

ADRIANA CIAFARDONI*

Telemedicina e livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali**

ABSTRACT (EN): This paper aims to examine the relationship between telemedicine and essential levels of care. The question, also because of the indications present in Ministerial Decree No. 77 of 2022, concerns the possibility of making telemedicine part of the Essential Levels of Care or of considering it a mode of service delivery. In the latter case, “tele-performance” would fall under the genus of organizational choices, with relative competence in the hands of the regions; which, however, could lead to an increase in territorial gaps.

ABSTRACT (IT): Il presente lavoro intende esaminare il rapporto tra la telemedicina e i livelli essenziali di assistenza. La questione, anche in ragione delle indicazioni presenti nel D.M. n. 77 del 2022, attiene alla possibilità di far rientrare la telemedicina nei LEA o di considerare questa una modalità di erogazione delle prestazioni. In tale ultimo caso la “tele-prestazione” rientrerebbe nel *genus* delle scelte organizzative, con relativa competenza in capo alle Regioni; il che, però, potrebbe portare a un incremento dei divari territoriali.

SOMMARIO: 1. I livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali. – 2. Livelli essenziali di assistenza e digitalizzazione della sanità. – 3. La telemedicina come standard tecnologico. – 3.1 (*Segue*). Uniformità della prestazione e accesso alla tecnologia. Il ruolo del PNRR. – 4. Considerazioni conclusive.

1. I livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali

Uno degli ambiti in cui si registrano i divari territoriali più rilevanti è il settore della sanità¹. Tali disuguaglianze dipendono da molteplici fattori – socioeconomici, geografici, etnici e di genere – e si traducono in differenze sistematiche nella tutela della salute, nell’accesso ai servizi sanitari e nella qualità delle cure ricevute. Infatti, come per tutti i servizi pubblici, anche in sanità (o, forse, ancor di più in sanità) si registra un problema di incontro tra domanda e offerta delle prestazioni. Se la domanda resta nel luogo in cui il bisogno sorge, l’incapacità di far fronte alla stessa genera le liste d’attesa. L’alternativa, peraltro non sempre risolutiva, è la mobilità sanitaria, fenomeno, questo, relativo alla delocalizzazione della domanda che avviene, di fatto, dalle Regioni del Sud Italia verso quelle del Nord², così come dalle aree centrali verso quelle

* Assegnista di ricerca in diritto amministrativo – Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti-Pescara.

** Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Sui divari a livello locale e sub-locale in sanità, cfr. V. MOLASCHI, *La tutela della salute nelle periferie*, in *Nuove Autonomie*, n. 3, 2016, pp. 455 ss.

² Secondo l’art. 19, comma 2, legge n. 833 del 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». In dottrina la questione viene ripresa da G. CORSO, M. DE BENEDETTO, N. RANGONE, *Diritto amministrativo effettivo*, Il Mulino, Bologna, 2022, pp. 354 ss.

periferiche³. Questa dinamica è stata ulteriormente aggravata dall'emergenza sanitaria che, quale fattore innegabile di accelerazione delle dinamiche di trasformazione, ha costretto il Sud, ma anche le aree decentrate, soprattutto se montuose, isolate o confinanti con Regioni particolarmente attrattive, a uno sforzo maggiore per superare gli effetti della frammentazione territoriale⁴. Pertanto, rispetto a tale fenomeno, è necessario interrogarsi sul ruolo della digitalizzazione e, in particolare, della telemedicina, che permetterebbe l'erogazione della prestazione sanitaria senza la presenza contestuale medico-paziente⁵, potendo così incidere positivamente sulle liste d'attesa.

La "questione della povertà"⁶ anche sanitaria è da tempo al centro delle politiche del *Welfare State* con l'introduzione di misure volte a contrastare situazioni di emergenza⁷. Al riguardo non sono mancati innesti normativi che, però, faticano a invertire questa tendenza, tra i quali si segnalano gli interventi finalizzati a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA)⁸. Questi costituiscono l'insieme di prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, o gratuitamente o attraverso il pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), utilizzando le risorse pubbliche raccolte tramite la fiscalità generale⁹.

Sulla mobilità sanitaria si veda, altresì, M. MENGOZZI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell'esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell'azione dell'Unione nella tutela del diritto alle cure*, in *Diritto e salute*, 29 gennaio 2018, pp. 26 ss.

³ P. LOMBARDI, *Divario territoriale, governo del territorio e innovazione: un approfondimento*, in *Federalismi.it*, n. 16, 2024, p. 73, sottolinea che i «concetti di sviluppo e di divario sono diventati più complessi da definire e analizzare proprio a causa del progresso tecnologico, il quale rivela in modo ancor più tangibile come il problema sia anche quello della distanza (non solo fisica) tra centri urbani e periferie, che funge da "moltiplicatore" del divario territoriale».

⁴ ASVIS, *Il Sud come cerniera sostenibile tra Europa e Mediterraneo. Le 10 proposte dell'ASviS*, pubblicato il 18 ottobre 2022 sul sito istituzionale dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, p. 2, mette in luce la necessità di potenziare la c.d. "infrastruttura di mezzo", al fine di avvicinare centri e periferie, al fine di garantire una maggiore raggiungibilità anche delle aree più interne.

⁵ Senza pretesa di esaustività, cfr. F. APERIO BELLA, *The Role of Law in Preventing "Remote" Defensive Medicine: Challenges and Perspectives in the Use of Telemedicine*, in *Federalismi.it*, n. 1, 2023, pp. 305 ss.; R. SENIGAGLIA, *Telemedicina ed essenza fiduciaria del rapporto di cura*, in *Persona e mercato*, n. 3, 2023, pp. 470 ss.; V. MOLASCHI, *Telemedicine: Impact and Perspectives in Healthcare Delivery and Organization of the Italian National Health Service*, in *Erdal*, n. 1, 2023, pp. 153 ss.; A. MAZZA LABOCCETTA, *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in *Federalismi.it*, n. 22, 2023, pp. 135 ss.; C. BOTRUGNO, *Un diritto per la telemedicina: analisi di un complesso normativo in formazione*, in *Pol. dir.*, n. 4, 2014, pp. 639 ss.

⁶ L'espressione è di G. TARDELLO, voce *Povertà (questione della)*, in *Novissimo Digesto italiano*, XIII, Utet, Torino, 1966, pp. 520 ss.

⁷ Sulla povertà sanitaria, di recente, cfr. M. D'ORSOGNA, *Povertà sanitaria e welfare governativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Dir. amm.*, n. 4, 2024, pp. 925 ss., secondo cui «"Povertà sanitaria" è una formula coniata non dai giuristi; è un sintagma semanticamente caro agli studi dei sociologi e degli economisti. Assai efficacemente il sociologo Luca Pesenti sintetizza la portata e il significato più intimo della formula "povertà sanitaria" nell'esistenza di una componente della povertà che involge quella fascia di persone che non hanno "l'essenziale per accedere all'essenziale", ossia la salute».

⁸ Cfr. C. COLAPIETRO, *L'effettività costituzionale del diritto alla salute nella dimensione multilivello*, in *Riv. dir. comp.*, n. 5, 2024, pp. 14 ss.; V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *Federalismi.it*, n. 7, 2018, pp. 2 ss.; A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA. Il diritto fondamentale alla salute nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Dir. reg.*, n. 2, 2023, pp. 537 ss.

⁹ Su cui si veda la sentenza della Corte cost., 16 luglio 2012, n. 187, con commento di S. DE GÖTZEN, *La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazione in melius?*, in *Giur. cost.*,

In via preliminare, occorre rilevare che la riforma del Titolo V della Costituzione¹⁰ ha posto al centro la tutela della salute, demandando allo Stato il compito di fissare i livelli essenziali di assistenza (art. 117, comma 2, lett. m)) e alla competenza concorrente Stato-Regione il potere di individuare la normativa di dettaglio per garantire sistemi organizzativi idonei a rendere effettiva ed efficace la disciplina statale in tema di LEA (art. 117, comma 3, Cost.)¹¹.

La previsione di un tale complesso quadro costituzionale trova la sua ragion d'essere nella particolare rilevanza che il settore sanitario riveste nell'ottica della garanzia dell'unità dell'ordinamento¹², in considerazione sia della fondamentale importanza del bene salute per la tutela dei cittadini, sia dei notevoli riflessi che le politiche nel settore possono dispiegare a livello nazionale, in vista del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica. Infatti, l'affidamento esclusivo allo Stato del compito di determinare i livelli essenziali di assistenza manifesta la necessità di garantire omogeneità e uniformità nell'erogazione della prestazione, nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sostanziale¹³. Mentre la previsione di una competenza concorrente in tema di salute intende lasciare alle Regioni il compito di fissare la disciplina di dettaglio e di carattere organizzativo¹⁴. Inoltre, il riferimento ai principi fondamentali, come

2012, pp. 1227 ss., che ha considerato l'uniformità dei criteri di accesso alla prestazione come parte dei livelli essenziali, stabilendo, quindi, un limite alla discrezionalità delle Regioni.

¹⁰ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. In dottrina, sulla riforma costituzionale, si veda, B. CARAVITA, *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V*, Giappichelli, Torino, 2002, *passim*, spec. pp. 69 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto Sanitario e dei Diritti Sociali*, Giappichelli, Torino, 2017, p. 61, ricorda che «l'idea che la piena tutela del diritto alla salute, che evidentemente richiede un'organizzazione dei servizi diffusa sul territorio, necessitasse di una funzione unificante nella definizione delle prestazioni era già presente al legislatore che nel 1978 istituì il Servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978). All'art. 3, comma 2, si prevedeva, infatti, che lo Stato, contestualmente al Piano sanitario nazionale, definisse anche i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini».

¹¹ M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2017, p. 4. La possibilità di ricondurre i Lea ai Lep è pacifica e trova conferma nella sentenza della Corte costituzionale n. 169 del 2017, secondo cui «i Lea, in quanto appartenenti alla più ampia categoria dei Lep, devono essere determinati dal legislatore statale e garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.».

¹² Su cui, cfr. G. ROSSI, A. BENEDETTI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 1 suppl., 2002, pp. 22 ss.

¹³ Sul ruolo dei LEP come "contrappeso costituzionale" all'autonomia differenziata, al fine di evitare disuguaglianze tra cittadini di diverse aree, è intervenuta anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 192 del 2024, intervenuta sulla legge n. 86/2024, che disciplina l'attuazione dell'autonomia differenziata ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione. La sentenza ribadisce il principio di unità e indivisibilità della Repubblica (art. 5 Cost.) come elemento fondamentale del nostro ordinamento, nonostante il riconoscimento dell'autonomia regionale, sottolineando il ruolo centrale del Parlamento nel bilanciamento tra esigenze unitarie e spinte autonomistiche. Proprio per questo la decisione annulla diverse disposizioni della legge n. 86 del 2024 appunto per la violazione del principio di differenziazione, di sussidiarietà e la necessaria specificità e trasparenza nei meccanismi di trasferimento delle funzioni alle Regioni.

¹⁴ Sull'impatto della riforma del titolo V in ambito sanitario si rimanda all'analisi condotta da C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, in *Amministrivia@mente*, n. 3, 2024, p. 1044. Peraltro, è stato osservato da attenta dottrina come «l'organizzazione amministrativa risulti funzionale alla realizzazione ed alla effettività dei diritti dei cittadini e delle comunità», con importanti ricadute sui processi di pianificazione e di programmazione, da cui consegue il carattere democratico della programmazione, «che deve sempre tener conto delle esigenze delle comunità territoriali destinatarie degli interventi. Da queste impostazioni emerge il rilievo della programmazione come *governance* del territorio, nell'ambito

limite nelle materie di competenza concorrente, sembra rimandare (anche) al contesto europeo dei vincoli di stabilità, che rendono necessario un raccordo tra l'attività statale e quella regionale.

L'obiettivo di un tale assetto risiede nella volontà di assicurare su tutto il territorio nazionale un livello uniforme delle prestazioni connesse alla salute, garantendo una piena partecipazione delle Regioni¹⁵. Infatti, la riforma ha inteso creare sistemi sanitari regionali *rigidi* in ordine al contenuto minimo delle prestazioni da garantire e *flessibili* quanto alle modalità organizzative e di erogazione delle stesse¹⁶.

Dunque, i livelli essenziali di assistenza avrebbero dovuto fungere, già nella visione del legislatore costituzionale, da fattore trainante per la garanzia dell'effettività del diritto della salute a livello nazionale¹⁷. Tuttavia, a quasi venticinque anni dalla richiamata riforma, i dati

della quale assume autonomo rilievo il risultato concreto che i vari processi pianificatori devono assicurare»: in questi termini, A. BARONE, *L'organizzazione amministrativa per lo sviluppo economico e sociale nel pensiero di Vittorio Ottaviano*, in *Dir. amm.*, n. 2, 2024, p. 332.

¹⁵ In dottrina, cfr. E. BALDONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'uguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALDONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla l. n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2003, pp. 23. C. BOTRUGNO, *Transizione digitale e diritto alla salute: sfide attuali e future*, in *Diritto e salute*, n. 1, 2022, pp. 9-10, sottolinea come nel demandare allo Stato la determinazione dei livelli essenziali, siano stati lasciati margini di discrezionalità all'interprete nell'individuazione del significato da attribuire al concetto di "essenzialità" delle prestazioni. L'A. osserva come tale concetto si presti a una possibile duplice interpretazione: da una parte, rimanda all'idea di *irrinunciabilità* della prestazione che, a sua volta, richiama la presenza di un nucleo essenziale; dall'altra, invece, si riferisce all'idea di *minimalità* secondo cui il livello essenziale può essere raggiunto solo in presenza di una prestazione minima.

¹⁶ Per questo il concetto di "essenzialità" si riferisce al livello delle prestazioni e non al contenuto del diritto, avendo, quindi, un carattere relativo, la cui determinazione è rimessa a valutazioni sostanzialmente tecniche. Così, M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, cit., p. 4. In questo senso anche R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 11. Sul contenuto "essenziale" riferito al diritto alla salute, come *ciò che attiene all'essenza*, si v. G. ROSSI, A. BENEDETTI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, 2000, pp. 22 ss. Per T. NICOLAZZI, *I livelli essenziali di assistenza*, in *Foro amm. TAR*, n. 5, 2002, pp. 1744 ss., «i livelli di assistenza sono infatti qualificati come essenziali qualora presentino le due caratteristiche di essere necessari per tutelare i bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute e di essere appropriati rispetto alle esigenze di salute dei cittadini, avuto riguardo, altresì, alle modalità di erogazione delle prestazioni». M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in AA.VV., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 13, sostiene come il livello essenziale della prestazione dipenda non solo dalla condizione soggettiva del beneficiario, ma anche da quella della collettività, «alla quale quella del singolo deve essere raffrontata».

¹⁷ La nozione di "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti costituzionali" è, comunque, cosa diversa dal "contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali". Quest'ultimo è un dato oggettivo, ancorché mutevole nel tempo, ricavabile dalla Costituzione. Al contrario, il livello essenziale delle prestazioni ha connotazioni soggettive ed è fissato dal legislatore. Per questo il livello essenziale delle prestazioni può essere corrispondente o addirittura superiore al contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali, in ragione di ciò che discrezionalmente deciderà il legislatore; non può, però, essere inferiore, perché in tal caso si andrebbe a verificare la violazione del diritto costituzionale. Così, F. PALLANTE, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Dir. amm.*, n. 3, 2024, p. 710. In generale, sul contenuto essenziale dei diritti, cfr. M. LOSANA, *Il riconoscimento del principio di uguaglianza sostanziale nell'ordinamento dell'Unione europea: modelli di riconoscimento, tecniche di realizzazione, strumenti di garanzia*, Jovene, Napoli, 2010, pp. 120

sulle disuguaglianze territoriali non sembrano migliorati, anzi attualmente solo 12 Regioni rispettano gli standard essenziali di cura in tutte le macro aree oggetto di analisi (prevenzione, distrettuale e ospedaliera), con un ulteriore aumento del divario Nord-Sud: Campania, Puglia e Sardegna sono le uniche Regioni del Sud promosse, sebbene in posizioni di coda¹⁸. Sicuramente un fattore rilevante in tal senso riguarda il progressivo definanziamento del fondo sanitario nazionale, che incide significativamente sulla concreta attuazione del diritto alla salute¹⁹. E una pianificazione condizionata al risultato²⁰ – come quella auspicata dal PNRR – non può non tener conto di tali dati²¹.

2. Livelli essenziali di assistenza e digitalizzazione della sanità

I livelli essenziali di assistenza sono stati inizialmente definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e, successivamente, ampliati e modificati con D.P.C.M. del 12 gennaio 2017²². A differenza del D.P.C.M. del 2001, che aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo, limitandosi a una descrizione generica dei sottolivelli di assistenza, il provvedimento del 2017 ha previsto nuovi LEA, diventando la fonte atta a individuare attività, servizi e prestazioni che, per mezzo delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, devono essere garantite ai cittadini²³.

ss. Sulle criticità della nozione di contenuto essenziale, si v. D. MESSINEO, *La garanzia del “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Giappichelli, Torino, 2012, *passim*.

¹⁸ I dati sono ripresi dal Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, relativi all'anno 2023. Il Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha approvato gli esiti della valutazione dell'erogazione dei LEA nelle Regioni italiane, relativi al 2023, nella riunione del 11 febbraio 2025.

¹⁹ Per F. PALLANTE, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Dir. amm.*, n. 3, 2024, p. 703, le ragioni dell'impossibilità di dare concreta attuazione al diritto alla salute, in gran parte dipendono «dalla mancata attribuzione al Servizio sanitario nazionale (Ssn) delle risorse di cui necessiterebbe per far fronte, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, ai bisogni di salute della popolazione». Sul punto è chiara anche la posizione della Corte costituzionale: nella sentenza n. 275 del 2016, si precisa che l'effettività di un diritto «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo». Allo stesso modo la decisione n. 142 del 2021, con specifico riguardo al diritto alla salute, sottolinea come la sua effettività sia «assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria, [anche se] non sufficiente, del corretto adempimento del precetto costituzionale».

²⁰ Su cui cfr. A. BARONE, *L'organizzazione amministrativa per lo sviluppo economico e sociale nel pensiero di Vittorio Ottaviano*, cit., pp. 323 ss., spec. 331-334.

²¹ Osserva S. CASSESE, *I diritti sociali degli “altri”*, in *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, 2015, p. 667, come i diritti sociali siano da ritenersi intangibili proprio nei momenti di crisi.

²² Adottato con D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. L'obiettivo era quello di contribuire a ridurre il divario tra Nord e Sud, favorendo il recupero delle Regioni in ritardo su determinate prestazioni, prendendo a riferimento le realtà più avanzate come modello di sviluppo. In dottrina è stata sostenuta la possibilità per le Regioni di attivare LEA integrativi, come un *posterius*, e non un *prius* nella definizione dei livelli essenziali: così M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., p. 27. In senso contrario, cfr. R. TOSI, *Cittadini, Stato e Regioni di fronte ai “Livelli essenziali delle prestazioni”*, in www.forumcostituzionale.it, 15 aprile 2003.

²³ M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, cit., p. 7.

In questo modo, la lista degli indicatori è stata ampliata e modificata e l'elenco dei LEA è stato aggiornato. Peraltro, al fine di assicurare un aggiornamento continuo e sistematico dei livelli essenziali di assistenza, sono stati istituiti la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA). Più di recente, la legge 29 dicembre 2022, n. 197, all'art. 1, commi 791-798, ai fini dell'attuazione dell'art. 116, co. 2, Cost., ha disciplinato la procedura per la determinazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali, ex art. 117, co. 2, lettera m), Cost., nonché dei relativi costi e fabbisogni standard, nel rispetto degli equilibri di bilancio e in conformità con gli obiettivi programmati. Tale attività è stata affidata ad una Cabina di regia, presieduta dal Ministro delegato per gli affari regionali e le autonomie, supportata da una Commissione tecnica per i fabbisogni standard (art. 1, co. 29-bis, l. 28 dicembre 2015, n. 208). Con D.P.C.M. del 23 marzo 2023 è stato istituito il Comitato tecnico scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei LEP (CLEP), «incaricato di fornire supporto alla Cabina di regia, con particolare riferimento alle esigenze di studio e approfondimento tecnico delle complesse questioni rilevanti ai fini delle funzioni attribuite alla stessa nell'ambito della determinazione dei LEP»²⁴. Tale incarico ha portato all'elaborazione di un corposo rapporto finale consegnato il 30 ottobre 2023 al Ministro per gli Affari regionali²⁵.

Ciononostante, il richiamato aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza avvenuto nel 2017 non fa alcun riferimento ai servizi sanitari digitali. Il non aver precisato il ruolo della telemedicina nel D.P.C.M. del 2017 sui Nuovi Lea rischia di trasformare questo strumento, come altri mezzi che nascono al fine di garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure, in acceleratori delle disuguaglianze territoriali. Peraltro, la telemedicina era un fenomeno già diffuso (o, almeno, noto) da tempo: le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina sono del 2014; il Patto per la Sanità digitale è del 2016; le Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina sono del 2020. Quest'ultime, elaborate dal Ministero della Salute e approvate dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni²⁶ nel contesto dell'emergenza pandemica, hanno sancito l'equiparazione, sia giuridica che economica, tra le prestazioni tradizionalmente erogate e quelle fornite mediante l'impiego di tecnologie dell'informazione e

²⁴ COMITATO TECNICO SCIENTIFICO CON FUNZIONI ISTRUTTORIE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI, Rapporto, 30 ottobre 2023, p. 4. Della materia della salute si è occupato il 5° sottogruppo che ha, comunque precisato «allo stato, la Commissione istituita presso il Ministero della Salute e prevista dalla l. n. 208 del 2015, è l'unico organo normativamente deputato a proporre modifiche dei Livelli essenziali delle prestazioni in materia di assistenza socio-sanitaria e che il CLEP non è legittimato a proporre riduzioni dei Livelli delle prestazioni indicate da tale Commissione né a «semplificarne» la definizione, individuando a monte di essi altri LEP di natura più generale» (83).

²⁵ Su cui, in dottrina, cfr. C.B. CEFFA, *La definizione dei LEP tra vecchie e nuove zone d'ombra: quali riflessi sulla perequazione costituzionalmente necessaria?*, in DPCE, n. 4, 2024, pp. 2615 s.

²⁶ C.E. GALLO, *Leale collaborazione tra stato e regioni e patti per la salute*, in Giustamm, n. 7, 21, p. 6, in ragione del coinvolgimento delle Regioni anche per il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, osserva come «il sistema dell'intesa o addirittura dell'accordo è un sistema ormai diffuso se non naturale per la sanità pubblica». Nello stesso senso, anche R. FERRARA, *L'ordinamento della salute*, II ed., Giappichelli, Torino, 2020, p. 124, il quale sottolinea che il sistema sanitario sembra caratterizzarsi più dal richiamo al metodo del consenso (patti, intese, accordi, ecc...) che dalla ripartizione rigida di competenze.

della comunicazione²⁷. In particolare, le richiamate Indicazioni nazionali stabiliscono che per tutte le prestazioni sanitarie erogate a distanza «si applica il quadro normativo nazionale/regionale che regola l'accesso ai diversi livelli essenziali di assistenza, il sistema di remunerazione/tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime prestazioni in modalità «tradizionale». Dunque, per la telemedicina si fa riferimento alla disciplina della medicina come ordinariamente erogata: è un sistema diverso che applica le stesse regole.

Tale impostazione comporta almeno due conseguenze: da una parte, qualificare la telemedicina come modalità di erogazione – e non come autonoma prestazione – implica che essa sia soggetta alle medesime regole in tema di accesso, tariffazione e rendicontazione previste per l'attività in presenza. Dall'altra, così posta, la telemedicina atterrebbe al *genus* dei profili organizzativi, con la competenza (almeno teoricamente) in capo alle Regioni, perché, di fatto, indica non già un tipo di prestazione diversa da quella svolta in presenza, ma una modalità di erogazione diversa del medesimo servizio²⁸.

In tale contesto, si colloca la problematica posizione del D.M. n. 77 del 2022²⁹, ove si prevede che lo Stato fissi «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale»³⁰. Attraverso la definizione di requisiti minimi, il decreto assicura che i LEA non restino un elenco teorico di diritti, ma trovino concreta applicazione nei modelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale³¹. Dunque, la norma, che riprende l'art. 1, comma 169, della l. 30 dicembre 2004, n. 311, è intervenuta per precisare la competenza dello Stato nel fissare non solo le *tipologie* di LEA, ma anche i *criteri qualitativi* delle prestazioni nella forma di standard.

²⁷ C. BOTRUGNO, *Transizione digitale e diritto alla salute: sfide attuali e future*, cit., pp. 10-11.

²⁸ M. D'ARIENZO, *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 277, osserva come prestazione ordinariamente intesa e rapporto digitalizzato medico-paziente siano due facce della stessa medaglia, poiché complementari in un modello unitario. Sul rapporto medico-paziente, cfr. C. CAZZULLO, F. POTERZIO, *Paziente e medico: fenomenologia e prassi della relazione terapeutica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2007; G. COSMACINI, C. RUGARLI, *Introduzione alla medicina*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2007; D. DA GAMA, *La crise de la médecine contemporaine ou la second mort d'Hyppocrate*, in *Journal des Maladies Vasculaires*, n. 5, 2001, pp. 287 ss.

²⁹ Il D.M. n. 77 del 2022, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, ha dato attuazione al PNRR nella parte in cui prevedeva la necessità di revisionare l'assistenza territoriale. Sulla questione, cfr. UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus n. 2, 13 marzo 2023. In dottrina, per un inquadramento della riforma, si vedano R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, pp. 461 ss.; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza territoriale*, in *Jus online*, n. 5, 2022, pp. 161 ss.; F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, n. 23, 2022, 72 ss.

³⁰ Sul ricorso a standard, cfr. C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, cit., pp. 142 ss., spec. 150 ss. L'A. si sofferma sul problema degli standard organizzativi, richiamati dall'art. 1, comma 274, l. n. 234/2021, che autorizza espressamente la fissazione di standard anche di natura organizzativa, oltre che qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi. Tale forma è espressamente richiamata dal D.M. n. 77 del 2022. L'A. mette in luce la progressiva e crescente difficoltà di distinguere gli standard organizzativi da quelli qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, anche in virtù del progressivo processo di digitalizzazione della sanità, che tende a confondere il piano organizzativo e quello tecnologico. La telemedicina è assunta come caso emblematico di questo fenomeno: pur essendo una modalità di erogazione, essa comporta l'imposizione di standard che potrebbero comprimere l'autonomia regionale.

³¹ Sulla legittimità dell'intervento per mezzo di standard si è espressa la Corte costituzionale con sentenza n. 134 del 2006.

Del resto, l'esplicito riferimento agli standard di tipo tecnologico, unito alla particolare attenzione data alla telemedicina dallo stesso D.M. del 2022, induce a interrogarsi in merito alla possibilità che la scelta del legislatore sia, almeno potenzialmente, indicativa dell'intenzione di qualificare la telemedicina come livello essenziale di assistenza. Infatti, nel D.M. n. 77 viene non solo sottolineata la necessità di infrastrutture digitali e sistemi informativi sanitari per abilitare la sanità digitale e migliorare il coordinamento tra i diversi livelli di assistenza, ma è anche previsto l'utilizzo della telemedicina o, comunque, dei sistemi di *e-health* come strumenti fondamentali nella presa in carico delle persone, specialmente con patologie croniche o in condizioni di fragilità³². Quindi, è il caso di chiedersi se la fissazione di specifici standard tecnologici – che presuppone un certo grado di uniformità e obbligatorietà – possa implicare che la prestazione in telemedicina non sia più solo facoltativa o sperimentale, ma rientri nel novero delle prestazioni sanitarie esigibili dal cittadino nei confronti del Servizio sanitario nazionale. La questione impone un approfondimento sul significato e sulla portata giuridica degli standard tecnologici, nonché sul possibile effetto di tipizzazione delle prestazioni in essi ricompresi.

3. La telemedicina come standard tecnologico

La tecnologia in medicina ha una portata ampia: si pensi al ruolo che può essere rivestito, già nell'attività di programmazione³³, alla digitalizzazione per l'interoperabilità dei dati³⁴ o alla tecnologia nel rapporto medico paziente che va dalla telemedicina³⁵ fino alla telechirurgia in

³² *Ehealth* è oggi considerato un "termine ombrello" in modo da poter inglobare le novità offerte dalla tecnologia. L'espressione è di N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, n. 26, 2021, p. 190. F. VALENTINI, *La sanità digitale tra regolazione, organizzazione amministrativa e azione terapeutica*, in *Munus*, n. 2, 2023, p. 456, definisce la sanità digitale come «le modalità di applicazione della tecnologia digitale ai processi sanitari complessivamente intesi per conseguire obiettivi come il rapporto costo-qualità dei servizi, riduzione della differenza tra i vari territori e miglioramento della qualità percepita dal cittadino».

³³ Si pensi al ruolo nella ripartizione dei finanziamenti o nei piani di rientro. Sulla questione, cfr. A. PATANÉ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, Pacini Editore, Pisa, 2024.

³⁴ Il rimando è al Fascicolo sanitario elettronico e al Dossier sanitario elettronico. In dottrina, *ex multis*, cfr. F.C. RAMPULLA, G.C. RICCIARDI, A. VENTURI, *Digitalizzazione delle amministrazioni e accesso ai dati e ai documenti informatici sanitari*, in *Federalismi.it*, n. 2, 2024; N. MACCABIANI, *Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni: il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Federalismi.it*, n. 12, 2023, pp. 251 ss.; L. FERRARO, *Il regolamento UE 2016/679 tra Fascicolo Sanitario Elettronico e Cartella Clinica Elettronica: il trattamento dei dati di salute e l'autodeterminazione informativa della persona*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 4, 2021, pp. 91 ss.; A. PIOGGIA, *Il Fascicolo sanitario elettronico: opportunità e rischi dell'interoperabilità dei dati sanitari*, in R. CAVALLO PERIN (a cura di), *L'amministrazione pubblica con i big data: da Torino un dibattito sull'intelligenza artificiale*, Università degli Studi di Torino, Torino, 2021, 221 ss.; L. CALIFANO, *Fascicolo sanitario elettronico e dossier sanitario: il contributo del Garante della privacy al bilanciamento tra diritto alla salute e diritto alla protezione dei dati personali*, in *San. Pubbl. priv.*, n. 3, 2015, 7 ss.

³⁵ Individuate delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio, G.U. Serie Generale 2 novembre 2022, n. 256, approvate con Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022, in televisita; teleconsulto/teleconsulenza; telemonitoraggio; teleassistenza.

5G³⁶. Tutti livelli di digitalizzazione tra loro profondamente diversi³⁷, rispetto a cui lo standard – sia esso qualitativo, strutturale, tecnologico e quantitativo – non può che rappresentare il livello minimo e necessario della prestazione che deve essere garantito dal Servizio sanitario nazionale su tutto il territorio. Infatti, affinché una prestazione possa essere definita come LEA, è necessario che la sua erogazione possa essere possibile in modo uniforme su tutto il territorio³⁸.

Proprio rispetto a tale profilo, si pone, però, una criticità nel caso di ricorso alla telemedicina. Questa, pur essendo da tempo riconosciuta a livello europeo – che già ne faceva riferimento nella Comunicazione della commissione europea COM(2008)689³⁹ – e largamente diffusa in alcuni Paesi europei e americani⁴⁰, risulta concentrata in Italia in poche Regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio e Veneto⁴¹. Solo in queste Regioni può dirsi già completa ed effettiva l’offerta di telemedicina. Pertanto, se si imponesse come livello essenziale la prestazione a distanza, almeno per ora, potrebbe essere “pretesa” solo in una piccola parte del territorio nazionale, finendo comunque per essere (almeno formalmente) esigibile anche laddove non esistono ancora le infrastrutture, le competenze o l’organizzazione necessarie per erogarla⁴².

³⁶ La presenza di una rete stabile e veloce e in 5G renderebbe la struttura ospedaliera realmente interconnessa e digitale, in grado di erogare servizi basati sull’*Internet for Things* (IoT). Ad esempio, al Policlinico di Bari è stato eseguito con successo il primo intervento di chirurgia corneale da remoto, tramite una connessione 5G. L’uomo, affetto da distrofia epiteliale di Cogan, è stato operato dal prof. Gianni Alessio che ha controllato e guidato dalla sede della direzione della clinica oculistica il laser *iRes@2KHz* che ha operato in *realtime*, con visualizzazione 3D, tramite la *iVis Remote Control Station*. L’infrastruttura necessaria a garantire la connessione 5G è stata fornita al Policlinico di Bari da TIM e garantiva una latenza di trasmissione dati inferiore a 50 millisecondi tra la *iVis Remote Control Station* ed il laser *iRes@2KHz*.

³⁷ Sul “cammino verso la digitalizzazione”, cfr. F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, Cedam, Milano, 2023, pp. 37 ss.

³⁸ Sulle esigenze di uniformità, cfr. C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell’organizzazione sanitaria?*, cit., pp. 1042 ss., spec. 1046 e 1050 ss. L’A. osserva come l’esigenza di uniformità rispetto ai LEA sia una funzione costituzionale attribuita allo Stato, attuata tramite la fissazione di standard sempre più dettagliati, che hanno l’obiettivo di ridurre la differenziazione territoriale, ma che portano a una compressione dello spazio decisionale regionale in merito ai profili organizzativi.

³⁹ COM(2008)689, *Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società*, Bruxelles, 4 novembre 2008.

⁴⁰ C. BOTRUGNO, *Un diritto per la telemedicina: analisi di un complesso normativo in formazione*, cit., p. 639, ricorda le applicazioni sviluppate negli anni sessanta del novecento dalla NASA per permettere assistenza sanitaria agli astronauti in orbita. Sull’argomento, cfr., altresì, V. MOLASCHI, *Telemedicine: Impact and Perspectives in Healthcare Delivery and Organization of the Italian National Health Service*, cit., p. 154.

⁴¹ I dati sono ripresi da MINISTERO DELLA SALUTE, *Aggiornamento mappatura delle esperienze di telemedicina 2019-2021: analisi, evidenze e finalità*, 25 novembre 2021, p. 8, dove viene messo in luce lo stato dell’arte dello sviluppo della telemedicina. Particolarmente attive risultano essere le Regioni Lombardia e Lazio, rappresentative rispettivamente del 17,9% e il 16,5% del totale delle esperienze rilevate; mentre Veneto ed Emilia-Romagna sono rispettivamente al 14,1% e 9,2%. Invece, dal punto di vista della tipologia di prestazioni erogate, nella maggior parte delle esperienze segnalate si configurano fattispecie di tele visita e telemonitoraggio che, rispettivamente, sono rappresentative del 43% e 37% del totale delle esperienze rilevate.

⁴² È il caso di ricordare che i LEA non coincidono con il “nucleo essenziale” del diritto alla salute (quest’ultimo è insopprimibile anche per ragioni economiche). I LEA devono, invece, essere modulati anche sulla base delle disponibilità finanziarie. In questo senso, F. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, in *Gior. dir. amm.*, n. 4, 2015, pp. 529 ss., spec. 532-533. L’A. commenta la sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 604 del 6 febbraio 2015, in cui viene dichiarata la legittimità di atti della Regione Piemonte che

Peraltro, le Regioni che già sono in grado di erogare un'offerta adeguata e strutturata di servizi di telemedicina tenderebbero a rafforzarsi e correre più veloci. Infatti, tali territori finirebbero, probabilmente, per fungere da Regioni "bandiera", esportando il proprio modello di telemedicina, in modo da consentirne il riuso. Tuttavia, se da un lato questa dinamica virtuosa appare coerente con l'idea di efficienza e valorizzazione delle eccellenze territoriali, dall'altro essa comporta un rischio strutturale di accentuazione delle disuguaglianze interregionali. In particolare, le Regioni che non dispongono attualmente di risorse, infrastrutture o capitale umano adeguato non potrebbero raggiungere – quantomeno nel breve periodo – i medesimi livelli qualitativi e quantitativi di erogazione dei servizi digitali sanitari. Ne deriverebbe un'ancora maggiore divaricazione delle traiettorie di sviluppo dei sistemi sanitari regionali, con l'effetto di contribuire a rendere più marcata quella differenziazione territoriale nella garanzia dei diritti sanitari che il ricorso agli strumenti tecnologici, in linea teorica, avrebbe dovuto contribuire a ridurre.

Proprio per questo, lo standard tecnologico dovrebbe far riferimento a quei requisiti (minimi) tecnici e normativi che le infrastrutture e le soluzioni tecnologiche devono rispettare per garantire qualità, efficienza, sicurezza e interoperabilità, proprio al fine di permettere (anche) l'erogazione della prestazione in telemedicina. Gli standard tecnologici di cui al D.M. n. 77 del 2022 si riferiscono, infatti, più a strumenti e piattaforme che abilitano processi di digitalizzazione, piuttosto che alla telemedicina come servizio clinico, rispetto a cui, almeno in talune Regioni, il livello di digitalizzazione necessario sembra ancora abbastanza lontano.

Peraltro, lo stesso D.M. del 2022 non pare aver assunto una posizione chiara circa la qualificazione della telemedicina come livello essenziale di assistenza. La telemedicina viene, infatti, definita come «modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione»⁴³. Questo inquadramento, in linea con quanto già previsto dalle *Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina* adottate nel 2020, conferma come questa non costituisca una diversa prestazione, ma piuttosto una modalità (diversa) di erogazione della medesima prestazione.

Tale qualificazione potrebbe avere importanti ricadute sistematiche. Se la telemedicina rappresenta una modalità di erogazione e non una prestazione autonoma, allora essa non può, in linea teorica, essere considerata un LEA. I livelli essenziali di assistenza, infatti, individuano le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire in modo uniforme su tutto il territorio. La telemedicina, al contrario, si colloca su un piano differente, attenendo, più propriamente, al *genus* delle scelte organizzative, relative alle modalità con cui le Regioni si impegnano a erogare la prestazione⁴⁴.

Peraltro, lo stesso D.M. del 2022 riconosce (e sancisce) l'importanza strategica della telemedicina all'interno dei processi di riforma del sistema sanitario, affermando che «lo

hanno modificato l'assistenza socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti, in particolare restringendo l'accesso ai servizi residenziali e modificando la compartecipazione agli oneri per i malati di Alzheimer.

⁴³ D.M. 77 del 2022, allegato 1, par. 15.

⁴⁴ Anche per le *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina* del 17 dicembre 2020, la telemedicina «rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria».

sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN»⁴⁵. In altri termini, la telemedicina assume il ruolo di strumento abilitante, volto a rendere possibile una diversa e più efficiente articolazione delle cure, soprattutto in un'ottica di maggiore accessibilità e riduzione dei costi⁴⁶. Essa si configura, quindi, non come fine, ma come strumento per il raggiungimento di un'organizzazione sanitaria più efficiente, capace di rispondere concretamente al problema della mobilità sanitaria. Per questo, pur non potendo essere considerata un LEA in senso stretto, essa rappresenta, comunque, un presupposto essenziale per garantire l'effettività dei LEA, specie in territori con carenze strutturali o difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

3.1. (Segue). Uniformità della prestazione e accesso alla tecnologia. Il ruolo del PNRR

L'affidamento allo Stato del compito di determinare i livelli essenziali rivela la necessità di assicurare omogeneità e uniformità nell'erogazione delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Eppure, le linee guida per i servizi di telemedicina, approvate il 21 settembre 2022, subordinano la possibilità di ricorso alla telemedicina a una valutazione di eleggibilità che non si limita ai tradizionali profili clinici, rimessi alla competenza del medico, ma si estende all'idoneità tecnologica e culturale del paziente⁴⁷. Questo comporta che il ricorso alla prestazione a distanza non possa avvenire in maniera indiscriminata, ma debba essere sottoposto a un vaglio di "eleggibilità" del paziente. Tale valutazione, che non si precisa da chi debba essere compiuta, impone che il paziente sia dotato di dispositivi adeguati, dei quali sappia farne uso (o sia nelle condizioni di potersi far assistere da soggetti digitalmente alfabetizzati) e si trovi in un ambiente domestico compatibile con l'erogazione da remoto della prestazione.

È evidente come, in questo modo, la telemedicina rischi di introdurre un meccanismo di selezione sostanziale, che si traduce in una fruibilità della prestazione condizionata al possesso di requisiti estranei al bisogno di cura⁴⁸.

⁴⁵ D.M. 77 del 2022, allegato 1, par. 3.

⁴⁶ Per A. MAZZA LABOCCETTA, *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in *Federalismi.it*, n. 22, 2023, p. 137, «la telemedicina consente di centrare obiettivi di tempestività altrimenti non perseguibili». Sottolinea il ruolo della telemedicina nelle ipotesi in cui la distanza possa rappresentare un fattore critico nell'erogazione della prestazione anche ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS), *Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the Second Global Survey on e-Health*, Ginevra, 2010, che definisce la telemedicina come «l'erogazione di servizi sanitari, dove la distanza è un fattore critico, da parte di tutti gli operatori sanitari che utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per lo scambio di informazioni valide per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie e lesioni, la ricerca e la valutazione e per la continua educazione degli operatori sanitari, tutto nell'interesse di promuovere la salute degli individui e delle loro comunità».

⁴⁷ C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, cit., p. 1058.

⁴⁸ Osserva V. FANTI, *Intelligenza artificiale e diritto amministrativo: prospettive, limiti, pericoli*, in *Dir. e proc. amm.*, n. 4, 2022, p. 1006, come il progressivo processo di digitalizzazione non può realizzarsi «ignorando l'etica, la morale ed i valori che fanno capo all'uomo ed all'ordinamento giuridico: valori cui la robotica e l'intelligenza artificiale non solo dovrebbero ispirarsi, ma non possono non ispirarsi».

Tale impostazione sembra richiamare il principio dell'appropriatezza – già previsto dall'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 502 del 1992 –, ma finisce per tradursi in un criterio di esclusione, in aperto contrasto con l'art. 3 della Costituzione⁴⁹. Infatti, la possibilità di ricorso alla telemedicina, che pur rappresenta una forma di attuazione della tutela del diritto alla salute⁵⁰, sarebbe subordinata alla disponibilità di risorse tecnologiche e di competenze digitali, con la conseguenza di accentuare le disuguaglianze territoriali ed economiche, a danno dei territori già soggetti a criticità anche di natura infrastrutturale. Peraltro, le disuguaglianze relative all'accesso alle nuove tecnologie riflettono in misura significativa quelle sociali. Ciò in quanto spesso vi è coincidenza tra le aree territoriali in cui si riscontrano i livelli più elevati di diseguaglianze in sanità e in salute e quelle in cui si registrano i livelli più elevati di *digital divides*⁵¹. La maggior parte degli utenti con meno competenze digitali di norma si colloca nelle aree socialmente più svantaggiate, in modo particolare in quelle del Mezzogiorno o delle periferie. Questa impostazione collide con l'esigenza di uniformità più volte ribadita dalla giurisprudenza costituzionale, la quale ha persino ridotto gli spazi di autonomia organizzativa delle Regioni per il bene supremo di assicurare, tramite la definizione dei livelli essenziali, l'uniformità delle prestazioni a tutti gli aventi diritto⁵².

Del resto, il problema dell'accesso alla tecnologia non riguarda solo il privato, ma anche l'ammodernamento dell'apparato pubblico. La telemedicina – e in generale la digitalizzazione della sanità – solleva il problema di gestione delle risorse e degli investimenti, pur supportati dal PNRR⁵³: la digitalizzazione, almeno nel (relativamente) breve periodo, è un costo. E se è vero che il gap sulle infrastrutture fisiche è maggiore di quello sulle infrastrutture digitali, non può negarsi anche quest'ultimo, in tema di dotazioni informatiche, ma anche di formazione del personale.

⁴⁹ C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, cit., pp. 1059-1060.

⁵⁰ V. FANTI, *Al tempo dell'emergenza non si può ritornare all'autoritarismo di Oreste Ranalletti*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 3, 2020, p. 289, precisa che «oggi ogni restrizione delle libertà fondamentali deve essere giustificata, deve rispettare i valori della proporzionalità e della ragionevolezza, deve essere oggetto di controlli da parte di giudici realmente indipendenti».

⁵¹ C. BOTRUGNO, *Transizione digitale e diritto alla salute: sfide attuali e future*, cit., pp. 16 ss., ricorda che «la disponibilità di una connessione telematica è considerata un *digital divide* di primo grado, soprattutto per coloro che vivono in condizioni socio-economiche precarie, essendo ancora oggi la barriera più importante nell'accesso ai servizi sanitari digitali». L'A. precisa poi come «i *digital health literacy* siano oggi considerati a tutti gli effetti come un *digital divide* di secondo grado. Il peso della *literacy* è ancora più evidente laddove si pensi che spesso i servizi digitali sono concepiti per essere utilizzati da persone che possono attingere a un certo bagaglio di conoscenze e capacità, quindi sono in grado di attivare determinate risorse immateriali, tra cui consapevolezza, concentrazione, ambizione e autocontrollo». E, infine, nei *digital divide* di terzo grado vi rientrano «la posizione geografica, le attitudini e i comportamenti nella ricerca delle informazioni di salute, la fiducia verso le politiche istituzionali e, in particolare, per il rispetto della propria *privacy*, l'assenza di supporto locale, le barriere linguistiche, o le differenze culturali».

⁵² In tema, cfr. C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, cit., pp. 1050 ss., e ivi i richiami a Corte cost., n. 125 del 2015; n. 192 del 2017; n. 231 del 2017.

⁵³ A. BARONE, *Il tempo della perequazione: il Mezzogiorno nel PNRR*, in *P.A. persona e amministrazione*, n. 2, 2021, pp. 7-11; A. BARONE, F. MANGANARO, *PNRR e Mezzogiorno*, in *Quad. cost.*, 2022, pp. 148 ss.

Invero, la Missione n. 6 del PNRR, dedicata alla salute, sembra finalizzata a realizzare un importante mutamento nell'approccio all'assistenza territoriale⁵⁴, laddove mira a definire, con una serie diversificata di interventi, una nuova strategia sanitaria, che permetta di garantire standard di cura adeguati e che «consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di “welfare comunitario” nella prospettiva di una piena attuazione dei principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale»⁵⁵.

Tuttavia, una volta terminato il flusso di risorse messe a disposizione dal PNRR, si dovrà andare incontro a un probabile ridimensionamento delle risorse, con una (prevedibile) tendenza del legislatore a preferire politiche di contenimento⁵⁶. Proprio per questo, la diversità di velocità di diffusione della telemedicina tra diverse zone del territorio nazionale, se non controllata, rischia di aumentare irrimediabilmente il divario territoriale, in evidente contrasto con quel dovere costituzionale (artt. 2, 3 e 119 Cost.) di assicurare la coesione tramite interventi perequativi dello Stato in favore delle comunità territoriali più deboli⁵⁷.

4. Considerazioni conclusive

I livelli essenziali di assistenza costituiscono il nucleo indefettibile delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire su tutto il territorio nazionale, in attuazione dei principi costituzionali di eguaglianza e buon andamento. In questa prospettiva, l'effettiva garanzia dei LEA si configura come parametro fondamentale sia per misurare la capacità dell'ordinamento di tutelare il diritto alla salute, sia per valutare la qualità del sistema incaricato della sua erogazione.

In tale complesso quadro si colloca il tema della digitalizzazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento al ruolo della telemedicina⁵⁸. Essa rappresenta una componente significativa della sanità digitale, essendo uno strumento idoneo a potenziare l'offerta di cure messe a disposizione della collettività, soprattutto in contesti territoriali caratterizzati da carenze

⁵⁴ V. FANTI, *Verso un turismo ecosostenibile e una digitalizzazione del patrimonio culturale*, in B. CARAVITA, L. BIANCHI (a cura di), *Il PNRR alla prova del Sud*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021, p. 138, sottolinea come il PNRR «rappresenti un'importante occasione di rilancio per le aree economicamente più colpite del Sud Italia».

⁵⁵ Così, M. D'ORSOGNA, *Povertà sanitaria e welfare governativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, cit., pp. 950-951. Ad esempio, il PNRR si pone l'obiettivo di creare una piattaforma nazionale per i servizi di Telemedicina al fine di renderla un servizio strutturato all'interno del Servizio sanitario nazionale. F. VALENTINI, *La sanità digitale tra regolazione, organizzazione amministrativa e azione terapeutica*, cit., p. 465, precisa che «il fine della piattaforma è quello di creare un livello fondamentale di interoperabilità in grado di garantire standard comuni sui servizi di telemedicina sviluppati dalle regioni. Al riguardo, il PNRR finanzia progetti di ricerca sulle tecnologie digitali in materia di sanità e assistenza che si focalizzano sull'erogazione di prestazioni e servizi a distanza, in coerenza con il fine ben espresso nella Missione 6, Componente 1, secondo cui la casa deve diventare il primo luogo di cura».

⁵⁶ Cfr. M. MATASSA, *Colmare i divari. Come le nuove tecnologie promettono di rivoluzionare la sanità italiana*, in *Federalismi.it*, n. 12, 2025, p. 166.

⁵⁷ Così, A. BARONE, *L'organizzazione amministrativa per lo sviluppo economico e sociale nel pensiero di Vittorio Ottaviano*, cit., p. 336.

⁵⁸ V. FANTI, *Intelligenza artificiale e diritto amministrativo: prospettive, limiti, pericoli*, cit., p. 1003, mette in luce come in tale mutato contesto il compito del giurista [sia] «quello di rendere possibile la conciliazione del ricorso alle nuove tecnologie con i valori dell'ordinamento giuridico».

strutturali e di personale nell'erogazione della prestazione. Per questo non v'è dubbio che la telemedicina possa concorrere al raggiungimento degli obiettivi perseguiti dai LEA.

Tuttavia, è opportuno tener distinte le “prestazioni” che rientrano nei LEA dalle modalità con cui esse vengono erogate. I LEA, infatti, definiscono le *tipologie* di prestazioni che devono essere assicurate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e non intervengono in merito alle scelte organizzative. Per questo, la telemedicina, di cui non si nega certamente la rilevanza, non può essere considerata un livello essenziale di assistenza. Essa costituisce, piuttosto, una modalità alternativa (*rectius*: integrativa) di erogazione delle prestazioni sanitarie, già ricomprese nei LEA, la cui adozione dipende, quindi, dalle scelte organizzative di competenza delle Regioni, nonché dalla capacità delle strutture sanitarie territoriali di garantirne il concreto ricorso⁵⁹.

Tuttavia, la crescente rilevanza degli strumenti digitali richiede una riflessione sull'organizzazione amministrativa, nonché sulle strutture necessarie a che tale sviluppo possa essere effettivamente realizzato. Se, infatti, la telemedicina incide in modo determinante sulla possibilità di garantire prestazioni essenziali sul territorio, allora non può escludersi la possibilità di permettere un rafforzamento dell'intervento statale, anche superando i limiti di un'autonomia regionale che resta, comunque, un fondamentale e necessario istituto democratico. In questo senso, sarebbe opportuno interrogarsi sulla possibilità di ricondurre i profili organizzativi alla competenza statale, almeno quando questi incidono direttamente sulla garanzia dei diritti fondamentali. L'organizzazione dei servizi, infatti, non è una scelta né neutra né tecnica, ma profondamente politica e giuridica⁶⁰: quando l'organizzazione incide sulla reale fruibilità dei diritti dovrebbe rientrare nella responsabilità dell'apparato pubblico centrale e non essere lasciata alla discrezionalità delle amministrazioni locali.

D'altro canto, la prematura qualificazione della telemedicina come LEA, in assenza di una reale omogeneità infrastrutturale, rischierebbe di aumentare le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, accentuando il divario già esistente tra le Regioni e imponendo l'esigibilità di una prestazione anche laddove ciò non fosse possibile. Proprio per questo, più che inserire la telemedicina tra i LEA, almeno per il momento, appare più opportuno dirigere l'azione pubblica verso una programmazione orientata a una digitalizzazione uniforme del territorio nazionale (anche) nel settore della sanità⁶¹. Solo una volta garantita una solida base digitale su tutto il territorio – in termini di infrastrutture tecnologiche, interoperabilità dei dati, standard qualitativi e formazione del personale – sarà possibile immaginare un'elaborazione completa di livelli essenziali di assistenza digitali (LEAD), intesi come insieme minimo di prestazioni

⁵⁹ Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2019, 1 ss.

⁶⁰ Cfr. C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, cit., p. 1045, secondo cui l'assegnazione della competenza concorrente nell'ambito della tutela della salute non comporta che «il tema dell'organizzazione vada escluso *tout court* dall'azione dello Stato, in quanto la potestà di sancire i principi fondamentali può coinvolgere anche la disciplina organizzativa dei servizi sanitari».

⁶¹ A. BARONE, *L'organizzazione amministrativa per lo sviluppo economico e sociale nel pensiero di Vittorio Ottaviano*, cit., p. 333, riconosce il carattere democratico della programmazione «che deve sempre tener conto delle esigenze delle comunità territoriali destinatarie degli interventi. Da queste impostazioni emerge il rilievo della programmazione come *governance* del territorio, nell'ambito della quale assume autonomo rilievo il risultato concreto che i vari processi pianificatori devono assicurare».



sanitarie erogabili (ed esigibili), caratterizzate dal ricorso a strumenti digitali, in condizioni di efficienza, sicurezza e universalità.