglati nel febbraio 2018 dal Governo Gentiloni³⁸, è presumibile ritenere che all'origine di un simile interesse si sia collocata, *in primis*, la volontà di veder riconosciuta un'effettiva autonomia finanziaria in tale ambito, anche come forma di reazione alle significative limitazioni, in particolare proprio sul fronte delle politiche sanitarie, sperimentate dal regionalismo italiano a seguito della crisi economica iniziata nel 2008³⁹.

Le richieste di differenziazione in materia sanitaria sinora inoltrate all'Esecutivo, ricavabili dalle bozze informali di intesa aventi ad oggetto il merito delle nuove acquisizioni competenziali⁴⁰ e recentemente ricostruite dall'ultimo rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale realizzato dalla Fondazione Gimbe⁴¹ sono prevalentemente omogenee tra le tre regioni, ragion per cui si procederà ad illustrarle seguendo l'ordine di quelle comuni, riservando infine l'attenzione su quelle, invece, a vario titolo differenti.

Sul fronte delle istanze analoghe occorre sicuramente evidenziare quelle rivolte alla conquista di una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale, nonché in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi, l'integrazione operativa degli stessi con il sistema aziendale, integrata altresì dalla possibilità di stipulare per i medici contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" come strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.

³⁸ Richieste analizzate con riferimento a tali pre-accordi da R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *RivistaAIC*, 2/2019.

³⁹ Come ricorda F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 15/2019, p. 16, «in generale le politiche di *spending review* hanno determinato, solo per fare qualche esempio, la razionalizzazione della spesa farmaceutica, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, il blocco del *turn over*».

⁴⁰ Una rassegna in tal senso è stata realizzata in due distinti momenti, coincidenti con gli avanzamenti della negoziazione fra regioni e Governo, da F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, in *Federalismi.it*, 6/2019 e Id., *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa tra Stato e Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna*, in *Federalismi.it*, 20/2019.

⁴¹ N. CARTABELLOTTA, E. COTTAFAVA, R. LUCERI, M. MOSTI, *Quinto Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione Gimbe, Bologna, ottobre 2022, pp. 53 ss., disponibile in versione integrale sul sito www.salviamo-ssn.it/5-rapporto.

Una maggiore autonomia è stata richiesta in modo uniforme anche nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione; analoga anche la domanda rivolta alla possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci.

Ugualmente omogenee e, come si avrà modo di vedere, rilevanti ai fini della presente analisi, sono inoltre le richieste riguardo alla competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse e, soprattutto, quelle con riferimento alla maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

Per quanto, invece, concerne le rivendicazioni, a vario titolo, inoltrate dalle tre regioni capofila può osservarsi, ad esempio, come solo la regione Emilia-Romagna abbia chiesto una specifica autonomia sul fronte della distribuzione ed erogazione dei farmaci o, ancora, sia stata la sola regione Veneto a richiedere spazi competenziali in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell’attività libero-professionale ed, infine come quest’ultima regione, insieme alla Lombardia, abbia formulato istanze in materia di *governance* delle aziende e degli enti del SSN al fine di arrivare ad una maggiore coerenza con le esigenze dei rispettivi contesti territoriali.

4. La proiezione in un simile contesto della mobilità sanitaria e le sue verosimili conseguenze, fra luci ed ombre

Terminata la ricostruzione del quadro delle maggiori competenze richieste in materia di salute dalle regioni interessate all’attuazione del regionalismo differenziato, occorre ora verificare quale tipo di impatto quest’ultimo possa esercitare sul fenomeno della mobilità sanitaria interregionale e, dunque, di valutare in che termini l’acquisizione di maggiore autonomia in quest’ambito, così sensibile per il godimento effettivo di uno dei più importanti diritti in cui si sostanzia la cittadinanza sociale⁴², possa determinare un condizionamento della libertà dell’individuo di curarsi di un luogo diverso da quello di residenza.

Data già per acquisita, infatti, la consapevolezza della natura ambivalente della mobilità interregionale – talvolta presidio, talaltra indicatore e causa concorrente degli ostacoli per la tutela del fondamentale diritto alla salute – appare opportuno riflettere circa l’eventualità che l’attribuzione di maggiori competenze, nei termini richiesti, alle regioni coinvolte dall’attuazione dell’art. 116, comma 3, Cost., si traduca, o meno, in una possibile accen-

⁴² Ricorda infatti R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 472, che «in materia sanitaria l’attuazione dell’art. 116, comma 3, Cost. presenta profili di netta diversità rispetto alla generalità degli altri settori».

tuazione dei suoi connotati antitetici, con inevitabili conseguenze sul piano della tenuta dell'intero sistema nazionale.

Il punto di partenza di questa analisi non può che prendere le mosse dal dato di fatto per cui, allo stato dell'arte, l'ordinamento italiano presenta già un accentuato federalismo sanitario⁴³ con significative differenze in termini di modelli, assetti regolativi e servizi erogati, tramite il quale le regioni caratterizzano, in un contesto di maggiore o ridotta autonomia, il proprio modello di tutela della salute entro il perimetro tracciato dalla normativa sul SSN⁴⁴. Tale quadro, si ricorda, non si è determinato solo a seguito delle scelte in materia di decentramento organizzativo impostate sin dalla legge istitutiva del SSN – contrassegnata dalla scelta di demandare la gestione delle USL (Unità Sanitarie Locali) ai comuni – e successivamente portate avanti dalla metà degli anni 90 del secolo scorso ma è anche, purtroppo, il prodotto delle numerose esperienze di commissariamento e di adesione ai piani di rientro che le regioni in condizione di deficit sanitario hanno dovuto concordare negli anni per ripianare le rispettive situazioni finanziarie: circostanza che, come noto, ha determinato una riduzione delle possibilità di investimento e di inveroamento dei LEA da parte dei SSR coinvolti⁴⁵.

Alla luce di questa considerazione ed avendo sempre come prospettiva di riferimento quella del possibile amplificarsi della complessa e contraddittoria portata della mobilità sanitaria nel nostro SSN, sembra, quindi, che la vera domanda che occorre porsi riguardi l'effettiva desiderabilità o meno nel nostro Paese di un'ulteriore differenziazione nel settore della protezione del diritto alla salute.

Procedendo con ordine e riflettendo anzitutto sui possibili aspetti positivi che dalla differenziazione regionale potrebbero derivare, deve segnalarsi che, al di là della forza omologante dei livelli essenziali delle prestazioni stabiliti dal legislatore statale sul territorio nazionale, la maggiore autonomia potrebbe consentire alle regioni differenziate di migliorare le proprie *performance* con l'obiettivo di dare vita ad una più alta qualità delle prestazioni che, inizialmente rivolte alla rispettiva collettività regionale, potrebbe estendersi, proprio per il tramite della mobilità interregionale, all'intera comunità nazionale.

Non v'è chi non veda, infatti, come dall'acquisizione di maggiori competenze, come ad esempio quella in ordine alla possibilità di programmare interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN o, ancora, quella volta a rimuovere specifici vincoli di spesa

⁴³ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., p. 17.

⁴⁴ L'esperienza italiana in materia di tutela della salute offerta da alcune regioni, fondata proprio sulla differenziazione dei modelli organizzativi, rappresenta un punto di forza che, certificato anche dall'OCSE in particolare sotto il profilo del rapporto tra qualità e costi, non ha uguali in altre realtà comparate: cfr. L. ANTONINI, *Alla ricerca del territorio perduto: anticorpi nel deserto che avanza*, in *Rivista AIC*, 2/2017, p. 33.

⁴⁵ Ricorda infatti G. RIVOSECCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in *Rivista AIC*, 3/2019, p. 253, come non possa «sottacersi che alle regioni sottoposte a piano di rientro dal disavanzo sanitario è ormai riservato un vero e proprio statuto giuridico differenziato, fortemente limitativo della capacità non soltanto di erogare prestazioni aggiuntive, ma anche, in taluni casi, di garantire quelle inerenti ai livelli essenziali».

in materia di personale, possano derivare a favore delle regioni differenziate importanti elementi di attrazione per l'innalzamento del livello di avanguardia terapeutica dei servizi da loro offerti⁴⁶.

In questo senso, neppure è da sottovalutare la natura di bene pubblico che potrebbero assumere i benefici scaturiti da quella sperimentazione istituzionale che le regioni ad autonomia differenziata potrebbero avviare nel campo della tutela dei diritti sociali, attraverso un *know out e best practice* che verrebbero messe a disposizione delle altre regioni senza l'onere dei relativi costi di ricerca⁴⁷.

Cambiando prospettiva, però, non può sottacersi come dal conseguente, presumibile, aumento della mobilità interregionale derivante dall'aumento della qualità e quantità delle prestazioni⁴⁸, potrebbe determinarsi un significativo aggravamento del divario rispetto a quei pazienti sprovvisti di adeguati mezzi economici per far fronte agli spostamenti⁴⁹, determinandosi in questo modo una più grave violazione del principio di uguaglianza sostanziale.

Sul piano finanziario poi, una simile prospettiva non potrebbe che inasprire quel circolo vizioso che vede proprio nella mobilità interregionale una delle più importanti cause di impoverimento delle regioni con preoccupanti indici di mobilità passiva, generando maggior debito che, a sua volta alla base dell'impossibilità di rispettare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, determinerebbe un aumento ancora più incisivo della stessa mobilità.

Cercando ora di vagliare alcune delle singole richieste inoltrate dalle regioni capofila alla luce dei possibili benefici o, piuttosto, degli eventuali svantaggi sul fronte della mobilità interregionale, v'è anzitutto da segnalare come alcune domande di autonomia in ambito sanitario, ad esempio riguardo alla spesa farmaceutica, all'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali⁵⁰ o, ancora, al superamento del tetto di spesa per il reclutamento del

⁴⁶ Anche in virtù degli effetti di una probabile maggiore integrazione degli interventi nei campi sanitario e socioassistenziale, consentendo così una definizione e gestione più efficiente di quella parte preponderante delle prestazioni di tutela a livello locale, rappresentata proprio dagli interventi di tipo socio-sanitario, attualmente ostacolata dalla non omogeneità della competenza legislativa regionale sulle relative materie: sul punto cfr. A. ALBANESE, *Il modello sociale costituzionale e la sua attuazione in tempo di crisi*, in *Questione giustizia*, 3/2015, p. 102.

⁴⁷ Cfr. C. BURATTI, *Federalismo differenziato*, cit., pp. 208 ss. L'autore sottolinea inoltre «l'accresciuta possibilità di realizzare un *benchmarking* dell'efficienza, efficacia ed economicità delle gestioni regionali».

⁴⁸ Come del resto ipotizzato anche da S. MABELLINI, V. TAMBURRINI, *La migrazione sanitaria nell'esperienza degli Stati compositi*, in D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera*, cit., p. 138.

⁴⁹ A tal proposito, vi è chi in dottrina ha parlato di una mobilità sanitaria interregionale dal volto "sempre più selettivo", presumibilmente determinata dalla «rimodulazione delle tariffe per i non residenti, in un'ottica di spinta competitività nell'offerta dei servizi finalizzata chiaramente ad attirare la mobilità solo dei cittadini non residenti più ricchi, disposti a pagare costi alti per accedere alle prestazioni proposte delle regioni virtuose, in una logica di sola remunerazione»: cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., p. 19.

⁵⁰ Questo ambito corrisponderebbe secondo A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Ist. Federalismo*, 1/2020, p. 60, a quella differenziazione necessaria che deve essere presente per soddisfare il diritto alla salute, da intendersi come stato di completo benessere psicofisico e sociale a tutela del quale i servizi sanitari non possono prescindere dalle specificità dell'ambiente che contorna l'individuo.

personale, difficilmente potrebbero incidere sul modo in cui le altre regioni assicurano i servizi sanitari nel rispettivo territorio⁵¹. Tali richieste anzi dovrebbero leggersi come soluzioni non solo utilmente impiegabili a vantaggio di tutto il sistema regionale per superare la grave carenza di personale sanitario⁵² ma, altresì, come strategie che, se debitamente inquadrate in un contesto di coerenza con gli standard e i criteri metodologici relativi ai piani di fabbisogno e di imprescindibile equilibrio economico, potrebbero rappresentare laboratori di sperimentazione e diffusione di buone pratiche a vantaggio dell'intero contesto nazionale⁵³.

All'interno delle richieste di differenziazione, però, trovano posto anche alcune "zone d'ombra" che potrebbero spiegare importanti effetti sulle dinamiche della mobilità interregionale evidenziandone il profilo di peculiare indicatore di disparità territoriali.

Con espresso riferimento all'opportunità di addivenire all'istituzione di fondi integrativi regionali, ad esempio, vi è chi in dottrina ha già paventato l'esistenza di un rischio reale di destrutturazione dei principi su cui poggia il sistema sanitario nazionale⁵⁴, fra i quali, si ricordano ancora una volta, l'universalità della tutela della salute, l'equità di accesso ai servizi indipendentemente dal luogo di residenza e dalle condizioni sociali, la globalità della copertura assistenziale ed infine il finanziamento dello stesso sulla base della fiscalità generale. Coordinate quest'ultime volte a «promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse» e che mirano «a ridurre le diseguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle»⁵⁵.

Deve inoltre segnalarsi che, in relazione alle ultime versioni disponibili delle bozze aventi ad oggetto le richieste di autonomia differenziata, segnatamente della regione Lombardia e Veneto, la competenza in ordine alla disciplina della compartecipazione alla spesa sanitaria, con facoltà di abolire la quota fissa, viene strutturata prevedendo misure per la copertura finanziaria a garanzia dell'equilibrio economico e finanziario complessivo del sistema sanitario, nel rispetto, per i cittadini residenti in altre regioni, di quanto previsto dagli accordi interregionali sulla mobilità.

⁵¹ Ivi, p. 38.

⁵² Si vedano sul punto le proposte formulate dalla Fondazione Gimbe in relazione al Piano di Rilancio del SSN articolato in 14 punti all'interno dell'ultimo rapporto sul SSN, già citato, pp. 61 ss.

⁵³ Considerazione sposata da R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 10, a condizione che la differenziazione riguardi profili puntuali e non interi ambiti materiali o, addirittura, la quasi generalità delle materie.

⁵⁴ Trattandosi, infatti quella in oggetto, «di una materia nella quale le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una *devolution* riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che comportare la destrutturazione del Servizio sanitario nazionale e l'aumento delle diseguaglianze e delle iniquità, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei Lea: cfr. BALDUZZI, *Quasi un editoriale*, cit., p. 474. Conforme su questo punto anche F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., p. 19, la quale sottolinea altresì come tale richiesta, unita a «meccanismi di defiscalizzazione smentirebbe la neutralità perequativa delle misure».

⁵⁵ Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 8.

A tal riguardo vi è chi ha segnalato alcune perplessità in riferimento a questa attribuzione, dal momento che non risulta chiaro se essa sia «neutrale nel trattamento del paziente proveniente da altra regione oppure se la regolamentazione della contribuzione resti affidata agli accordi, in deroga quindi al carattere nazionale dell'erogazione dei Lea»⁵⁶.

Ultima ma non meno rilevante criticità che si accompagna ad un'altra delle numerose competenze richieste in ambito sanitario, riguarda l'autonomia nel reclutamento e nella retribuzione, nonché nei percorsi formativi, delle professioni sanitarie, in virtù delle possibili «logiche di accaparramento»⁵⁷ che potrebbero innescarsi a livello territoriale per la totale diseguaglianza, non solo di trattamento ma anche dei diritti, dei medici professionisti che lavorano in regioni diverse: circostanza quest'ultima che, come qualcuno ha sostenuto, «potrebbe anche implementare la tendenza di medici professionisti a migrare da una regione all'altra oppure ad eseguire attività per il servizio sanitario in una regione ed attività libero professionale in regioni più vantaggiose dal punto di vista dell'autonomia professionale»⁵⁸.

5. In attesa di ulteriori sviluppi, alcune prime sintetiche riflessioni conclusive

Alla luce delle considerazioni svolte e nell'attesa di comprendere verso quali approdi giungerà il percorso del regionalismo differenziato, recentemente rivitalizzato a seguito della presentazione ai Presidenti delle regioni capofila della bozza di legge quadro aggiornata dal nuovo Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie Calderoli⁵⁹, non sembrano rinviabili, non solo per il tenore di tale testo⁶⁰ ma anche in virtù degli obiettivi tracciati dal

⁵⁶ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 68: ricorda l'A. che la regione Emilia Romagna, aveva inserito nella propria bozza una disposizione, poi non accettata dal Governo, nella quale, per mezzo di una più equa accessibilità ai servizi sanitari da parte dei cittadini residenti, venivano poste le basi per «una diversificazione tra “cittadini residenti” e pazienti provenienti da altra parte del Paese».

⁵⁷ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., p. 20; conforme sul punto anche A.M. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato*, cit., p. 260, laddove osserva che «un ulteriore effetto della differenziazione (...) è costituito dalla “competizione” che inevitabilmente viene a crearsi tra le Regioni per attrarre mercato e, in un sistema che si autoalimenta, risorse (economiche e umane), a svantaggio di altre».

⁵⁸ E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116, comma 3, Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2018, p. 8.

⁵⁹ Datata 2 novembre 2023 e reperibile al sito <https://www.roars.it/online/ecco-la-bozza-calderoli-sullautonomia-differenziata-del-governo-meloni/>.

⁶⁰ Osserva, infatti, F.G. CUTTAIA, *Il principio di leale collaborazione, le prospettive di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e il futuro dell'autonomia regionale differenziata*, in *Astrid Rassegna* 18/2022, p. 21, come l'inveramento del regionalismo differenziato nella materia della salute sia probabilmente destinato ad essere più sollecito rispetto alle altre materie oggetto delle richieste di devoluzione, dal momento che la bozza Calderoli, come confermato anche dall'art. 1, comma 791, della legge di bilancio per il 2023, n. 197/2022, subordina il trasferimento delle nuove competenze alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale

PNRR, alcune concise riflessioni conclusive sul tema delle interconnessioni fra maggiore autonomia e mobilità sanitaria interregionale.

A tal proposito, come già in effetti anticipato, occorrerebbe procedere con un'attenta selezione delle competenze richieste, distinguendo fra quelle che verosimilmente non daranno luogo ad ulteriori differenziazioni tra le regioni sul fronte della capacità di offerta dei servizi sanitari, da quelle invece che, avendo inevitabili ripercussioni proprio su tale aspetto, determineranno un probabile aumento della mobilità sanitaria: ipotesi quest'ultima che potrebbe verificarsi, ad esempio, proprio a seguito di differenziazioni in grado di generare un'offerta sovradimensionata rispetto alle esigenze della popolazione residente. La mobilità in campo sanitario, infatti, se da un lato costituisce una specifica traduzione funzionale del diritto alla salute tutelato dall'art. 32 Cost., quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, dall'altro deve essere attentamente governata per evitare che la necessità al suo ricorso diventi un'irreversibile frattura che, alimentando la cosiddetta "trappola delle differenze"⁶¹ nella direzione di un differimento nel tempo per il superamento delle stesse se non addirittura di una loro giustificazione⁶², vada a detrimento dell'unità ed indivisibilità che deve caratterizzare una Repubblica, ancorché delle autonomie.

In questo senso, allora, la bussola orientativa che dovrà guidare l'operato dello Stato nella sua interlocuzione con le regioni aspiranti alla maggiore autonomia dovrà essere costituita dalla consapevolezza che sul fronte sanitario la presenza di già significativi e consolidati flussi di mobilità interregionale non potrà essere ignorata al momento della negoziazione, dovendo tendersi invece l'azione di Governo verso un suo contenimento per mezzo di adeguate misure che ne contrastino gli effetti collaterali⁶³. Una condotta negoziale lontana da tali indicazioni, infatti, rischierebbe di cristallizzare una situazione di diverso godimento nel diritto sociale alla salute, la cui configurabilità può essere sopportata in un ordinamento unitario quale quello italiano solo se frutto di una precisa situazione di fatto e non anche se conseguenza di una precisa scelta politica⁶⁴.

(art. 3 bozza ddl): livelli che, nei confronti della materia qui in esame sono già stati definiti dal d.p.c.m. 29 novembre 2001 e successivamente aggiornati e ampliati con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

⁶¹ La quale, secondo N. DIRINDIN, *Proposte di autonomia differenziata e rischi per il Servizio Sanitario Nazionale*, in *Politiche sociali*, 3/2019, p. 534, «induce le regioni forti a sfruttare sempre più la loro posizione di vantaggio e le regioni deboli» dal momento che «la presenza di realtà con un'offerta assistenziale inadeguata (per qualità e quantità) è strettamente funzionale al mantenimento delle importanti quote di mercato detenute dalle regioni più forti, con effetti di disincentivo al reale trasferimento delle competenze nei contesti meno maturi».

⁶² Su questi ambigui risvolti della mobilità sanitaria interregionale si veda ancora il contributo redatto da S. MABELLINI, V. TAMBURRINI, *La migrazione sanitaria nell'esperienza degli Stati composti*, cit., p. 137.

⁶³ Fra le proposte suggerite da N. CARTABELLOTTA, E. COTTAFAVA, R. LUCERI, M. MOSTI, *Quinto Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale*, cit., p. 56, ad esempio, il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni e la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni.

⁶⁴ Cfr. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale*, cit., p. 470.

Tale conclusione risulta in tutta la sua evidenza soprattutto se osservata alla luce dell'obiettivo trasversale della riduzione dei divari territoriali perseguito dal PNRR, che richiederà in relazione alla Missione 6 (Salute) proprio un sistema sanitario unitario improntato sull'interconnessione tra i diversi professionisti e le strutture sanitarie⁶⁵ e nell'ambito del quale la geometria variabile in materia di tutela della salute potrà sì affacciarsi quale significativa novità istituzionale ma solo in qualità di suo strumento ausiliario⁶⁶ e non anche se causa di ulteriori ostacoli.

⁶⁵ Cfr. A. AMORE, *Lo stato interventista nello scenario del PNRR: un'organizzazione amministrativa socio sanitaria di natura egualitaria*, in *Persona e amministrazione*, 2/2021, p. 328.

⁶⁶ Secondo quella logica che funge anche da criterio limite del "win-win" tra interesse regionale e nazionale, secondo R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9.