



Home	Informazioni generali	Comunità di ricerca	Attività formative	Risorse	Osservatorio OPAL	
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	--

Sei qui: [Home](#) ► [Osservatorio OPAL](#) ► [OPAL n. 6 - 1/2015](#) ► [I tagli alla mobilità sanitaria interregionale. Nota alla sentenza del Consiglio di Stato n. 296/2014](#)

JUser: :_load: non è stato possibile caricare l'utente con ID: 717

I tagli alla mobilità sanitaria interregionale. Nota alla sentenza del Consiglio di Stato n. 296/2014

di

[Stampa](#) | [Email](#)

Parole chiave: Mobilità sanitaria interregionale.

Riferimenti normativi principali: Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, c.d. "Patto della salute 2014-2016".

Massima: *In regime di piano di rientro, è legittimo tagliare unilateralmente i fondi per la mobilità sanitaria verso un'altra Regione.*

[Link al documento](#)

1. Il quadro normativo.

Per mobilità sanitaria interregionale si intende la possibilità per il cittadino residente in una Regione di ottenere l'erogazione di una prestazione sanitaria da un'Azienda sanitaria locale di un'altra Regione. Questo scritto, secondo la tradizione dell'Osservatorio per le Autonomie Locali, analizza alcuni accordi, provvedimenti amministrativi e decisioni giurisprudenziali che assumono una particolare rilevanza riguardo a talc istituto.

Il primo riferimento normativo che deve essere fatto è quello all'articolo 12, co. 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, così come modificato dall'articolo 14 d.lgs. n. 517 del 1993. La disposizione prevede, con riguardo al fondo sanitario nazionale, che il finanziamento per le prestazioni erogate in caso di mobilità sanitaria debba essere compensato «in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome». Il successivo articolo 8-sexies, co. 8, del d.lgs. n. 502/1992 sancisce 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, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale".

Il fenomeno non può essere ritenuto marginale, soprattutto per alcune Regioni: si consideri come in alcuni casi il rimborso incide in modo non trascurabile sul bilancio della Regione di provenienza.[1] Allo stesso tempo la fruizione, da parte di molti utenti, dei servizi sanitari nelle Regioni riceventi comporta conseguenze rilevanti in termini di organizzazione.

A dimostrazione di una non marginalità del fenomeno si consideri il numero di accordi che, ormai da diversi anni, le Regioni hanno sottoscritto per cercare di regolamentare i propri rapporti in ordine ai rimborsi delle prestazioni erogate.[2]

Da ultimo, sul punto, il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 9 commi 2-5, interviene sugli accordi finalizzati alla compensazione della mobilità interregionale prevedendone, tra l'altro, l'obbligatorietà. Gli accordi dovranno essere finalizzati a disciplinare le "modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati, da unità operative e/o strutture pediatriche".[3]A tal riguardo, conviene già anticipare l'idea che l'accordo tra le Regioni per una programmazione territoriale di area vasta può essere lo strumento migliore attraverso cui i soggetti istituzionali possono riuscire a bilanciare correttamente le esigenze in questione.

Occorre poi tener conto di alcuni provvedimenti assunti per l'attuazione dei piani di rientro ed il loro rapporto con la mobilità sanitaria interregionale. Anche tralasciando di ripercorrere in questa sede la vicenda dei piani di rientro e le problematiche sottese[4], occorre ricordare come in caso di mancato rispetto del piano sottoscritto è necessaria la nomina di un Commissario ad acta per la sua attuazione.[5] A tal riguardo, il Presidente della Regione Campania, nella sua funzione di Commissario ad acta per il piano di rientro, al fine di ridurre la spesa, ha adottato i decreti commissariali prot. n. 30 del 15.3.2012, prot. n. 72 del 29.6.2012, prot. n. 134 del 10.10.2012 e prot. n. 17 del 12.2.2013 con cui ha stabilito che debba essere rilasciata una preventiva autorizzazione da parte dell'Asl di competenza per ottenere il rimborso delle prestazioni sanitarie nella Regione Lazio per i cittadini residenti nella Regione Campania; tale scelta ha trovato conferma, da ultimo, nel decreto prot. n. 3 del 2014 dello stesso Commissario.

Newsletter

Osservatorio sulle Autonomie
Locali

Nome

Email

Privacy e Termini di Utilizzo

[Iscriviti](#) [Cancellati](#)



DRASD

Mi piace quest

2. Il taglio commissariale dei fondi di mobilità sanitaria della Regione Campania.

Sulla scorta dei provvedimenti adottati dal Commissario, l'Associazione Italiana Ospedaliera Privata per la Regione Lazio ha proposto ricorso contro per ottenere l'annullamento dei suddetti decreti del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta.

In prima istanza il TAR per la Regione Campania ha accolto le doglianze della ricorrente statuendo che si deve escludere che la Regione, ancorché per motivi inerenti le esigenze di bilancio, possa unilateralmente disciplinare la mobilità sanitaria verso altre Regioni. Sono diversi i motivi dei ricorrenti accolti dal giudice amministrativo per la Campania. Due di essi rappresentano il cuore della questione e lasciano intendere la più ampia complessità in ordine alle esigenze da bilanciare. [6]

Il primo aspetto dei provvedimenti del Commissario ad acta considerato dai giudici attiene all'eccezionale violazione della libertà di scelta della cura e della struttura sanitaria.[7] Si censura la decisione, perché assunta senza previo accordo con la Regione Lazio.[8] In effetti, la Regione che limita la mobilità verso altre Regioni lo fa motivando questa scelta per l'esigenza di programmazione delle risorse, ma allo stesso tempo condiziona la Regione che ha organizzato la propria offerta anche su un flusso in entrata. L'argomento dei ricorrenti è che se la Regione programma i propri servizi con riferimento alle richieste, l'organizzazione deve tenere conto anche delle richieste della Regione da cui proviene la mobilità.[9] Secondo i ricorrenti, l'adozione di un provvedimento unilaterale viola "i principi di legalità, eguaglianza, leale collaborazione e semplificazione". Va ricordato, inoltre, che i ricorrenti avevano prospettato ulteriori profili di contrasto con la disciplina della direttiva n. 2011/24 UE in materia di cure transfrontaliere.[10]

Il Consiglio di Stato con la sentenza n. 296/2014, ha riformato la pronuncia del TAR, e statuito che è legittimo il provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro della Regione Campania sebbene sia un provvedimento che unilateralmente ha limitato la mobilità dei cittadini per ottenere cure in altre Regioni. Nel riformare la sentenza di primo grado, i giudici del Consiglio di Stato hanno inquadrato la questione anzitutto facendo riferimento ai principi organizzativi su cui si fonda l'assistenza sanitaria nazionale, e in particolare prendendo le mosse dai principi stabiliti dal d.lgs. n. 502/1992. Più in dettaglio, prima di affrontare la questione nel suo *punto crucis*, i giudici hanno riconosciuto che non è possibile programmare una spesa senza porsi alcun limite e "avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza"; e che, dunque, "la spesa deve essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute".

Il Consiglio di Stato ha poi ribadito il principio di libertà dei cittadini di scegliere quale struttura sanitaria reputano più idonea per ottenere l'erogazione della prestazione e la necessità di programmare l'attività attraverso un piano regionale capace di migliorare la spesa sanitaria così da ottenere un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sia per garantire un servizio efficiente e così capace di garantire i LEA.

Nel caso in specie non è dunque in discussione il potere della Regione di assumere delle scelte che riducano i servizi sanitari, senza intaccare i livelli essenziali; piuttosto la necessità sarebbe quella di evitare che i cittadini ricorrano, senza una reale esigenza, a prestazioni sanitarie in Regioni diverse dalla propria e così facendo realizzino uno spreco di risorse economiche ed organizzative della Regione di residenza.

Il Consiglio di Stato ha così ben inquadrato la questione statuendo che "rilevano intuibili esigenze di natura economico finanziaria a tutela dell'erario" ma anche che sussistono esigenze "di parità di trattamento dei cittadini/utenti". In merito all'eventuale violazione della libera scelta la conclusione è che il provvedimento del Commissario ad acta non contrasta con il principio di libera scelta del cittadino in quanto tale previsione è contemplata «da norme nazionali e regionali, si riferisce a prestazioni prive di complessità e ad alto rischio di inappropriatezza (...) che i cittadini campani ben possono ottenere nelle strutture sanitarie della Regione, essendo previsto comunque il rilascio dell'autorizzazione in casi, predeterminati, oggettivamente di necessità».

3. La necessità di un corretto bilanciamento tra le esigenze organizzative ed i principi costituzionali.

Il tema è di particolare interesse e merita di essere studiato per l'importanza che ha l'organizzazione della sanità regionale e di conseguenza la salute dei cittadini. L'organizzazione dei servizi sanitari su base regionale è una scelta assunta dal legislatore ormai da diversi anni così da potersi definire consolidata. Un quadro legislativo che si colloca pienamente nell'alveo della garanzia costituzionale della tutela della salute (art. 32). Quest'impostazione non può però far considerare la "rete" del Servizio Sanitario Nazionale come un sistema realizzato a compartimenti stagni in cui sia impedito il diritto della scelta per il cittadino del medico e della struttura dove ottenere la prestazione sanitaria.

Il dato di partenza che si condivide è quello per cui, anche nelle attuali condizioni organizzative ed economiche, sussiste il diritto di scelta del cittadino a potersi rivolgere alla struttura che ritiene più idonea al soddisfacimento delle proprie esigenze. Un diritto che però trova il suo limite nello scorretto utilizzo delle risorse (carenti) a disposizione delle Regioni. [11] Sussiste dunque la necessità di giungere ad un equilibrio tra la tutela della salute, il diritto alla 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. Il contesto in cui inserire tutto ciò è quello di un regionalismo competitivo ed è dunque condivisibile una libera programmazione di ciascuna Regione finalizzata ad individuare i propri limiti di spesa ed organizzare di conseguenza gli investimenti che ritiene più idonei per erogare i servizi ai propri cittadini.

In questo senso una soluzione che sembra andare nella giusta direzione è quella prevista dal Patto per la salute 2014-2016 in cui è sancita all'articolo 9 la prescrizione di stipulare accordi tra le Regioni, soprattutto quelle confinanti. Si reputa che tale strumento sia il più adatto in quanto le Regioni, in uno spirito di leale collaborazione, possono individuare le forme più adatte per coordinare eventuali (reali) necessità da parte dei cittadini ad ottenere prestazioni da parte di altre Asl. In assenza dei suddetti accordi, ed in mancanza di una collaborazione costruttiva e leale tra Regioni, il rischio è quello di veder violato il principio della tutela della salute dei cittadini.

Valga come esempio quanto affermato dal Consiglio di Stato nella citata sentenza in cui si è statuito che la limitazione alla mobilità è "sottoposta al controllo intrinseco del giudice amministrativo in merito alla valutazione dei presupposti per la concessione dell'autorizzazione" e che dunque, nel caso in cui ne ricorrano i requisiti [12], sussiste la possibilità di ottenere una tutela giudiziaria.

Non si condivide questa parte di decisione del Consiglio di Stato, perché una tutela di questo tipo passa attraverso un procedimento complesso e rappresenta una soluzione in ordine al tempo e alla sostenibilità economica eccessivamente onerosa per molti cittadini che necessitano di una prestazione sanitaria. Non pare condivisibile la tesi per cui l'esigenza di programmazione, ancorché in una condizione di risorse limitate, possa dare origine alla limitazione della libertà di scelta da parte dei cittadini, senza la garanzia di poter ottenere nel proprio territorio la prestazione nel pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Un'impostazione di questo tipo comporterebbe una violazione del diritto alla tutela della salute realizzando una disparità che non potrebbe trovare giustificazione nel rapporto che intercorre tra residenza e diritto ad ottenere i servizi. Né può giustificare una simile violazione l'obiettivo di impedire che si abusino di prestazioni a bassa complessità (c.d. di routine) presso strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate di Regioni diverse rispetto a quella di residenza.

In conclusione, l'accordo tra Regioni sembra 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. Le Regioni incapaci di erogare servizi adeguati dovranno, anche sulla base dei dati della mobilità interregionale, adottare le decisioni migliori per correggere eventuali storture nell'erogazione della prestazione dei servizi sanitari. Queste ultime però non possono trovare nella limitazione alla mobilità lo strumento per protrarre condizioni di inefficienza in un servizio assai importante qual è quello dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La soluzione a queste forme di inefficienza non può essere la limitazione della mobilità, e quindi la compressione dei diritti, senza intervenire per il miglioramento nell'erogazione dei servizi. Il rischio è quello di far pagare il costo dell'incapacità gestionale ai cittadini utenti che si troverebbero limitati nella libertà di scelta. La soluzione sembrerebbe piuttosto da ricercare nella realizzazione di sistemi sanzionatori per l'ente che, con la propria inefficienza, incrementa fenomeni di mobilità, e premiali per chi dimostra di saper organizzare un servizio all'altezza di un Sistema Sanitario Nazionale che nel suo complesso è tra i migliori d'Europa.

[1] [1] In tal senso G. ZUCCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in Monitor n. 29/2012 p. 6 «Per avere un'idea delle cifre in gioco, quando parliamo di mobilità di confine dobbiamo considerare che per la mobilità per i ricoveri per acuti nel 2008, su un totale di circa 2,4 miliardi di euro scambiati e più della metà sono stati scambiati tra regioni confinanti. Su questi scambi il privato pesa per circa un terzo, quando nella mobilità». Tra i dati a sostegno, vedi tabella C dell'accordo sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2014 (http://www.agenas.it/images/agenas/Agenews/newsletter7/riparto_fsn.pdf). Una valutazione dalla giurisprudenza «Al riguardo si deve, in primo luogo, osservare che, in linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie vengano erogate in favore dei residenti nella stessa regione ovvero in favore di residenti in altre regioni tenuto conto dell'interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti» (Cons. di Stato n. 495/2012 Sez. Terza).

[2] Da ultimo, in ordine di tempo, quello sottoscritto tra la Regione Umbria e la Regione Lazio il 9 gennaio 2015. Per un confronto sui dati della mobilità sanitaria interregionale in alcune Regioni delle tre grandi aree del Paese si veda <http://151.1.149.50/mobilita-sanitaria> per la Regione Lazio; http://www.sito.regione.campania.it/burc/pdf06/burc42or_06/del1200_06.pdf per la Regione Campania; <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali> per la Regione Piemonte; http://statistica.regione.veneto.it/banche_dati_societi_sanita.jsp per la Regione Veneto; <http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/%20SAUSSC/Sistemi%252Informativi/Flussi%20informativi/Aree/Mobilita%20sanitaria> per la Regione Puglia.

[3] Sulla questione della mobilità interregionale era già intervenuto il Patto per la salute 2010-2012, G. CARPANI, *Il Patto per la salute 2010-2012: questioni vecchie e modalità nuove di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in Amministrazione in Cammino, 28 novembre 2009.

[4] [4] Per necessità di sintesi si tralascia di ripercorrere in questa sede la vicenda dei Piani di rientro e delle problematiche ad essa sottese, vedi M. BELLENTANI, L. BUGLIARI ARMENIO, *La logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità* in, a cura di, R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013. D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei Piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria tra Stato fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 1-2 Febbraio Aprile 2014. G. CARPANI, *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in a cura di R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012.

[5] [5] M. BELLETTI, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni, in atti del Convegno Dieci anni dopo più o meno autonomia regionale?*, svoltosi a Bologna il 27 e 28 gennaio 2011; F. MERLONI, *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali*, in *Le Regioni*, n. 4/2004; G. AVANZINI, *Il commissario straordinario*, Torino, Giappichelli, 2013.

[6] [6] Si tralasciano in questa sede tutti i motivi dell'accoglimento da parte del TAR per la Regione Campania inerenti ad aspetti processuali o che non attengono alla questione oggetto della presente riflessione.

[7] [7] Sul bilanciamento tra le esigenze di contenimento della spesa ed il diritto di ciascun paziente alla scelta della struttura sanitaria si veda la sentenza della Corte Costituzionale n. 236/2012.

[8] [8] La preventiva autorizzazione è stata stabilita dal provvedimento del Commissario ad acta per le prestazioni sanitarie erogate nella sola Regione Lazio.

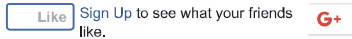
[9] [9] In ordine al bilanciamento tra la tutela del diritto alla salute ex art. 32 Cost. e le esigenze di programmazione si vedano sentenza Corte Cost. n. 200/2005 e n. 248/2011.

[10] [10] In merito ad una riflessione sulla direttiva 2011/24, mi sia concesso rinviare ad A. PATANÈ, *La tutela della salute dei cittadini dell'Unione Europea nelle prestazioni sanitarie transfrontaliere. Il decreto legislativo n. 38/2014 in attuazione della direttiva 2011/24 e le possibili conseguenze per il Servizio sanitario regionale*, in a cura di A. CIANCIO, *Nuove strategie per lo sviluppo democratico e l'integrazione politica in Europa*, Aracne, Roma, 2014.

[11] [11] G. ZUCATELLI, *La mobilità sanitaria: un fenomeno da governare*, in Monitor n. 29 del 2012, p. 5. La limitazione al diritto della libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale in virtù di limiti oggettivi e rappresentati dalle risorse finanziarie è stata espressamente contemplata dalla Corte Costituzionale, si vedano le sentenze n. 248/2011, n. 94/2009 e la già citata sentenza 200/2005.

[12] I requisiti considerati dal Consiglio di Stato sono quelli previsti nel decreto del Commissario ad Acta: «*indispensabilità di strutture adeguate in Campania, tempi adeguati, urgenza e gravità del caso, cure prestate a cittadini che già si trovano fuori Regione, urgenza e adeguatezza delle cure e quant'altro*».

Tweet



Publicato in [Newsletter n. 6 - 1/2015](#)

Keywords: [Cittadini ed Enti](#)

[Torna in alto](#)