

La cura è mobile

La mobilità sanitaria interregionale tra il diritto alla libera scelta del luogo di cura e le esigenze finanziarie delle regioni

Di Serena Sileoni

Premessa

La Costituzione italiana riconosce esplicitamente il diritto alla salute come diritto fondamentale, e anzi è l'unico diritto a cui attribuisca tale aggettivo, ma, trattandosi di un diritto di prestazione, il fatto che sia fondamentale non basta a renderlo incondizionato rispetto alle scelte pubbliche su quanto e come tutelarlo.

Anche alla luce del testo costituzionale, ci occupiamo in questa sede del diritto alla mobilità sanitaria, in occasione dell'adozione di un decreto del commissario ad acta per la sanità in Campania che, a partire dall'anno corrente, ha imposto ai residenti campani di chiedere l'autorizzazione per poter fruire di alcuni servizi sanitari fuori regione.

La scelta del commissario campano sarà indagata sotto i profili della legittimità e della opportunità. Si vedrà come la coperta troppo corta dell'offerta sanitaria pubblica, anziché destare il necessario allarme per la effettiva garanzia del diritto alla salute, venga giustificata alla luce di una concezione relativa del medesimo, condizionato nella sua concreta tutela dalle possibilità finanziarie e organizzative del sistema sanitario pubblico. Il fatto che l'interpretazione costituzionalmente vincolante del diritto alla salute possa legittimarne la compressione per esigenze di bilancio pubblico non elimina comunque seri motivi di perplessità rispetto a provvedimenti come quello del commissario per la sanità in Campania.

1. L'universalità del diritto alla salute e la mobilità sanitaria interregionale

Nel tempo, legislazione, giurisprudenza e dottrina hanno individuato e descritto le varie parti di cui si compone il diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, stabilendo in primo luogo che – per poter essere garantito come diritto universale – la sanità avrebbe dovuto superare il sistema mutualistico a cui restava affidata anche dopo l'entrata in vigore della Carta fondamentale.

A partire dalla riforma del sistema sanitario del 1978, attraverso l'istituzione del sistema sanitario nazionale e quindi la scelta della diretta erogazione delle prestazioni sanitarie a carico della fiscalità pubblica, il diritto alla salute ha implicato, tra l'altro, "universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza", nonché "portabilità dei

KEY FINDINGS

- Il diritto alla salute è l'unico diritto riconosciuto testualmente come fondamentale dalla Costituzione.
- Il sistema sanitario nazionale lo rende tuttavia condizionato alle possibilità e alle scelte di finanza pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.
- Uno dei risvolti pratici di questo condizionamento è stata la recente decisione della regione Campania di sottoporre ad autorizzazione la scelta di curarsi fuori regione per alcune prestazioni.
- I limiti alla scelta del luogo di cura e alla cd. mobilità sanitaria possono anche essere considerati legittimi, data la valutazione del diritto alla salute come condizionato alle possibilità di spesa e gestione della sanità pubblica, ma presentano profili di dubbia opportunità sulla efficacia del sistema sanitario pubblico, sulla sua qualità assistenziale e, elemento ancor più importante, sulla libertà degli assistiti di scegliere a chi affidare la propria salute.

Serena Sileoni è Vice Direttore dell'Istituto Bruno Leoni

diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.”¹ Con queste espressioni si intende che l’assistito ha diritto alle cure in tutto il territorio nazionale e a prescindere dalla sua residenza, senza che eventuali differenze di prestazione tra sistemi sanitari possano compromettere l’effettiva tutela della sua salute.

L’assistito può fare affidamento al servizio sanitario nazionale, che è finanziato dalla fiscalità pubblica e quindi dai contribuenti con modalità di partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria, e che è organizzato in un intreccio di competenze legislative e amministrative tra lo Stato, le regioni e le aziende sanitarie. Cardine di questo intreccio è la determinazione da parte dello Stato dei livelli essenziali di assistenza, che individuano la quantità, la qualità e la tipologia delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie che le regioni sono obbligate a erogare in un contesto in cui possono comunque differenziare l’offerta sanitaria, sia nel senso che possono aggiungere altre prestazioni erogabili, sia nel senso dell’autonomia organizzativa e, quindi, anche della qualità del servizio.

Ciò implica evidentemente che vi possa essere un margine piuttosto ampio nell’erogazione delle prestazioni sanitarie da regione a regione, conseguente a molteplici fattori, tra cui l’offerta di servizi sanitari è solo uno dei tanti. Rispetto al riconoscimento astratto del diritto alle cure, le persone fanno sempre i conti con realtà ambulatoriali o ospedaliere molto diverse tra loro, che risentono di fattori gestionali, ambientali, culturali, formativi diversi da zona a zona. Le differenze sono presenti anche all’interno di uno stesso presidio, e in questo caso possono ritenersi funzionali a una sorta di specializzazione delle strutture sanitarie in alcuni ambiti piuttosto che in altri.

Dovendo conciliare le varie realtà sanitarie con l’universalità e l’equità del diritto alla salute, che deve essere pienamente garantito a prescindere da dove si vive la legge riconosce il diritto di ogni assistito di scegliere di curarsi anche presso strutture appartenenti al servizio sanitario di altra regione. In questo modo, la tutela unitaria del diritto alle cure è garantita non tanto dal fatto che ogni regione sia in grado di garantire ogni prestazione sanitaria al pari delle altre, quanto piuttosto dal fatto che, indipendentemente dal sistema sanitario di riferimento, le persone possano accedere a servizi che non sono quelli dell’area territoriale di competenza della propria Asl.

È, questa, la cd. mobilità sanitaria interregionale, che trova spazio fin dall’istituzione del servizio sanitario nazionale. La legge n. 833/1978 ha infatti riconosciuto ai cittadini il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell’organizzazione dei servizi sanitari e il diritto di accedere, per motivate ragioni, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale. Si tratta di un diritto parallelo a quello di scegliere di curarsi presso strutture private accreditate, che è stato riconosciuto dalla disciplina di riordino in materia sanitaria di cui al d.lgs. n. 502/1992, con la differenza che, nel caso che stiamo descrivendo, nella mobilità sanitaria l’assistito sceglie non un’assistenza indiretta di un ente privato accreditato, ma l’assistenza diretta di una struttura sanitaria pubblica di altra regione.

Come il più ampio diritto alla salute, quello alla scelta del luogo di cura trova dei limiti giustificati, secondo la giurisprudenza costituzionale, dal fatto che l’altra faccia della medaglia del diritto alla salute è l’organizzazione e la gestione del sistema pubblico sanitario, il quale, oltre ad essere sottoposto a vincoli finanziari, per poter essere efficiente deve confidare in una programmazione dell’offerta sanitaria che non si discosti troppo dalle concrete esigenze della popolazione.

¹ *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, a cura del centro studi Bachelet, Luiss Guido Carli, Roma, 2008, p. 6.

La scelta del luogo di cura ha infatti due implicazioni, una dal punto di vista economico e una dal punto di vista organizzativo.

Dal punto di vista economico, l'assistito che si reca fuori regione o si rivolge a un ente privato accreditato ha un costo che ricade sul bilancio della sanità della regione di provenienza. Nel caso della mobilità sanitaria interregionale, tale costo viene esborsato al momento del riparto del Fondo sanitario nazionale, quando vengono effettuate le compensazioni tra regioni sulla base delle contabilità analitiche relative ai singoli casi forniti dalle Asl o dalle Ao (art. 12, c. 2, d.lgs. 502/1992). Questo vuol dire che la spesa per la mobilità è a carico delle regioni passive, mentre diventa un credito per quelle attive. Il decreto sui costi e fabbisogni standard nel settore sanitario (d.lgs. n. 68/2011) ha confermato le modalità di rimborso prevedendo che il livello della spesa sanitaria, in sede di determinazione dei costi standard, sia computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva. A partire dal 1994,² la compensazione avviene non direttamente tra aziende sanitarie, ma tramite le regioni e dietro certificazione a livello individuale sulla base di una tariffa convenzionale che viene costantemente aggiornata. Se invece l'assistito predilige una struttura privata anche di altra regione, il rimborso avviene sulla base del tariffario della struttura.

Dal punto di vista organizzativo, le regioni programmano l'offerta sanitaria e, conseguentemente il finanziamento delle Asl, sulla base di indici demografici, epidemiologici e sanitari della popolazione residente. Se parte della popolazione decide di curarsi o ricoverarsi altrove, ciò implica che la programmazione non corrisponde ai bisogni e alle esigenze effettivi degli assistiti di quel territorio, con conseguente sotto o sovradimensionamento dei servizi.

2. I numeri della mobilità sanitaria interregionale

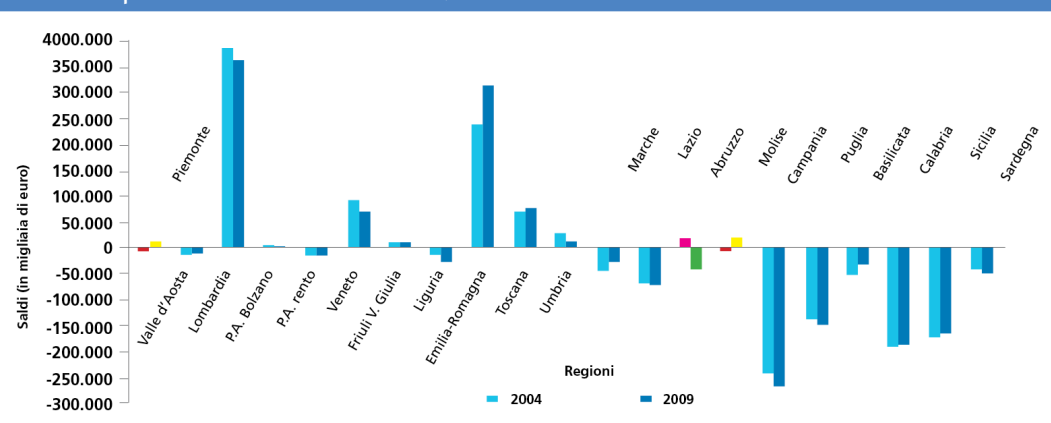
La mobilità sanitaria interregionale è una facoltà a cui gli assistiti fanno largo uso. Essa comporta che ricoveri ospedalieri – compresi i *day hospital* – medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali e somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza e elisoccorso siano a carico di una struttura sanitaria diversa da quella territorialmente competente, salvo, come detto, compensazione in sede di riparto del fondo sanitario nazionale.

Essa viene classificata in vari modi, come mobilità di lunga distanza – quando l'assistito si muove a lungo raggio – o di confine – quando si va in una regione limitrofa. Al primo tipo di mobilità si ricorre generalmente quando ci si attendono risultati significativamente migliori rispetto a quelli possibili nel proprio territorio, dato che il sacrificio richiesto all'assistito è considerevole. Alla mobilità di prossimità, invece, si ricorre molto più frequentemente anche per motivi meno seri, come la localizzazione della struttura rispetto alla residenza. In entrambi i casi, vi possono poi essere motivi particolari e ulteriori rispetto alle esigenze terapeutiche, ad esempio la presenza di familiari disposti a fare assistenza in luoghi diversi da dove vive il paziente, o l'evenienza di trovarsi, per motivi occasionali, in un determinato posto, ad esempio per vacanza o lavoro. Esiste infine una mobilità fittizia, nel caso, frequente, in cui l'assistito dimori in una regione diversa da quella di residenza.

² Nota del ministero della sanità del 23 marzo 1994 n. 110/SCPS/46593. Le modalità di rimborso sono state inizialmente fissate con note del ministero della salute, a partire da quella appena citata, per poi essere sostituite da accordi tra presidenti di regioni e province autonome che vengono chiamati testi unici per la gestione della mobilità interregionale.

Il motivo principale per cui gli italiani ricorrono alla mobilità è il ricovero ospedaliero, cui segue la specialistica ambulatoriale. Con un trend che si sta dimostrando costante, le regioni attive e passive sono sempre le stesse, con saldi positivi o negativi piuttosto stabili.

FIGURA 1
Mobilità ospedaliera–Saldi anni 2004-2009



Fonte: O. Checconi, *Il quadro italiano della mobilità regionale, presentazione al convegno Viaggiare per la salute, Agenas, Aie, Aies, 3-4 maggio 2011, Roma*

La mobilità si orienta a senso unico genericamente dalle regioni del sud verso alcune regioni del nord, salvo fenomeni di mobilità sanitaria di confine verso Emilia, Lazio, Piemonte e Lombardia da regioni limitrofe del centro e del nord.

Ciò implica che l'Italia settentrionale, prendendo il dato economico generale, è in credito verso quella meridionale e le isole e, in misura assai minore, verso quella centrale.

TABELLA 1

Regioni	Crediti	Debiti	Saldo	Residenti 31/12/2009	Saldo su residenti (euro)
	1	2	3 (1-2)	4	5 (3/4)
Italia Settentrionale	1723995	1004097	719898	27568435	26,11
Italia Centrale	634930	641851	-6921	11890464	-0,58
Italia Meridionale	360895	1020562	-659667	14166033	-46,57
Isole	58331	271390	-213059	6715396	-31,73

Fonte: O. Checconi, *Il quadro italiano della mobilità regionale, presentazione al convegno Viaggiare per la salute, Agenas, Aie, Aies, 3-4 maggio 2011, Roma*

Ovviamente, anche esaminando i dati non dal punto di vista economico, ma del numero di pazienti assistiti in mobilità, si conferma il tendenziale spostamento dalle regioni del sud verso alcune regioni del nord.

La tabella 4 alle pagine 6-7 mostra il numero di ricoveri in regime ordinario per l'anno 2010 distinti in base alla regione di residenza e a quella di prestazione sanitaria.

La tabella 5 alle pagine 8-9 mostra invece il numero di attività per acuti in *day hospital*, sempre per l'anno 2010.

Al di là delle ipotesi sopra richiamate di mobilità occasionale, fittizia o legata a questioni strettamente personali, anche quando la ragione dello spostamento sia la mancanza di fiducia nei servizi sanitari del suo territorio, non necessariamente tale sfiducia

può essere obiettivamente motivata dal mal funzionamento delle Asl della sua regione. Tuttavia, come in ogni aspetto della vita, la percezione che si ha della realtà dipende da una serie di fattori anche reputazionali che orientano le scelte individuali. A prescindere dalle motivazioni, l'assistito ha, come detto sopra, un vero e proprio diritto legislativamente riconosciuto di scegliere il luogo di cura, che discende in via specifica dal diritto fondamentale alla salute.

TABELLA 2

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
La lunghezza delle liste d'attesa	68,5	81,4	63,4	76,9	72,8
La lunghezza delle code nelle varie strutture	35,3	33,3	39,4	31,8	35,4
La mancanza di coordinamento di strutture, servizi e personale che costringe i cittadini a girare da un ufficio all'altro	24,8	16,6	21,1	23,9	22,2
L'assenza nella propria area territoriale dei servizi/strutture/prestazioni più necessari	7,9	3,0	7,4	18,2	10,4
L'assenza di informazioni sui soggetti/strutture cui rivolgersi	9,8	11,1	4,6	7,8	8,3
Un approccio poco umano degli operatori	10,2	5,7	12,0	5,6	8,1
L'inadeguata professionalità degli operatori	4,1	6,7	4,6	9,2	6,5
Una eccessiva rigidità nella dimissione ospedaliera	7,7	4,4	2,9	5,5	5,4
La variabilità eccessiva delle decisioni dei medici rispetto alle stesse patologie	6,2	4,8	6,3	2,3	4,6
Altro	0,4	0,6	0,6	0,3	0,4

TABELLA 3

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Italia
Sì	34,6	35,7	35,4	48,2	39,6
Sì, mi è già capitato di farlo	5	1,2	9,6	8,5	6,3
No, mi rivolgerei a soggetti del mio Servizio sanitario nazionale	60,4	63,1	55	43,3	54,1
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, *La mobilità sanitaria*, in "I quaderni di Monitor", IX supplemento al numero 29/2012

Dal punto di vista del sistema sanitario, il ricorso alla mobilità dovrebbe in via di principio stimolare le strutture meno efficienti a migliorare le loro prestazioni, soprattutto in un sistema di gestione autonoma delle aziende sanitarie. Esso dovrebbe anche promuovere una diversificazione nell'erogazione delle prestazioni specialistiche in maniera tale da creare, in ogni regione, dei poli di eccellenza per specialità terapeutiche. La mobilità avrebbe quindi vantaggi immediati – nel consentire al paziente di scegliere un luogo migliore ove curarsi – e effetti dinamici positivi – nell'innescare una concorrenza tra sistemi regionali per evitare l'ammacco generato dalla fuga degli assistiti. Se vista come occasione per migliorare le prestazioni sanitarie laddove carenti, eviterebbe lo squilibrio dei costi sanitari tra regioni attive e passive e si può avviare una programmazione sanitaria che non si discosti eccessivamente dai bisogni della popolazione. Tuttavia, i dati dimostrano una inerzia delle regioni passive a risolvere il problema della mobilità sanitaria migliorando l'offerta dai servizi erogati nelle loro strutture.

In particolare, le regioni ad elevati livelli di fuga, come Calabria, Sicilia e Campania, anziché cogliere il costo finanziario e sociale della mobilità come un'occasione di ri-

TABELLA 4
(continua sulla pagina seguente)

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI RESIDENZA													
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	
Piemonte	460257	2542	7018	37	50	372	138	8052	812	613	99	206	538	
Valle d'Aosta	951	12608	233	0	2	14	3	82	43	34	2	5	19	
Lombardia	18999	568	1126648	405	1512	6940	1271	7072	13637	5061	895	2228	3872	
P.A. Bolzano	64	3	387	60474	1637	1105	113	70	247	129	26	52	285	
P.A. Trento	76	0	1038	585	47704	1498	72	64	371	120	31	68	269	
Veneto	830	48	8671	1172	4545	480312	5003	500	5096	1090	301	1064	1479	
Friuli V.G.	151	4	489	46	56	8473	131944	56	226	198	269	81	302	
Liguria	5244	134	3234	25	51	270	90	170895	899	2589	109	180	524	
Emilia Romagna	1607	59	10834	338	620	7243	916	1734	503940	7831	1921	10190	3916	
Toscana	1131	82	2506	77	155	1192	225	6584	2648	405699	4021	1255	6842	
Umbria	90	3	265	13	12	77	28	57	251	2671	104538	1601	8350	
Marche	187	1	711	19	27	199	49	66	1814	367	1227	173161	1620	
Lazio	517	24	1243	0	0	651	208	237	813	2468	3394	1620	624044	
Abruzzo	187	10	496	18	16	123	37	36	280	121	160	1426	7735	
Molise	63	0	113	4	7	22	4	9	54	44	27	60	2319	
Campania	482	5	1342	41	56	408	194	149	1027	803	173	251	4338	
Puglia	617	7	1631	46	61	419	154	116	822	393	66	303	1322	
Basilicata	88	1	196	5	7	23	12	9	94	59	14	15	149	
Calabria	516	31	979	29	13	113	45	117	280	194	43	36	636	
Sicilia	553	12	1420	19	26	368	148	151	499	326	64	91	671	
Sardegna	447	15	1081	29	23	228	67	221	277	296	44	58	658	
TOTALE RESIDENTI	493057	16157	1170535	63382	56580	510050	140721	196277	534130	431106	117424	193951	669888	
MOBILITA' PASSIVA	32800	3549	43887	2908	8876	29738	8777	25382	30190	25407	12886	20790	45844	
%	6,65	21,97	3,75	4,59	15,69	5,83	6,24	12,93	5,65	5,89	10,97	10,72	6,84	
SALDO RICOVERI	5096	1970	-61399	-1562	4105	-11362	-3489	5316	-48891	-22230	-3928	986	-11098	

pensamento della propria organizzazione, continuano a registrare livelli molto alti di mobilità passiva.

Ciò comporta, anziché un ciclo virtuoso, un ciclo vizioso della mobilità per cui più la struttura è, o viene percepita, inefficiente, più è soggetta a fuga di assistiti e più contrae debiti con le regioni a migliore performance. Tale effetto non dipende tanto dal meccanismo della mobilità sanitaria in sé, quanto piuttosto dal fatto che le regioni passive non riescono a cogliere gli indici di fuga come un'opportunità, e anzi un dovere, di migliorare la propria organizzazione e offerta sanitaria. Il decreto della regione Campania, che affronta il problema agendo sul lato della libertà di scelta di cura dei pazienti anziché su quello della gestione delle strutture sanitarie, è sintomatico di una visione del diritto alla salute forse poco rispettosa dello stesso.

È quindi lecito chiedersi se, per contenere l'indebitamento delle regioni passive verso quelle attive, sia legittimo che le regioni limitino il ricorso alla mobilità sanitaria, comprimendo il diritto alla scelta del luogo di cura.

TABELLA 4
 (segue dalla pagina precedente)

REGIONE DI RICOVERO	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	TOTALE RICOVERI EROGATI	MOBILITA' ATTIVA		RESIDENTI ALL'ESTERO	CODICE RESIDENZA ERRATO
										Dimissioni	%		
Piemonte	211	76	1449	1084	273	1617	1873	644	487961	27704	5,68	3436	18
Valle d'Aosta	7	0	34	17	3	65	39	26	14187	1579	11,13	263	1
Lombardia	1805	478	6981	8112	1311	7855	12742	3542	1231934	105286	8,55	10721	14
P.A. Bolzano	24	4	56	89	3	58	80	38	64944	4470	6,88	2801	29
P.A. Trento	62	6	122	121	11	85	124	48	52475	4771	9,09	984	11
Veneto	644	153	2268	2151	283	1329	3786	687	521412	41100	7,88	4437	354
Friuli V.G.	80	12	455	419	36	178	615	120	144210	12266	8,50	1351	21
Liguria	165	36	1352	1195	162	925	2070	812	190961	20066	10,51	1894	183
Emilia Romagna	4107	778	5458	7527	1161	5149	6195	1497	583021	79081	13,56	6039	2
Toscana	1022	328	6439	3201	1099	3815	4026	989	453336	47637	10,51	6382	14
Umbria	420	176	676	864	260	674	220	106	121352	16814	13,86	990	23
Marche	9952	316	657	1901	144	227	254	66	192965	19804	10,26	966	0
Lazio	6658	1779	15700	5438	1705	8263	4460	1764	680986	56942	8,36	6455	156
Abruzzo	141098	2613	847	1786	98	188	193	50	157518	16420	10,42	644	82
Molise	1518	36388	6203	2444	113	159	52	18	49621	13233	26,67	208	3
Campania	422	735	663149	1497	1977	1566	556	133	679304	16155	2,38	4785	0
Puglia	769	1158	4611	555951	6116	3055	699	80	578396	22445	3,88	2725	18
Basilicata	16	15	3919	3001	51653	1488	54	5	60823	9170	15,08	238	0
Calabria	45	10	932	284	719	203656	1083	17	209778	6122	2,92	1336	3
Sicilia	52	5	327	246	52	4994	565764	92	575880	10116	1,76	2695	78
Sardegna	37	5	171	69	10	36	123	198957	202852	3895	1,92	1241	0
TOTALE RESIDENTI	169114	45071	721806	597397	67189	245382	605008	209691	7253916	535076	7,38	60591	1010
MOBILITA' PASSIVA	28016	8683	58657	41446	15536	41726	39244	10734	535076				
%	16,56	19,26	8,12	6,94	23,12	17,00	6,49	5,12	7,38				
SALDO RICOVERI	11596	-4550	42502	19001	6366	35604	29128	6839					

In questo modo, infatti, gli assistiti verrebbero doppiamente lesi nell'equità e nella universalità del diritto alla salute, in un primo momento in quanto non potrebbero usufruire di strutture e assistenza sanitaria equiparabili a quelle delle regioni a miglior performance, e, in un secondo momento, in quanto non avrebbero una piena libertà di scelta del luogo verso cui "fuggire".

Ci si chiede a questo punto, alla luce di quanto finora detto, se e in che misura il decreto della regione Campania a cui si è accennato in premessa comprima quella faccia del prisma del diritto alla salute costituita dalla mobilità sanitaria.

3. Il decreto della regione Campania sulla mobilità sanitaria

La Campania spende per la sanità circa il 72% della spesa corrente regionale.

Con un disavanzo medio annuo mai inferiore ai 700 milioni di euro dal 2000, nel 2007 la Regione stipulava con il ministero della salute e con quello dell'economia e delle finanze un accordo per la programmazione di un piano di rientro.

TABELLA 5
 (continua sulla pagina seguente)

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI RESIDENZA												
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio
Piemonte	183356	644	1970	6	12	93	32	2655	150	156	24	44	165
Valle d'Aosta	235	5391	21	0	0	3	0	10	7	4	0	1	7
Lombardia	6344	136	308578	75	388	2447	276	1443	4633	1092	174	554	870
P.A. Bolzano	7	0	61	22453	1069	539	34	10	43	34	4	6	44
P.A. Trento	17	2	312	469	27010	715	21	8	82	40	5	18	42
Veneto	192	3	3810	264	2328	178103	3171	112	3117	359	89	233	376
Friuli V.G.	36	1	153	13	49	6441	43013	28	306	66	68	51	111
Liguria	4612	133	1964	19	52	244	72	123280	821	3707	82	149	356
Emilia Romagna	476	20	4636	83	190	3244	256	632	171692	2774	471	3322	1041
Toscana	449	23	965	36	59	371	98	4468	1237	133046	1936	595	3060
Umbria	15	1	51	3	0	22	9	14	75	1419	30793	496	3278
Marche	24	1	108	7	3	36	8	18	769	65	527	54153	315
Lazio	230	4	630	0	0	291	83	127	430	1481	2888	1046	315530
Abruzzo	23	3	108	4	9	23	11	10	62	37	41	585	5113
Molise	11	0	27	1	3	6	2	1	18	14	5	10	707
Campania	124	3	345	10	32	122	73	46	292	241	70	108	2106
Puglia	110	0	316	13	8	84	23	34	151	57	15	107	317
Basilicata	32	0	52	2	1	11	3	1	33	28	7	3	97
Calabria	93	7	216	7	3	36	17	19	96	69	19	18	231
Sicilia	171	4	447	8	6	115	46	39	161	122	44	29	305
Sardegna	70	4	142	2	5	26	4	30	42	42	6	7	136
TOTALE RESIDENTI	196627	6380	324912	23475	31227	192972	47252	132985	184217	144853	37268	61535	334207
MOBILITA' PASSIVA	13271	989	16334	1022	4217	14869	4239	9705	12525	11807	6475	7382	18677
%	6,75	15,50	5,03	4,35	13,50	7,70	8,97	7,30	6,80	8,15	17,37	11,99	5,59
SALDO RICOVERI	5186	656	-11128	-937	2300	-2638	-4017	-6894	-12607	-9234	237	408	-19330

Fonte: Ministero della salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2010, ottobre 2011

Nel 2009, tuttavia, essa violava il patto di stabilità e contravveniva al divieto di indebitamento per finanziare la spesa corrente di cui all'art. 119 Cost., mentre a livello governativo si bocciava l'attuazione del piano di rientro come insufficiente e si provvedeva a nominare il presidente della regione commissario *ad acta* per il risanamento del servizio sanitario regionale.

Tra le facoltà in capo al commissario, vi è – secondo quanto stabilito dalla legge regionale di bilancio n. 1/2012 – quella di individuare le prestazioni per le quali l'azienda sanitaria competente deve rilasciare l'autorizzazione alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati, anche di altre regioni.

Spetta infatti alle regioni, secondo quanto previsto dalla disciplina di riordino del sistema sanitario (d.lgs. n. 502/1992), la gestione e l'organizzazione del sistema sanitario, e, tra le facoltà a tal fine previste dal decreto legislativo, vi è anche quella di individuare

TABELLA 5
 (segue dalla pagina precedente)

REGIONE DI RICOVERO	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	TOTALE RICOVERI EROGATI	MOBILITA' ATTIVA		RESIDENTI ALL'ESTERO	CODICE RESIDENZA ERRATO
										Dimissioni	%		
Piemonte	52	18	321	375	81	585	542	160	191441	8085	4,22	1424	2
Valle d'Aosta	2	0	5	3	0	25	4	6	5724	333	5,82	23	0
Lombardia	337	57	1298	1748	316	1730	2492	1052	336040	27462	8,17	2660	4
P.A. Bolzano	10	0	26	24	1	17	26	4	24412	1959	8,024	147	4
P.A. Trento	11	0	48	35	6	37	38	11	28927	1917	6,63	129	1
Veneto	191	46	696	736	64	384	1165	171	195610	17507	8,95	614	65
Friuli V.G.	46	5	221	186	14	104	310	47	51269	8256	16,10	282	5
Liguria	123	40	900	731	126	667	1293	508	139879	16599	11,87	712	42
Emilia Romagna	913	180	1470	1977	348	1260	1412	427	196824	25132	12,77	1690	0
Toscana	483	146	2177	1346	355	1363	1452	422	154087	21041	13,66	1294	0
Umbria	106	36	185	122	37	269	71	29	37031	6238	16,85	145	6
Marche	4411	86	125	299	31	47	71	23	61127	6974	11,41	203	0
Lazio	4635	1632	10201	4373	1383	5229	2368	976	353537	38007	10,751	2528	52
Abruzzo	56246	1074	329	1195	61	102	79	22	65137	8891	13,65	102	8
Molise	758	16189	2610	914	53	25	21	7	21382	5193	24,29	34	0
Campania	189	438	363888	685	1256	832	233	77	371170	7282	1,96	1211	0
Puglia	145	241	940	226138	2295	567	143	25	231729	5591	2,41	402	1
Basilicata	17	6	2326	2236	31363	859	32	4	37113	5750	15,49	44	0
Calabria	11	5	250	91	395	82802	387	8	84780	1978	2,33	196	2
Sicilia	25	4	151	99	28	3487	319914	33	325238	5324	1,64	911	21
Sardegna	7	1	29	22	3	7	39	81488	82112	624	0,76	192	0
TOTALE RESIDENTI	68718	20204	388196	243335	38216	100398	332092	85500	2994569	220143	7,35	14943	213
MOBILITA' PASSIVA	12472	4015	24308	17197	6853	17596	12178	4012	220143				
%	18,15	19,87	6,26	7,07	17,93	17,53	3,67	4,69	7,35				
SALDO RICOVERI	3581	-1178	17026	11606	1103	15618	6854	3388					

Fonte: Ministero della salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2010, ottobre 2011

“prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati”.

Forte di questa copertura legislativa, il decreto n. 165 del 31 dicembre 2012 del commissario *ad acta* ha previsto che alcuni tipi di interventi e diagnosi per i quali gli assistiti della regione Campania preferiscono rivolgersi a strutture ubicate nelle regioni di confine siano sottoposti a autorizzazione dell'Asl di competenza. Si tratta, in particolare, di interventi e diagnosi ritenuti di bassa complessità per i quali si sostiene che possa risultare ingiustificata la mobilità di confine verso Lazio, Molise, Puglia e Basilicata.

Dal primo gennaio 2013, in via sperimentale, per il ricovero per interventi sulla retina e sul cristallino, interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino, malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e connettivo, interventi sul ginoc-

chio senza diagnosi principale di infezione, il paziente deve acquisire preventivamente dalla propria Asl l'autorizzazione alla fruizione presso strutture o professionisti accreditati delle regioni confinanti. A tal fine, le Asl devono istituire un'apposita commissione, che dovrà rilasciare l'autorizzazione nelle ipotesi in cui per motivi organizzativi, o per la presenza di eccessive liste di attesa, in relazione all'urgenza della prestazione, o in mancanza di idonea offerta assistenziale nell'Asl stessa o in altre Asl campane, o per altre motivazioni, risulti che l'erogazione in mobilità sanitaria extraregionale sia la modalità più idonea a soddisfare il bisogno assistenziale del paziente. In mancanza di autorizzazione, le prestazioni rese non sono remunerabili né riconoscibili in sede di compensazione della mobilità sanitaria.

L'autorizzazione farebbe così da filtro rispetto a spostamenti per mobilità sanitaria che non meriterebbero, per mancanza di giustificazioni oggettive, l'impegno economico della regione, generando così un risparmio di spesa utile all'assorbimento del disavanzo.

Di fronte a questo decreto sorge il dubbio se sia legittimo e opportuno comprimere il diritto alla libera scelta del luogo di cura per recuperare un disavanzo della spesa sanitaria che sembra generato, come vedremo a breve, da una inefficiente organizzazione sanitaria di cui le prime vittime sono proprio quegli assistiti che fuggono verso altre strutture.

Prima di esaminare l'opportunità del decreto, è utile ripercorrere il significato riconosciuto al diritto alla salute e alla libertà di scelta del luogo di cura.

4. Il diritto alla salute e, in particolare, alla scelta del luogo di cura come diritto condizionato

La lettura sistematica degli articoli 2, 3, 32 della Costituzione porta a intendere che il diritto fondamentale alla salute debba essere riconosciuto in maniera equa a tutti gli assistiti del servizio sanitario nazionale, a prescindere da dove risiedono e, ancora più, a prescindere dalle condizioni socio-economiche in cui vivono. Proprio dall'universalità e equità insite nel diritto alla salute trova giustificazione il riconoscimento del diritto alla mobilità sanitaria come libera scelta dell'assistito del luogo ove curarsi, evitando che la copertura assistenziale statale diventi un obbligo di usufruire delle prestazioni sanitarie senza possibilità di alternativa.

Tuttavia, dal momento che il diritto alla salute costa, se guardato dal punto di vista della finanza pubblica,³ la sua sottile esegesi, a partire dalla sentenza n. 445/1990 della Corte costituzionale, è nel senso che il diritto a trattamenti sanitari "è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento". In parole più semplici, la Costituzione offre al diritto alla salute un riconoscimento di natura programmatica, affidandone la effettiva portata alle scelte del legislatore, che vengono effettuate sulla base anche delle complementari esigenze finanziarie del sistema sanitario. Si tratta perciò di un diritto condizionato, dinanzi al quale il legislatore ha come unico limite la ragionevolezza delle scelte di bilanciamento fra "i valori costituzionali e di commisurazione degli obiettivi

3 Il rapporto della spesa sanitaria sul Pil è stato, per l'anno 2011, del 7,1%. V. Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, aggiornamento 2012.

conseguentemente determinati alle risorse esistenti” (ibid.). Fermo restando l’obbligo di garantire quel nucleo essenziale del diritto alla salute senza il quale verrebbe compromessa la dignità delle persone, nel programmare l’offerta sanitaria, secondo l’interpretazione che si dà al diritto alla salute, entrano a pieno titolo le esigenze relative all’equilibrio di finanza pubblica. La non negoziabilità di questo diritto consisterebbe allora nel fatto che la Repubblica non può sottrarsi dall’offrire quelle prestazioni sanitarie che attengono al nucleo essenziale della salute, mentre non implica una assolutezza del diritto, specie nel caso in cui l’erogatore pubblico debba fare i conti con le proprie risorse organizzative e economiche.

Calando questo generale dato interpretativo alle ipotesi di facoltà di libera scelta del luogo di cura, si intende che il loro riconoscimento non può essere lasciato alla libera discrezionalità dell’amministratore sanitario fino al punto di essere negate, ma può – a quanto pare – essere motivatamente limitato al fine di mantenere l’equilibrio tra risorse organizzative e finanziarie del sistema sanitario e diritto alla salute degli assistiti.

Ne risulta che “il principio di libera scelta non appare affatto assoluto, dovendo invece essere temperato con altri interessi, costituzionalmente tutelati, puntualmente indicati da norme di principio della legislazione statale” (Corte cost. n. 200/2005), come può essere il principio di programmazione allo scopo di realizzare il contenimento della spesa pubblica e la razionalizzazione sanitaria. Anzi, si tratta, a ben vedere, di un diritto “finanziariamente condizionato” (Corte cost. n. 248/2011), che discende dalla constatazione che la limitatezza delle risorse finanziarie dirette a soddisfare le esigenze del settore si “scontra con l’esigenza di assicurare l’universalità e la completezza del sistema assistenziale nel nostro paese” (Corte. cost. n. 11/2005).

La linea divisoria tra una limitazione legittima e una illegittima della facoltà di scelta del luogo di cura pare correre sul filo, piuttosto esile, della ragionevolezza, per cui il legislatore può consentire all’amministrazione di condizionare tale diritto nel solco di criteri specifici, per il raggiungimento di finalità prestabilite – come il controllo della spesa sanitaria – e nell’ambito di una valutazione comparativa tra diritto alla salute e esigenze di economicità dell’amministrazione sanitaria.

Un esempio concreto può aiutare a capire la linea di confine: la Corte costituzionale ha ritenuto illegittima la previsione di un’autorizzazione della Asl per il rimborso delle spese per tutte le prestazioni sanitarie ricevute presso case di cura private, proprio perché non conteneva criteri utili a guidare la discrezionalità dell’amministrazione nel concedere o meno l’autorizzazione. La norma, secondo la Corte, avrebbe quanto meno dovuto prevedere la possibilità di derogare all’autorizzazione nei casi di gravità delle condizioni dell’assistito e di indifferibilità di un intervento non immediatamente fruibile presso le strutture sanitarie territorialmente competenti. Difatti, mentre una autorizzazione generale senza alcuna deroga, neppure in condizioni di indispensabilità, gravità o urgenza, è una soluzione intrinsecamente non ragionevole e, quindi, una lesione dell’equità della tutela del diritto alla salute, la previsione di forme di controllo del ricorso all’assistenza indiretta che temperino il diritto alla scelta del luogo di cura con le esigenze organizzative e finanziarie della sanità viene ritenuta compatibile con il diritto alla salute (sent. n. 267/1998).⁴

La medesima conclusione, per analogia, può applicarsi al caso della mobilità sanitaria.

Stando, quindi, alla interpretazione costituzionalmente conforme del diritto alla salute, non sembrano esserci profili di illegittimità del decreto del commissario campano, dal momento che esso limita la discrezionalità dell’Asl di competenza nel negare l’autoriz-

⁴ Di simile tenore l’ordinanza n. 40/1991 e la sentenza n. 247/1992.

zazione ad alcune specifiche prestazioni ritenute di bassa complessità nel caso in cui non vi siano motivi organizzativi, o esigenze di urgenza, o motivi che comunque presuppongano una mancanza di idonea offerta assistenziale nelle Asl della Campania.

L'autorizzazione riguarda sia la fruizione di prestazioni sanitarie presso strutture private che presso strutture pubbliche fuori regione, come si intuisce dal riferimento alle modalità di rimborso piuttosto che di compensazione. Sulla prima fattispecie, la Corte costituzionale, con le sentenze sopra richiamate, è già intervenuta nel senso di dichiarare la legittimità del filtro dell'autorizzazione, se adeguatamente motivato e non assoluto. Il caso di ricorso a strutture pubbliche di altra regione è, da questo punto di vista, analogo.

Dal punto di vista della legittimità, pare quindi rientrare tra i poteri deliberativi delle regioni quello di limitare, attraverso filtri di tipo autorizzativo, il ricorso a strutture sanitarie esterne rispetto a quelle del sistema regionale di riferimento. Si potrebbe anche supporre che a maggior ragione ciò valga nel caso in cui la regione sia sotto piano di risanamento, proprio perché più impellenti si fanno le esigenze di contenimento tra risorse disponibili e tutela della salute.

Ciò non toglie, però, che sotto il profilo dell'equità e dell'universalità del diritto alla salute, procedimenti autorizzatori come quello ora previsto per la Campania possano risultare quantomeno inopportuni. Resta infatti più di un motivo di perplessità intorno alla delibera campana e, più in generale, intorno alla possibilità di ricorrere a strumenti di limitazione dell'offerta sanitaria per il contenimento della spesa pubblica.

Se la fuga dalle strutture sanitarie campane fosse dovuta dalla sfiducia dei residenti verso un sistema sanitario che ha la reputazione di essere inefficiente e inadeguato, il passaggio dell'autorizzazione e il rischio di non poter andare fuori sede in regime di assistenza pubblica comprometterebbe doppiamente l'equità e l'universalità del diritto alla salute, una prima volta perché gli assistiti si trovano nella sfortunata condizione di appartenere a un sistema sanitario poco affidabile, e una seconda volta perché non possono nemmeno sceglierne liberamente un altro.

Per rispondere a questo interrogativo è necessario dare uno sguardo alle condizioni della sanità in Campania.

5. La sanità nella regione Campania

Si è già detto che la situazione debitoria della sanità campana è talmente critica da essere sottoposta a commissariamento. Quello che ancora non si è detto, invece, è che vi è una correlazione specifica e bidirezionale tra la stabilità finanziaria della sanità regionale e il rispetto dei requisiti minimi dei livelli essenziali di assistenza e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, come sottolineato anche nella relazione conclusiva della commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali.⁵ La difficoltà di gestione del settore sanitario emerge in maniera intrecciata dalla "persistenza di croniche disfunzioni in tema di controllo dei processi di spesa e di salvaguardia del rispetto dei livelli di assistenza" (p. 138).

La Campania continua ad essere nel 2010 tra le regioni inadempienti sotto il profilo del soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.⁶ La verifica avviene attraverso l'uti-

5 Doc. XXII-bis n. 10, approvata il 22 gennaio 2013.

6 V. Corte dei Conti, sez. Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni, esercizi 2010-2011; Ministero della salute, rapporto annuale sul monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA), febbraio 2012. Per una comparazione con i dati pregressi, v. il medesimo rapporto

lizzo di un insieme di indicatori che hanno ciascuno un peso ponderato di riferimento e che sono ripartiti tra attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. La regione, insieme a Puglia, Calabria, Sicilia, Lazio e Molise, si è posizionata nel terzile inferiore delle regioni inadempienti dal punto di vista della garanzia del rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

In particolare, l'indicatore di appropriatezza relativo alle percentuali di parti cesarei sul totale tocca il 62% in Campania, quando il valore medio europeo è del 15% e quello delle regioni del nord Italia si attesta intorno al 30%. Nell'assistenza distrettuale, mentre Lombardia e Veneto hanno 25 posti letto ogni 1000 anziani, la Campania ne ha 0,6. Sulla prevenzione, i test per le gravi patologie riguardano l'1% della popolazione potenzialmente interessata, mentre nelle regioni del nord, con l'eccezione della Liguria, il dato oscilla tra il 7 e il 13%. Gli unici indicatori in cui è risultata adempiente sono la prevenzione sanità animale e sanità degli alimenti, oltre che l'assistenza distrettuale per i soggetti con problemi di salute mentale.

Al di là degli indici di appropriatezza, che sono sempre in qualche misura controversi, un confronto grafico con una regione ritenuta adempiente come la Lombardia evidenzia all'occhio la distanza tra le due regioni quanto a qualità dell'offerta sanitaria (vedi Figura 2 alla pagina seguente).

Anche il monitoraggio precedente non recava risultati migliori, indici di appropriatezza di utilizzo dei posti letto collocati in unità operative di chirurgia e di incidenza dei parti cesarei peggiori rispetto a tutte le altre regioni italiane. Ancora più evidenti sono altri due indicatori utilizzati negli anni 2007-2009: la durata media della degenza dei ricoveri ordinari e la speranza di vita a 65 anni. La prima rappresenta uno degli indicatori più usati per descrivere l'efficienza delle strutture ospedaliere. Stabilizzatasi, negli anni 2007-2009, sui 6,7 giorni, essa registrava in Campania il valore peggiore, indice di una minore efficienza tecnica rispetto alle regioni settentrionali nel trattare una casistica mediamente meno complessa. Quanto alla speranza di vita a 65 anni, la Campania registrava, per l'anno 2009, i valori peggiori rispetto al resto d'Italia (17,2 contro 18,1 per gli uomini e 20,3 contro 21,7 per le donne).

Un altro indicatore significativo, seppure non utilizzato dal ministero della salute, è il tasso di mortalità infantile, che fotografa il numero di bambini deceduti entro il primo anno di vita su 1000 nati vivi e che, quindi, rappresenta un indicatore chiave per la sanità pubblica e la qualità del sistema di protezione socio-sanitaria.⁷ Benché dall'anno 2003 all'anno 2008 esso sia diminuito, nel biennio 2006-2008 esso era al 4,09% (4,31 nel biennio 2003-2005), di poco inferiore solo ad Abruzzo, Calabria e Sicilia. Per un paragone, in Lombardia esso era del 3,14 nel 2003-2005 e del 2,79 nel 2006-2008.

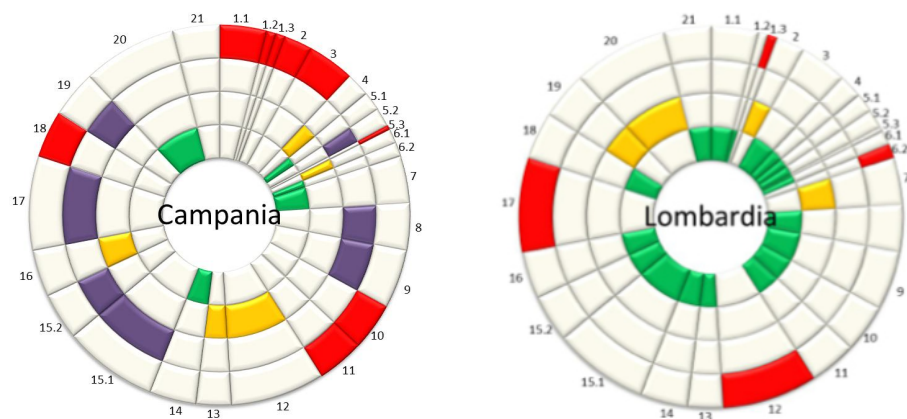
In sostanza, dai dati emersi sembra che la mancanza di equilibrio finanziario si accompagna a problemi di qualità dell'assistenza, generando, in un circolo senza uscita, quella percezione negativa delle strutture sanitarie che porta gli assistiti a rivolgersi altrove anche per terapie e interventi di non particolare difficoltà.

Le citate relazioni della Corte dei conti e della commissione parlamentare di inchiesta segnalano che i conti, nell'ultimo triennio, sono migliorati, ma ciò dipende in parte dall'aumento dei ricavi ottenuti con l'aumento dell'addizionale IRPEF e delle aliquote fiscali dell'IRAP, rispettivamente di 0,30 e 0,15 punti per l'anno 2012, e con l'aumento del ticket che, tra il 2010 e il 2011, ha superato la soglia del 60%.

per gli anni 2007-2009.

7 Così si esprime il Libro Bianco 2011 *La salute dei bambini* curato dall'Università Cattolica di Roma e dalla Società italiana di pediatria, da cui sono tratti i dati successivi.

FIGURA 2
Livelli essenziali di assistenza in Lombardia e Campania - anno 2010



Le figure si compongono di 27 settori circolari di ampiezza pari al peso del singolo indicatore e quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie di valutazione, esclusa quella relativa al dato mancante o palesemente errato. Per ogni settore, la posizione e il colore consentono di individuare facilmente punti di forza (colore verde) e livelli crescenti di criticità (dal giallo, al viola al rosso).

- 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)
- 1.2 Vaccinazioni raccomandate (MPR)
- 1.3 Vaccinazioni raccomandate (influenza nell'anziano)
- 2 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: cervice uterina, mammella e colon retto
- 3 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- 4 Percentuale di unità controllate sul totale da controllare
- 5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina
- 5.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina bufalina
- 5.3 Percentuale di aziende oviceprine controllate per l'anagrafe oviceprina
- 6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui (ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - decreto legislativo 158/2006
- 6.2 Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione - articoli 5 e 6 del d.P.R. 14/07(95)
- 7 Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO
- 8 Percentuale di anziani >_ 65 anni trattati in ADI
- 9 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani residenti
- 10 Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti
- 11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)
- 12 Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)
- 13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti
- 14 Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.
- 15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1000
- 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico
- 16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
- 17 Tasso ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatazza del Patto della Salute 2010-2012
- 18 Percentuale parti cesarei
- 19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario
- 20 Degenza media trimmata standardizzata per case-mix
- 21 Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso

Fonte: Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea, metodologia e risultati dell'anno 2010, pubblicato a marzo 2012

Ciò implica evidentemente che la popolazione campana sconta già due volte le difficoltà finanziarie e gestionali della sanità regionale: e come destinataria di un sistema di assistenza che non raggiunge la media di efficienza del sistema sanitario italiano, e come contribuente di un sistema che, proprio per il suo malfunzionamento, comporta oneri fiscali maggiori di quelli con cui una sanità efficiente si finanzia. In questo quadro, la mobilità sanitaria o l'assistenza indiretta privata diventano la soluzione di fuga da un'offerta sanitaria percepita come negativa e rappresentano esse stesse, nel caso ci si debba rivolgere a strutture lontane dalla propria residenza, un ulteriore sacrificio personale e economico a cui gli assistiti si sottopongono dopo e nonostante aver pagato caro il costo della sanità regionale.

Letta alla luce del quadro sanitario campano, l'iniziativa di porre sotto autorizzazione l'erogazione di prestazioni sanitarie in regioni limitrofe, per quanto possa rientrare tra le facoltà della regione per bilanciare il diritto alla salute e l'equilibrio finanziario della spesa sanitaria, ha quanto meno l'amaro sapore di un ulteriore fardello sulle spalle dei residenti campani che, dopo essere utenti di un servizio comparativamente poco efficiente ma costoso, non possono nemmeno liberamente "fuggirne".

Se non contrario all'interpretazione prevalente del diritto alla salute, resta quanto meno inopportuno rispetto all'equità e all'universalità che contraddistinguono il fatto che debba essere la popolazione a pagare il mancato sforzo della sanità campana di razionalizzare l'uso delle risorse disponibili convogliandole verso la garanzia dell'offerta qualitativa e risolvendo quelli che la stessa relazione della commissione parlamentare di inchiesta ha definito "disfunzioni organizzative" e "comportamenti opportunistici".

Se colto come un'opportunità, il sistema della mobilità porterebbe, "attraverso il rafforzamento della facoltà di scelta, alla concorrenza dei soggetti erogatori con miglioramento dei livelli di efficienza complessivi".⁸ Esso non soltanto potrebbe innescare, come in parte già avviene, un meccanismo emulativo, ma potrebbe condurre a una organizzazione interregionale delle prestazioni non routinarie, cosicché la fuga dei propri assistiti da alcuni tipi di prestazioni sanitarie possa essere compensata dall'accoglimento di pazienti per altri tipi di prestazioni per le quali è maturato un buon grado di competenza, con conseguenti effetti positivi sull'efficienza e l'economicità del sistema sanitario nel suo complesso.

Anche se, nel merito, il provvedimento campano può riguardare prestazioni sanitarie non complesse e contiene limiti all'esercizio discrezionale del potere autorizzativo, l'elemento critico sta nel consentire un gioco di sponda alle inefficienze dei sistemi sanitari, aprendo le danze a un metodo di risparmio che, se confinato per ora a fattispecie minori, potrà essere utilizzato in maniera più consistente quanto più consistenti saranno i problemi di gestione finanziaria della sanità pubblica.

Provvedimenti come quello in esame stanno a significare che non solo i residenti campani hanno una sanità "peggiore", ma che non possono nemmeno rivolgersi liberamente a quelle "migliori", dovendo attendere il benevolo assenso dell'amministrazione, con profili di dubbio rispetto dell'equità e della non discriminazione nel godimento del diritto alla salute, che rischiano di essere tanto più compromesse tanto maggiori sono le esigenze di rientro del disavanzo.

Quando la seconda delle note ministeriali che avevano disciplinato il meccanismo della mobilità sanitaria, prima delle convenzioni tra regioni, dichiarava esplicitamente che andasse "mantenuta la libera scelta degli assistiti e la conseguente mobilità in ambito nazionale senza alcuna preclusione data da preventive autorizzazioni, oltre alla pre-

8 Così Corte cost. n. 416/1995.

scrizione del medico di fiducia”,⁹ probabilmente intendeva proprio evitare che la differenza tra i sistemi sanitari regionali venisse pagata doppiamente dagli assistiti dei sistemi meno efficienti, una prima volta come malcapitati utenti di una gestione sanitaria poco felice, e una seconda volta in quanto sottoposti, nella scelta di andare a curarsi dove vogliono, alla discrezionalità più o meno limitata dell’amministrazione sanitaria.

IBL Briefing Paper

CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.

I BRIEFING PAPER

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.