

GIULIANO COSTA\*

## Il divario sanitario e le politiche del PNRR. Bilancio e prospettive\*\*

ABSTRACT (EN): This research considers role and impact of the NRRP on the health gap in Italy. It develops four thematic cores: the first concerns the right to health and the role of the State and the Regions in its protection; the second reconstructs the health gap and researches its causes and effects through sectoral data; the third is dedicated to the NRRP and the analysis of its impact on this gap; finally, the fourth, in perspective, reasoning on the relationship between the sustainability of the Plan's equalisation objectives in the health field and the hypotheses of regional differentiation.

ABSTRACT (IT): La presente ricerca considera ruolo e impatto del PNRR sul divario sanitario in Italia. Essa sviluppa quattro nuclei tematici: il primo riguarda il diritto alla salute e il ruolo dello Stato e delle Regioni per la relativa tutela; il secondo ricostruisce il divario sanitario e ne ricerca cause ed effetti attraverso dati di settore; il terzo è dedicato al PNRR e all'analisi del relativo impatto su tale divario; il quarto, infine, ragiona in prospettiva sul rapporto tra sostenibilità degli obiettivi perequativi del Piano in ambito sanitario e le ipotesi di differenziazione regionale.

SOMMARIO: 1. Notazioni introduttive: divario sanitario e fratture territoriali. – 2. Verso la regionalizzazione della tutela della salute. – 3. Le asimmetrie assistenziali. – 4. Il PNRR per la salute: la Missione n. 6. – 4.1. Il rendimento. – 5. Osservazioni conclusive e alcune prospettive.

### 1. Notazioni introduttive: divario sanitario e fratture territoriali

Il presente lavoro considera il divario sanitario in Italia e analizza il ruolo e l'impatto che, in relazione ad esso, ha prodotto – e sta tutt'ora producendo – il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, al fine di valutare se – e, nel caso, come – esso stia incidendo sulla relativa portata<sup>1</sup>.

Al centro di questo divario, come noto, vi sono la garanzia e l'effettività del diritto alla salute, specie (ma non solo) nella sua dimensione sociale-prestazionale<sup>2</sup>: è questo, infatti, un osservatorio privilegiato, perché il divario territoriale si manifesta con maggiore forza e rivela fratture profonde e disegualanze sistemiche nell'ordinamento, che si riverberano su forma e

\* Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale – Università degli Studi di Napoli Federico II.

\*\* Articolo sottoposto a referaggio.

<sup>1</sup> Per un inquadramento, anche metodologico, del PNRR e del suo rendimento, nonché del suo impatto su forma di governo e tipo di Stato, si vv. U. RONGA, *Indirizzo politico e negoziazione interistituzionale nel PNRR*, in L. CASSETTI, F. FABRIZZI, A. MORRONE, F. SAVASTANO, A. STERPA (a cura di), *Scritti in memoria di Beniamino Caravita di Toritto*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024, p. 3149 ss.; A. MANZELLA, *L'indirizzo politico, dopo Covid e PNRR*, in *federalismi.it*, n. 19, 2022, p. 146 ss.; U. RONGA, *La Cabina di regia nel procedimento di attuazione del PNRR. Quale modello di raccordo tra Stato e Autonomie?*, in *Italian Papers on Federalism*, n. 2, 2022, p. 57 ss.

<sup>2</sup> Cfr. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 9.

tipo di Stato, e che sono ascrivibili solo in parte alle differenze economico-sociali tra il Nord e il Sud del Paese<sup>3</sup>.

Il fenomeno, del resto, è assai articolato: lo è sul piano delle cause, che affondano le proprie radici in tempi e assetti organizzativi risalenti, che interrogano sulla tenuta regionalismo e sul decentramento che, in questo ambito, si è determinato prima e dopo la revisione del Titolo V<sup>4</sup>; sulla distribuzione delle funzioni e sui criteri per la ripartizione delle risorse tra gli enti territoriali in ambito sanitario; sul modello legislativo e sull'evoluzione del Servizio sanitario nazionale in una prospettiva di decentramento amministrativo e programmatico, che ha legato sanità e regionalismo in una sorta di endiadi<sup>5</sup>. Ma lo è altresì sul piano degli effetti che, anche in connessione a tali scelte ordinamentali, sono venuti in rilievo nella prassi.

Le manifestazioni possibili del divario sanitario, infatti – e lo si vedrà nel dettaglio<sup>6</sup> – coinvolgono, tra l'altro, i seguenti ambiti: accesso alle cure, qualità ed efficacia dei servizi, gratuità delle prestazioni; mobilità sanitaria; diversità dei livelli di assistenza e di salute dei cittadini; e determinano, per questo, una tendenziale disomogeneità nella tutela della salute sul territorio nazionale<sup>7</sup>.

Insomma, la sua estensione segna un primato a livello europeo<sup>8</sup> e mette sotto tensione principi costituzionali (dal principio personalista e di eguaglianza a quello di unità della Repubblica) attraverso una “questione sanitaria”<sup>9</sup> nella quale garanzia ed effettività del diritto alla salute (ex art. 32 Cost.) sono variabili dipendenti della residenza dei cittadini<sup>10</sup>. Si tratta, del resto, di una questione irrisolta, perché non richiama temi nuovi al dibattito scientifico o politico-istituzionale; ma che, proprio perché ancora aperta, conserva la sua attualità. Ciò lo ha confermato l'esperienza più recente: a partire dalla pandemia da Covid-19<sup>11</sup>, che di tali fratture

<sup>3</sup> Cfr. R. BIFULCO, M.R. CARILLO (a cura di), *I nuovi caratteri del dualismo Nord-Sud. Aspetti economici sociali e normativi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013.

<sup>4</sup> Al riguardo, si v. i contributi di R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, p. 11 ss. e B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, p. 87 ss. in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002; nonché L. CUCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quad. cost.*, 23 settembre 2013, p. 1 ss.

<sup>5</sup> Cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, p. 659 ss.

<sup>6</sup> Cfr. *infra*, § 3.

<sup>7</sup> Per un'analisi su portata ed effetti del divario sanitario, si v. il Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, 2024, p. 2 ss.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>9</sup> In questi termini: cfr. R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza nell'emergenza pandemica*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia: problemi e prospettive*, Il Mulino, Bologna, 2022, p. 29.

<sup>10</sup> Come osserva G. RAZZANO, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la “Missione Salute” del PNRR*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2024, p. 52 ss.

<sup>11</sup> In una prospettiva più ampia, ne considerano le vicende: M. BARONE, *Il problematico statuto delle ordinanze emergenziali: appunti su una questione ancora attuale*, in *Gruppo di Pisa – La Rivista*, Quaderno n. 5, 2022, spec. p. 475 ss., dal punto di vista interistituzionale; P. BONINI, *Il decreto-legge in Parlamento. Questioni aperte e spunti di riforma*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024 e D. BRUNO, *La forma di governo alla prova delle emergenze. Itinerari di ricerca a partire dalla vicenda pandemica e bellica*, in *Nomos*, n. 2, 2024, p. 22 ss., dal punto di vista delle modalità della produzione normativa; L. CAVALLI, *Il Parlamento e l'emergenza. Forma di governo, fonti, ipotesi di digitalizzazione*, in *Media*

ha costituito un ulteriore fattore di disvelamento e riconferma<sup>12</sup>; ma altrettanto hanno fatto gli sviluppi politico-legislativi della XIX Legislatura (sia pure a esito di un lungo dibattito che ha attraversato le legislature precedenti)<sup>13</sup>, relativamente all'approvazione di una legge "quadro" di attuazione della clausola di differenziazione regionale prevista all'art. 116, comma terzo, Cost. che, anche rispetto a specifiche modalità realizzative, interroga sulla possibile capacità di ampliare la portata del divario, e determinare – secondo questo osservatorio – una sanità (ma con essa, un regionalismo) a geometria variabile<sup>14</sup>.

In questo quadro complesso – e peraltro già in una fase concomitante alla pandemia – si colloca il PNRR: strumento di matrice euro-nazionale per compensare all'impatto economico e sociale prodotto dalla pandemia e rilanciare le sorti del Paese<sup>15</sup>. E tra le Missioni di cui esso si compone, una è dedicata alla materia salute (la n. 6), e ambisce – almeno formalmente – a realizzare i seguenti obiettivi principali: rafforzare resilienza e prossimità del Servizio sanitario; ridurre le diseguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi e alle cure<sup>16</sup>.

Tuttavia, dinanzi ad alcuni limiti sistemici e *gap* strutturali intrinseci al contesto in cui esso interviene, l'intendimento perequativo del PNRR è messo alla prova in sede attuativa. Molte, infatti, sono le variabili che possono frapporsi al suo perseguimento: esso, infatti, dipende dalla capacità di spesa, dall'equilibrata distribuzione delle risorse, dalla capacità amministrativa e organizzativa dei soggetti attuatori, dal coordinamento interistituzionale, dallo sviluppo di progetti specifici per il Mezzogiorno; e, più in generale: dalla capacità della Repubblica – in ciascuna delle sue articolazioni – di assolvere all'impegno di rimuovere quegli ostacoli che si

---

*Laws*, n. 1, 2022, 256 ss. e U. RONGA, *L'emergenza in Parlamento. Attraverso e oltre la pandemia*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, p. 112 ss. dal punto di vista delle ricadute istituzionali.

<sup>12</sup> In tal senso: cfr. R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE online*, n. 1, 2023, 399 ss.

<sup>13</sup> Il riferimento è alle iniziative del Governo Prodi II, nella XV Legislatura: cfr. G. DI COSIMO, *Sui contenuti del regionalismo differenziato*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, n. 1, 2008, p. 63 ss.; e, nella XVIII Legislatura, agli schemi di disegno di legge "quadro" di Boccia (risalente all'11 novembre 2019, al tempo del Governo Conte I) e Gelmini (28 aprile 2022, Governo Conte II). Sul punto, per ulteriori apprendimenti relativi all'esperienza delle "bozze" del 2019, si v. A. LUCARELLI, *Regionalismo differenziato e incostituzionalità diffuse*, in *Diritto pubblico europeo – Rassegna online*, n. 2, 2019, 1 ss.; E. GIANFRANCESCO, *L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. tra nodi problematici e prospettive evolutive del regionalismo italiano*, in *Consulta online*, n. 1, 2020, p. 34 ss.

<sup>14</sup> Si tratta, nello specifico, della legge n. 86/2024, recante "*Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*", oggetto di una declaratoria di parziale illegittimità costituzionale: cfr. Corte cost. sent. n. 192/2024. Sul tema, si v. P. COLASANTE, *Il regionalismo italiano e il potenziale sviluppo di un Compact fra le Regioni per modularne l'autonomia: asimmetria uti singuli o uti universi?*, in *Diritti regionali*, n. 3, 2023, p. 779 ss.; D. CODUTI (a cura di), *La differenziazione nella Repubblica delle autonomie*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 1 ss. In questo ambito, per approfondire le principali coordinate del dibattito del rapporto tra sanità e differenziazione regionale, si v. M. D'ANGELOSANTE, *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2024, p. 129 ss.

<sup>15</sup> Ne approfondisce natura e modello di *governance*: cfr. U. RONGA, *Indirizzo politico*, cit., p. 3149 ss.; sulla natura euro-nazionale del Piano, si v. A. MANZELLA, *L'indirizzo politico*, cit., p. 146 ss.; N. LUPO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: un nuovo procedimento euro-nazionale*, in *federalismi.it*, n. 5, 2023, p. 2 ss.

<sup>16</sup> Specificamente nell'ambito della Missione n. 6: cfr. G. RAZZANO, *Equità e integrazione*, cit., 52 ss.; più in generale, sull'impatto del PNRR sul divario territoriale: cfr. A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle diseguaglianze territoriali: note introduttive*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2022, p. 270 ss.

frappongono al pieno sviluppo della persona e, dunque, alla garanzia del principio di eguaglianza secondo l'accezione sostanziale.

In questa prospettiva, la linea di ricerca di fondo del contributo intende capire se – e come – il Piano riuscirà a colmare il divario sanitario, allo scopo di trarne un bilancio e alcune considerazioni di prospettiva.

Per farlo, il lavoro sviluppa quattro nuclei tematici: il *primo* è dedicato al diritto alla salute e, di questo, se ne ricostruiscono – per linee essenziali – natura e modello costituzionale e ordinamentale, specie dal punto di vista della distribuzione delle funzioni tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute e del processo di regionalizzazione del Servizio sanitario (§ 2); il *secondo* è dedicato al fenomeno del divario sanitario: di questo si cercherà di ripercorrerne le cause e di ricostruirne la portata e i relativi effetti, anche attraverso il supporto di dati di settore (§ 3); il *terzo*, poi, approfondisce il ruolo del PNRR in relazione al divario sanitario: se ne ricostruiscono gli obiettivi (§ 4) e si analizza il rendimento, in termini di obiettivi conseguiti, prodotto dal 2021 ad oggi (§ 4.1); il *quarto*, infine, sviluppa alcune considerazioni di sintesi e ragiona sul rapporto tra la sostenibilità nel tempo degli intendimenti perequativi del PNRR con il processo di differenziazione regionale (§ 5).

## 2. Verso la regionalizzazione della tutela della salute

La salute, come noto, si configura come un bene giuridico di rilievo costituzionale dalla natura composita<sup>17</sup>: *fondamentale diritto* dell'individuo e, al contempo, *interesse* della collettività; esso comprende *volti* diversi: quello di *libertà* (positiva e negativa), attraverso cui si esprime il principio di autodeterminazione (il diritto di curarsi, non curarsi o rifiutare le cure); e quello di un diritto *sociale*, perciò di tipo *prestazionale*, che consiste nel diritto a ricevere cure e prestazioni sanitarie gratuite per gli indigenti (art. 32, comma primo, Cost.).

La sua tutela, nel riparto di competenze *ex art.* 117 Cost. e della relativa legislazione attuativa, è stata oggetto di progressive trasformazioni, specie quanto al ruolo dello Stato e delle Regioni e ai relativi rapporti<sup>18</sup>. A partire dal 1948 ad oggi, infatti, nell'esperienza repubblicana si è delineato un progressivo processo di regionalizzazione della tutela della salute, che comprende almeno tre principali fasi: una prima, dal 1948 al 1977, a prevalenza centralista; una seconda, dal 1978 al 1990, in uno schema collaborativo, ma comunque con il primato dello Stato; una terza, dal 1991 al 2003, con la progressiva affermazione dell'autonomia regionale.

---

<sup>17</sup> Sulla disciplina costituzionale del diritto alla salute e sulla relativa natura la letteratura è amplissima. Per approfondirne i *volti* e le dimensioni, *ex multis*, si v. B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, n. 1, 1984, p. 21 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, UTET, Torino, 2006; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, Giuffrè, Milano, VI, 2006, p. 5397; M. LUCIANI, *Diritto alla Salute (diritto costituzionale)*, in *Enc. giur.*, XXVII, 1991; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 41 ss. e p. 87 ss.

<sup>18</sup> Per una analisi diacronica di tali trasformazioni, si v. L. CUCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario*, *cit.*, p. 1 ss.; A. CAPPUCCI, *Il processo evolutivo della sanità italiana: dagli "spedali" alle aziende sanitarie*, in *Ragiusan*, n. 215-216, 2002, p. 6 ss.

In tal senso, quanto alla *prima fase* (1948-1977), nella formulazione originaria del 1948 la Costituzione riconduceva la tutela della salute all'«assistenza sanitaria e ospedaliera» (art. 117, comma primo, Cost.): una materia di potestà legislativa concorrente in cui il ruolo delle Regioni – almeno formalmente – era circoscritto dai principi statali e da meccanismi di controllo preventivo sull'esercizio della relativa funzione legislativa. Un assetto che trovava continuità nell'impianto legislativo: anche in ragione della inattuazione del modello regionalista (fino al 1970)<sup>19</sup> e sino al 1977, infatti, la tutela della salute era affidata a un sistema centralizzato, di tipo mutualistico e corporativo, fondato sul concorso di enti previdenziali e assistenziali<sup>20</sup>.

È con la legge n. 833 del 1978 che si apre la *seconda fase* (1978-1990) e lo schema di rapporti si trasforma con l'istituzione del *Servizio sanitario nazionale*<sup>21</sup>: un insieme di funzioni, strutture e servizi per la tutela della salute secondo i principi di *eguaglianza* e *universalità*, che si realizza con l'attività di indirizzo e controllo dello Stato; e con il concorso degli enti territoriali: delle Regioni, con funzioni amministrative e legislative nell'ambito dei principi statali (ex art. 11, l. n. 833 del 1978); dei Comuni, con funzioni amministrative residuali; e con la partecipazione dei cittadini (anche in una prospettiva sussidiaria-orizzontale)<sup>22</sup>.

Nella *terza fase* (1991-2003), poi, si determina quel progressivo processo di regionalizzazione. In questa direzione, infatti, hanno operato le riforme degli anni Novanta: sul piano amministrativo e sul piano finanziario.

Circa il piano amministrativo: il d.lgs. n. 502/1992, ha promosso un modello che valorizza l'autonomia programmatica e il controllo delle Regioni, l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, la libera scelta del luogo di cura<sup>23</sup>; il d.lgs. n. 517/1993, nel consolidare differenziazione e aziendalizzazione, ha introdotto un sistema di valutazione delle *performance*, con un modello di tipo “concorrenziale”<sup>24</sup>; il d.lgs. n. 229/1999, poi: ha ulteriormente consolidato questo processo con la separazione tra indirizzo politico-programmatico (delle Regioni, che approvano i *Piani sanitari regionali*) e gestione operativa-amministrativa (assegnata ai *Direttori generali* delle ASL)<sup>25</sup>; ha introdotto e stabilito le modalità di determinazione dei

<sup>19</sup> Com'è noto, è solo nel 1970 che si sono svolte le prime elezioni dei Consigli regionali; ed è con la legge n. 281/1970, recante “*Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario*”, che si è dato luogo al decentramento amministrativo: cfr. d.P.R. n. 4 del 1972 e d.P.R. n. 616 del 1977.

<sup>20</sup> Cfr. V. ANTONELLI, *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in *Amministrazione in Cammino*, 26 gennaio 2009, p. 1 ss.

<sup>21</sup> Cfr. l. 833 del 1978.

<sup>22</sup> Approfondisce questo aspetto: G. VERARDO, *Le organizzazioni di volontariato e gli altri soggetti del Terzo settore quali attori del Servizio integrato dei servizi sociali e del Sistema sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza*, cit., p. 233. Inoltre, in una prospettiva più ampia, si v. F. PIZZOLATO, *Sussidiarietà mite e costruzione dal «basso» dell'ordinamento democratico*, in D. CIAFFI, F.M. GIORDANO (a cura di), *Storia, percorsi e politiche della sussidiarietà. Le nuove prospettive in Italia e in Europa*, Il Mulino, Bologna, 2020, spec. p. 299 ss.

<sup>23</sup> Cfr. art. 8-bis, co. 2, d.lgs. n. 502/1992.

<sup>24</sup> Cfr. art. 3, co. 1-bis.

<sup>25</sup> Cfr. art. 2, co. 1, e art. 3, co. 1, d.lgs. n. 229/1999.

LEA<sup>26</sup>; e ha istituito nuclei di valutazione interna per la verifica della qualità dell'attività della ASL<sup>27</sup>.

Sul versante finanziario, invece, è intervenuto il d.lgs. n. 56/2000, in materia di federalismo fiscale, che ha previsto interventi specifici in materia di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario (anche in materia sanitaria), per valorizzarne l'autonomia e la responsabilità nella gestione delle risorse pubbliche<sup>28</sup>. Tra questi: la soppressione di trasferimenti statali<sup>29</sup>, l'assegnazione di una quota di tributi erariali propri alle Regioni (compartecipazione alla quota IRPEF, gettito dell'IRAP e delle accise)<sup>30</sup>; ha istituito un *Fondo perequativo*, alimentato da risorse statali, per sostenere quelle Regioni che non fossero in grado di garantire i servizi essenziali con la propria capacità fiscale<sup>31</sup>.

Questo processo ha trovato riconoscimento costituzionale con la revisione del Titolo V (l. cost. n. 3/2001)<sup>32</sup>, dove la tutela della salute assurge a materia di potestà legislativa concorrente (art. 117, comma terzo, Cost.)<sup>33</sup> e si svolge con il concorso dell'attività statale cui spetta altresì definire, nell'ambito della potestà esclusiva che le è propria, i Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, comma secondo, lett. m., Cost.)<sup>34</sup>.

### 3. Le asimmetrie assistenziali

Il processo di regionalizzazione della tutela della salute ha segnato il passaggio da un Servizio sanitario "nazionale" ad un insieme di Servizi sanitari "regionali", ciascuno dotato di una propria autonomia organizzativa e finanziaria<sup>35</sup>; e allo scopo di (cercare di) garantire livelli minimi omogenei di assistenza sanitaria sul territorio nazionale, come si è visto, con d.P.C.M. del 29 novembre 2001 sono stati definiti i LEA.

Tuttavia, il sistema non ha tardato a rivelare disfunzioni, specie amministrative e finanziarie: in assenza di meccanismi per il controllo preventivo della spesa e di criteri per l'allocazione delle

<sup>26</sup> Cfr. d.P.C.M. del 29 novembre 2001 che, per la prima volta, reca una "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

<sup>27</sup> Cfr. art. 3-bis, d.lgs. n. 229/1999. Per ulteriori apprendimenti sul tema della valutazione delle politiche pubbliche, si v. F. DAL CANTO, A. SPERTI (a cura di), *Gli strumenti di analisi e di valutazione delle politiche pubbliche*, Giappichelli, Torino, 2022.

<sup>28</sup> Principi che saranno successivamente implementati con la legge n. 42 del 2009. Su questo profilo, da ultimo, si v. E. D'ORLANDO, *Uguaglianza nel godimento dei diritti e buon governo delle risorse pubbliche: LEP, costi e fabbisogni standard, federalismo fiscale, nella cornice dello Stato regionale cooperativo*, in *federalismi.it*, 30 aprile 2025, p. 2.

<sup>29</sup> Cfr. art. 1, co. 1, d.lgs. n. 56/2000.

<sup>30</sup> Cfr. artt. 2, 3, 4.

<sup>31</sup> Cfr. art. 7, co. 1.

<sup>32</sup> Al riguardo, per approfondire, si v. R. BIFULCO, *Le Regioni*, il Mulino, Bologna, 2014.

<sup>33</sup> Sulla ripartizione di competenze in materia di salute in seguito alla revisione del Titolo V, si vv. D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, n. 1, 2018, p. 1 ss.; C. FASONE, *Tutela della salute (art. 117.3)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2005, 283 ss.

<sup>34</sup> Cfr. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017, p. 2 ss.; su questo tema, in relazione alle vicende della differenziazione regionale, si v. altresì G.M. SALERNO, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *federalismi.it*, n. 1, 2023, p. IV ss.

<sup>35</sup> In questo senso: cfr. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit., p. 11.

risorse, infatti, nei primi anni Duemila molteplici sono stati i casi di squilibrio finanziario (in termini di disavanzo, sfioramento, *deficit*); e poco – almeno, rispetto agli obiettivi del Legislatore – sono riusciti a fare i *Piani di rientro sanitari*<sup>36</sup> (l. n. 311/2004, art. 1, commi 173 e ss.) per comporre quella frattura, nel frattempo consolidatasi (specie nelle Regioni del Mezzogiorno), in cui consiste il divario sanitario.

È questo, come si è in parte anticipato, un divario che ha ad oggetto asimmetrie relative ai livelli quantitativi e qualitativi di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie per la prevenzione e l'assistenza distrettuale e ospedaliera. Rintracciarne le cause, e soprattutto misurarne la portata, non è agevole, perché richiede di confrontarsi con fattori diversi: ordinamentali, a partire dalla distribuzione delle funzioni tra gli enti; finanziari, quanto ai criteri per la distribuzione delle risorse; amministrativi, quanto alla capacità assistenziale dei servizi regionali rispetto alle “domande di cura” dei cittadini<sup>37</sup>. In particolare: quello ordinamentale e – soprattutto – quello finanziario, anche alla luce della natura «finanziariamente condizionata»<sup>38</sup> del diritto alla salute, ne costituiscono i fattori pregiudiziali: la formazione o la correzione del divario, del resto, dipendono anzitutto dalla disponibilità delle risorse e dai criteri con le quali vengono distribuite. Sicché, nel contesto attuale, vengono in rilievo l'insufficienza del finanziamento pubblico per la copertura dei costi relativi ai LEA<sup>39</sup> e la complessiva inadeguatezza dei criteri che informano la distribuzione delle risorse a favore dei territori: criteri, come noto, per lo più quantitativi, relativi alla popolazione<sup>40</sup> e al corrispondente dato anagrafico<sup>41</sup> e non a parametri qualitativi<sup>42</sup>.

Questo è dimostrato, del resto, dalle rilevazioni concernenti la spesa *pro capite* e l'offerta di servizi per promuovere investimenti in ambito sanitario: nel primo caso<sup>43</sup>, sono prevalentemente le Regioni del Mezzogiorno<sup>44</sup> a collocarsi al di sotto della media nazionale<sup>45</sup>

<sup>36</sup> Al riguardo, si v. A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pacini Giuridica, Pisa, 2021, p. 45 ss.; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2013, p. 1 ss.; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro del disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *federalismi.it*, n. 23, 2014, p. 2 ss.

<sup>37</sup> Pertanto, nel lavoro si è fatto ricorso ai dati di settore ad oggi disponibili nell'ambito dei più recenti report ministeriali, parlamentari, di agenzie accreditate e istituti di ricerca specializzati. Tra questi: ISTAT, *Le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie - Anno 2023*, 6 febbraio 2025; SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit.; CREA, *Sanità. Il futuro incerto del SSN, fra compatibilità macroeconomiche e urgenze di riprogrammazione*, 2023; CORTE DEI CONTI, *Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali*, deliberazione n. 4/SEZAUT/2024/FRG, 2024; Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il nuovo sistema di garanzia*, 2022; Report AGENAS, *La Mobilità sanitaria in Italia*, 2023.

<sup>38</sup> Così: R. BALDUZZI, *Salute*, cit., p. 5397.

<sup>39</sup> Cfr. Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 10 ss.

<sup>40</sup> Per il 60%: è la c.d. *quota capitaria secca*, che considera il numero di abitanti residenti.

<sup>41</sup> Per il restante 40%: è la c.d. *quota capitaria pesata*, che considera età e patologie, integrando il dato quantitativo della popolazione.

<sup>42</sup> Criteri con i quali, viceversa, mediante l'impiego di parametri socio-economici, sarebbe possibile sviluppare e promuovere politiche redistributive a favore dei territori con una minore capacità di spesa.

<sup>43</sup> È la c.d. spesa *pro capite*.

<sup>44</sup> Cfr. Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 10 ss., in cui si rileva che le Regioni del Mezzogiorno hanno ricevuto, in media, risorse inferiori. Tra queste, in particolare, si segnalano: la Calabria, che è all'ultimo posto (con 1.748 € per abitante), seguita da Campania (con 1.818€), Basilicata (con 1.941 €) e Puglia (con 1.978 €).

<sup>45</sup> Tale soglia corrisponde a 2.140 €: cfr. Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 2.

rispetto alle Regioni e alle Province autonome del Nord Italia<sup>46</sup>; e analogamente, nel secondo caso, quanto alla capacità di investimento<sup>47</sup>: rispetto alla media nazionale<sup>48</sup>, al Sud, la Campania ne prevede 18 € e la Calabria 27 €; al Centro, il Lazio ne prevede 24 €; al Nord, invece, il Trentino-Alto Adige 97 €, la Valle d'Aosta 85 €, il Friuli-Venezia Giulia 60 €<sup>49</sup>.

Questi dati si riflettono, a cascata, sulla capacità performativa dei sistemi regionali nella garanzia dei LEA per prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera che, complessivamente, si rivelano: minori nel Mezzogiorno<sup>50</sup>; eterogenee al Centro, ancorché con risultati leggermente al di sopra della media nazionale<sup>51</sup>; maggiori – e anche al di sopra della media – nelle Regioni del Nord<sup>52</sup>.

Ulteriori differenze, poi, investono il piano infrastrutturale, rispetto alla capacità di offrire presidi assistenziali sufficienti: dei 12.363 a livello nazionale, per 408 mila posti letto (sette ogni 1.000 residenti), la maggiore disponibilità si registra nel Nord-Est, per dieci posti letto ogni 1.000 residenti, mentre al Sud, tre<sup>53</sup>.

Tra i principali effetti di queste asimmetrie (anzitutto qualitative, corrispondenti alle difficoltà di garantire adeguati *standard* assistenziali nel Mezzogiorno), si registra una certa “cronicizzazione”<sup>54</sup> del fenomeno della c.d. mobilità sanitaria: una mobilità prevalentemente ascendente, che dal Sud muove verso il Centro e, soprattutto, il Nord (che si rivela più attrattivo, per quantità e qualità dei servizi offerti), che determina conseguenze rimarchevoli sul piano finanziario. Quello della mobilità sanitaria, infatti, è un fenomeno che è possibile misurare attraverso l'angolo visuale di specifiche voci di bilancio regionali<sup>55</sup>: voci di *credito*, in relazione alla c.d. *mobilità attiva*, per le Regioni che offrono assistenza a pazienti non residenti; e voci di *debito*, quanto alla *mobilità passiva*, per le Regioni da cui i pazienti migrano. In questo ambito<sup>56</sup>, i livelli di mobilità passiva più elevati coinvolgono tredici Regioni, in prevalenza del Centro-

---

<sup>46</sup> Più nello specifico, si registrano i seguenti valori: la Provincia Autonoma di Bolzano (con 2.527 €), il Friuli-Venezia Giulia (con 2.583 €) e l'Emilia-Romagna (con 2.495 €).

<sup>47</sup> È la c.d. spesa *in conto capitale*.

<sup>48</sup> La media nazionale è di 41 € per abitante.

<sup>49</sup> Cfr. Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 2.

<sup>50</sup> Sia pure con qualche eccezione: Abruzzo, Basilicata, Puglia. In particolare, nelle rilevazioni previste nel Rapporto CREA, *Sanità. Il futuro incerto del SSN*, cit., p. 571 ss., i livelli peggiori si registrano in Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia.

<sup>51</sup> È il caso delle Regioni Lazio e Umbria.

<sup>52</sup> Tra cui Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Trentino-Alto Adige: cfr. Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il nuovo sistema di garanzia*, cit.

<sup>53</sup> Cfr. Rapporto ISTAT, *Le strutture residenziali*, cit., p. 2.

<sup>54</sup> L'espressione è mutuata dal Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 21.

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>56</sup> Cfr. CORTE DEI CONTI, *Relazione al Parlamento*, cit., p. 133 ss.

Sud<sup>57</sup>, con il *deficit* maggiore in Campania<sup>58</sup>; specularmente, quelli con una mobilità attiva maggiore si registrano in Lombardia<sup>59</sup>, Emilia-Romagna<sup>60</sup>, Toscana<sup>61</sup> e in Veneto<sup>62</sup>.

La questione del divario sanitario, dunque, è strutturale e assume una portata altrettanto rilevante nello scenario europeo: rispetto alla media degli Stati membri, infatti, l'Italia registra il maggiore tasso di differenza infra-territoriale<sup>63</sup> e un tendenziale sottofinanziamento del *Servizio sanitario nazionale*<sup>64</sup> che, secondo alcune previsioni, sarà interessato da ulteriori riduzioni<sup>65</sup>. Ciò è inevitabilmente destinato a riverberarsi sulla complessiva equità del sistema (anche alla luce della crescente spesa sanitaria sostenuta dai cittadini, nonostante l'incremento del fenomeno della c.d. povertà sanitaria) e sulle profonde disuguaglianze che questo genera nell'accesso e nella qualità delle cure.

#### 4. Il PNRR per la salute: la Missione n. 6

All'interno di questo difficile contesto interviene il PNRR e, in particolare, la Missione n. 6 dedicata alla "Salute" (ma non solo, in ragione di alcuni profili di trasversalità con la Missione n. 5, "Inclusione e Coesione"). Come noto, essa mira a correggere disfunzioni e criticità del sistema sanitario, specie quanto alla portata del divario Nord-Sud che in questo ambito si determina, attraverso la promozione di un modello (definito *One health*, per la tutela della salute in un'ottica globale e una visione olistica *Planetary Health*)<sup>66</sup> che valorizza prossimità, equità e sostenibilità<sup>67</sup>.

---

<sup>57</sup> Per un totale di circa 14 miliardi. Più nel dettaglio, di queste, cinque presentano saldi negativi superiori al miliardo di euro: la Campania (con -2,94 miliardi), la Calabria (con -2,71 miliardi), il Lazio (con -2,19 miliardi), la Sicilia (con -2 miliardi) e la Puglia (con -1,84 miliardi).

<sup>58</sup> Con un saldo negativo di 2,94 miliardi.

<sup>59</sup> Con un saldo positivo di 6,18 miliardi.

<sup>60</sup> Con un saldo positivo di 3,35 miliardi.

<sup>61</sup> Con 1,34 miliardi.

<sup>62</sup> Con 1,14 miliardi. In questo quadro, con riferimento ai ricoveri ospedalieri: la mobilità passiva ha interessato 629 mila pazienti (il 44% proveniente da Regioni del Sud); mentre al Sud la mobilità attiva ha coinvolto 98 mila pazienti (il 15% di quella totale-nazionale). Al riguardo, per ulteriori apprendimenti, si v. Report AGENAS, *La Mobilità sanitaria*, cit., p. 17 ss.

<sup>63</sup> Cfr. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, p. 3 ss.

<sup>64</sup> Rispetto alla media dei principali Paesi europei, infatti, gli investimenti nell'ambito sanitario coinvolgono soltanto il 6,6% del PIL (dati 2010-2019), a fronte del 6,8% della media europea (e, in particolare: del 9,4 della Germania e dell'8,9% della Francia): cfr. Rapporto SVIMEZ, *Un Paese due cure*, cit., p. 2.

<sup>65</sup> Le previsioni dell'Ufficio parlamentare di Bilancio indicano una possibile contrazione fino al 6,3% del PIL entro il 2026: cfr. *Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge di bilancio per il 2025 (C. 2112-bis)*, 5 novembre 2024.

<sup>66</sup> Ricostruisce le radici (anche istituzionali) del concetto di *One Health* e il relativo rapporto con il PNRR: S. IARIA, *Le potenzialità del PNRR ed il progetto "One Health" nella prospettiva del rilancio dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Amministrazione in Cammino*, 19 giugno 2024, p. 9.

<sup>67</sup> Cfr. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR*, cit., p. 3 e, da ultimo, si v. D.A. PISANI, *Il percorso di attuazione della Missione Salute del PNRR: lo stato dell'arte*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Giappichelli, Torino, 2025, p. 279.

Ciò avviene mediante una quota ingente di finanziamento<sup>68</sup>, con una distribuzione calibrata strutturalmente anche in funzione delle esigenze specifiche delle Regioni del Mezzogiorno<sup>69</sup>; risorse integrate altresì da ulteriori programmi di finanziamento: dal *Piano Nazionale Complementare*<sup>70</sup>; dal programma *React-EU*<sup>71</sup>; dal Programma nazionale “*Equità nella salute*” (finalizzato al rafforzamento dei servizi sanitari nel Mezzogiorno)<sup>72</sup>.

Tale Missione si articola in due componenti, ciascuna comprensiva di specifici programmi di investimento e riforma: la prima “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*”<sup>73</sup>, promuove l’integrazione socio-sanitaria mediante investimenti infrastrutturali per lo sviluppo di un sistema “di prossimità” efficiente, per potenziare l’assistenza domiciliare<sup>74</sup> e, più in generale, per eliminare (o, almeno, cercare di ridurre) il divario Nord-Sud nell’accesso alle cure. In questa prospettiva, tale componente prevede riforme per introdurre *standard* minimi comuni orientati a migliorare la *governance* della sanità territoriale<sup>75</sup>; nonché, a valorizzare il coordinamento dei servizi sanitari e sociali – secondo un approccio “integrato” con la Missione n. 5 – per garantire l’assistenza alle persone vulnerabili<sup>76</sup>.

La seconda componente, rubricata “*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale*”<sup>77</sup> comprende investimenti e riforme per promuovere l’utilizzo del *Fascicolo sanitario elettronico*<sup>78</sup>, di sistemi di sicurezza avanzati e lo sviluppo della ricerca e la formazione del personale<sup>79</sup>.

Sono obiettivi ambiziosi, riconducibili a un programma articolato ma che sembra fortemente orientato ad incidere sulla correzione delle asimmetrie territoriali in ambito sanitario (e non solo in questo ambito). In relazione ad essi, e al fine di comprenderne l’effettivo

---

<sup>68</sup> Come noto, alla Missione n. 6 sono destinati oltre 15 miliardi di euro (si tratta dell’8,16% del finanziamento del Piano complessivo).

<sup>69</sup> Anche per la Missione n. 6, infatti, si privilegia una riserva del 40% delle risorse a favore delle Regioni del Sud Italia. Al netto della Lombardia, che ne assume il primato (con circa 2,05 miliardi di euro), è la Campania la Regione del Sud che ha ricevuto la quota di finanziamento più elevata (per un totale di 1,63 miliardi di euro), seguita dalla Sicilia (con 1,24 miliardi di euro), dalla Puglia (con 1,05 miliardi) e dalla Calabria (con 552 milioni: cifra che assume particolare rilievo anche in rapporto con la relativa popolazione). Sul punto, per approfondire il riparto delle risorse per la Missione n. 6, si v. *Monitoraggio del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I traguardi e gli obiettivi per il conseguimento della VII rata. La programmazione nelle Regioni*, 20 febbraio 2025, p. 124.

<sup>70</sup> Con un totale di 2,89 miliardi di euro.

<sup>71</sup> Con 1,71 miliardi di euro.

<sup>72</sup> Con un totale di 625 milioni di euro.

<sup>73</sup> Con una dotazione complessiva di circa 7 miliardi di euro.

<sup>74</sup> Ciò anche mediante l’implementazione della telemedicina.

<sup>75</sup> Cfr. L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, n. 26, 2023, p. 18.

<sup>76</sup> Si tratta di persone con disabilità ovvero di anziani non autosufficienti: sul punto, cfr. G. RAZZANO, *Equità e integrazione*, cit., p. 61.

<sup>77</sup> Con una dotazione di 8,63 miliardi di euro.

<sup>78</sup> Al riguardo e, più in generale, sul rapporto tra nuove tecnologie e salute, si v. E. CATELANI, *Nuove tecnologie e tutela del diritto alla salute: potenzialità e limiti dell’uso della Blockchain*, in *federalismi.it*, n. 4, 2022, spec. p. 211.; R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *federalismi.it*, n. 5, 2021, p. 1 ss.

<sup>79</sup> Ciò anche attraverso la valorizzazione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

rendimento e impatto, la successiva sezione del lavoro è dedicata all'analisi degli obiettivi realizzati dal 2021 ad oggi.

#### 4.1. Il rendimento

La realizzazione di questo programma si è rivelata complessa: molteplici, infatti, sono stati i ritardi in sede attuativa e altrettante le rimodulazioni (di obiettivi e risorse) che hanno fatto seguito, tra l'altro, alla modifica del Piano<sup>80</sup>. Ciò nonostante, i risultati conseguiti sembrano rilevanti nella prospettiva di questo lavoro: nell'ambito della Missione n. 6 (e per quanto di specifico interesse nella Missione n. 5), infatti, il potenziamento dell'assistenza territoriale (anche per le persone più vulnerabili) e la modernizzazione del sistema ospedaliero (ma, come si vedrà, non solo), sono azioni che – direttamente o indirettamente – contribuiscono ad affrontare il divario sanitario e a promuovere un modello di prossimità che può ridurre le disuguaglianze.

In questo ambito, dunque, tra i numerosi possibili interventi (di investimento o riforma), si considerano i risultati conseguiti dal 2021 ad oggi mediante una scansione per Missioni, Componenti e, nell'ambito di queste, per piani o ambiti di operatività.

Secondo questo schema, nell'ambito della Missione n. 6, Componente n. 1, i principali obiettivi perseguiti operano nei seguenti piani: *normativo, infrastrutturale, tecnologico*.

Sul piano *normativo*, è stata realizzata la riforma dell'assistenza territoriale “di prossimità” che ha introdotto un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, basato sull'individuazione di *standard* strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi sul territorio nazionale<sup>81</sup>; sono stati introdotti incentivi di flessibilità per l'assunzione del personale delle aziende e degli enti del SSN<sup>82</sup>.

Sul piano *infrastrutturale*, sono state attivate 612 *Centrali operative territoriali* (COT)<sup>83</sup> – peraltro superando il *target* europeo (di 480)<sup>84</sup>; sono stati avviati i lavori di 943 cantieri per la realizzazione di 1.038 *Case della Comunità* entro il 2026 (ad oggi, dunque, il 91% rispetto al

---

<sup>80</sup> La modifica, intervenuta per l'integrazione del capitolo sul *RePowerEU*, è stata presentata dal Governo (dopo l'approvazione parlamentare del 1° agosto 2023) alla Commissione europea che, con parere positivo, ne ha consentito l'approvazione del Consiglio dell'Unione europea l'8 dicembre 2023.

<sup>81</sup> Cfr. M6C1 - Riforma 1 “*Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio*”: conseguito con l'approvazione del d.m. n. 77/2022 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*”, che prevede il controllo semestrale dell'AGENAS (art. 2).

<sup>82</sup> Cfr. art. 5 del d.l. n. 73/2024, recante “*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*”.

<sup>83</sup> Cfr. M6C1 - Sub-Investimento 1.2.2 “*Centrali operative territoriali*”: sottoscritti i *Contratti istituzionali di sviluppo* e i *Piani operativi regionali* con cui il Ministero della Salute garantisce ai soggetti attuatori il supporto tecnico di *Invitalia*; sono stati attivati 67 progetti di Centrali operative; altresì, al fine di affrontare l'incremento dei costi, ulteriori risorse sono state ricavate dal *Fondo opere indifferibili*: cfr. *Sesta relazione*, cit., p. 231.

<sup>84</sup> Soglia minima individuata in sede europea: *Ibid.*, p. 231.

target previsto)<sup>85</sup> e, di questi, 518 si collocano nel Mezzogiorno<sup>86</sup> (pur con qualche ritardo attuativo)<sup>87</sup>; sono stati avviati 278 cantieri (su 307 previsti; vale a dire: il 91% del target da rendicontare)<sup>88</sup> per la costruzione di *Ospedali di Comunità*<sup>89</sup>, con una prioritaria assegnazione a favore del Mezzogiorno<sup>90</sup> (anche in questo caso, con qualche difficoltà realizzativa)<sup>91</sup>.

Sul piano *tecnologico*, è stata incrementata la capacità di assistenza domiciliare (specie della popolazione con età superiore ai 65 anni) con l'adozione di linee guida digitali e il potenziamento del sistema informativo (SIAD)<sup>92</sup>; è stata implementata la telemedicina per la presa in carico di pazienti cronici<sup>93</sup> (prevista nel corso del 2025) ed è stata completata la programmazione della *Piattaforma Nazionale di Telemedicina* (PNT)<sup>94</sup> per il controllo e il raccordo tra Amministrazione centrale ed enti territoriali nei processi di telemedicina regionali.

Nell'ambito della Componente n. 2 della medesima Missione, invece, gli obiettivi riguardano investimenti e riforme nei seguenti ambiti: *digitalizzazione dei servizi, assistenza ospedaliera, formazione e ricerca*.

Circa gli interventi per la *digitalizzazione*: è stato realizzato l'80% degli ordinativi previsti per la transizione digitale di 280 *Dipartimenti di emergenza e accettazione* di primo<sup>95</sup> e secondo livello<sup>96</sup>; per l'implementazione dell'impiego del Fascicolo sanitario elettronico, di sistemi informativi avanzati per il Pronto soccorso, della telemedicina e diagnostica digitale, della sicurezza e della protezione dei dati<sup>97</sup>; ciò consente, peraltro (sia pure come effetto indiretto) il potenziamento

---

<sup>85</sup> Cfr. M6C1 - Investimento 1.1 "*Casa della Comunità*": il Consiglio ECOFIN ha rimodulato l'obiettivo e previsto l'attivazione di 1.038 strutture (rispetto alle originarie 1350) entro giugno 2026.

<sup>86</sup> Si tratta del 40% delle strutture a livello nazionale: 169 in Campania, 121 in Puglia, 106 in Sicilia, 57 in Calabria, 40 in Abruzzo, 19 in Basilicata, 6 in Molise.

<sup>87</sup> Al 30 giugno 2024, infatti, sono 268 le Case della Comunità a livello nazionale e si concentrano in Lombardia (129), Veneto (59), Emilia-Romagna (44): cfr. Rapporto iFEL, *Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei comuni italiani*, 2025, p. 28.

<sup>88</sup> Cfr. *Sesta relazione*, cit., p. 234.

<sup>89</sup> Cfr. M6C1 - Investimento 1.3 "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*": da completarsi entro giugno 2026, riguarda la predisposizione di strutture sanitarie di ricovero breve, per pazienti destinatari di interventi a medio-bassa intensità clinica e a brevi periodi di degenza.

<sup>90</sup> In questa area sono previsti 151 *Ospedali di Comunità* (il 35% degli interventi programmati): 45 sono in Campania, 38 in Puglia, 43 in Sicilia, 20 in Calabria, 5 in Basilicata.

<sup>91</sup> A livello nazionale, infatti, solo 10 *Ospedali di Comunità* sono stati realizzati (il 2,3% del totale). La situazione è complessa anche al Mezzogiorno: in Campania, solo il 21% dei cantieri è attivo; in Puglia, sono meno del 47% i cantieri attivi; in Sicilia e Basilicata, i lavori non sono ancora partiti: cfr. *Sesta relazione*, cit. p. 233.

<sup>92</sup> Cfr. M6C1 - Sub-investimento 1.2.1 "*Assistenza domiciliare*": conseguito con l'approvazione del d.m. 77/2022, che ha consentito la presa in carico di 529.761 nuovi assistiti.

<sup>93</sup> Cfr. M6C1 - Sub-investimento 1.2.3 "*Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici*". Conseguito con i seguenti decreti: d.m. 29 aprile 2022 "*Linee guida organizzative contenenti il modello di sanità digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*"; d.m. 21 settembre 2022 "*Linee di indirizzo per i servizi in telemedicina*"; d.m. 30 settembre 2022 "*Indicazioni per la presentazione dei Progetti regionali di telemedicina - Piano Operativo regionale/provinciale*".

<sup>94</sup> La Piattaforma nazionale è stata collaudata il 30 novembre 2023 e i primi servizi sono stati attivati nel novembre 2024 (Lombardia e Puglia Regioni capofila).

<sup>95</sup> Si tratta delle strutture ospedaliere per le emergenze comuni, con servizi di pronto soccorso, diagnostica di base e chirurgia generale.

<sup>96</sup> Strutture che forniscono servizi ad elevata specializzazione (integrativi rispetto a quelli previsti nel primo livello).

<sup>97</sup> Cfr. M6C2 - Sub-investimento 1.1.1 "*Digitalizzazione DEA I e II e Rafforzamento strutturale SSN*".

delle terapie intensive e semi-intensive, con l'incremento dei posti letto a disposizione nelle strutture ospedaliere<sup>98</sup>.

Circa la formazione e la ricerca: sono state assegnate 2.700 borse di studio per la formazione di medici di medicina generale<sup>99</sup> e sono stati avviati i relativi corsi di formazione<sup>100</sup>; è stata adottata la riforma degli IRCCS<sup>101</sup>, che ha prodotto il riordino del quadro normativo e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute<sup>102</sup>, nonché del relativo assetto organizzativo, con l'integrazione degli atti aziendali per le funzioni di ricerca, per il personale a tempo determinato e a tempo indeterminato<sup>103</sup>; in questo ambito, poi, al 31 dicembre 2024, sono state individuate le aree tematiche di afferenza dei 54 istituti riconosciuti<sup>104</sup>.

Ulteriori risultati, poi, sono ascrivibili agli obiettivi (trasversali) conseguiti nell'ambito della Missione n. 5, finalizzati a promuovere domiciliarità e prossimità dei servizi per le persone fragili (anziani non autosufficienti e persone con disabilità), che operano lungo i seguenti piani: *normativo* e *amministrativo-territoriale*.

Sul piano *normativo*, è stata approvata una disciplina per il miglioramento delle condizioni degli anziani<sup>105</sup>, che introduce: i *Punti Unici di Accesso* (i c.d. PUA) per l'accoglimento e la valutazione dei bisogni sociali e sanitari; la *Valutazione multidimensionale unificata* (UVM), per personalizzare i percorsi di cura (anche con i *Piani assistenziali individualizzati* - PAI); il *Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente* (SNAA), per il coordinamento dei relativi servizi socio-sanitari; è stata introdotta la *prestazione universale di assistenza* per gli ultraottantenni in condizione di povertà per garantirne la cura e l'assistenza necessaria<sup>106</sup>. Ancora su questo piano, un'ulteriore riforma riguarda le disabilità: ne è stata aggiornata la definizione, sono state introdotte procedure di valutazione multidimensionali, elaborati progetti per favorirne l'inclusione sociale e garantirne i diritti<sup>107</sup>.

Sul piano *amministrativo-territoriale*, infine, sono state rafforzate le reti di servizi territoriali mediante la formazione di *team* specializzati per l'assistenza domestica agli anziani dismessi dagli

---

<sup>98</sup> Nello specifico, l'obiettivo è quello di incrementare, al 2026, 3.500 posti letto in terapia intensiva e 4.000 in terapia semi-intensiva. La sua attuazione è in corso e muove dall'adozione del decreto-legge n. 34/2020 (convertito nella legge n. 77/2020).

<sup>99</sup> Cfr. M6C2 - Investimento 2.2. "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario".

<sup>100</sup> Cfr. M6C2 - Sub-investimento 2.2.1 "Borse aggiuntive in formazione di medicina generale". Sono tre i decreti del Ministero della Salute intervenuti dal 2021 per l'assegnazione delle relative risorse: il d.m. 2 novembre 2021; il d.m. 5 aprile 2022; il d.m. 14 luglio 2023, con 900 borse per anno.

<sup>101</sup> Intervenuta con l'approvazione del d.lgs. n. 200/2022.

<sup>102</sup> Cfr. art. 1, co. 2, d.lgs. n. 200/2022 (concertate con le Regioni interessate).

<sup>103</sup> Cfr. art. 10, co. 2 e art. 3, co. 1, d.lgs. n. 200/2022.

<sup>104</sup> Al 31 dicembre 2024, sono state concluse n. 54 procedure e adottati altrettanti dd.mm. per individuare le aree tematiche di afferenza.

<sup>105</sup> Cfr. l. n. 33/2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" e, in attuazione di questa, il d.lgs. n. 29/2024 che reca la disciplina dei PUA, dei criteri di accesso ai servizi e dei PAI per ogni persona anziana presa in carico.

<sup>106</sup> Cfr. art. 34, d.lgs. n. 29/2024 che ne indica i parametri di accesso per l'erogazione di un assegno mensile di € 850.

<sup>107</sup> Cfr. l. n. 227/2021 "Delega in materia di disabilità" e, in attuazione, il d.lgs. n. 62/2024.

ospedali (per prevenire nuove ospedalizzazioni)<sup>108</sup>; sono state rafforzate le farmacie c.d. *rurali*, per garantire l'assistenza nei comuni con meno di 5.000 abitanti e garantire la presa in carico di pazienti cronici anche nelle aree interne o marginali<sup>109</sup>.

## 5. Osservazioni conclusive e alcune prospettive

A esito di questa ricerca è possibile svolgere qualche considerazione conclusiva, che guardi all'oggi, rispetto a quanto realizzato con il PNRR in ambito sanitario; e che si proietti nel futuro: nel *breve periodo*, verso il 2026, per quanto vi è ancora da realizzare per il completamento del Piano; nel *medio periodo*, per comprendere se – e come – gli investimenti e le riforme realizzate siano state funzionali a colmare siffatte asimmetrie territoriali; ciò, soprattutto, per ragionare – anche alla luce di uno scenario istituzionale in (potenziale) trasformazione – sulle modalità per salvaguardarne gli effetti nel *lungo periodo*<sup>110</sup>.

Rispetto a quanto realizzato: sul piano quantitativo, nella Missione n. 6 ad oggi sono stati conseguiti 22 obiettivi sui 25 previsti (entro marzo 2025)<sup>111</sup>, con una quota pari all'88% di quelli programmati, e un livello di *performance* complessivamente positivo e coerente con il cronoprogramma<sup>112</sup>. Sul piano qualitativo, molti interventi hanno interessato il Mezzogiorno (e altri ancora se ne prevedono), per il rafforzamento della relativa capacità assistenziale: in termini infrastrutturali, con l'avvio di cantieri per la costruzione di *Case e Ospedali di comunità*, l'attivazione di *Centrali operative territoriali*, l'integrazione dei posti letto nelle terapie intensive; in termini economici, rispetto alle ingenti risorse stanziare a favore delle Regioni meridionali; tecnologici, con l'implementazione della telemedicina al fine di rafforzare l'assistenza di prossimità e ridurre il *gap* non solo verticale (Nord-Sud), ma anche quello "orizzontale", che riguarda aree interne e piccoli Comuni; di capitale umano, quanto al reclutamento e alla formazione del personale sanitario (soprattutto: medici di medicina generale); di ricerca scientifica, con l'implementazione e la riforma degli IRRCS. Tuttavia, come si è visto, si tratta di interventi ancora parziali, perché destinati a compiersi entro il 2026; inoltre, in questo tempo, in sede attuativa sono venute in rilievo criticità non trascurabili<sup>113</sup>: dei progetti finanziati (10.084, per una dotazione complessiva di 19,2 miliardi di euro), infatti, soltanto un terzo (3.108, cioè il 35%) risulta concluso, mentre gli altri sono ancora in corso o presentano ritardi (circa il 41% di quelli monitorati); e tra questi, le carenze maggiori riguardano proprio il Sud.

---

<sup>108</sup> Cfr. M5C2 - Sub-investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione": con uno stanziamento di 66.000.000 €.

<sup>109</sup> Cfr. M5C3 - Sub-investimento 1.2 "Strutture sanitarie di prossimità territoriale": con un ulteriore finanziamento (rispetto ai 100 milioni originari: Avviso pubblico n. 305/2021) di 81,5 milioni di euro intervenuto con d.D.G. n. 9/2025.

<sup>110</sup> In questa prospettiva, si v. U. RONGA, *La sostenibilità ambientale nella transizione ecologica e digitale del PNRR. Un primo bilancio*, in *Nomos*, n. 1, 2023, spec. p. 10 ss.

<sup>111</sup> Entro il 30 giugno 2026 è previsto il conseguimento di ulteriori 9 obiettivi.

<sup>112</sup> Il 30 dicembre 2024 l'Italia ha presentato alla Commissione europea la richiesta di pagamento della settima rata.

<sup>113</sup> Al riguardo, in una prospettiva più ampia, si v. M.A. SANDULLI, *Problematiche generali dell'attuazione del PNRR*, in *federalismi.it*, n. 5, 2023, p. 1.

Ciò nonostante, molto è stato fatto, ma altrettanto è ancora da fare. Nel breve periodo (vale a dire: entro il 2026), infatti, si prevedono interventi decisivi, che riguardano: l'assistenza domiciliare per gli anziani<sup>114</sup>; la digitalizzazione<sup>115</sup>, la telemedicina<sup>116</sup> e l'impiego del *Fascicolo sanitario elettronico*<sup>117</sup>; le terapie intensive<sup>118</sup> e le attrezzature ospedaliere<sup>119</sup>; le infrastrutture e la sicurezza dell'edilizia ospedaliera<sup>120</sup>; il completamento della formazione e l'integrazione del personale; e riguardano, infine, anche il monitoraggio e la rendicontazione dei dati di impatto<sup>121</sup>. Ed è forse solo allora che di bilancio sostanziale potrà parlarsi; tuttavia, nel delineare un quadro previsionale, e pur al netto delle criticità intercorse (che potranno contenersi con una *governance* efficiente)<sup>122</sup>, la tipologia di azioni messe in campo, i relativi *target* (che coinvolgono aspetti cruciali dell'assistenza sanitaria), la mole – ingente – di finanziamenti e la distribuzione di questi nelle Regioni del Mezzogiorno, la direzione sembrerebbe proprio quella di creare le condizioni per correggere le disfunzioni al centro del divario sanitario<sup>123</sup> e contenere i fenomeni ad esso connessi<sup>124</sup>.

C'è però una questione di fondo, che riguarda la natura del Piano: uno strumento emergenziale, e come tale interviene, attraverso finanziamenti “a cascata” a sostegno di investimenti e riforme orientate – in tempi ristretti e fortemente serrati – alla promozione di nuovi modelli – in questo caso – di erogazione dell'assistenza sanitaria e di gestione del settore. Se sia da solo sufficiente a comporre il divario sanitario è difficile pronosticarlo. Certo, fornisce una spinta propulsiva rimarchevole e, lo si è detto, costituisce un'occasione irripetibile; tuttavia, il problema del divario sanitario è riconducibile a fattori politici, amministrativi, economici e, pertanto, l'accelerazione che consente il PNRR non è detto che produca effetti permanenti, specie in assenza di meccanismi che garantiscano una tutela del diritto alla salute uniforme sul territorio nazionale.

---

<sup>114</sup> Cfr. M6C1-6: presa in carico di 842.000 nuovi pazienti over 65 in assistenza domiciliare (giugno 2026).

<sup>115</sup> Cfr. M6C2-8 (giugno 2026): completamento della digitalizzazione delle strutture ospedaliere.

<sup>116</sup> Si tratta di: M6C1 - Investimento 1.2.3 (dicembre 2025): avvio operativo per la presa in carico in telemedicina di pazienti cronici mediante la *Piattaforma nazionale*.

<sup>117</sup> Cfr. M6C2-12 e M6C2-13 (giugno 2026): messa in opera della *Tessera sanitaria elettronica* e della infrastruttura per la interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico.

<sup>118</sup> Cfr. M6C2-9 (giugno 2026): incremento di 5.922 posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva (di cui 2.692 in terapia intensiva e 3.230 in terapia sub-intensiva).

<sup>119</sup> Cfr. M6C1-6 (giugno 2026): installazione e collaudo di almeno 3.100 apparecchiature sanitarie ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camere, PET-TAC, mammografi, ecotomografi).

<sup>120</sup> Cfr. M6C2-10 (giugno 2026): completamento di almeno 84 interventi antisismici; M6C2-10bis: erogazione di almeno il 90% delle risorse previste (250 milioni di euro) per progetti di ristrutturazione e ammodernamento degli ospedali.

<sup>121</sup> Da svolgersi, come noto, entro il 31 dicembre 2026.

<sup>122</sup> Al riguardo, dal punto di vista del ruolo dei territori, si v. G.M. SALERNO, A.G. ARABIA, A. IACOVIELLO, *Il contributo delle Assemblee legislative regionali per la programmazione e l'attuazione del PNRR*, in *Italian Papers on Federalism*, n. 2, 2022, p. 1 ss.; con riferimento al ruolo della partecipazione, si v. M. DELLA MORTE, *Il futuro dei territori (e del Sud) rilanciare rappresentanza e partecipazione per una migliore attuazione del PNRR*, in *Costituzionalismo.it*, n. 2, 2021, p. 1 ss.

<sup>123</sup> Specie quelle rispetto alle quali si manifesta con maggiore forza, come l'assistenza di prossimità.

<sup>124</sup> A partire da quello della c.d. mobilità sanitaria.

La questione è particolarmente rilevante, specie nel dibattito politico-istituzionale contingente, dove PNRR, sanità e Regioni si intrecciano inevitabilmente con le più recenti prospettive di differenziazione ex art. 116, comma terzo, Cost. In tal senso, com'è stato rilevato anche nella giurisprudenza costituzionale più recente<sup>125</sup>, questo processo, in assenza della garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni (e, in questo caso, dei LEA) a livello nazionale, potrebbe amplificare i divari (o generarne di ulteriori), a scapito delle aree più fragili del Paese.

È dunque per questo che, in prospettiva, la capacità del PNRR di colmare il divario sanitario – e, soprattutto, di conservarne i suoi effetti perequativi nel futuro – dipenderà non solo dall'efficienza amministrativa, ma anche dallo sviluppo di politiche di coesione che, anche all'interno di un regionalismo differenziato, consentano di garantire il diritto alla salute secondo il principio di eguaglianza sostanziale e affinché il Servizio sanitario, pur nelle sue singole articolazioni territoriali, preservi la sua natura *universale*, perché l'accesso alle cure non sia variabile dipendente del territorio di residenza, ma sia un diritto di tutti e ciascuno, come esso è nella Costituzione.

---

<sup>125</sup> Cfr. Corte cost. sent. n. 192 del 2024: per alcuni recenti commenti, *ex multis*, si v. A. SPADARO, *La quadratura del cerchio... O della sent. Cost. n. 192/2024*, in *Diritti regionali*, n. 1, 2025, p. 2 ss.; A. MORRONE, *Lo Stato regionale dopo la sentenza n. 192 del 2024*, in *Giustiziainsieme.it*, 28 gennaio 2025; A. RUGGERI, *Dopo la pronuncia della Cassazione, il referendum "totale" sulla legge 86 del 2024 cambia pelle, convertendosi in... parziale*, in *Diritti regionali*, n. 3, 2024, p. 881 ss.; G. DI COSIMO, *A proposito dell'inammissibilità del referendum sull'autonomia differenziata*, in *laCostituzione.info*, 8 febbraio 2025; A. STERPA, *Le due "sentenze sorelle" sul regionalismo differenziato: legge Calderoli e referendum sotto la lente della nazione*, in *federalismi.it*, n. 13, 2025, p. 2. Sul tema, da ultimo, si v. inoltre A. POGGI, G.M. SALERNO, *Quale futuro per l'autonomia differenziata?*, in *federalismi.it*, n. 13, 2025, p. 2 ss.