

Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"*

Cristina Equizi**

SOMMARIO: 1. Introduzione. I diversi profili della mobilità sanitaria interregionale. – 2. Gli effetti della mobilità interregionale: l'inequità, le disuguaglianze e l'incremento dei divari territoriali. – 3. A mo' di conclusione: verso una sanità differenziata?

ABSTRACT:

Il presente lavoro mira ad evidenziare i diversi profili della mobilità sanitaria interregionale al fine di illustrarne gli esiti negativi (inequità, disuguaglianze, incremento dei divari territoriali) e propone un approccio di regionalismo cooperativo volto a porre il fenomeno della mobilità interregionale quale strumento di arricchimento delle opzioni a disposizione dei pazienti e quale meccanismo di attivazione di percorsi virtuosi nei rapporti fra Regioni.

The study aims to highlight the different profiles of interregional health mobility in order to illustrate the negative outcomes (inequity, inequalities, increase in territorial gaps) and proposes an approach of cooperative regionalism aimed at placing the phenomenon of interregional mobility as a tool for enriching the options available to patients and as a mechanism for activating virtuous paths in relations between regions.

* 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, Università degli Studi dell'Aquila, cristina.equizi@univaq.it.

1. Introduzione. I diversi profili della mobilità sanitaria interregionale

La mobilità sanitaria¹ interregionale si pone fra le riflessioni relative alle dinamiche tra i sistemi sanitari regionali e, dunque, fra i temi centrali dei processi di programmazione nazionale delle politiche sanitarie territoriali².

Dal punto di vista economico-finanziario, la mobilità (attiva e passiva³) rappresenta per le Regioni virtuose una voce di credito, mentre per le altre una voce di debito⁴; ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino, andando ad incidere sui bilanci regionali⁵. Dunque, il fenomeno della mobilità interregionale tende ad inasprire la competizione tra le Regioni e ad instaurare un “regionalismo competitivo”⁶ con il rischio di incidere sull’uguaglianza nella fruizione dei servizi sanitari. Ma non va dimenticato che in Italia il servizio sanitario è nazionale e, dunque, incentrato sulla solidarietà tra i cittadini e, pertanto, la mobilità sanitaria è un elemento costitutivo del sistema e non un semplice fattore distorsivo cui porre rimedio⁷.

¹ Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l’assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali della propria Regione di residenza: il cittadino può tuttavia esercitare il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di altre Regioni. Con il termine “mobilità” si intende la possibilità di muoversi nello spazio, questo, affiancato dall’aggettivo “sanitaria”, qualifica il contenuto specifico di tale mobilità, vale a dire lo spostamento da un luogo ad un altro per motivi sanitari.

² G. ZUCCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, n. 29, 2012, p. 5.

³ Con il termine “mobilità attiva” si identifica l’indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate a cittadini non residenti; mentre con il termine “mobilità passiva” si esprime l’indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in Regione diversa da quella di residenza.

⁴ In particolare, la mobilità attiva rappresenta il flusso di fondi in entrata per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza ad assistiti di altro ente, in virtù di leggi o trattati. La mobilità passiva identifica, invece, il flusso di fondi in uscita per la compensazione di prestazioni erogate a propri assistiti al di fuori dal territorio di competenza, in virtù di leggi o trattati. Ne consegue che l’osservazione ed il monitoraggio della mobilità sanitaria assume un ruolo primario nella programmazione sanitaria di ogni Regione. Così, G. ASSIRELLI, M. BENZONI, *La mobilità sanitaria: inquadramento generale*, in C. TUBERTINI (a cura di), *La “migrazione” sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, 2015, pp. 8 ss. Per una prospettiva comparata si v. S.R. VINCETI, *La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 704 ss.

⁵ In riferimento ai rapporti “debito/credito” con particolare attenzione alla remunerazione si v. art. 8 *sexies*, D. Lgs. n. 502/1992. Sul punto cfr., Osservatorio Gimbe, *La mobilità sanitaria interregionale del 2020*, report n. 2, 2023, 2. In tal senso si v. anche D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, 4.

⁶ Sul concetto di regionalismo competitivo si v. A. PIRAINO, *Regionalismo differenziato: attuazione o cambiamento costituzionale?*, in *Riv. Diritti regionali*, n. 2, 2019, p. 3; E. GROSSO e A. POGGI, *Il regionalismo differenziato: potenzialità ed aspetti problematici* in *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 2, 2018; 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 *Riv. Corti supreme e salute*, n. 1, 2020, pp. 254 ss.

⁷ Così ci ricorda R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, p. 342.

Il presente lavoro mira ad evidenziare i diversi profili della mobilità sanitaria interregionale al fine di illustrarne gli esiti negativi (iniquità, disuguaglianze, incremento dei divari territoriali) ed individuando il punto di origine di tali effetti nei meccanismi competitivi fra i sistemi sanitari regionali presenti nella legislazione vigente. Nella parte conclusiva del lavoro si propone, dunque, il recupero, alla luce dei valori costituzionali e dei principi della legge n. 833 del 1978, di un approccio di regionalismo cooperativo volto a porre il fenomeno della mobilità interregionale quale strumento di arricchimento del ventaglio delle opzioni a disposizione dei pazienti e quale meccanismo di attivazione di percorsi virtuosi nei rapporti fra Regioni.

In Italia la mobilità dei pazienti è garantita sin dall'istituzione del SSN, ma è solo con le riforme degli anni Novanta⁸ che il tema dello spostamento dei pazienti dai bacini naturali delle aziende di riferimento ha assunto, in alcuni casi, dimensioni rilevanti divenendo un tema critico di politica sanitaria.

Per molti aspetti la questione della mobilità si presenta collegata a logiche competitive, finendo di mettere in secondo piano il ruolo di strategie centrate, invece, su una gestione programmata della mobilità dei pazienti⁹. Volendo soffermare l'attenzione esclusivamente sugli spostamenti tra una Regione e l'altra del nostro territorio, non verranno qui prese in considerazione le altre due tipologie di mobilità: quella internazionale e quella intra-regionale.

La mobilità interregionale è quella forse più conosciuta e fa parte degli accordi di compensazione economica¹⁰ e di regolazione tra le Regioni. Si distinguono diverse tipologie di mobilità sanitaria tra Regioni. Innanzitutto, vi è la mobilità interregionale di lunga distanza: tendenzialmente ci si muove per cure importanti o perché si attendono esiti migliori rispetto a quelli del proprio territorio. In questa tipologia di mobilità interregionale vi rientra anche quella legata alle ferie e alle vacanze (cd. "mobilità stagionale") dove le necessità di salute sono occasionali e non costituiscono il motivo dello spostamento.

Vi è poi la mobilità interregionale di prossimità (detta anche di confine), dove le quote di mobilità attiva e passiva sono molto rilevanti, soprattutto in alcune Regioni, e danno conto della diversa capacità di attrazione o di fuga che le singole Regioni manifestano nei con-

⁸ Si intende fare riferimento al d.lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", al d.lgs. 517/1993 integrativo e correttivo del primo "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e al d.lgs. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

⁹ G. FATTORE, *La mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, n. 29, 2012, 24.

¹⁰ Con il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza nazionali (LEA), rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

fronti dei territori confinanti. La peculiarità di tale mobilità risiede nel fatto che essa, oltre a variare da territorio a territorio, diventa spesso oggetto di accordi bilaterali¹¹ tra le Regioni per un uso efficiente delle risorse¹². La mobilità di confine, fenomeno molto diffuso soprattutto tra territori confinanti può, talvolta, essere funzionale in presenza di prestazioni di alta complessità; tuttavia, questa rischia di far aumentare i costi senza modificare la qualità dell'assistenza per le prestazioni di medio-bassa complessità e di creare inutili competizioni tra Regioni¹³. Questo fenomeno viene controllato attraverso gli accordi di confine¹⁴ che devono rispettare la libertà del cittadino¹⁵ e che, tendenzialmente, dovrebbero scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità¹⁶.

¹¹ L'Accordo definisce le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione interregionale, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano lo scambio dei dati. Una programmazione integrata dei servizi di confine ha permesso di ottimizzare l'uso delle risorse e di contenere la mobilità passiva. I primi accordi tra Regioni confinanti (oggi consolidati) sono stati quelli delle Regioni del centro (Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Marche), successivamente sono seguiti quelli del Nord (Lombardia, Liguria, Piemonte) e del Sud (Campania, Puglia).

¹² C. ZOCCHETTI, *Definizione della mobilità sanitaria*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, 29, 2012, pp. 11 ss.

¹³ La mobilità interregionale è sottoposta alla compensazione finanziaria delle prestazioni sanitarie usufruite dai cittadini in una Regione diversa da quella di residenza, la quale a livello nazionale, a sua volta, è sottoposta a compensazione sulla base di regole che presiedono ai flussi dei dati. La spesa relativa alle prestazioni sanitarie offerte ai non residenti è, inizialmente, a carico delle Regioni di residenza degli assistiti (sia che la prestazione sia erogata da una struttura pubblica che da una struttura privata accreditata che abbia sottoscritto un accordo di committenza); solo in un secondo momento intervengono i rimborsi delle altre Regioni, corrisposti a consuntivo e dopo un'operazione di compensazione che, data la sua complessità, è disciplinata da apposite linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Cfr., C. TUBERTINI (a cura di), *La "migrazione" sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, cit., p. 17.

¹⁴ L'art. 8 *sexies*, comma 8, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. prevede che il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisca i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza e prevede che le Regioni, nell'ambito dei citati criteri, possano 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 esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale. L'art. 19 del Patto per salute per gli anni 2010-2012, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con atto n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, dispone che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine anche di favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale. I contenuti del predetto art. 19 del Patto per la salute 2010-2012 sono stati poi confermati dall'art. 9, comma 3, del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, e dall'art. 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Infine, la scheda 4 del Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con atto n. 209/CSR del 18 dicembre 2019, prevede la necessità di elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti.

¹⁵ La mobilità sanitaria trova il suo fondamento costituzionale negli art. 32, co. 2, art. 2 e art. 13, co. 1, Cost. nei quali viene sancita la libertà di cura di ogni individuo che, in questo caso si traduce nella libertà di scelta del luogo in cui sottoporsi alle cure mediche.

¹⁶ F. MOIRANO, *La mobilità sanitaria nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera*, in *Quaderni di monitor*, 29, 2012, pp. 7 ss.

In generale, il valore della mobilità sanitaria regionale assume rilevanza per tre ragioni fondamentali: per l'impatto sull'equilibrio finanziario delle Regioni (sia in saldo positivo come nelle Regioni del Nord, sia in saldo negativo come in quelle del Sud), per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni che si caratterizzano per un'offerta carente di servizi; infine, per l'aumento di prestazioni inappropriate in particolare nelle strutture private accreditate¹⁷.

Guardando al fenomeno della mobilità sanitaria interregionale si può sostenere che oggi essa rappresenti un elemento imprescindibile e difficilmente comprimibile per l'attuale architettura del sistema sanitario nazionale. Si può, inoltre, affermare che la mobilità sanitaria interregionale assume rilevanza non solo in relazione ai bilanci regionali e più in generale alla distribuzione delle risorse, ma anche quale opportunità di ripensare l'offerta sanitaria¹⁸, la riprogettazione della rete assistenziale e la riqualificazione del sistema, soprattutto nel caso delle Regioni sottoposte ai piani di rientro¹⁹.

Tale mobilità suscita notevole interesse poiché sinonimo di una inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria e può essere distinta (come detto) in mobilità attiva (che esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti) e mobilità passiva (che al contrario esprime l'indice di fuga, identificando le prestazioni sanitarie che i cittadini vanno a domandare al di fuori della propria Regione di residenza). Il confronto tra l'indice di attrazione e quello di fuga fornisce un quadro sia dell'efficacia ed efficienza di ciascun SSR nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente, sia, indirettamente, della qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi sanitari erogati dalla propria Regione.

La mobilità tra Regioni può discendere dalla mancanza di un'adeguata offerta locale, per sfiducia nei servizi della propria Regione e può essere un forte segnale di non gradimento da parte dei cittadini e, pertanto, è evidente la necessità di programmare complessivamente la rete dell'offerta dei servizi tenendo conto dei volumi di attività attesi e dimensionan-

¹⁷ Osservatorio Gimbe, *La Mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, cit., 15. In particolare, tra le motivazioni alla base della mobilità figurano anche aspetti di tipo patologico legate alle disfunzioni del servizio sanitario nazionale, e che generano i seguenti effetti negativi: costi pubblici, attinenti alle pratiche amministrative necessarie per i trasferimenti di risorse finanziarie ed eventualmente relative al contenzioso tra le Regioni, e quelli più strutturali, riferibili alla insufficiente utilizzazione delle capacità produttive in quelle Regioni con flussi in uscita particolarmente significativi; problemi organizzativi e di politica sanitaria legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa, al possibile sotto o sovradimensionamento dei servizi che pesano soprattutto sulle Regioni che esercitano una maggiore attrattiva e quindi possono subire anche una maggiore volatilità della domanda. Così, C. TUBERTINI, G. ASSIRELLI, M. BENZONI, *La "migrazione" sanitaria: tra libertà di accesso alle cure e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, cit., pp. 6 ss.

¹⁸ Osservatorio Gimbe, *La Mobilità sanitaria interregionale*, cit., pp. 15 ss.

¹⁹ I programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale (successivamente chiamati Piani di rientro) nascono con la Legge finanziaria del 2005 (Legge 311/2004) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni. I Piani devono contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale.

do i servizi in modo tale da garantire una migliore qualità²⁰. È importante analizzare questi dati poiché ai flussi di mobilità sono associate cifre molto elevate di trasferimenti monetari tra le Regioni²¹ che determinano la necessità di adottare meccanismi di compensazione²². In relazione allo studio della mobilità sanitaria interregionale è possibile porsi almeno due quesiti. Il primo è se chi si muove alla ricerca di un'offerta di assistenza più adeguata guarisca prima e meglio di chi si affida alla risposta del proprio Servizio Sanitario Regionale; la risposta positiva a tale quesito indica che la mobilità sanitaria interregionale opera come un meccanismo positivo per la salute del paziente. Il secondo è se tutti possano usufruire nella stessa misura della possibilità di muoversi alla ricerca di cure migliori; la risposta negativa a tale quesito è indice di diseguaglianze nella scelta delle cure. Nel nostro Paese queste domande assumono maggior rilievo perché strettamente connesse con la quota di mobilità attribuibile all'inadeguatezza qualitativa o quantitativa dell'offerta, che si concentra soprattutto in alcune parti del servizio sanitario delle Regioni meridionali²³.

2. Gli effetti della mobilità interregionale: l'inequità, le diseguaglianze e l'incremento dei divari territoriali

Dai dati forniti dall'AGENAS, sulla mobilità sanitaria e sulle liste di attesa, a fine ottobre 2022²⁴ è apparso un SSN in difficoltà dove si evidenzia un importante esodo dei pazienti dal Sud al Nord del Paese. Il dato più rilevante è la stima che 800 mln sui 2,5 mld di giro d'affari riguardano prestazioni per cui non sarebbe occorso recarsi fuori dalla propria Regione²⁵.

²⁰ Il SSN non può essere inteso a compartimenti stagni, in cui le condizioni organizzative ed economiche di una Regione possono influire sul diritto di scelta del cittadino a potersi rivolgere alla struttura che ritiene più idonea al soddisfacimento delle proprie esigenze. Sussiste la necessità di giungere ad un equilibrio tra la tutela della salute, il diritto di scelta da parte dei cittadini e le esigenze di organizzazione e programmazione delle Regioni in virtù di quel rapporto che deve sussistere tra cittadini residenti e servizi erogati sul territorio. Così, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, 2021. Sulla organizzazione e programmazione si v. anche A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 669 ss. In riferimento al bilanciamento tra la tutela della salute ex art. 32 Cost. e le esigenze di programmazione di v. Corte cost., sent., n. 200 del 2005 e n. 248 del 2011.

²¹ D. FUSCO, M. DI MARTINO, M. D'OVIDIO, C. SORGE, M. DAVOLI, C. A. PERUCCI, *Mobilità ospedaliera ed esiti dei ricoveri*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, cit., p. 61.

²² A. PETRELLI, T. LANDRISCINA, G. COSTA, E. BOLOGNA, M. BONCIANI, C. MARINACCI, G. SEBASTIANI, *Viaggiare per la salute: necessità o opportunità?*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, 29, 2012, p. 67. Si v. inoltre: F. LONGO, F. PETRACCA, A. RICCI, *Flussi e valore della mobilità ospedaliera interregionale*, in *Cergas-Bocconi*, Milano, 2016; Osservatorio Gimbe, *La Mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, cit., pp. 3 ss.

²³ A. PETRELLI, T. LANDRISCINA, G. COSTA, E. BOLOGNA, M. BONCIANI, C. MARINACCI, G. SEBASTIANI, *Viaggiare per la salute: necessità o opportunità*, cit., p. 67 ss.

²⁴ AGENAS, *Mobilità sanitaria e tempi di attesa*, 28 ottobre 2022.

²⁵ L. FASSARI, *La sanità italiana sempre più in affanno*, in *Quotidiano sanità*, 28 ottobre 2022.

Questi dati spingono ad interrogarsi sulle ragioni e sugli effetti che la mobilità interregionale produce. Tre sono gli indirizzi di riflessione utili da richiamare, anche in ragione della loro stretta connessione: l'iniquità, le diseguaglianze e i divari territoriali.

Sotto primo profilo, l'equità²⁶ può essere intesa come l'assenza di differenze ingiuste, evitabili o rimediabili tra gruppi di persone, indipendentemente dalle differenze sociali, economiche, demografiche o geografiche o di altro tipo. Il diritto alla salute, quale diritto sociale²⁷, si realizza attraverso politiche di *welfare* che si traducono soprattutto nell'erogazione di prestazioni sanitarie.

Evocare l'equità²⁸ significa richiamare l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni, quale pari opportunità concessa ad ogni individuo di realizzazione del proprio potenziale di salute e di benessere affinché nessuno possa trovarsi in condizioni di svantaggio a causa della propria posizione sociale, territoriale o di altre circostanze socialmente determinate²⁹.

Questo principio si pone come uno dei tratti caratterizzanti del SSN chiamato ad operare nei confronti di *“tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*³⁰. Il principio di “equità nell'accesso alle cure” (posto già dalla l. 833/1978 ed oggi ribadito anche nel diritto e nelle politiche dell'UE) si collega direttamente con il principio di equità sostanziale e, pertanto, ogni situazione nella quale il luogo di residenza del paziente incida negativamente sulle prestazioni sanitarie si appalesa non equa. In relazione alla mobilità sanitaria, il tema dell'equità si presenta su due diversi fronti: territoriale e socio-economico. La possibilità di uscire dalla propria Regione per farsi curare in una Regione con un'offerta di migliore qualità è sicuramente un fattore che può migliorare l'equità

²⁶ Sull'equità in salute si v. a titolo non esaustivo: S. ROSSI, *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2, 2019; A. ROSANO, *L'equità nel sistema sanitario: evidenze epidemiologiche e possibili interventi*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2, 2019; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1, 2020; M. COSULICH, *Equità va cercando ... il servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'articolo 32 Cost.*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 1, 2022; G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 1, 2022; R. BALDUZZI, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di) *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione, modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, pp. 151 ss; G. COSTA, *Promuovere equità di salute e in sanità in Italia*, in G. COSTA, M. BASSI, G. F. GENSINI, M. MARRA, A.I. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, 2014.

²⁷ Cfr., R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 31.

²⁸ Il concetto di “equità” in ambito sanitario si presenta polisemico. Ad esempio, dal punto di vista degli studi epidemiologici l'equità nella salute viene ad essere collegata ad alcuni indicatori di esito (es. l'aspettativa di vita per chi risiede in particolari quartieri, zone territoriali o conduce particolari stili di vita) che mettono in correlazione statistica variabili sociali, economiche e territoriali con gli esiti di salute. L'art. 1 della l. 833/1978 utilizza il sostantivo equità con riguardo all'accesso al servizio, quale riconoscimento di un eguale titolo di accesso da parte di tutti ai servizi sanitari mediante “mobilità” che consentano a tutti i titolari di accedere effettivamente ai servizi.

²⁹ Così M. COSULICH, *Equità va cercando ... il servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'articolo 32 Cost.*, cit., p. 202.

³⁰ Art. 1, co. 3, l. 833 del 1978.

orizzontale, giacché garantisce la possibilità a pazienti provenienti dalle Regioni “meno attrattive” di accedere alle strutture di migliore qualità.

Ma la mobilità pone anche un tema di equità verticale: i costi economici e psicologici degli spostamenti rendono più difficile l’accesso alle strutture sanitarie lontane da parte dei pazienti, e delle rispettive famiglie, in condizioni socioeconomiche più svantaggiate. Oltre alle spese di vitto, alloggio e trasporto, chi viaggia per ricevere assistenza deve gestire a distanza anche l’acquisizione di informazioni e le prenotazioni³¹. La mobilità sanitaria pone, dunque, un serio problema di equità verticale nelle Regioni ad elevati livelli di fuga (come quelle del Sud del Paese).

In teoria, il forte squilibrio tra Regioni che perdono e Regioni che attraggono pazienti dovrebbe mettere in moto effetti riequilibranti. In particolare, le Regioni con saldi di mobilità negativi (come Calabria, Campania, Sicilia, Puglia)³² dovrebbero reagire investendo in progetti in grado di potenziare la qualità assistenziale per ridurre i costi sociali della mobilità e i costi finanziari legati alla compensazione. Il recupero della mobilità avrebbe benefici sul piano del miglioramento della salute, dell’efficienza complessiva del sistema socio-economico e dell’equità. Tuttavia, nella realtà, malgrado gli incentivi, le Regioni deboli del nostro sistema sanitario non hanno recuperato terreno e i costi della mobilità non hanno innescato un percorso di riequilibrio³³, finendo per aggravare i divari territoriali e, purtroppo, deve rilevarsi anche il concreto effetto negativo generato dai piani di rientro che, secondo il dettato legislativo, dovrebbero riequilibrare la situazione economico-finanziaria del SSR ma anche la garanzia dei LEA³⁴.

³¹ Sui concetti di equità verticale ed orizzontale si v. N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Riv. Diritto dell'economia*, n. 3, 2018, pp. 851 ss. Richiamati anche da C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 652 ss.

³² Dati riferiti alla mobilità sanitaria negli ultimi cinque anni: Agenas, *Mobilità sanitaria e tempi di attesa*, 28 ottobre 2022.

³³ G. FATTORE, *La mobilità sanitaria nel breve e nel lungo periodo*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, 29, 2012, pp. 24 ss.

³⁴ L’esperienza del SSN regionalizzato conferma che le Regioni caratterizzate dai più rilevanti problemi di gestione delle risorse finanziarie e da situazioni prolungate di deficit sono anche quelle che hanno maggiori difficoltà nell’organizzare servizi in grado di assicurare l’effettiva erogazione dei LEA alla popolazione, compresa, quindi, quella parte in condizioni di vulnerabilità socioeconomica o che abita in aree remote o svantaggiate. La correzione degli squilibri di bilancio e la riqualificazione dei servizi sono affidate ai Piani di rientro. I Piani di rientro sono accordi tra le Regioni italiane in disavanzo sanitario, il Ministero dell’Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute che contengono sia misure di riequilibrio per l’erogazione dei LEA sia misure per garantire il ripiano dei disavanzi di bilancio. Le Regioni che li sottoscrivono devono adottare misure volte a fissare i tetti di spesa, con particolari vincoli per la spesa per il personale, ridurre la spesa per acquisto di beni e servizi e rivedere le relative procedure, rideterminare i posti letto pubblici e privati, con l’obbligo di rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro sottoscritto. L’esperienza dei Piani di rientro e, in particolare, di quelle Regioni che vi sono sottoposte da un lungo periodo mostra come, in questi territori, sia necessario un intervento più intenso dell’Amministrazione centrale a supporto di quella regionale e delle singole Aziende sanitarie. La sottoposizione ai piani di rientro sanitari rappresenta l’esito di una errata gestione delle risorse ed è volta al ristabilimento dell’equilibrio finanziario delle Regioni, ma anche ad evitare che gli utenti di una Regione debbano essere assoggettati ad un regime di assistenza sanitaria inferiore per quantità e qualità al livello ritenuto intangibile dallo Stato. Le Regioni centro-meridionali, con *deficit* elevato, hanno visto la loro autonomia pesantemente ridotta nelle previsioni dei piani di rientro che hanno condizionato l’organizzazione

Il secondo profilo da prendere in considerazione quando si studia il fenomeno dell'“emigrazione sanitaria”, è quello delle diseguaglianze³⁵ che esso genera.

In Italia il problema delle diseguaglianze sociali nella salute riguarda purtroppo tutte le sue dimensioni. Infatti, le disuguaglianze socioeconomiche tendono a tradursi in un certo grado di iniquità sanitaria che limita l'opportunità di ciascuno “di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute”, in quanto “le persone più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi, se esposti ai fattori di rischio per la salute”³⁶.

Il raggiungimento dell'eguaglianza sostanziale e del pieno sviluppo della persona umana, infatti, come pure la protezione della salute, richiedono continue rimozioni degli ostacoli e politiche attive per raggiungere questi scopi; per questo si può parlare di un'attività sempre *in fieri*³⁷.

La legge n. 833 del 1978³⁸, dispone che il SSN debba essere “eguale”, “universale” ed “equo”, bisogna, dunque, interrogarsi se questi capisaldi possano oggi ritenersi soddisfatti alla luce delle vicende che nel tempo il sistema ha subito.

dei loro servizi sanitari regionali e la connessa erogazione delle prestazioni che si attesta in alcuni casi, come visto, al di sotto della sufficienza. In questi termini A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, cit., pp. 680. Sui piani di rientro sanitari si veda A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, cit.; A. PATANÈ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla “crisi dell'autonomia”*, in *Riv. Corti Supreme e Salute*, n. 2, 2021, pp. 257 ss.

³⁵ Le disuguaglianze di salute nel nostro paese esistono e riguardano, principalmente, l'area geografica, il genere, il reddito e il livello di istruzione. Nel corso degli ultimi anni, per gli autori del secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità in Italia, è stato stimato che la scomparsa delle disuguaglianze di salute correlate al livello di istruzione porterebbe a una riduzione quasi del 30% della mortalità maschile e circa del 20% di quella femminile. Cfr., S. TOMELLERI, *Quando l'habitus fa il monaco: mutamenti sociali, stili di vita e disuguaglianze*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2, 2019, p. 65. Dello stesso avviso è il rapporto (2018) dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, AA.VV., *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano 2014.

³⁶ A. ROSANO, *L'equità nel sistema sanitario: evidenze epidemiologiche e possibili interventi*, cit., 2, 2019, p. 60.

³⁷ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2, 2019, p. 13.

³⁸ I principi su cui si basa la legge di riforma n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale sono l'universalità, per cui il servizio sanitario diviene un diritto di cittadinanza non più vincolato all'appartenenza ad uno dei diversi enti mutualistici; l'equità, tanto territoriale che tra gruppi di popolazione; l'integrazione dei diversi servizi sanitari all'interno di aree territoriali denominate Usl; la programmazione delle attività. Al fine di rendere sostenibile il sistema veniva istituito il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) alimentato dai contributi e dalle imposte riscossi a livello centrale. Sulla legge 833 e sull'art. 32 Cost, si v. a titolo non esaustivo: B. PEZZINI, *Art. 32 Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1, 1983, pp. 21 ss. B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1, 1984, pp. 21 ss.; M. LUCIANI, *Salute (dir. cost.)*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, 1991; B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, pp. 1 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; L. BUSATTA, *La salute sostenibile: la complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018.

Le prestazioni sanitarie non sono sempre garantite in modo eguale in tutto il territorio della Repubblica e l'accesso al SSN non segue ovunque criteri di equità³⁹. L'art. 32 Cost. non si sofferma sulle scelte organizzative in materia di sanità, ma l'opzione del legislatore per il cosiddetto sistema *Beveridge*⁴⁰ si è rivelata coerente con il dettato costituzionale, poiché contempla una partecipazione progressiva e proporzionale alle spese sanitarie e risponde altresì a quel dovere di solidarietà che la Carta costituzionale pone alla base di qualunque prestazione sociale⁴¹.

Un volto della diseguaglianza è rappresentato dalle condizioni socioeconomiche dei distinti territori, riguardo ai quali si riscontra un forte divario degli *standard* di assistenza in particolare tra la parte settentrionale e quella meridionale del Paese. Per tentare di porre rimedio a tale situazione nel 2022, il Ministero della salute ha avviato il negoziato formale con la Commissione Europea sul Programma Nazionale di Equità nella Salute 2021- 2027. Il programma che è rivolto alle sette Regioni italiane (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia), classificate⁴² Regioni meno sviluppate, ha l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari e sociosanitari per renderne più equo l'accesso, rafforzando contemporaneamente la rete territoriale di assistenza. Tra le misure più importanti contenute in tale programma va sottolineata quella tesa a contrastare la cd. "povertà sanitaria"⁴³, allo scopo di operare un equilibrio in quelle situazioni patologiche in cui i malati non riescono ad accedere alle cure mediche di cui hanno bisogno e che il servizio sanitario nazionale non riesce ad erogare⁴⁴.

³⁹ Cfr., E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni". Considerazioni sull'effettività della tutela*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Convegno annuale del Gruppo di Pisa Trapani 8-9 giugno 2012, Napoli, 2013, pp. 335 ss.

⁴⁰ Il modello *Beveridge* (detto anche *Servizio sanitario nazionale*) è un modello sanitario fondato sul ruolo centrale del governo nel finanziamento e nella fornitura delle cure sanitarie della popolazione che garantisce un diritto universale alla salute collegato al solo possesso della cittadinanza. Questo si differenzia dal modello *Bismarck*, o sistema di assicurazione sanitaria e sociale, che è invece basato sul principio assicurativo che garantisce al lavoratore e alla sua famiglia la copertura sanitaria in base ai contributi versati. In questo caso, sono i contributi obbligatori versati dai datori di lavoro e dai dipendenti che finanziano l'intero sistema sanitario.

⁴¹ E. CATELANI, G. CERRINA, E. FERRONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in *Quaderni CESIFIN*, Torino, 2011.

⁴² Decisione di esecuzione della commissione del 5 luglio 2021 (UE) 2021/1130, che definisce l'elenco delle Regioni ammissibili al finanziamento del fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e del fondo sociale europeo plus (FSE+).

⁴³ Con "povertà sanitaria" si intende identificare le conseguenze della scarsità di reddito sull'accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN, come tipicamente accade per l'acquisto dei farmaci da banco e per la compartecipazione alla spesa sanitaria mediante il pagamento dei *ticket*. Sulle dinamiche della povertà sanitaria e delle rinunce alle cure incidono profondamente le persistenti differenze tra le cinque ripartizioni territoriali codificate dall'ISTAT (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole). Sul concetto di povertà sanitaria e sulla sua misurazione si v., Osservatorio Povertà Sanitaria, Banco farmaceutico, *Rapporto sulla povertà sanitaria*, 2022; Rapporto CREA, *Le Performance regionali*, XI ed., 2023 dove sono mostrati gli indicatori di misurazione: "quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici"; "quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)"; "tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)".

⁴⁴ Il programma si articola su quattro priorità di intervento: contrasto della povertà sanitaria, salute mentale, salute di genere, maggiore copertura degli *screening* oncologici. In riferimento alla povertà sanitaria è stato previsto il poten-

Il terzo, ed ultimo, profilo di riflessione è quello legato ai divari territoriali. Questo profilo rappresenta, in virtù della forte interconnessione con i due profili già analizzati (l'inequità e le diseguaglianze), uno dei più rilevanti ostacoli all'equità in materia di salute. Infatti, è dimostrato che le Regioni del Mezzogiorno manifestano diseguaglianze sociali più pronunciate della media italiana, come se il contesto meridionale “rendesse i poveri più vulnerabili all'effetto sulla salute della povertà individuale che nel resto del paese”⁴⁵.

Anche e soprattutto in riferimento alla tutela della salute, il divario tra il Nord e il Mezzogiorno ha finito per determinare, come rilevato in dottrina, una sorta di “*regionalismo differenziato di fatto*”⁴⁶ incrementando così le tensioni proprie del regionalismo competitivo. L'immagine che ne deriva è quella di una tela di Penelope, in quanto più aumenta la mobilità passiva nelle Regioni che già vivono situazioni delicate (si pensi ai piani di rientro), più queste finiscono per indebitarsi e per operare ulteriori tagli sulla sanità per tentare di rientrare dai *deficit* prodotti, generando come unico effetto un ulteriore incremento dell'indice di mobilità passiva.

Appare ormai evidente come nel tempo si siano create situazioni territorialmente diseguali sia in relazione ai costi posti a carico dei cittadini sia in relazione ai servizi prestati. In molte Regioni i servizi di assistenza inadeguati agli *standard* o la qualità insufficiente degli stessi hanno alimentato il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, spingendo così un'alta percentuale di cittadini o a rinunciare a prestazioni pubbliche (laddove ragioni economiche non consentano una mobilità territoriale) o costringendoli a significativi spostamenti⁴⁷.

Giova anche ricordare che il contenimento della spesa pubblica riservata al servizio sanitario, a seguito della crisi economica mondiale del 2008⁴⁸, nel costringere gli Stati membri a procedere al contenimento degli impegni finanziari con una conseguente riduzione degli

ziamento della medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in vulnerabilità socioeconomica, attraverso l'*outreaching* e l'attivazione di Comunità, funzionali alla quantificazione e qualificazione dei bisogni di salute inespressi da rappresentare ai servizi territoriali e al loro soddisfacimento immediato. Destinatari delle azioni di presa in carico sono individui in stato di vulnerabilità socio economica che non riescono ad ottenere una presa in carico sanitaria e socio sanitaria adeguata (es. individui con mancanza o instabilità di reddito, di lavoro o di abitazione, soggetti invisibili con elevata marginalità sociale come senza fissa dimora e cittadini di paesi terzi, incluse le comunità RSC, individui con vulnerabilità psichica e quindi sociale) nel rispetto della Carta dei diritti fondamentali della UE, sia in termini di non discriminazione che di protezione della salute. Per un maggiore approfondimento si v. Programma Nazionale Equità nella Salute disponibile sul sito www.pnes.salute.gov.it.

⁴⁵ G. COSTA, *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*, cit., pp. 43 ss.

⁴⁶ G.T. BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit., p. 302.

⁴⁷ Infatti, nel caso in cui l'erogazione di prestazioni sanitarie si differenzi per qualità i cittadini possono scegliere di usufruire di sistemi sanitari differenti da quello della Regione di propria residenza. Così, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., p. 213.

⁴⁸ Cfr., M. LUCIANI, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *Scritti in onore di Antonio D'Atena*, Milano, 2015; E. JORIO, *Pareggio di bilancio: le implicazioni sul sistema sanitario*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, 2013; R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI, *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, pp. 79 ss.

investimenti per i diritti sociali, ha rappresentato un freno importante al perseguimento dell'obiettivo dell'incremento della spesa sanitaria in grado di soddisfare la domanda proveniente dalle categorie più fragili per un maggior disagio economico o anche per un minore livello di istruzione⁴⁹. Ai fattori sopra elencati si aggiunge quello relativo all'impiego del criterio della spesa storica, calcolata utilizzando la cosiddetta quota capitaria ponderata. Come noto, questo criterio si è rivelato essere fonte di iniquità di trattamento, in quanto strumento di accentuazione delle distorsioni nell'assegnazione delle risorse tra i diversi territori⁵⁰.

In tale prospettiva, lo studio della mobilità sanitaria interregionale può essere utile per ripensare alle diverse tipologie di regionalismo – competitivo e collaborativo – sulla base di un necessario, e non più procrastinabile, superamento dei divari territoriali. Con esse è necessario ripensare anche ai rapporti tra i diversi Sistemi Sanitari Regionali, premesso che la mobilità – come già affermato – è un fenomeno non eliminabile, anzi, in alcuni casi necessario dal punto di vista organizzativo.

In particolare, i rapporti che vengono ad instaurarsi tra le Regioni, di matrice collaborativa e/o competitiva, non necessariamente devono considerarsi antitetici, potendo semmai convivere, permettendo così un ripensamento del sistema ed una gestione della mobilità sanitaria interregionale improntata sul dialogo, come dovrebbe avvenire (e già avviene in alcuni casi) sulla base dei cd. accordi di confine.

Le disequaglianze territoriali che non diminuiscono sono lo specchio dei divari sociali già in crescita in tutto il Paese prima della pandemia. Sfortunatamente, bisogna constatare

⁴⁹ L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, in *Riv. Corti supreme e salute*, 1, 2022, pp. 176 ss.

⁵⁰ L'applicazione del criterio della spesa storica ha finito per dar vita ad un sottodimensionamento della spesa pro-capite in sanità riservata al Sud, situazione che si è andata ad aggiungere alla mancata adozione dai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) e dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) nei settori dei servizi pubblici essenziali e alla mancata definizione dei costi e dei fabbisogni *standard* secondo quanto disposto dal d. lgs. n. 68/2011 (attuativo della delega sul federalismo fiscale, l. n. 41 del 2009). Tale criterio è stato successivamente abbandonato con la legge finanziaria n. 662/1996 che segnava l'abbandono normativo dell'ordinario criterio di finanziamento della salute, fondato sulla spesa storica, legata alla «cosiddetta “quota capitaria secca ed uniforme”», per passare ad un finanziamento che avrebbe dovuto, invece, tener conto dei diversi elementi di bisogno salutare del cittadino». Cfr., L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute*, cit., pp. 13 ss.; G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Riv. AIC - Osservatorio Costituzionale*, n. 3, 2016. Sui livelli essenziali delle prestazioni si v. L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali*, in G. CAMPANELLI, M. CARDUCCI, V. TONDI DELLA MURA, *Diritto costituzionale e diritto amministrativo: un confronto giurisprudenziale*, Torino, 2010, pp. 57 ss.; A. D'ALOIA, *Diritto e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6, 2003, pp. 1063 ss.; M. LUCIANI, *I diritti Costituzionali tra Stato e Regioni, a proposito dell'art. 117, comma 2 lett. m) della Cost.*, in *Pol. dir.*, 3, 2002, pp. 345 ss.; C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (art. 117, co. 2, lett. m, cost.)*, in *Dir. pub.*, 3, 2002, p. 895; I. CIOLLI, *Le ragioni dei diritti e il pareggio di bilancio*, Roma, 2012, 120 ss. Sul punto cfr. anche: L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit., p. 183.; Id., *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., pp. 27 ss.; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, cit., p. 7; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro del disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Riv. Federalismi.it*, 23, 2014, pp. 1 ss.

che i ritardi con cui gli organi di governo centrale e gli enti territoriali hanno impiegato le risorse destinate alla parte più disagiata del territorio nazionale hanno rappresentato un ulteriore aggravio di tale situazione⁵¹.

Nonostante la presenza nel Mezzogiorno di indiscutibili eccellenze professionali della medicina, una diffusa inadeguatezza infrastrutturale accanto ad inaccettabili tempi di attesa hanno indotto ed inducono l'utenza a rivolgersi a presidi assistenziali presenti in altre parti del territorio nazionale. Questo fenomeno attiva, a sua volta, un circolo vizioso che, oltre a far incrementare i divari territoriali, finisce per incidere sulle future ripartizioni del fondo sanitario nazionale.

La mobilità, inoltre, crea anche una significativa discriminazione tra chi può e chi non può trasferirsi per ricevere assistenza sanitaria. È stato a tal riguardo sottolineato⁵² che la rinuncia a prestazioni sanitarie avviene per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche. Sebbene nel triennio 2017-2019 il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie si sia ridotto, gli squilibri territoriali e sociali confermano che l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria debba continuare ad essere una priorità nell'agenda delle politiche di sanità pubblica, soprattutto a seguito dell'emergenza da COVID-19. Per il contrasto alle disuguaglianze geografiche nel rispetto dei principi di universalità ed uguaglianza e della libera scelta del cittadino, è necessario garantire uniformità di offerta di salute e di accesso alle cure sul territorio nazionale anche al fine di minimizzare la mobilità non necessaria per non generare ulteriori oneri e aggravii economici e organizzativi alla persona, alla famiglia e alla società anche in termini di ulteriori costi sociali⁵³.

3. A mo' di conclusione: verso una sanità differenziata?

Il dibattito che torna a riaccendersi in questi giorni sul regionalismo differenziato pone, nuovamente, al centro della discussione il tema della sanità⁵⁴. Sulla base delle bozze di intesa e degli accordi preliminari ai procedimenti di differenziazione pervenuti, *ex art.* 116 ultimo comma, Cost., nel 2018 e nel 2019⁵⁵, è possibile immaginare una sanità regionale differenziata nella quale all'allentamento dei vincoli statali della spesa sanitaria regionale

⁵¹ L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit., p. 182.

⁵² Le disuguaglianze socioeconomiche nella salute sono state documentate dall'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e dall'Istat, "Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello d'istruzione".

⁵³ Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021, Qualità dell'assistenza*, pp. 183 ss.

⁵⁴ Sul tema cfr., F. POLITI, *Governo del territorio e salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna, 2017.

⁵⁵ Il 28 Febbraio 2018, il governo e le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto hanno sottoscritto tre accordi preliminari aventi ad oggetto «i principi generali, la metodologia e le materie per l'attribuzione» a tali enti territoriali «di autonomia differenziata, ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della costituzione, nel rispetto dei principi posti dagli artt. 117, 119 e 81 della costituzione ed il principio di leale collaborazione, (...) nella consapevolezza del (...) carattere unitario

corrispondano forme di autofinanziamento del servizio sanitario regionale mediante «l'utilizzo della compartecipazione al gettito maturato nel territorio regionale dell'imposta sui redditi delle persone fisiche» e di eventuali «altri tributi erariali e ad aliquote diverse sulla base imponibile dei medesimi tributi riferibili al territorio regionale».

A risentirne sarebbe l'universalità del SSN sia in senso territoriale, in ragione del probabile defianziamento, che potrebbe derivarne ai territori con minore capacità fiscale per abitante, sia con riferimento, nella sanità differenziata⁵⁶, alla «possibile costruzione di un sistema a doppio pilastro assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato». In questo modo si determinerebbe l'aumento delle disuguaglianze e delle iniquità⁵⁷ a discapito dell'obiettivo costituzionale dell'equità sanitaria⁵⁸. Come è stato già ricordato in dottrina⁵⁹, l'esistenza del SSN pone vincoli di sistema che costituiscono un limite alla previsione di generalizzate differenziazioni tra i SSR. Un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento basato sulla fiscalità generale ha tra le sue finalità quella di promuovere l'avvicinamento tra diverse situazioni regionali mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento. Dunque, la strada della differenziazione può essere perseguita ma sempre nel quadro di una pari tutela del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale. E pertanto, appare preferibile perseguire una strada che conduca ad una riduzione delle disparità nell'attuazione del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale⁶⁰. Per questo, la richiesta da parte delle Regioni «virtuose» di accrescere la propria autonomia organizzativa non appare di per sé una prospettiva negativa giacché per questa strada le Regioni possono erogare, nell'ambito delle proprie competenze, livelli più elevati di tutela⁶¹, ma la vera sfida è rappresentata dall'utilizzo di percorsi collaborativi, come strumento di attivazione di meccanismi virtuosi

e indivisibile della Repubblica». Si v. gli accordi preliminari stipulati dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto disponibili in affariregionali.it.

⁵⁶ Si v. R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale del nuovo Ssn tra Stato e Regioni?*, in *L'Arco di Giano*, n. 9, 2021.

⁵⁷ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2019, pp. 11 ss.

⁵⁸ M. COSULICH, *Equità va cercando*, cit., p. 205.

⁵⁹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., p. 8.

⁶⁰ Cfr., R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, n. 3, 2008, pp. 1064 ss.; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, oggi, cit., p. 12.

⁶¹ In tal senso, Corte cost., sent. nn. 248 del 2006, 322 e 200 del 2009, 207 del 2010 e 297 del 2012, 62 del 2020. Cfr. C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2020, p. 671; D. MORANA, *Una differenziazione Davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 1, 2020, p. 245. Cfr., C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Riv. Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, p. 659 ss.; F. GALLO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in *Astrid online*, n. 4, 2019, p. 4.

capaci di elaborare soluzioni che non aggravino, ma riducano, le differenze territoriali⁶². È quindi da auspicare, da parte delle Regioni, un impegno verso un regionalismo collaborativo volto ad individuare soluzioni operative che assicurino equità e parità di trattamento fra pazienti provenienti da diversi sistemi sanitari regionali⁶³.

Il divario esistente, nella qualità e nella quantità dei servizi forniti dalle varie Regioni, è indice di una evidente difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale. La mobilità interregionale di fatto, oggi, implica un trasferimento di fondi dalle regioni meridionali verso quelle settentrionali e questo comporta un ulteriore effetto distorsivo a carico delle prime che così registrano una conseguente riduzione delle risorse da investire nei propri Sistemi Sanitari Regionali⁶⁴. I dati indicano che le Regioni con maggior disavanzo e che non assicurano i Lea sono tutte nel Mezzogiorno e questa constatazione impone una globale riflessione sulla generale condizione di quelle aree del Paese anche in termini di capacità di programmazione gestionali e organizzative⁶⁵.

Tornando più specificamente al problema della mobilità, va rilevato anche che esiste una mobilità “fisiologica”, che genera vocazioni aziendali specializzate, e una mobilità “patologica” discendente da inefficienze del Servizio Sanitario Regionale di riferimento⁶⁶. La distinzione tra mobilità fisiologica e patologica aiuta ad individuare alcuni aspetti positivi nella mobilità interregionale (naturalmente laddove costruita secondo moduli collaborativi): favorire la concentrazione di alte specialità in poche aziende; attivazione di percorsi

⁶² Cfr., F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, in *Riv. Federalismi.it*, n. 15, 2019, p. 18; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., p. 28.

⁶³ Esempio virtuoso è rappresentato dalla Convenzione tra la Regione del Veneto e la Provincia Autonoma di Trento per il “rinnovo della collaborazione nel soccorso sanitario extraospedaliero nei comuni di confine tra le province di Trento e di Verona, nell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per gli utenti provenienti dai comuni dell'Alto Garda, Alta Val d'Adige e zone limitrofe e nell'erogazione delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'Ospedale di Malcesine”, dove attraverso politiche collaborative è stata posta l'attenzione alle specifiche problematiche delle aree di confine al fine di integrare i rispettivi servizi sanitari e qualificare la rispettiva offerta sanitaria, Deliberazione Giunta regionale Veneto n. 34, 9 marzo 2021. Per altri accordi si v. la deliberazione n. 1298, 8 agosto 2020 (per il triennio 2020-2022) per la regolamentazione dei rapporti relativi alle prestazioni specialistiche e ad altri servizi sanitari forniti alla popolazione del Primiero tramite le strutture dell'Azienda Ulss 1 Dolomiti; la deliberazione n. 383, 2 aprile 2019 (per il triennio 2019-2021) circa la regolamentazione per l'erogazione, nei confronti dei cittadini residenti in Veneto, delle prestazioni di proto-terapia da parte del Centro di Trento; la deliberazione n. 1737, 7 novembre 2017 per la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'Alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'Ospedale di Malcesine da parte della struttura ospedaliera di Rovereto dell'Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

⁶⁴ L'esperienza del SSN regionalizzato conferma che le Regioni caratterizzate dai più rilevanti problemi di gestione delle risorse finanziarie e da situazioni prolungate di *deficit* sono anche quelle che hanno maggiori difficoltà nell'organizzare servizi in grado di assicurare l'effettiva erogazione dei LEA alla popolazione, compresa, quindi, quella parte in condizioni di vulnerabilità socioeconomica o che abita in aree remote o svantaggiate. La correzione degli squilibri di bilancio e la riqualificazione dei servizi sono affidate ai Piani di rientro.

⁶⁵ Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus n. 6, 2019.

⁶⁶ Sui diversi tipi di mobilità si v. Agenas, *I quaderni di Monitor, La mobilità sanitaria*, 2012, pp. 33 ss.; Report Osservatorio Gimbe, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, cit., reperibile online www.gimbe.org/mobilita.

di competizione sana tra le aziende sanitarie e strumento di ulteriore garanzia della libertà di scelta del luogo di cura da parte dei pazienti⁶⁷.

La mobilità interregionale può avere dunque effetti positivi o negativi e, pertanto, la vera sfida è l'individuazione di strumenti di governo della stessa. Se la sostenibilità del servizio sanitario dipende, in larga misura, da una migliore allocazione delle risorse disponibili, nel quadro di una tutela dei valori fondamentali posti alla base del nostro sistema di garanzia della salute, bisogna disincentivare meccanismi che abbiano l'effetto di un progressivo logoramento dei Servizi Sanitari Regionali. Tutto questo nella prospettiva di una reale omogeneizzazione del complessivo livello qualitativo del servizio e di tutela della salute su tutto il territorio nazionale⁶⁸.

In quest'ottica, è auspicabile l'instaurazione di percorsi collaborativi⁶⁹ tra le Regioni affinché i rispettivi Sistemi Sanitari Regionali si dimostrino capaci di gestire la mobilità interregionale sulla base di un'organizzazione e di una programmazione condivisa, improntata al principio di solidarietà, al mantenimento di *performance* di alto livello e al risparmio, nel tentativo di ridurre l'indice di mobilità patologica con i correlati costi a carico delle Regioni più deboli del Sistema Sanitario Nazionale.

⁶⁷ Cfr., F. LONGO, *Mobilità attiva e passiva: implicazioni manageriali*, in *La mobilità sanitaria in Quaderni di monitor, elementi di analisi osservazione del sistema salute*, n. 29, 2012, pp. 82 ss.

⁶⁸ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. del Diritto della sicurezza sociale*, n. 1, 2016, pp. 86 ss.

⁶⁹ In tal senso, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 232-233. In particolare, l'A. afferma che le intese tra Regioni sembrano essere lo strumento migliore al fine di programmare su scala più vasta l'offerta dei servizi, evitando uno spreco di risorse pubbliche o l'avvantaggiarsi di soggetti privati a discapito di strutture pubbliche capaci di erogare le prestazioni richieste. Viene, inoltre, sottolineato dall'A. come, in assenza di suddette intese e in mancanza di una collaborazione costruttiva e leale tra le Regioni, il rischio è quello di vedere violato il principio di tutela di salute dei cittadini.