Consiglio Nazionale delle Ricerche

ITALIAN PAPERS ON FEDERALISM

Rivista giuridica on-line – ISSiRFA – CNR

MARIANNA CUOMO*

Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure: il divario sanitario alla prova del PNRR**

ABSTRACT (EN): The paper aims to verify the progress of the reforms funded by the National Recovery and Resilience Plan (NRRP), with particular focus on the inequities experienced by the citizens in the exercise of their fundamental right to health. In this context, after examining the phenomenon of interregional healthcare mobility, the focus will move on the measures introduced under Mission no. 6, to evaluate whether, more than three years after the Plan's adoption, its original objectives have been effectively pursued, or whether, the NRRP has contributed to exacerbating pre-exiting inequalities or even generating new ones.

ABSTRACT (IT): Il presente contributo si propone di verificare lo stato di avanzamento delle riforme finanziate dal PNRR per ciò che concerne, in particolare, la perdurante situazione di iniquità vissuta dai cittadini nel godimento del diritto fondamentale alla salute. In quest'ottica, dopo aver esaminato il fenomeno della mobilità sanitaria tra Regioni, l'attenzione verrà posta sulle misure introdotte dalla Missione 6, con l'obiettivo di valutare se, a oltre tre anni dall'adozione del Piano, gli intenti iniziali siano stati effettivamente perseguiti oppure se, al contrario, il PNRR abbia contribuito ad accentuare diseguaglianze preesistenti o addirittura a generarne di nuove.

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive. – 2. La mobilità sanitaria come sintomo e moltiplicatore delle diseguaglianze. – 3. Il PNRR e la Missione 6: una leva per il riequilibrio? – 3.1. Le Botteghe della Comunità: il modello innovativo del Cilento. – 3.2. Il ruolo della telemedicina e il potenziamento dei servizi domiciliari. – 4. Lo stato di avanzamento dell'attuazione degli investimenti. – 5. Alcuni spunti per concludere: un'occasione (quasi) perduta?

1. Considerazioni introduttive

Ogni anno migliaia di pazienti sono costretti a viaggiare per ricevere prestazioni sanitarie migliori o non disponibili nel proprio territorio di residenza. Questo fenomeno, che prende il nome di mobilità sanitaria[1], è spesso il risultato delle disomogeneità territoriali che caratterizzano il settore sanitario, a livello nazionale così come a livello regionale.

Com'è noto, l'articolo 32 della Costituzione italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti[2]. Soltanto la legge può, inoltre, prescrivere come obbligatorio un determinato trattamento

* Dottoranda di ricerca in Internazionalizzazione dei sistemi giuridici e diritti fondamentali – Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

** Articolo sottoposto a referaggio.

[1] Sul tema della mobilità sanitaria, *ex pluribus*, A. PITINO, *La mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, 2013, p. 363 ss.

[2] Art. 32, 1° comma, Cost.

sanitario, osservando i limiti imposti dal rispetto della persona umana[3]. L'attuazione del diritto alla salute in Italia passa attraverso l'istituzione, ad opera della legge 23 dicembre 1978, n. 833, del Servizio sanitario nazionale (SSN, d'ora in avanti), inteso come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni relative alle condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1, 3° comma, l. n. 833/1978).

I principi cardine su cui poggia il SSN, confermati anche dalle riforme successive[4], sono dunque, rappresentati dalla globalità delle prestazioni, dall'universalità dei destinatari e dall'uguaglianza di trattamento degli utenti. Con la riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, l'autonomia regionale nella gestione della materia sanitaria è stata notevolmente ampliata, con ricadute forti sulla qualità della vita e sulle condizioni di godimento del diritto alla salute dei cittadini. In base al novellato articolo 117 Cost., la tutela della salute diviene oggetto di competenza concorrente delle Regioni, mentre resta affidata alla competenza statale esclusiva la fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, 2° comma, lett. m)[5]. Ciò al fine di «garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello regionale e locale decisamente accresciuto»[6].

Le analisi condotte annualmente a livello istituzionale e da enti di ricerca restituiscono però un quadro differente: l'immagine di un Paese frammentato[7], in cui le Regioni, pur rivendicando sempre maggiori spazi di autonomia nel governo della salute dei cittadini residenti, sono attraversate da veri e propri flussi migratori di pazienti, costretti a spostarsi per ricevere cure adeguate, soprattutto per patologie gravi. L'esperienza pandemica ha contribuito a porre in risalto queste e le molte altre carenze dei sistemi sanitari di tutto il mondo, compreso quello italiano, in gran parte determinate dal sotto-finanziamento della spesa sanitaria[8].

---

[3] Art. 32, 2° comma, Cost.

[4] Si fa riferimento agli interventi di riordino del SSN avvenuti con il d.lgs. n. 502 del 1992 (modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993) e il d.lgs. n. 229 del 1999 (cd. Riforme sanitarie *bis* e *ter*).

[5] Per A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 1, 2020, p. 45, si tratta di «Una combinazione di eguaglianza e autonomia che si basa su un investimento forte sulla capacità statale, nel rispetto della leale collaborazione, di definire efficacemente principi fondamentali del sistema e livelli essenziali delle prestazioni come presidi dell'uniformità del diritto, per poi "liberare" l'organizzazione e dare spazio alla differenziazione, frutto dell'autonomia regionale, e alla ricerca di modi di funzionamento più dinamici ed efficienti, attraverso l'autonomia aziendale».

[6] Corte cost., sent. n. 88/2003, punto 4 del Considerato in diritto.

[7] Parla di «un Paese con 21 sistemi sanitari diversi», A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 45.

[8] Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL, un valore ben al di sotto sia della media OCSE del 6,9% che della media europea del 6,8%. In totale, sono 12 i Paesi europei dell'area OCSE che investono una percentuale del PIL superiore rispetto a quella italiana, con un gap che va dai +3,9 punti percentuali della Germania (10,1% del PIL) ai +0,6 della Norvegia (6,8% del PIL). Secondo il Report dell'Osservatorio GIMBE n. 2/2025, La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023, Bologna, 18 febbraio 2025, p. 2, «Anche in termini pro-capite, la spesa pubblica italiana ($ 3.574) risulta ben al di sotto sia della media OCSE ($ 4.318) sia della media dei paesi

In questa prospettiva, la Missione 6 del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), dedicata alla salute, preso atto delle significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, dell'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, e degli elevati tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni, destina ingenti risorse finanziarie al rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale e all'innovazione e digitalizzazione del SSN, individuando come termine ultimo per il conseguimento degli obiettivi fissati – non ultimo quello della riduzione dei divari territoriali nella Repubblica – il prossimo anno. Segnatamente, gli strumenti introdotti dal PNRR e dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77[9], ispirandosi a logiche di prossimità e domiciliarità della cura, si prefiggono l'obiettivo di allargare le possibilità di intervento sul territorio sia mediante l'istituzione, accanto al grande ospedale cittadino, di strutture e presidi territoriali, quali Ospedali di Comunità e Case della Comunità, sia attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare e dei sistemi di telemedicina.

Poste queste premesse, il presente lavoro si propone di verificare lo stato di avanzamento delle riforme finanziate da fondi del PNRR per ciò che concerne, in particolare, la perdurante situazione di iniquità vissuta dai cittadini nel godimento del diritto fondamentale alla salute. A tal fine, dopo aver ricostruito il contesto da cui muove l'indagine e, quindi, analizzato il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale[10], ci si concentrerà sulle misure che la Missione Salute introduce, allo scopo di verificare se, a oltre tre anni dall'adozione del Piano, questi obiettivi siano stati effettivamente perseguiti o se, al contrario, il PNRR abbia contribuito ad accentuare diseguaglianze preesistenti o addirittura a generarne di nuove, soprattutto con riferimento ai soggetti più fragili.

2. La mobilità sanitaria come sintomo e moltiplicatore delle diseguaglianze

In Italia, la mobilità dei pazienti è garantita sin dalla istituzione del SSN[11] e può pacificamente considerarsi una particolare manifestazione del diritto alla salute tutelato dall'art. 32 Cost., il quale riconosce a ciascun individuo un diritto di ottenere cure, a carico del SSN, anche in un luogo diverso da quello di residenza[12].

Soffermando l'attenzione esclusivamente sugli spostamenti da una Regione all'altra del nostro territorio, può affermarsi che a determinare tale tipo di mobilità è soprattutto l'inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR) rispetto ai bisogni di salute della popolazione residente. Sotto questo profilo, si è soliti

EU ($ 4.344): spendono meno di noi solo Repubblica Slovacca, Polonia, Portogallo, Estonia, Lituania, Ungheria, Lettonia e Grecia».

[9] Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 recante «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale».

[10] Esulano dalla presente indagine sia la mobilità intra-regionale (tra strutture differenti della stessa Regione), sia la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate ai cittadini italiani da strutture sanitarie all'estero).

[11] Art. 19, 2° comma, l. n. 183/1978: «Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari».

[12] Cfr. M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2012, p. 460.

distinguere tra mobilità attiva e passiva; la prima designa l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie che questa eroga in favore di cittadini residenti in altre Regioni, mentre la seconda esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai propri cittadini da una Regione diversa da quella di residenza. Dal punto di vista economico, la mobilità dei pazienti provoca squilibri finanziari tra le Regioni, generando una voce di credito, in favore delle Regioni di destinazione degli spostamenti, e una corrispondente voce di debito, in capo alle Regioni che, al contrario, abbandonate dai propri residenti, dovranno rimborsare le prime per le prestazioni erogate ai propri cittadini tramite un apposito meccanismo di compensazione[13].

Dai dati forniti dall'Osservatorio GIMBE[14], è emerso che nel 2022 la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto il valore record di 5.037 miliardi di euro, registrando un aumento del 18,6% rispetto al 2021 e un notevole volume di pazienti e di risorse economiche in uscita dal Mezzogiorno e diretto verso Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, che si confermano le Regioni più attrattive[15]. Dal confronto tra crediti e debiti maturati da ciascuna Regione è possibile trarre il saldo di mobilità. Sulla scorta dei dati relativi al 2022, le Regioni sono state quindi suddivise in categorie: quelle con saldo positivo rilevante (>100 milioni di euro) si trovano solo al Nord, diversamente le Regioni con saldo negativo rilevante (>100 milioni di euro) appartengono tutte al Mezzogiorno, ad eccezione del Lazio.

Come si diceva poc'anzi, trattandosi di un peculiare aspetto della libertà di cura sancita dall'art. 32 Cost., esistono dei flussi di mobilità "fisiologici", che dipendono dalla necessaria variabilità dell'offerta sanitaria regionale e dalla presenza, in specifiche parti del territorio, di centri di eccellenza per patologie specifiche (si pensi agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pediatrici, come l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma). Allo stato attuale, tuttavia, tra le motivazioni alla base della mobilità figurano prevalentemente problemi di carattere organizzativo, quali l'eccessiva lunghezza delle liste d'attesa[16], la scarsa accessibilità ai servizi, e aspetti più strettamente connessi alla quantità e alla qualità delle prestazioni erogate[17].

[13] D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, p. 1 ss.

[14] Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La mobilità sanitaria interregionale nel 2022, Bologna, 11 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2022.

[15] Queste ultime concentrano da sole oltre la metà della mobilità attiva complessiva, mentre per la mobilità passiva le differenze tra Nord e Sud sono meno marcate, giacché si rinvengono importanti indici di fuga anche nelle Regioni settentrionali.

[16] Secondo i dati del 21° rapporto Ospedali&Salute del 2023, ogni 100 tentativi di prenotare una visita o un esame specialistico nel pubblico, 40 volte alla fine si preferisce rivolgersi al privato, con ampie differenze territoriali: la percentuale sale al 47,6% nel Centro Italia, seguita da quasi il 45% nel Sud e nelle isole, mentre al Nord-Est si scende al 34%. In altre parole, finisce con il potersi curare in tempo solo chi ne ha la possibilità economica. Per cercare di rispondere a questo problema, ad agosto del 2024 il governo ha promulgato ufficialmente il c.d. DL liste d'attesa (decreto legge 7 giugno 2024, n. 73), con cui sono state stabilite nuove regole per la prenotazione delle visite e degli esami che puntano a smaltire le code.

[17] Secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, il Mezzogiorno è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute, con divari importanti in termini di speranza di vita e di mortalità evitabile rispetto alle Regioni del Centro-Nord. Inoltre, anche i dati ISTAT 2022 sul grado di soddisfazione per le prestazioni dei SSR confermano la minore qualità, percepita dall'utenza, dei servizi sanitari offerti nel Sud del Paese.

In base ai dati diffusi da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), solo nel 2022 la "fuga" ha interessato, in volume di ricoveri, ben 629 mila pazienti, il 44% dei quali residente in una Regione del Sud. Di particolare rilievo è altresì la ricostruzione dei flussi di mobilità oncologica, riferiti sempre all'anno 2022, effettuata dalla SVIMEZ[18], ove si evidenzia che in quasi tutte le Regioni italiane il numero di pazienti ricoverati per patologie oncologiche provenienti da altre Regioni ha superato di gran lunga quello dei ricoverati in strutture ospedaliere locali provenienti da fuori regione.

Ciò è sintomo del fatto che, pur essendosi affermata come espressione del diritto alla libera scelta del luogo di cura da parte del paziente[19], oggigiorno la mobilità sanitaria costituisce piuttosto un indicatore eloquente delle insufficienze dei SSR e della loro incapacità di soddisfare adeguatamente il fabbisogno di cure dei propri residenti. Da questo punto di vista, tale diritto si lega saldamente al principio di uguaglianza ex art. 3 Cost., riconoscendosi come il luogo di residenza della persona non possa, di per sé, limitarne o comunque condizionarne il godimento dei diritti fondamentali, soprattutto del diritto alla salute[20].

Anche il Rapporto CREA Sanità 2024 e il monitoraggio LEA confermano profonde disparità tra i SSR, con performance insufficienti nel Sud e una persistente disomogeneità nell'erogazione dei servizi essenziali[21]. In questo senso, allora, a provocare lo spostamento sarebbe la volontà di accedere a prestazioni che la propria Regione non assicura, e non necessariamente a beneficiare di cure qualitativamente superiori. La riduzione della spesa sanitaria, soprattutto nel Mezzogiorno che esce penalizzato dal riparto regionale delle risorse destinate alla sanità, ha contribuito ad aggravare tali divari, che rimangono un ostacolo alla effettiva uguaglianza nell'accesso alle cure sul territorio nazionale.

[18] Report SVIMEZ, Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute, Roma, 1 febbraio 2024. Disponibile a: https://lnx.svimez.info/svimez/wp-content/uploads/2024/02/un_paese_due_cure_report.pdf.

[19] Per un esame critico del contenuto dell'art. 19, l. n. 833/1978, si v. M. PERSIANI, V. BELLINI, F.P. ROSSI, *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Zanichelli, 1979, p. 66-70; F. ROVERSI MONACO, *Diritto alla salute e diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura*, in AA.VV., *Il servizio sanitario nazionale. Atti del convegno sulla legge n. 833/1978*, Parma, 22-23 giugno 1979, p. 19 ss.; nonché con un approccio più recente al tema della mobilità S.R. VINCETI, *La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, p. 4 e nota 12.

[20] In argomento, v. P. MASALA, *La libertà di scelta del soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale a prescindere dalla Regione di residenza e i suoi limiti*, in *Federalismi.it*, *Osservatorio di diritto sanitario*, 26 novembre 2014, p. 51.

[21] L'indice composito del CREA, che si basa su indicatori di appropriatezza, efficienza nella spesa, equità e *outcome*, varia da un massimo di 59 (fatto 100 il risultato massimo raggiungibile) a un minimo di 30: il risultato migliore lo ottiene il Veneto e il peggiore la Calabria. Ordinando i diversi SSR in ordine decrescente risultano tre gruppi di regioni. Fanno parte del primo gruppo il Veneto e le Province autonome di Trento e Bolzano, che mostrano standard di tutela della salute significativamente alti (55-59). Al secondo gruppo appartengono, invece, Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche, con valori compresi tra 47 e 49. Nel terzo gruppo si collocano Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo (37-42). Infine, per sei regioni meridionali (Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria) risultano livelli di performance inferiori a 32.

A ben guardare, la mobilità interregionale ha riflessi significativi anche sulle Regioni ospitanti, soprattutto sul piano organizzativo, in termini di allungamento delle liste d'attesa delle strutture più colpite e di conseguente pericolo di riduzione dell'offerta per i residenti[22].

Le proporzioni assunte dal fenomeno sembrerebbero quindi dimostrare come la mobilità, non soltanto non costituisca più il risultato di una libera scelta del cittadino di avvalersi di servizi sanitari lontano dal luogo di residenza, ma rappresenti essa stessa un nuovo fattore di discriminazione, sia da un punto di vista economico che da un punto di vista sociologico. Infatti, da un lato, le distanze da percorrere per ricevere assistenza sanitaria crescono sempre più, e dall'altro, e conseguentemente, anche i costi e i disagi sociali della migrazione divengono sempre più consistenti e difficili da affrontare[23].

Dimodoché quello che era originariamente nato come un strumento di garanzia e di lotta alle diseguaglianze nel godimento del diritto fondamentale alla salute, si è progressivamente trasformato in una delle manifestazioni più evidenti del divario socio-economico che attraversa il Paese e in una ulteriore condizione di discriminazione tra gli individui[24].

3. Il PNRR e la Missione 6: una leva per il riequilibrio?

La sanità pubblica italiana si trova, dunque, a dover affrontare una sfida cruciale: garantire ai cittadini un sistema più equo, accessibile ed efficiente, superando le criticità sopra evidenziate. In questo contesto, il PNRR costituisce un punto di svolta fondamentale, proponendosi di contribuire a potenziare il SSN e migliorare l'accesso alle cure, riducendo i divari territoriali.

In particolare, la Missione 6 dedicata alla salute si suddivide in due direttrici fondamentali. Gli interventi della prima componente, denominata "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (M6C1), focalizzano l'attenzione sul territorio, in quanto mirano a incentivare la creazione e la diffusione di strutture e presidi territoriali nuovi (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il consolidamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina.

Le misure incluse nella seconda componente, dedicata a "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale" (M6C2), sono, invece, di più ampio respiro, giacché intendono favorire l'aggiornamento tecnologico e digitale del SSN, a livello centrale e regionale, al fine di garantire una evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, anche attraverso il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'implementazione di una capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela delle informazioni dei pazienti.

[22] In questo senso, N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, n. 3, 2018, p. 857.

[23] C. COLLICELLI, *La mobilità sanitaria come problema sociale*, in *La mobilità sanitaria. I quaderni di Monitor, 9° supplemento al numero 29/2012 di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, 2012, p. 19 e ss.

[24] In argomento, v. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, n. 15, 2019, p. 19, che parla di una mobilità sanitaria interregionale "sempre più selettiva", anche a causa della rimodulazione delle tariffe delle prestazioni erogate ai cittadini non residenti, volta ad attrarre solo quelli più ricchi.

Con riguardo alla prima delle due componenti, sulla quale verterà la presente riflessione, l'intento è quello di perseguire una riforma strutturale della sanità territoriale, con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza di prossimità e ridurre la pressione sugli ospedali. A tal fine, si prevede una nuova strategia sanitaria modellata sugli specifici bisogni di salute della comunità stanziata sul territorio. Nell'attuale contesto epidemiologico, demografico e sociale, infatti, la sfida principale è offrire risposta ai problemi di invecchiamento della popolazione e di cronicità delle patologie. Questi ultimi richiedono un approccio mutato rispetto al passato e un nuovo modello organizzativo dell'assistenza primaria, incentrato sugli obiettivi di continuità delle cure per le cronicità e di individuazione di priorità di intervento secondo il canale della prossimità.

In questo senso, allora, la componente M6C1 del PNRR riorganizza i servizi offerti sul territorio, con lo scopo di migliorarne la qualità e di renderli più vicini alla cittadinanza, investendo innanzitutto nella attivazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il fulcro della nuova sanità territoriale e dovrebbero diventare il principale punto di riferimento per l'assistenza primaria. Al loro interno opera un team multidisciplinare composto da Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri di comunità e specialisti, nonché assistenti sociali per favorire l'integrazione tra sanità e servizi sociali[25].

Il decreto ministeriale 77/2022, adottato in attuazione del PNRR, definisce le CdC come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento»[26]. Sotto il profilo organizzativo, si prevede la presenza di una CdC "hub" ogni 40.000-50.000 abitanti, e di ulteriori strutture "spoke" e ambulatori di MMG e PLS, in base alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, così da assicurare la capillarità dei servizi e una maggiore equità di accesso, specialmente nelle aree interne e rurali.

Come precisato dal decreto[27], lo sviluppo delle CdC è preordinato all'adozione di una prospettiva inedita di tutela e di presa in carico della persona, che passi attraverso la previa individuazione e composizione del quadro dei bisogni di salute locali, ottenuto sommando le informazioni dei sistemi istituzionali con quelle provenienti dalle reti sociali, al fine di riprogettare i servizi offerti proprio in funzione di questi ultimi, in un contesto interprofessionale e multidisciplinare.

Il superamento della tradizionale visione ospedalocentrica si ha, poi, mediante la valorizzazione degli Ospedali di Comunità (OdC), per tali intendendosi strutture sanitarie di

[25] Come precisato anche dal Piano, questo primo investimento agisce in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 (Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti) e 1.2 (Percorsi di autonomia per persone con disabilità) della Componente 2 della Missione 5, dedicata a "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore". Sull'importanza del coordinamento tra la Missione 6 e la Missione 5 del PNRR, 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. 6 ss.

[26] DM n. 77/2022, Allegato 1, paragrafo 5.

[27] *Ibidem*.

ricovero che si collocano in posizione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero[28]. A questi ultimi dovrebbero rivolgersi, principalmente, quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di cure a bassa intensità che potrebbero essere fornite anche a domicilio. Per evitare, quindi, ricoveri ospedalieri superflui, il paziente che, pur mostrando un quadro clinico non critico, richieda comunque un certo margine di assistenza e sorveglianza sanitaria continuativa, anche notturna, può essere indirizzato verso queste strutture sanitarie territoriali concepite proprio per periodi di degenza brevi[29].

Infatti, come precisato, la finalità perseguita è quella di garantire una alternativa efficace al ricovero tradizionale per pazienti con patologie croniche o in fase post-acuta, contribuendo a ridurre il sovraccarico delle strutture ospedaliere principali.

In tal senso l'OdC, come descritto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento[30], svolge una importante funzione di sostegno e di monitoraggio di pazienti, anche con disabilità motoria, cognitiva e funzionale, proponendosi come pietra miliare della nascente rete territoriale di assistenza sanitaria.

3.1. Le Botteghe della Comunità: il modello innovativo del Cilento

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione territoriale della sanità si colloca altresì l'esperienza innovativa delle Botteghe della Comunità avviate nell'area salernitana. Queste realtà, nate su impulso di reti sociali, cooperative di comunità e in stretta collaborazione con enti locali e ASL, si configurano come presidi di prossimità flessibili, capaci di coniugare prestazioni sanitarie di base con servizi sociali, culturali e di supporto all'autonomia.

Le Botteghe della Comunità costituiscono, infatti, il luogo fisico di prossimità al quale il cittadino può accedere gratuitamente per ricevere assistenza sociosanitaria e infermieristica. In particolare, il modello organizzativo comprende 27 ambulatori infermieristici, presenti in tutti i Comuni coinvolti nell'iniziativa, che funzionano da "spoke", e un ambulatorio multispecialistico, realizzato nel Comune di Valle dell'Angelo (SA), che funziona da "hub", all'interno del quale, oltre all'espletamento del servizio infermieristico, è attivo un servizio medico specialistico per la gestione delle malattie croniche, modellato sulle patologie che affliggono la popolazione interessata.

Il progetto si inserisce nel contesto più ampio delle politiche di rigenerazione territoriale e contrasto allo spopolamento, fondamentali nelle aree interne e rurali del Sud Italia, proponendosi come risposta concreta e sostenibile al problema dell'accesso alle cure. Invero, secondo i dati pubblicati dall'Agenzia per la Coesione Territoriale, nel 2023 oltre 60 Comuni del Cilento sarebbero stati classificati come periferici o ultraperiferici. Ciò comporta che, in

[28] L'OdC può avere un numero di posti letto compreso tra 15 e 20, e può tanto avere una sede propria, quanto essere collocato in una CdC, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie, oppure essere situato in una struttura ospedaliera.
[29] DM n. 77/2022, Allegato 1, paragrafo 11.
[30] Cfr. DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020.

media, un cittadino di quelle aree deve percorrere oltre 40 km per raggiungere un ospedale con pronto soccorso operativo[31]. La situazione è poi aggravata anche dalla inadeguatezza dei trasporti pubblici e delle infrastrutture digitali, oltre che dalla età media della popolazione residente.

In tal senso, le Botteghe della Comunità rappresentano un laboratorio giuridico e sociale fondamentale per la concreta attuazione del diritto alla salute nelle aree marginali del territorio, potendo contribuire in modo significativo alla costruzione di un welfare territoriale integrato a misura di cittadino, basato sui valori della prossimità, della solidarietà e della partecipazione.

Pur condividendo l'obiettivo di rafforzare la sanità di prossimità e l'integrazione sociosanitaria sul territorio, le Botteghe della Comunità presentano però differenze strutturali, organizzative e funzionali rispetto agli altri modelli organizzativi considerati ed in particolare alle CdC, che ne delineano la specificità all'interno del quadro delineato dal PNRR e dal DM 77/2022.

In primo luogo, a differenza delle CdC, che presentano una struttura formalizzata, parametrata su standard demografici e finalizzata all'erogazione di servizi sanitari, le Botteghe della Comunità operano con un assetto più fluido e si caratterizzano per un approccio relazionale e olistico, che non soltanto consente una maggiore adattabilità ai bisogni specifici delle comunità locali, ma pone al centro il benessere complessivo della persona, attraverso il coinvolgimento diretto delle comunità locali, dove possono sopperire alle richiamate criticità infrastrutturali e organizzative che ostacolano il pieno funzionamento delle Cdc, come carenza di personale, bassa densità operativa e assenza di collegamenti.

Sul piano funzionale poi, mentre le Cdc si concentrano prevalentemente sull'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie integrate, le Botteghe affiancano alle attività sanitarie anche interventi di supporto sociale e di competenze digitali, attività culturali e servizi di comunità, in una logica di welfare comunitario che mira a promuovere benessere complessivo, coesione sociale e invecchiamento attivo della popolazione.

Infine, le modalità di finanziamento costituiscono un ulteriore elemento differenziale: le CdC sono sostenute da risorse PNRR e inserite in un disegno strategico nazionale, mentre le Botteghe operano come esperienze sperimentali, finanziate combinando le risorse della Missione 6 e della Missione 5 del Piano con la Strategia delle Aree Interne (SNAI).

In sintesi, le Botteghe della Comunità, pur nella loro natura sperimentale, rappresentano un modello complementare alle CdC, utile per garantire prossimità nelle cure nelle aree interne e marginali e ridurre forme di mobilità sanitaria evitabile. Tuttavia, la mancanza di un inquadramento giuridico stabile richiede un ripensamento normativo che ne consenta

[31] La Strategia Nazionale per le Aree Interne, promossa dalla Regione Campania per gli anni 2021-2027, conferma l'assenza di adeguati servizi territoriali di base e di emergenza, dovuta allo spopolamento dell'area. Più precisamente, la mancanza di strutture territoriali di cura, fa sì che la popolazione si metta in viaggio anche per le cure minime. Infatti, dovendosi comunque spostare, chi ha necessità di cure preferisce farlo altrove, ed evitare il sovraffollamento presente negli unici due presidi ospedalieri presenti. In queste zone il problema è dato anche dalla viabilità: si può morire di infarto persino in ambulanza, a causa dei percorsi impervi e lunghissimi, molte volte interrotti per frane o per altri tipi di dissesti idrogeologici, che bisogna affrontare prima di raggiungere gli ospedali (il tempo di percorrenza che intercorre tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa e l'arrivo del primo soccorso sul posto è stimato in 16 minuti).

l'integrazione ordinata nelle reti sanitarie regionali, così da valorizzarne il potenziale innovativo nel quadro del PNRR e assicurare una tutela uniforme del diritto alla salute sul territorio nazionale.

3.2. Il ruolo della telemedicina e il potenziamento dei servizi domiciliari

Ulteriore elemento caratterizzante la nuova riforma della sanità territoriale è rappresentato dalla rinnovata centralità assegnata alla casa, oggi considerata come primo luogo di cura. L'investimento 1.2 della M6C1 del PNRR, denominato "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", aspira infatti ad aumentare il volume di prestazioni rese in assistenza domiciliare, con l'obiettivo di riuscire a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche, fragili e non autosufficienti, per i quali gli spostamenti risultano particolarmente difficoltosi. Attraverso i canali dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è possibile provvedere alla erogazione di visite mediche e infermieristiche, alla somministrazione di farmaci e terapie, alla realizzazione di percorsi di riabilitazione e fisioterapia, nonché alla offerta di supporto psicologico e sociale.

Centrale, in questa prospettiva, è altresì la crescente digitalizzazione del settore sanitario e la contestuale implementazione della telemedicina, cui viene destinato 1 miliardo di euro[32]. La telemedicina può definirsi «una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies* (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località»[33]. La peculiarità di questo tipo di arte medica risiede, dunque, nell'assenza di un reale contatto fisico tra paziente e operatore sanitario, il quale può avvalersi soltanto dei dati a lui pervenuti attraverso le tecnologie informatiche[34] per compiere quelli che la giurisprudenza di legittimità ha, appunto, definito atti medici "fra assenti"[35].

Un uso sapiente di questa nuova modalità di cura a distanza, già ampiamente sperimentata durante la pandemia da Covid-19, potrebbe contribuire a ridurre l'ampiezza dei fenomeni di malasanità che caratterizzano soprattutto le Regioni meridionali, realizzando condizioni di maggiore equità sociale. A beneficiarne sarebbero, innanzitutto, quei pazienti che non potrebbero o non vorrebbero doversi spostare per ottenere soddisfazione in materia di cure, ma neppure può sottovalutarsi la situazione di detenuti, militari o altri soggetti difficili da

[32] Il Decreto del Ministro della Salute del 1° aprile 2022 nella ripartizione analitica dei diversi sub-investimenti ha definito la seguente subcodifica al sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici": 1.2.3.1 per la Piattaforma di telemedicina, per un importo pari a 250 milioni di euro, e 1.2.3.2 per i Servizi di telemedicina, per un importo pari a 750 milioni di euro.

[33] Cfr. Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, § 2.1, p. 10, reperibili *qui*.

[34] Questo meccanismo funziona in base a una vicenda trilaterale che coinvolge: gli Utenti, un Centro erogatore e un Centro servizi. Gli utenti sono coloro che fruiscono di un servizio di telemedicina, ossia prevalentemente medici e pazienti. Centro erogatore può essere tanto una struttura del SSN (autorizzata o accreditata; pubblica o privata), quanto un operatore dello stesso, come un MMG, un medico specialista o un PLS. Infine, a mettere in collegamento tra loro questi due soggetti è un apposito Centro servizi, che si occupa proprio di gestire le informazioni sanitarie generate dall'utente, facendole pervenire al Centro erogatore, e poi di prelevare gli esiti della prestazione dal Centro erogatore per trasmetterli all'Utente.

[35] Cass. pen, sez. III, sent. 17 settembre 2019, n. 38485.

raggiungere[36]. A questi vantaggi vanno aggiunti anche la riduzione dei tempi d'attesa e il contenimento della spesa pubblica, conseguenti al calo dei casi di ospedalizzazione dei pazienti e a una migliore allocazione delle risorse disponibili. La televisita, ad esempio, permette ai pazienti di consultare il proprio medico senza recarsi fisicamente in ambulatorio, riducendo i disagi connessi agli spostamenti[37]. Oltre a ciò, la telemedicina ha importanti applicazioni pratiche anche rispetto ai presidi territoriali già esaminati, potendo essere utilizzata all'interno di CdC, OdC e Botteghe della Comunità per facilitare i collegamenti con ospedali e specialisti, quando ciò occorra[38].

In definitiva, come evidenziato anche dalle Linee di indirizzo nazionali approvate nel 2014, lo scopo è quello di «contribuire a una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria» che sia coerente con lo «spostamento del fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio», fino a «portare direttamente presso la casa del paziente il servizio medico, senza che questi si allontani dal suo studio e senza che il paziente stesso sia costretto a muoversi»[39].

4. Lo stato di avanzamento dell'attuazione degli investimenti

Con una dotazione iniziale di 15,63 miliardi di euro, pari all'8,16% dell'importo totale del PNRR, la Missione Salute può, dunque, considerarsi un tassello fondamentale per la ripresa e il rafforzamento del SSN italiano. Tuttavia, nell'indicare il livello di raggiungimento degli obiettivi programmati, non possono trascurarsi le richieste di modifica del PNRR avanzate dal Governo italiano, dirette ad adeguarlo alle necessità attuative sopraggiunte. Tra queste merita

[36] In proposito giova ricordare che la telemedicina è stata sviluppata dalla NASA negli anni '60 del Novecento per fornire assistenza medica agli astronauti in orbita. «Allo stesso modo, questa forma di sanità digitale può essere d'aiuto nelle piccole isole, in cui è più difficile soddisfare la domanda di salute, dal momento che, com'è ovvio, la lontananza dalla terraferma rende problematici i trasporti e, quindi, l'emergenza, oltre alla scarsità in questi luoghi di investimenti strutturali e di risorse professionali in ragione del numero esiguo della popolazione». Così, L. FERRARO, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Dir. inf.*, n. 4-5, 2022, p. 838.

[37] Nelle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina (Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020), accanto alla televisita, si prevedono ulteriori modalità di interazione a distanza, e in particolare: il teleconsulto medico, ossia l'atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per confrontarsi sulla situazione clinica di un paziente; la teleassistenza, che ha lo scopo di guidare il paziente/caregiver verso il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio; la telerefertazione, una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto il paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza, ma che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di comunicazione.

[38] Il coordinamento tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali è assicurato dalle Centrali Operative Territoriali (COT), una per ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Ad introdurre formalmente COT nell'organizzazione del SSN fu l'art. 1, 8° comma, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», che testualmente recita: «Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina». In argomento, v. F. PESARESI, *Le Centrali Operative Territoriali (COT). Come saranno*, in *I luoghi della cura*, 7 luglio 2022. Disponibile *qui*.

[39] Cfr. Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, cit., § 1.2, p. 7.

attenzione la proposta di modifica presentata il 7 agosto 2023, comprensiva del nuovo capitolo REPowerEU, approvata con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'UE l'8 dicembre 2023.

Il novellato PNRR, ora composto da sette missioni[40], in luogo delle sei originarie, ha previsto, tra le altre cose, anche una rimodulazione degli interventi afferenti alla Missione Salute. Nello specifico, si è proceduto a una riduzione nel numero delle CdC da realizzare, che scendono da 1.350 ad almeno 1.038, degli OdC, che da 400 passano ad almeno 307, e delle COT, che da 600 diventano almeno 480. Sul fronte dell'ADI si registra, invece, un incremento da 800 mila a ulteriori 842 mila assistiti over 65 presi in carico in tale regime entro il 2026, a seguito di una redistribuzione delle risorse originariamente stanziate; e lo stesso dicasi anche per l'investimento concernente la Telemedicina, essendosi innalzato il numero di persone a cui è erogata assistenza in tale modalità, portandolo da 200 mila a 300 mila.

Come evidenziato dal Rapporto SVIMEZ 2024[41], la rimodulazione del Piano avrebbe quindi determinato un incremento delle risorse stanziate per la riforma della sanità territoriale pari a 750 milioni di euro. In particolare, le risorse a favore della misura "Casa come primo luogo di cura" sono aumentate di 250 milioni di euro e quelle per la "Telemedicina" di 500 milioni di euro, sebbene a ciò si sia accompagnato anche un innalzamento dei target quantitativi da raggiungere. Viceversa, i target relativi a misure che richiedono investimenti strutturali, come CdC, OdC e COT, sono stati interessati da una modifica a ribasso, dovuta principalmente al vertiginoso aumento dei prezzi che ha colpito il mercato delle costruzioni nell'ultimo periodo.

Il 6 marzo 2025, la Cabina di regia istituita presso Palazzo Chigi ha effettuato una verifica sullo stato di attuazione degli interventi della Missione Salute[42], evidenziando significativi progressi nell'ambito territoriale. I dati ufficiali 2024 confermano, infatti, l'attivazione di 480 COT, delle prime Case e Ospedali di Comunità aperti sul territorio italiano e di circa 2.500 grandi apparecchiature sanitarie, che risulteranno determinanti per ridurre i divari territoriali e per efficientare le prestazioni erogate dal SSN.

Nonostante questi avanzamenti, la riforma della sanità territoriale stenta a decollare. A dicembre 2024 risultavano avviati oltre l'80% dei cantieri, ma molte Case della Comunità restano in fase progettuale, con una spesa inferiore al 10% dei fondi disponibili. Le Regioni del Centro-Nord mostrano una maggiore puntualità nell'avvio degli interventi rispetto a quelle del Sud, dove si registrano ritardi significativi sia nella realizzazione delle strutture sia nella loro effettiva messa in funzionamento[43].

Anche la disponibilità di servizi di ADI è molto diversificata sul territorio: tutte le Regioni presentano percentuali inferiori al 10% e quelle con i valori più elevati si confermano l'Emilia-

[40] La Missione 7 dedicata al REPowerEU contiene 5 nuove riforme e 12 nuovi investimenti, finalizzati a rendere l'Europa indipendente dai combustibili fossili russi ben prima del 2030. Sono stati inoltre previsti cinque investimenti rafforzati nell'ambito di misure preesistenti.

[41] Rapporto SVIMEZ 2024, *L'economia e la società del Mezzogiorno. Competitività e coesione: il tempo delle politiche*, Roma, 27 novembre 2024. Disponibile su: https://www.svimez.it/rapporto-svimez-2024/.

[42] La Cabina di regia Salute rientra nell'ambito del monitoraggio rafforzato degli investimenti finanziati dal PNRR, che vedono le Regioni parte attiva come soggetti attuatori, avviato dal Governo in vista del negoziato con la Commissione europea per gli eventuali aggiustamenti del Piano.

[43] Elaborazioni SVIMEZ sui dati Agenas e Ministro della Salute. Cfr. Rapporto SVIMEZ 2024, *L'economia e la società del Mezzogiorno. Competitività e coesione: il tempo delle politiche*, cit., pp. 349-351.

Romagna, il Veneto, la Toscana e il Molise, che superano il 7%; chiudono la Valle d'Aosta, che si colloca sotto l'1%, la Calabria al 2%, Campania e Puglia sotto il 3%. Sul fronte della digitalizzazione, sono poi in fase di sperimentazione diversi progetti pilota di telemedicina e assistenza integrata, ma non senza qualche ombra.

Non manca, infatti, chi ha prospettato che l'uso dei servizi di telemedicina rischi, «nel suo funzionamento concreto, di andare in direzione opposta a quell'esigenza di uniformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie»[44] di cui si è fatto promotore il PNRR, contribuendo ad aggravare i forti divari territoriali che esistono da tempo nel comparto sanitario. Le preoccupazioni afferiscono alla valutazione d'eleggibilità cui deve essere sottoposto il paziente per stabilire se possa o meno beneficiare della cura a distanza. In base alle Linee guida, «Affinché un assistito possa usufruire dei servizi di telemedicina [...] quest'ultimo deve risultare eleggibile dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un caregiver, qualora necessario»[45]. Questo tipo di apprezzamento, certamente essenziale per il corretto funzionamento del servizio, potrebbe tuttavia concorrere ad aggravare le disuguaglianze sostanziali da rimuovere ex art. 3, 2° co., Cost., se si considera che la maggior parte degli utenti reputati non idonei si collocherà nelle Regioni più socialmente svantaggiate, come quelle del Mezzogiorno[46], acutizzando il problema delle differenze tra gli utenti[47].

Ciò detto, la disomogeneità nell'attuazione delle riforme potrebbe dipendere dalle ristrette tempistiche da rispettare o dalla *governance* frammentata, che rallenta l'implementazione uniforme delle misure previste. C'è poi una questione di primaria importanza concernente la disponibilità del personale sanitario necessario a garantire l'operatività delle infrastrutture sanitarie presenti sul territorio. Infatti, per un verso, allo stato attuale mancano strategie chiare per integrare MMG e PLS, riottosi a trasformarsi in dipendenti del SSN, nella nuova organizzazione sanitaria territoriale[48]; per altro verso, il problema relativo alla mancanza di personale delle nuove strutture si innesta all'interno di una crisi del personale sanitario che non ha precedenti in Italia. Si stima che tra il 2019 e il 2022 il SSN italiano avrebbe perso oltre

[44] C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, in *Amministrativ@mente*, n. 3, 2024, p. 1059.

[45] Cfr. DM Salute 21 settembre 2022, recante «Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio», All. A, Sez. 1.

[46] Al riguardo, non bisogna dimenticare che lo sviluppo del Mezzogiorno rappresenta, unitamente alla diminuzione dei divari di genere e generazionali, uno degli obiettivi trasversali del PNRR, da portare avanti nel raggiungimento di tutte e sette le Missioni di cui lo stesso si compone.

[47] Nelle Linee guida si spiega che «Infatti, essendo la telemedicina un servizio da remoto sono necessarie determinate capacità e dotazioni tecnologiche nonché condizioni cliniche compatibili per la prestazione, quindi è necessario valutare se l'assistito è "arruolabile" per questa tipologia di prestazioni. L'eleggibilità clinica è a giudizio insindacabile del medico, che, in base alle condizioni cliniche e sociali del paziente, valuta se proporre al paziente i servizi di telemedicina (ad esempio, una visita di controllo in modalità televisita). Saranno, inoltre, valutate sia l'idoneità che la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone (es. smartphone con caratteristiche adeguate all'istallazione di specifiche app per la televisita), e la capacità di utilizzo degli appositi kit per la telemedicina. In quest'ultimo caso può anche essere necessario un sopralluogo per verificare le caratteristiche fisiche, impiantistiche ed igieniche del domicilio del paziente. Contestualmente andranno verificati gli aspetti connessi con la digital literacy del paziente e/o del caregiver al fine di valutare l'appropriatezza dei dispositivi e il grado di autonomia nell'uso».

[48] A. CAPOCCI, *PNRR, case e ospedali di comunità al palo: completato solo il 2%*, in *Il Manifesto*, 20 febbraio 2025, (https://ilmanifesto.it/pnrr-case-e-ospedali-di-comunita-al-palo-completato-solo-il-2).

11.000 medici in fuga da turni massacranti, *burnout*, basse retribuzioni, prospettive di carriera limitate e dall'aumento degli episodi di violenza[49].

In effetti, esiste un problema legato proprio ai MMG. Secondo i dati elaborati dalla Fondazione GIMBE, la metà dei medici di base in Italia avrebbe più di 1.500 assistiti, superando così la soglia prevista dalla normativa, con picchi del 74% tra i medici che operano in Lombardia. A questo si aggiunge un problema di anzianità: i medici sono più anziani e seguono un numero sempre maggiore di pazienti[50]. Tutto ciò avviene malgrado una forte domanda: nel 2022 si calcolava che più di 1.500 medici di medicina generale sarebbero andati in pensione solo in Lombardia entro il 2026. Seguivano la Campania, che avrebbe perso oltre 1.300 medici, il Lazio e la Sicilia, dove i pensionamenti avrebbero superato quota 1.000[51].

Ciò a conferma del fatto che per il conseguimento degli obiettivi di effettività del diritto alla salute in ogni parte del territorio e di equità nell'accesso alle prestazioni, la mera realizzazione di nuovi edifici, che pure procede con una certa lentezza, non è da sola sufficiente. Il rischio è, a ben vedere, quello di creare delle scatole vuote, incapaci di riuscire ad avvicinare il professionista al paziente, con un modello disegnato sulla persona da assistere[52].

5. Alcuni spunti per concludere: un'occasione (quasi) perduta?

Alla luce delle considerazioni svolte, il PNRR rappresenta chiaramente una occasione imperdibile per il ripensamento delle politiche pubbliche, in particolare in ambito sanitario. La sanità italiana, nonostante il modello universalistico previsto dall'art. 32 Cost., soffre da anni di criticità strutturali, quali malasanità, diseguaglianze regionali e una mobilità sanitaria che si traduce in squilibri finanziari tra le Regioni e discriminazioni indirette tra i cittadini.

Sebbene in parte fisiologica, la mobilità che caratterizza le Regioni italiane è infatti in gran parte evitabile, essendo causata da inefficienze o carenze sistemiche dei SSR. I cittadini delle Regioni "in uscita" vedono negato un diritto nella loro sede naturale, mentre quelli delle Regioni "in entrata" ne subiscono indirettamente le conseguenze attraverso il sovraccarico del sistema. Il PNRR, attraverso il potenziamento della medicina territoriale e dei servizi di telemedicina, intende ridurre il gap tra le Regioni, rafforzando i presidi locali per prevenire la necessità di ricorrere ad altri SSR per ottenere cure essenziali.

Nei fatti, sussistono però ancora numerose criticità rispetto alla attuazione della Missione Salute, riconducibili soprattutto a difficoltà organizzative e a problemi di carenza di personale sanitario. Inoltre, anche quando i target quantitativi vengono raggiunti, ciò non significa che le distorsioni rilevate siano state realmente corrette. Ad esempio, nonostante l'incremento nel numero di pazienti assistiti in tale modalità, la qualità dell'assistenza domiciliare per gli over 65

[49] 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Bologna, 8 ottobre 2024. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto.

[50] Nel 2022, il 72% dei medici di medicina generale italiani aveva più di 27 anni di anzianità dalla laurea, mentre nel ventennio precedente la percentuale era soltanto del 12,5%.

[51] *Ibidem*.

[52] Cfr. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, cit., p. 9.

resta una problematica irrisolta. Dai sistemi di monitoraggio emerge che nel 2023 oltre il 50% delle prestazioni domiciliari erogate in 14 Regioni italiane è consistito in singole visite episodiche, con bassi livelli di giornate di cura e intensità assistenziale[53]. In altre parole, si punta troppo sulla quantità di accessi sanitari a domicilio, senza una vera e propria presa in carico del paziente con cure intense e continuative.

Il rischio di fallire nel tentativo di rimuovere i divari preesistenti si accompagna, inoltre, al timore di alimentare nuove fratture. Infatti, come opportunamente sostenuto[54], la connotazione equitativa delle nuove tecnologie e, più precisamente, dei sistemi di telemedicina, è messa in discussione dalle dinamiche remunerative della mobilità interregionale. In altre parole, la prestazione a distanza dovrebbe comunque essere rimborsata dalla Regione di residenza del paziente, «e dunque un rilevante aumento dell'uso della telemedicina nella cornice del vigente sistema di finanziamento, potrebbe portare a un'ulteriore crescita del passivo relativo alla mobilità sanitaria interregionale, anche grazie all'incentivo per i residenti del Sud ad avvalersi di questa forma di erogazione della prestazione, ove possibile, in luogo del sostenere spese di soggiorno e di viaggio che possono assumere entità rilevanti»[55].

Per altro verso poi, la trasformazione digitale sarebbe essa stessa responsabile dell'introduzione di un ulteriore divario, non più soltanto geografico, ma anche tecnologico, dovuto sia alla carenza di infrastrutture digitali, specie nelle aree interne e nel Mezzogiorno, sia alla scarsa alfabetizzazione digitale del personale sanitario e della popolazione più anziana. Senza adeguate misure, il *digital* divide sanitario, da effetto collaterale inatteso, potrebbe trasformarsi a sua volta in un nuovo fattore di discriminazione, in contrasto con gli artt. 3 e 32 Cost.

Da questo punto di vista, il PNRR potrebbe aver avuto un impatto ambivalente: da un lato, ha rappresentato un importante tentativo di riforma del SSN, volto a correggere gli squilibri provocati da un federalismo sanitario fallimentare; dall'altro, ha però reso palesi e, in alcuni casi, persino contributo ad amplificare le differenze già presenti, ponendo una parte del Paese nell'impossibilità di partecipare attivamente alla vita sociale. Il diritto costituzionale alla salute ne uscirebbe dunque rinforzato sul piano formale, ma ancora fragile sul piano sostanziale. Occorre infatti ricordare che la finalità del PNRR non è soltanto quella di mitigare gli effetti distorsivi provocati dalla crisi del SSN, quanto quella di fungere da leva per il riequilibrio territoriale, puntando su investimenti duraturi. Le decisioni future di allocazione delle risorse adottate dal Governo in carica e da quelli che seguiranno costituiranno un utile banco di prova per verificare se saremo stati in grado di tradurre questa disponibilità finanziaria, straordinaria e transitoria, in un'opportunità strutturale e duratura.

In questo contesto, gli esiti della riforma andranno necessariamente valutati anche in base a eventuali nuovi tentativi regionalismo differenziato e al rischio, ravvisato da più parti, che essi

[53] Report Salutequità. Fact checking. Riforma assistenziale territoriale – Focus ADI. Stato di avanzamento dei principali provvedimenti, aprile 2025. Disponibile a: https://salutequita.it/wp-content/uploads/2025/03/Report-ADI_Salutequita_apr2025-B.pdf.

[54] F. APERIO BELLA, *Tecnologie innovative nel settore salute tra scarsità delle risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *Federalismi.it*, n. 2, 2022, p. 266.

[55] D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, cit., p. 12.

finiscano con l'accentuare ulteriormente le disuguaglianze esistenti tra Nord e Sud[56]. Ciò nella consapevolezza che condotte di diversificazione, se attentamente governate, possono e debbono essere incoraggiate. Esperienze come le "Botteghe della comunità" costituiscono, infatti, un importante esempio di iniziativa finalizzata a ricucire le fratture sociali e sanitarie dei territori più marginali, attraverso la valorizzazione dell'autonomia locale nel quadro di una strategia nazionale inclusiva.

La sfida per il futuro sarà, dunque, quella di riuscire a trasformare il regionalismo da fattore di frammentazione a strumento di innovazione cooperativa, in cui Stato, Regioni e autonomie locali operino in una prospettiva di leale collaborazione per assicurare una tutela uniforme dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale.

[56] Senza poter evidentemente approfondire la questione in questa sede, è sufficiente ricordare che il riferimento è alla legge 26 giugno 2024, n. 86 recante «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», bocciata dalla Corte costituzionale all'esito del giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo, dopo che la stessa Corte, con l'importante sentenza 192/2024, ne aveva già demolito l'impianto essenziale. La questione sembrerebbe, però, tutt'altro che risolta, dato il recentissimo annuncio del ministro Calderoli di voler riavviare il percorso dell'autonomia differenziata con un nuovo disegno di legge, contenente una delega al Governo per la definizione dei LEP, al fine di rispondere alle censure avanzate dai giudici della Consulta. Sull'impatto del regionalismo differenziato sulla tutela della salute, cfr. A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2024, p. 731 ss.