

ALESSANDRA PIOGGIA*

L'uguaglianza in salute: fra uniformità necessaria e autonomia possibile**

ABSTRACT (EN): Over recent decades, the effects of autonomy-driven choices on healthcare organization have been examined almost exclusively from economic standpoints, focusing on service delivery and expenditure. However, the connection between the right to health and the organization of the services responsible for ensuring it is far more complex and intertwined. It is therefore necessary to identify more effective ways to guarantee health equality, recognizing that organizational uniformity alone is not, in itself, an effective solution.

ABSTRACT (IT): Negli ultimi decenni, gli effetti delle scelte autonomistiche sull'organizzazione sanitaria sono stati esaminati quasi esclusivamente sotto il profilo economico, della produzione di servizi e della spesa. In realtà il rapporto del diritto con l'organizzazione dei servizi chiamati ad assicurarli è molto più stretto. Occorre quindi individuare modalità più convincenti per garantire l'uguaglianza in salute, consapevoli del fatto che neanche l'uniformità organizzativa è, di per sé, una soluzione efficace.

SOMMARIO: 1. Territorio e autonomia nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale. – 2. La seconda riforma del Servizio sanitario e il diverso ruolo dell'autonomia. – 3. L'uguaglianza “produttiva” nelle politiche sanitarie nazionali. – 4. Le scelte organizzative e le differenze “trascurate”. – 5. L'uniformità organizzativa non è sempre la soluzione. – 6. Qualche breve considerazione per continuare a ragionare di autonomia e uguaglianza.

1. Territorio e autonomia nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale

Il tema dell'uguaglianza nel godimento del diritto alla salute fa i conti, sin dall'inizio dell'impegno pubblico nella tutela di tale diritto, con l'autonomia dei territori nei quali necessariamente si ramifica l'organizzazione dei servizi¹. Sì, perché la responsabilità pubblica di garantire la salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»² trova una prima attuazione nel nostro Paese con una disciplina che mette al centro del sistema

* Professoressa ordinaria di Diritto amministrativo e pubblico – Università degli Studi di Perugia.

** Articolo sottoposto a referaggio. Esso è stato sviluppato nell'ambito del PRIN indicato nell'introduzione del fascicolo e in quello dello Studio finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – missione 4 componente 2, investimento n. 1.1, BANDO PRIN 2022, D.D. 104 del 2 febbraio 2022 – The New Healthcare between Territoriality, Domiciliarity and Telemedicine, CUP J53D23005640006.

¹ C. PINELLI, *Come emersero le sperequazioni territoriali sulla tutela della salute e perché sembra così difficile rimediarvi*, in *Italian Papers on Federalism*, 2025, p. 43 ss.

² Secondo il dettato dell'articolo 32 della Costituzione.

proprio la dimensione territoriale³ e, di conseguenza, come vedremo subito, anche quella dell'autonomia.

Fino all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, non esisteva una vera e propria organizzazione dei servizi sanitari oltre l'ospedale. Se si eccettuano gli uffici del medico provinciale, che, con l'istituzione nel 1958 del Ministero della salute, divengono articolazioni periferiche di quest'ultimo, e i medici condotti a responsabilità comunale⁴, i servizi sanitari erano erogati prevalentemente in ambiente ospedaliero, secondo una impostazione tutta centrata sulla cura della malattia.

La legge 833 del 1978, allarga lo sguardo dalla cura delle persone malate alla tutela della salute anche delle persone sane, includendo nella sfera di attenzione pubblica ambiti che fino a quel momento non erano stati considerati di interesse sanitario: educazione alla salute, prevenzione, riabilitazione, ma anche tutela della salute nei luoghi di lavoro, nell'ambiente di vita, procreazione responsabile, promozione della salute dell'età evolutiva e degli anziani, salubrità di aria, acqua e suolo. In questo rinnovato quadro, la dimensione territoriale è essenziale per raggiungere le persone, tutte le persone, non solo quelle malate, nel loro luogo di vita, in maniera capillare e coordinata⁵.

Il territorio è, però, sin da subito, non solo questione di localizzazione dei servizi, ma modo complessivo in cui si concepiscono la salute, la collettività, la persona e, di conseguenza, i servizi. In questo quadro, la saldatura con la dimensione territoriale riguarda anche la partecipazione della comunità alla tutela della salute e quindi l'autonomia nella sua dimensione democratica di coinvolgimento della collettività stanziata in un determinato territorio nella decisione pubblica che la riguarda⁶.

Un fattore che favorisce questo processo è anche la maturazione dell'idea del superamento dei concetti di salute e malattia come stati oggettivi, la cui descrizione e valutazione sono appannaggio della sola scienza. La coeva e strettamente collegata battaglia per la deistituzionalizzazione della cura delle malattie mentali contribuiva in quegli anni al rigetto dell'approccio "medicale" che aveva destoricizzato e isolato la persona dal suo contesto, trattando la sofferenza fisica e psichica come qualcosa da "asportare"⁷. Nella costruzione del

³ Su cui si rinvia a A. PIOGGIA, *La "territorialización" de la asistencia sanitaria en Italia*, in *Ius Publicum*, 2024, p. 1 ss.

⁴ M. CONTICELLI, *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive*, in *Istituzioni del federalismo*, 2024, p. 835 ss.

⁵ Fra i molti studi in cui si ricostruisce la storia del Servizio sanitario nazionale, si veda C. GIORGI, I. PAVAN, "Un sistema finito di fronte a una domanda infinita". *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le Carte e la Storia*, 2, 2018, p. 103 ss. Si tratta di un saggio di grande interesse che ricostruisce attentamente il dibattito che portò alla riforma, restituendone molti dei contenuti e il taglio. Si veda anche, delle stesse autrici, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi Storici*, 2, 2019, p. 417; da ultimo, di anche C. GIORGI, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Roma, 2024. In tema, resta comunque fondamentale anche G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, II ed., Laterza, Roma/Bari, 2021.

⁶ M.A. MODULO, A. SEPPILLI, *Educazione sanitaria. L'educazione sanitaria, la partecipazione e la difesa della salute*, Il pensiero scientifico, Roma, 1981. Ampiamente sulla centralità dell'assistenza territoriale nell'impianto del modello definito dalla legge 833 anche N. DIRINDIN, *Cure primarie: ora o mai più. Salute, diseguaglianze sociali e assistenza territoriale*, in *La salute umana*, 2022, p. 27 ss.

⁷ Come ricostruisce in maniera esemplare F. ONGARO, *Salute/Malattia: le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1986.

sistema di tutela della salute si ritiene così che debbano entrare la soggettività della persona, il suo contesto, gli ambienti di vita e lavoro, i costrutti sociali e culturali della comunità di cui fa parte, e anche le dimensioni democratica e dell'autonomia diventano parte essenziale del Servizio sanitario nazionale⁸.

Uno degli snodi chiave del disegno contenuto nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale è proprio la gestione locale dei servizi. L'affidamento del compito di organizzare ed erogare i servizi alle Unità sanitarie locali, che, non dimentichiamolo, erano organi dei comuni, singoli o associati, dirette dai rappresentanti di quelle comunità, voleva, infatti, tradurre in concreta modalità di governo la dimensione territoriale che descriveva la salute come un diritto della persona situata, del quale assicurare il pieno godimento in maniera effettiva ed eguale per tutti e tutte⁹. In questo quadro si inseriscono anche «la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità»; «la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro»; «la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro»¹⁰, strumenti con i quali la riforma intende incidere sui determinanti sociali della salute, operando, non solo sugli ostacoli di diritto, ad eliminare i quali si provvede con un sistema di cure pubblico e per tutti, ma anche e soprattutto sugli ostacoli di fatto, quelli che impediscono a chi ha eguale diritto alla salute di godere effettivamente di un'eguale salute. Questo definisce il protagonismo del territorio nelle sue diverse accezioni: quella di luogo di vita e lavoro; quella di spazio in cui le persone si qualificano come comunità; quella di ambito nel quale realizzare un approccio multidimensionale ai bisogni di salute; ma anche quella di dimensione che rende possibile la partecipazione comunitaria e l'integrazione fra i servizi¹¹.

Autonomia ed uguaglianza in questo quadro avrebbero, quindi, dovuto trovare una naturale composizione.

2. La seconda riforma del Servizio sanitario e il diverso ruolo dell'autonomia

A decretare, poco più di un decennio dopo, l'esigenza di una seconda riforma è però proprio il mancato funzionamento di quel meccanismo, in cui la copertura piena delle esigenze di salute, da garantirsi sul piano nazionale, si doveva realizzare attraverso una organizzazione regionale e una gestione locale. Lo Stato mancò nella funzione programmatica e le Regioni non riuscirono

⁸ Si rinvia in proposito alle più ampie considerazioni contenute in A. PIOGGIA, *Dopo quaranta anni la riforma dei servizi psichiatrici contiene ancora una importante lezione sul servizio pubblico e sul suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, 2018, p. 817.

⁹ G.A. MACCACARO, *L'Unità sanitaria locale come sistema*, in ID., *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Pgreco, Milano, 1982, p. 462, ss.; N. DENTICO, G. MACIOCCO, *Storia di una magnifica intuizione politica: il principio di universalismo in salute*, in *Politiche Sociali*, 2023, p. 3 ss.

¹⁰ Così l'art. 2 della legge 833 del 1978, nel quale si declinano obiettivi e strumenti della riforma.

¹¹ Mi piace qui ricordare le parole con le quali uno degli igienisti che contribuirono a dare corpo al progetto di Servizio sanitario nazionale, alla fine degli anni '70, Alessandro Seppilli, definiva i distretti: «delle comunità – vale a dire aggruppamenti di popolazione, costituiti da cittadini che comunicano tra loro, hanno problemi comuni e possono esprimere comuni bisogni – nelle quali soltanto è possibile governare la salute». Così in *“Briciole”...parlando di salute*, Delta editrice, Perugia, 1989, 173.

a governare il sistema come enti intermedi, schiacciate, da un lato, dai vincoli determinati dal finanziamento statale e, dall'altro, dalle ambizioni della politica locale. Dal canto loro, i Comuni costruirono un'organizzazione non sempre sostenibile sul piano gestionale ed economico, e a ciò si aggiunsero i casi di lottizzazione politica delle Unità sanitarie locali e gli scambi corrotti che intaccarono profondamente la prospettiva di un governo democratico della salute¹².

La seconda riforma, quella degli anni '90¹³, non nega, ma conferma il dialogo fra autonomia e salute, individuando il livello regionale come unico interlocutore dello Stato sul piano dell'autonomia territoriale e introducendo l'autonomia aziendale, interpretata da enti strumentali della stessa Regione, come ulteriore fattore di differenziazione organizzativa anche infraregionale¹⁴.

Ma il senso del riconoscimento dell'autonomia in questa seconda stagione di riforma è profondamente cambiato: questa non corrisponde più allo strumento per immettere una dimensione territoriale e partecipata nell'organizzazione della salute, per garantire insieme uguaglianza sostanziale e responsabilità democratica delle scelte, ma rappresenta il modo per agganciare i servizi e la loro organizzazione alla responsabilità economico-finanziaria della spesa¹⁵. Titolare delle scelte organizzative non è più il comune o i comuni associati perché più vicini alle esigenze della comunità, ma la regione, in quanto destinataria e, quindi, responsabile di una quota del fondo sanitario nazionale.

Autonomia, organizzazione e dimensione economica si legano in un circuito che vuole invertire il meccanismo precedente, facendo gravare direttamente sulle amministrazioni meno efficienti le conseguenze anche economiche di una sanità che funziona peggio. Basta pensare al caso della mobilità passiva: le amministrazioni regionali i cui cittadini e cittadine vadano a farsi curare in altre regioni pagano le prestazioni con la propria quota di fondo sanitario, con una doppia perdita economica, quella di dover mantenere in piedi servizi propri e di dover pagare prestazioni erogate da altri. Contemporaneamente, la riforma, interpretando un approccio neoliberista¹⁶, promuove anche una trasformazione profonda della cultura organizzativa, attraverso l'immissione di logiche aziendali e produttive nel funzionamento del sistema

¹² Su cui v. ampiamente E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del Servizio sanitario. Un primo bilancio*, Franco Angeli, Roma, 2007, p. 23 ss.

¹³ Avviata dalla delega contenuta nella legge 421 del 1991 e dal conseguente d.lgs 502 del 1992. In tema R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, il Mulino, Bologna, 2010; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 39 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Giappichelli, Torino, 2009, p. 15 ss. Una ricostruzione è anche in N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo*, a cura di S. CASSESE, *Diritto amministrativo speciale*, II ed., Giuffrè, Milano, 2003, I, p. 625 ss.

¹⁴ G. M. RACCA, *Salute*, in B.G. MATTARELLA, M. RAMAJOLI (a cura di) *Enciclopedia del diritto - I Tematici - Funzioni amministrative*, Giuffrè, Milano, 2022, p. 1003 ss.

¹⁵ N. DIRINDIN, E. CARUSO, C. RIVOIRO, *Universalismo e vincoli di bilancio nella tutela della salute: una questione politica, prima ancora che finanziaria*, in *Politiche sociali*, 2014, p. 388.

¹⁶ F. MERLONI, *Diritti e pubbliche amministrazioni nell'austerità liberista. Storia di un abbandono*, Editoriale scientifica, Napoli, 2025, *passim*, spec. p. 281 ss.

sanitario¹⁷ e includendo in maniera strutturale gli erogatori privati nella fornitura dei servizi¹⁸, sposando l'idea di una competizione amministrata fra pubblico e privato¹⁹. Le parole del ministro della sanità che promosse questa seconda riforma, De Lorenzo, non lasciano dubbi: l'obiettivo era «allineare l'Italia ai “meccanismi di libera concorrenza” presenti in Europa e «liberalizzare le prestazioni introducendo elementi di competitività tra pubblico e privato»²⁰.

Questo progetto, i cui aspetti più radicali verranno temperati dal successivo intervento del '99, modifica anche il rapporto fra autonomia ed uguaglianza in sanità: eguali debbono essere le singole prestazioni di servizio, erogate in egual modo da fornitori pubblici e privati, con l'idea che questo sia sufficiente per riempire di eguale contenuto il diritto, mentre l'autonomia, ivi compresa quella conferita alle aziende sanitarie, che sostituiscono come enti strumentali delle regioni le vecchie unità sanitarie locali, serve a impiegare meglio e più responsabilmente le risorse²¹.

Due anni dopo la compiuta definizione della seconda riforma, nel 2001, la modifica del Titolo V della Costituzione convalida la regionalizzazione²², riconoscendo alle Regioni la competenza concorrente in materia di tutela della salute e confermando, in via generale, la competenza statale esclusiva nella definizione eguale delle prestazioni, attraverso la fissazione dei livelli essenziali che soddisfano i diritti sociali e, quindi, anche quello alla salute²³.

Negli anni successivi, il legislatore tornerà a disciplinare diversi profili del funzionamento della sanità regionale, anche introducendo alcuni fattori di uniformità, ma il modello di fondo non viene contraddetto²⁴.

3. L'uguaglianza “produttiva” nelle politiche sanitarie nazionali

In esito al quadro che va definendosi a partire dalla seconda riforma, il nodo problematico del rapporto fra autonomia territoriale e uguaglianza nei servizi a tutela del diritto alla salute si concentra, quindi, sulla tenuta di un modello fondato sull'uniformità delle prestazioni, definite in termini di relativi livelli essenziali, e sulla parziale differenziazione delle modalità di

¹⁷ Alla spontaneità e imperfezione della stagione in cui l'organizzazione dei servizi veniva messa in discussione anche in quanto specchio della società, si sostituisce una razionalità aziendale, che finisce per determinare «una *taylorizzazione* della salute: quindi frammentazione del bisogno e costruzione di un servizio per ogni frammento». In questi termini F. SCOTTI, *Si può reimmaginare una psichiatria di comunità?*, in *Prospettive*, Maggio, 2009, p. 29.

¹⁸ Se ne veda l'ampia ricostruzione in M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012; in tema, da ultimo, anche M. GEDDES DA FILICAIA, C. GIORGI, *L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale*, in *Politiche Sociali*, 3, 2023, p. 425.

¹⁹ M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Maggioli, Rimini, 2012.

²⁰ Lo riporta testualmente, R. BINDI, *La salute impaziente*, Jaka Book, Milano, 2005, p. 21.

²¹ Sui meccanismi per tenere in equilibrio uguaglianza e istanze autonomistiche, resta fondamentale E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Giappichelli, Torino, 2004.

²² R. BALDUZZI, G. DI GASPARÈ (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002.

²³ C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, Bup, Bologna, 2008.

²⁴ Nonostante le tensioni crescenti verso nuove forme di uniformità, come considera utilmente C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2016, p. 65.

organizzazione dei servizi che dovrebbero garantirne l'erogazione. Una scommessa, questa, che non ha avuto però un esito felice. Gli studi quantitativi diffusi in questi ultimi anni mostrano, da diversi punti di vista, un quadro caratterizzato da forti disparità²⁵ e nel dibattito ricorre in proposito la significativa immagine di un Paese con ventuno sistemi sanitari diversi²⁶.

Coerentemente con il quadro prima descritto, le diagnosi sulle disuguaglianze e le terapie per superarle si sono appuntate però invariabilmente sulle capacità produttive delle amministrazioni sanitarie responsabili della soddisfazione del diritto alla salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)²⁷, al quale è affidato il compito di verificare l'eguale erogazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nelle diverse regioni, si concentra essenzialmente sulle performance tecniche e sul volume delle prestazioni. Anche l'unico indicatore che sembra in grado di rilevare fattori di disuguaglianza diversi, quello relativo alla rinuncia a prestazioni sanitarie, riguarda comunque l'inappropriatezza organizzativa nell'offerta dei servizi o il loro costo di compartecipazione per l'utente. Anche il Programma Nazionale Esiti, redatto annualmente da Agenas²⁸, tocca solo parzialmente questioni di uguaglianza diverse da quelle che discendono dalla differente capacità produttiva dei servizi sanitari regionali. Soltanto a partire dall'edizione del 2021, è stata introdotta una specifica sezione volta a valutare e monitorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e negli esiti di salute. Gli aspetti presi in considerazione sono però soltanto due: quelli relativi al genere e alla cittadinanza.

L'uguaglianza in sanità finisce così per essere esaminata prevalentemente nella prospettiva dell'identica o, più spesso, diversa efficienza amministrativa e le relative politiche di uniformità nazionale ne risentono pesantemente.

Considerando che l'ultimo Piano Sanitario Nazionale risale al 2008, è evidente che in questi anni il livello nazionale abbia perseguito l'uniformità con altre modalità. Se andiamo a vedere quali siano, fatto salvo per il piani settoriali (come quello vaccinale o quello per la prevenzione), si tratta di strumenti come i Patti per la salute, che il Ministero stesso definisce come accordi finanziari e programmatici triennali²⁹, e i piani di rientro, attraverso i quali una singola regione concorda con il governo le scelte organizzative per riportare in equilibrio economico-finanziario il proprio servizio sanitario. Altre previsioni uniformi per tutte le regioni hanno invariabilmente riguardato l'imposizione i standard, tetti, budget e vincoli sulle diverse voci di spesa.

²⁵ Fra i tanti, può vedersi il Report Osservatorio GIMBE, *Il regionalismo differenziato in sanità*, 1, 2023, https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2023.01_Regionalismo_differenziato_in_sanita.pdf; ma anche Corte dei Conti, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021*, www.corteconti.it/Download?id=f35378564e2f47c49ba4443f812313f5; o, ancora, CREA Sanità, *Livelli di tutela della Salute: le Performance Regionali*, 2025, https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2025/06/Performance_2025.pdf. Si veda infine anche la rielaborazione dai dati Istat, su Sanità e salute, leggibile qui: <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=26&dove=>.

²⁶ Così, ad esempio, nell'Ordine del giorno 9/2613-A/46, discusso alla Camera il 9 marzo del 2015. Le differenze sono emerse con grande evidenza soprattutto nelle prime fasi della risposta alla crisi pandemica dovuta al Covid-19, su cui si veda E. ALBER, E. ARBAN, P. COLASANTE, A. DIRRI, F. PALERMO, *Affrontare la pandemia. Il "federalismo sanitario" funzionale dell'Italia e la cooperazione disfunzionale*, in *Italian Papers on Federalism*, 2021, p. 52 ss.

²⁷ Introdotto con il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020.

²⁸ L'edizione 2024 è visibile qui: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2024.pdf.

²⁹ Così nel *Patto per la Salute 2019-2021*, approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019.

L'esito di queste misure è stato quello di ridurre i divari di spesa fra regioni in un quadro nel quale, peraltro, la spesa è stata contenuta anche in termini di media nazionale. Ma questa uniformità non ha fatto anche uguaglianza³⁰. Anzi, fattori come la minore disponibilità di servizi, la loro concentrazione per motivi anche economici, la riduzione della prossimità nell'erogazione hanno aumentato le difficoltà di accesso alle prestazioni delle fasce di popolazione più deboli, amplificando fattori di disuguaglianza.

L'ipotesi che vorrei sviluppare è che questo approccio, prevalentemente basato sulla capacità produttiva dei sistemi sanitari regionali, sia parziale e, soprattutto, insufficiente a identificare e, quindi, correggere tutti i fattori che determinano le disuguaglianze. Il limite principale discende dall'idea che sorregge questa visione, ovvero che l'impatto dell'organizzazione sul diritto alla salute sia unicamente quello economico produttivo: per cui, una volta individuate le prestazioni, è sufficiente garantire un ugualmente efficiente impiego delle risorse per assicurare l'uguaglianza nel diritto alla salute.

In realtà, il rapporto fra l'organizzazione dei servizi e il diritto che intendono soddisfare è molto più articolato e complesso di così. Il modo in cui si organizza l'erogazione di certe prestazioni non si riflette solo sull'efficienza, ma dà forma al diritto³¹, anche attraverso l'idea di persona, di comunità, di servizio che restituisce, e questi sono fattori di cui è essenziale tenere conto quando si ragiona di uguaglianza³².

³⁰ Paradigmatiche in questo senso sono le considerazioni svolte dall'Ufficio parlamentare di Bilancio, secondo il quale "la regolazione sempre più rigida e il controllo centrale progressivamente più stringente sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) sono stati finalizzati prioritariamente, e con successo, al rientro dai disavanzi sanitari e sono stati rivolti solo con ritardo alla garanzia del rispetto uniforme sul territorio dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rimanendo a tal fine meno efficaci". Così nel Focus Tematico n. 6 del 2.12.2019, http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanit%C3%A0.pdf. Ma si veda anche in questo senso il *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica* della Corte dei conti, in cui, a pagina 275, si considera che «la riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sono stati accompagnati, in questi anni, da un rafforzamento dell'offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte 'più debole' della popolazione, cioè anziani, disabili, malati terminali. In molti casi non sono raggiunte le soglie richieste, pur se fissate a livelli molto contenuti».

³¹ Come ha avuto modo di chiarire in una significativa sentenza anche la Corte costituzionale, «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia» e «non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non condizioni l'organizzazione». Così nella sent. n. 383 del 1998. In tema rinvio a A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2011, p. 21 ss., ma si vedano anche le articolate considerazioni di G. ROSSI, *Introduzione al diritto amministrativo*, Giappichelli, Torino, 2000, p. 61; ID., *Principi di diritto amministrativo*, Giappichelli, Torino, 2010, p. 111 ss., che segnala la stretta interdipendenza fra interessi e organizzazione, mettendo in evidenza come, proprio attraverso l'acquisto di rilevanza giuridica di quest'ultima, si vada definendo un diritto pubblico la cui specificità non risiede più solo nell'essere regola del potere in quanto espressione di autorità, ma essenzialmente nell'essere disciplina di una potestà che è innanzi tutto doverosa cura di interessi. Sul rapporto fra diritto alla salute e organizzazione, si veda la convincente e accurata ricostruzione di C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Volume I – Studi introduttivi, Bup, Bologna, 2018, p. 546 ss. In tema anche V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 2019 e M.C. D'ARIENZO, *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Giappichelli, Torino, 2022.

³² Per questa lettura si rinvia ad A. PIOGGIA, *Diritti dell'individuo e organizzazione della sanità. Quale idea di persona nelle scelte sul funzionamento del sistema?*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile. Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, vol. II, Bup, Bologna, 2019, p. 579 ss.

Un esempio vale a illustrare quanto appena considerato.

Gli ambulatori per l'assistenza specialistica territoriale localizzati tutti in prossimità del centro storico di una grande area urbana, ci dicono che il servizio è immaginato pensando a chi risiede nel centro città, ha quindi un reddito più elevato, dal momento che case e affitti sono più alti in quelle zone, mediamente ha una salute migliore, visto che salute e reddito sono collegati positivamente³³, e, nonostante questo, gode della possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie facilitata dalla prossimità al luogo di erogazione³⁴. La persona intorno alla quale sono costruiti i servizi è, evidentemente, quella che corrisponde a questo schema; chi non coincide con esso deve superare ostacoli che non sono stati presi in considerazione nella articolazione del sistema e non sempre e non per tutte e tutti questo è semplice o possibile. L'idea di salute che questo tipo di organizzazione ci restituisce è, quindi, quella di un benessere fisico che non tiene pienamente in considerazione i determinanti sociali o comunque non considera quelli relativi al luogo di vita e, conseguentemente, al reddito. La concezione di servizio che ne deriva è ampiamente prestazionale: si tratta, cioè, di erogare assistenza a chi la chiede, trascurando che frequentemente anche chi non la chiede, o semplicemente non è in grado di raggiungere il luogo in cui è erogata, necessita di cura, spesso anche più degli altri.

In questa prospettiva più ampia, diventa evidente che l'uguaglianza non si gioca unicamente sull'efficienza nell'erogazione di prestazioni sanitarie. È chiaro che questo è un fattore importante, e che una diversa capacità di produzione di servizi con le medesime risorse produce disuguaglianza³⁵. Ma non è tutto qui. Se si prendono in esame due regioni o due aziende, o anche più semplicemente due distretti, gli ambulatori medici dei quali siano esattamente identici nella quantità di prestazioni erogate e nei costi a tal fine sostenuti, ma siano dislocati in modo diverso e secondo differenti criteri nel territorio, non si può dire di trovarsi di fronte alla realizzazione dell'uguaglianza nel godimento del diritto alla salute.

Un approccio essenzialmente centrato sulla capacità dell'organizzazione di erogare prestazioni rischia, quindi, di trascurare aspetti in grado di compromettere l'eguaglianza in modi diversi e più profondi, perché legati ad una differente configurazione del diritto, prima

³³ Nel Rapporto Annuale 2024 ISTAT, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI-DI-VITA-Anno-2024.pdf>, si rileva che tra i diversi gruppi di reddito ci sono significative differenze negli indicatori di salute: chi appartiene ai quinti di reddito più alti ha maggiori probabilità di dichiarare condizioni di salute buone o molto buone e una più elevata speranza di vita in buona salute. Inoltre, le famiglie più povere sono esposte a maggiore privazione materiale, a un rischio più alto di esclusione sociale e rinuncia alle cure sanitarie, fenomeni che impattano negativamente sulla salute complessiva della popolazione.

³⁴ G. COSTA, *La salute diseguale in Italia*, in Scienzairete, 01/06/2017, <https://www.scienzairete.it/articolo/salute-disuguale-italia/giuseppe-costa/2017-06-01>, osserva significativamente come «A Torino chi sale sul tram che attraversa la città dalla collina alto-borghese all'estremo est per andare nella barriera operaia di Vallette all'estremo nordovest vede salire dei passeggeri che perdono mezzo anno di speranza di vita ogni chilometro che percorre: più di quattro anni di aspettativa di vita separano i benestanti della collina dagli abitanti degli isolati più poveri del quartiere Vallette». Si vedano in proposito anche i diversi dati raccolti e presentati in G. COSTA, M. STROSCIA, N. ZENGARINI, M. DEMARIA (a cura di), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano, 2017.

³⁵ Come considera condivisibilmente anche C. PINELLI, *Come emersero le sperequazioni territoriali sulla tutela della salute e perché sembra così difficile rimediarvi*, cit., p. 45.

ancora che ad una sua diversa soddisfazione: non è più tanto e solo questione di ventuno servizi sanitari diversi, ma forse di ventuno diritti alla salute differenti³⁶.

4. Le scelte organizzative e le differenze “trascurate”

Prima di proseguire con il ragionamento, è bene chiarire subito che non considero l'autonomia territoriale in sé “il problema”, anzi io credo che essa sia funzionale alla garanzia piena del diritto; tuttavia, affinché le dinamiche di differenziazione che essa legittimamente attiva, soprattutto in ambito organizzativo, non determinino inaccettabili disuguaglianze, occorre comprendere fino in fondo l'effetto dell'organizzazione sul diritto alla salute, proprio per poterne governare adeguatamente le conseguenze.

Osservando i sistemi regionali da questo più ampio punto di vista, si possono evidenziare differenze importanti che incidono sul diritto in modi che spesso non sono oggetto di specifica attenzione, ma che, indubbiamente, si riflettono su aspetti chiave dell'uguaglianza.

Un primo esempio riguarda un fattore preliminare al riconoscimento del diritto a ricevere prestazioni sanitarie a carico della sfera pubblica: il modo in cui viene identificato il bisogno di cure.

Naturalmente esistono sistemi internazionali di classificazione delle malattie, come l'*International Classification of Disease* e l'*International Classification of Primary Care*, la questione si pone, però, per le condizioni complesse che richiedono una presa in carico articolata, come nei casi della non autosufficienza e della cronicità.

Le nostre regioni hanno a lungo utilizzato scale di valutazione diverse per identificare il livello di non autosufficienza delle persone anziane, con conseguenze pratiche consistentemente differenziate, sia sull'accesso ai servizi, sia sulla stima della domanda³⁷. I dati del 2022 ci dicono che la copertura del bisogno delle persone che sperimentano la non autosufficienza in età anziana attraverso l'ospitalità in strutture residenziali andava dall'1% di Basilicata, Campania e Sardegna, al 24% della Provincia autonoma di Bolzano³⁸. Negli ultimi anni, con la legge delega 33/2023 e il decreto legislativo 29/2024, si sta introducendo un sistema nazionale più omogeneo³⁹, ma c'è da attendersi che anche questo dovrà fare i conti con i differenti impianti

³⁶ Sul punto si rinvia a A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disuguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, 2020, p. 37 ss.

³⁷ Una interessante ricostruzione dei diversi metodi di valutazione adottati dalle regioni è in F. IURLARO, *La valutazione della non autosufficienza*, in *I luoghi della cura*, 2, 2019, <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/03/la-valutazione-della-non-autosufficienza/?pdf>, il quale considera anche come le schede valutative scelte e gli algoritmi utilizzati per il calcolo del fabbisogno assistenziale risultino spesso “funzionali alle politiche e alle risorse che le singole regioni intendono introdurre, piuttosto che ai percorsi di cura, sostegno e valorizzazione delle persone”. Su questi aspetti si veda anche F. PESARESI, *Le Unità di Valutazione Multidimensionale*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2006, p. 6 ss.

³⁸ Dati che è possibile leggere in G. FOSTI, F. LONGO, S. MANFREDI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, B. PONGIGLIONE, A. ROTOLO, A. TORBICAU, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde*, in *Rapporto OASI*, Cergas Bocconi, Milano, 2024, p. 208 ss., e che sono stati elaborati a partire da Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2022* e Istat, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati Istat su popolazione al 1/1/2022*.

³⁹ In particolare, l'articolo 27 del d.lgs. 29 del 2024 disciplina la Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU).

organizzativi dei meccanismi regionali di sostegno della non autosufficienza, come, ad esempio, la numerosità e la formazione dei professionisti coinvolti nella valutazione preliminare, quella, cioè, che consente l'accesso al processo valutativo unificato⁴⁰.

Anche con riferimento alla cronicità, ci sono esperienze e definizioni diverse⁴¹. Alcune regioni, come la Lombardia, hanno sviluppato sistemi propri come il CReG (*Chronic Related Groups*), che classifica i pazienti cronici secondo criteri regionali specifici, basandosi su gravità e comorbidità⁴². Altre regioni utilizzano sistemi diversi, basati sulla combinazione dei dati amministrativi sull'accesso ai diversi servizi⁴³, per stratificare la popolazione sulla base del rischio di sviluppare malattie croniche. Altre ancora impiegano metodi meno strutturati. L'impatto di tutto questo sulle modalità di presa in carico e sui percorsi assistenziali è, anche qui, consistentemente differenziato⁴⁴.

A volte, a fare la differenza può essere, invece, la burocrazia, con le sue complessità e rigidità e, in alcune realtà, rendere l'identità di persona malata qualcosa da conquistare con fatica. Nel 2023 Emergency ha sottolineato come in alcune regioni gli ostacoli burocratici limitino l'accesso alle cure sanitarie non solo alle persone straniere, ma anche italiane⁴⁵. Nel 2023, delle quarantaduemila prestazioni erogate da Emergency, ben diciannovemila riguardavano l'attività di mediazione sanitaria. E, anche qui, le differenze regionali non mancano. Nel rapporto prima citato si evidenzia, ad esempio, la situazione particolarmente complessa della Lombardia.

Anche nella capacità di intercettare i bisogni di salute, i sistemi sanitari regionali e le loro scelte organizzative riflettono importanti differenze. Un dato significativo in questo senso è anche quello della rinuncia alle cure, che non dipende soltanto dalle difficoltà economiche di persone e famiglie, sulle quali l'organizzazione regionale della sanità può incidere ben poco, ma anche da altri fattori, come la difficoltà a raggiungere i luoghi in cui si erogano le prestazioni o i tempi di attesa, aspetti, invece, che dipendono anche dalle scelte organizzative. Secondo

⁴⁰ In questa prospettiva, meriterà prestare attenzione al modo in cui sarà attuato nelle diverse regioni quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 27 del d.lgs. 29 del 2024, in cui si dispone che l'accesso al processo valutativo tramite VMU è riservato a chi ha almeno una patologia cronica o si trova in "condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari". La sussistenza di tali "condizioni" viene apprezzata dal medico di medicina generale o da altro medico della azienda sanitaria territoriale. È, quindi, possibile che in questa valutazione preliminare si ripresentino le questioni di differenziazione regionale nei criteri che attualmente caratterizzano la misurazione delle condizioni di non autosufficienza.

⁴¹ Sulle quali si veda, da ultimo, la interessante ricostruzione in M. T. GRECO, P. MAGNONI, W. BERGAMASCHI, A.G. RUSSO, *Un approccio data-driven per ottimizzare la presa in carico del paziente cronico nel contesto del DM77*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2025, p. 168.

⁴² G. BELLERI, *Presa in carico della cronicità in Lombardia: bilancio e prospettive di revisione dopo la pandemia*, in *Recenti progressi in medicina*, 2022, p. 59.

⁴³ È il caso di Toscana ed Emilia Romagna, su cui si veda M. DEL VECCHIO, L. GIUDICE, L.M. PRETI, V. RAPPINI, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione*, in *Rapporto OASI 2022*, p. 407 ss.

⁴⁴ Si vedano in proposito le differenze regionali riportate in *Cittadinanzattiva, XX Rapporto sulle politiche della cronicità. Fermi al piano*, 2022, p. 83 ss.

⁴⁵ Emergency, *Bilancio sociale 2023*, <https://www.emergency.it/wp-content/uploads/2024/07/Bilancio-Sociale-2023-di-EMERGENCY.pdf>.

l'ultima Relazione del CNEL⁴⁶, nel 2023, 4,5 milioni di persone, hanno rinunciato a usufruire delle prestazioni sanitarie, con differenze importanti fra regioni, che risentono delle condizioni economiche dei residenti, ma non solo. Il dato peggiore si conferma in Sardegna con un valore pari al 13,7%, seguita dal Lazio (10,5%) e dalle Marche (9,7%). All'opposto si collocano il Friuli-Venezia Giulia, le province autonome di Bolzano e Trento, Emilia Romagna, Toscana e Campania con valori inferiori al 6%.

Differenze nell'organizzazione dei servizi, che hanno ben poco a che fare con la capacità produttiva e i livelli di spesa, definiscono disuguaglianze importanti anche nell'accesso a specifiche prestazioni, come, ad esempio, l'interruzione volontaria di gravidanza⁴⁷. In alcune realtà, come quelle di Basilicata e Molise, le donne si spostano fuori regione in una percentuale pari a circa il 25-30%, che è di molto superiore alla media nazionale, attestata intorno all'8%⁴⁸. La ragione più nota e dibattuta è quella relativa alla quantità più elevata in queste regioni di personale sanitario che esercita l'opzione dell'obiezione di coscienza. Ciò che, tuttavia, si trascura spesso di considerare è come una quota di obiezione dipenda anche dalle condizioni organizzative in cui si trova ad operare il personale che non obietta, spesso discriminato in termini di carico di lavoro, opportunità di carriera e tutela della propria salute e sicurezza⁴⁹. Sono aspetti, questi, che determinano una obiezione per motivi professionali e sui quali le scelte organizzative aziendali, ma anche le linee guida regionali sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi, possono molto⁵⁰.

Altre disuguaglianze importanti e trascurate sono quelle che discendono dal modo in cui l'organizzazione incide sulla relazione fra l'individuo bisognoso di cure e il personale medico. Come è noto, il legislatore nazionale ha compiuto un importante passo avanti nella disciplina delle modalità di garanzia dell'autodeterminazione della persona nel rapporto di cura, anche responsabilizzando l'organizzazione in ordine alla necessità di considerare la relazione con la persona curata nel percorso terapeutico. In modo molto significativo, l'articolo 1 del d.lgs. 219 del 2017, al comma 8, ha disposto che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura». Si tratta di una affermazione importante e potenzialmente foriera di cambiamenti significativi nella relazione medica. Non c'è dubbio, tuttavia, che il modo in cui

⁴⁶ CNEL, *Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle Pubbliche Amministrazioni centrali e locali*, presentata nell'ottobre 2024.

⁴⁷ Nel caso sollevato di fronte al Comitato Europeo dei Diritti Sociali, *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy* (n. 87/2012), il ricorrente sollevava anche la questione relativa alla discriminazione fra donne residenti in aree diverse del nostro Paese, non essendo l'aborto garantito a tutte in maniera uguale, a causa delle differenze relative alla presenza di personale medico non obiettore nelle diverse regioni italiane. In tema si veda M. DI MASI, *Obiezione di coscienza e interruzione volontaria di gravidanza: il Consiglio d'Europa ammonisce l'Italia*, in *Questionegiustizia*, 2024, https://www.questionegiustizia.it/articolo/obiezione-di-coscienza-e-interruzione-volontaria-di-gravidanza_il-consiglio-d-europa-ammonisce-litalia_19-06-2014.php.

⁴⁸ Istat, *Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza*, periodo di riferimento: anno 2022, data pubblicazione: 7 Novembre 2024.

⁴⁹ Sono aspetti che il Comitato Europeo dei Diritti Sociali non ha mancato di sottolineare nella pronuncia *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy* (no. 91/2013).

⁵⁰ Sugli strumenti che le organizzazioni sanitarie hanno per fronteggiare l'obiezione di coscienza nella prospettiva della necessità di assicurare pienamente i servizi di interruzione volontaria di gravidanza, si rinvia alle considerazioni svolte in A. PIOGGIA, *L'obiezione di coscienza nei consultori pubblici*, in *Istituzioni del federalismo*, 2015, p. 121 ss.

tutto questo viene e verrà reso concreto dipende dall'impostazione organizzativa della struttura, ma anche da scelte di organizzazione più minute, che riguardano, ad esempio, la predisposizione o meno di luoghi dedicati, il numero di personale addetto, i tempi di lavoro. Questo comporta che le diverse modalità attraverso le quali le organizzazioni sanitarie e i sistemi regionali affrontano il tema possa essere foriero di grandi differenze nei modi di garantire la partecipazione della persona.

Un altro significativo ambito in cui la costruzione e la concezione stessa del rapporto di cura producono differenze importanti nell'idea di salute e persona è certamente quello dell'accesso al suicidio assistito. Qui ci troviamo di fronte ad atteggiamenti profondamente diversificati delle regioni. Si va dalla Toscana, che ha approvato una propria legge regionale, a regioni come l'Emilia Romagna e il Veneto che hanno adottato delle linee guida per dare certezza e uniformità ai comportamenti delle aziende sanitarie regionali, ad altre, come Sardegna e Molise in cui proposte di legge regionale sono state presentate e non ancora discusse, o come Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lombardia e Liguria in cui le proposte sono state dichiarate non ammissibili, fino a regioni come Basilicata, Sicilia, Trentino Alto Adige e Umbria in cui non è stata presa nessuna iniziativa. È chiaro che il diverso atteggiamento delle regioni italiane influisce in modo significativo sulla qualità della vita dei pazienti terminali, determinando differenze nell'accesso a un fine vita dignitoso e nel sollievo dalla sofferenza.

Potremmo continuare con altri esempi, come quello relativo alla diversa incidenza del privato accreditato sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma ci basta considerare come l'evoluzione della medicina e la crescita dell'aspettativa di sopravvivenza e la cronicità abbiano trasformato profondamente la relazione con il servizio sanitario, che spesso non si esaurisce nel trattamento della fase acuta di una malattia, ma prevede la gestione di uno stato cronico o di lento recupero, che comporta una relazione con l'amministrazione sanitaria che si allunga progressivamente investendo parte della vita delle persone. Le diverse modalità in cui è organizzata questa relazione incidono sul modo in cui la persona è messa in condizione di trascorrere il tempo di cura, indicano la misura in cui l'amministrazione assicura «il pieno sviluppo della persona umana» e sono significative di diverse idee di individuo, malattia e diritto alla salute che essa esprime attraverso la sua organizzazione.

Le conseguenze, anche in termini di disuguaglianza, che derivano da aspetti come questi non sono rilevabili da analisi che tengono conto unicamente dei costi, tempi, ed esiti delle prestazioni erogate. Né le misure poste in essere in questi anni per rendere uniformi le prestazioni, sotto il profilo dei costi e dei tempi, intaccano le differenze più profonde che strappano la trama dell'eguaglianza in modo radicale e difficilmente reversibile.

5. L'uniformità organizzativa non è sempre la soluzione

Di fronte alle disuguaglianze che dipendono dalle scelte organizzative, come quelle che ho sopra richiamato, si potrebbe pensare che la soluzione sia semplicemente quella di imporre una più consistente uniformità nell'organizzazione dei servizi per la tutela della salute. Si tratta però di una risposta non del tutto adeguata alla complessità della questione dell'uguaglianza, che

rischia di non risolvere i problemi e, in alcuni casi, di aprire fronti problematici ulteriori e diversi.

Un recente “laboratorio” di uniformità organizzativa “forte” in ambito sanitario è rappresentato proprio dalle misure contenute nella Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L’obiettivo del rafforzamento della sanità territoriale⁵¹ è perseguito dal Piano attraverso l’indicazione puntuale di misure organizzative che tutte le regioni debbono adottare, a pena del mancato accesso alle risorse economiche. Ci troviamo di fronte ad una inedita modalità di regolazione dell’organizzazione da parte del governo centrale che, di per sé, non avrebbe cittadinanza nel nostro sistema di articolazione delle competenze fra Stato e regioni. In materia di «tutela della salute», infatti, alla normativa statale spetta unicamente la determinazione dei principi fondamentali⁵². Nel caso del PNRR e del Decreto ministeriale n. 77 del 2022⁵³, che dà attuazione alle previsioni contenute nella Missione 6 del piano, invece, abbiamo una serie di indicazioni sull’organizzazione che, sotto la scure della condizionalità finanziaria, vanno ben oltre i principi fondamentali e dettagliano puntualmente il nuovo assetto del distretto sanitario, illustrandone l’articolazione senza lasciare spazio a differenziazioni regionali.

Ma si tratta di una uniformità capace di fare anche uguaglianza?

La risposta, almeno per ora, non è positiva.

Prendiamo il caso delle Case della comunità⁵⁴, le strutture intorno alle quali si dovrebbe snodare parte della riorganizzazione orientata al rafforzamento dell’assistenza erogata a livello territoriale. Dagli ultimi dati diffusi da Agenas⁵⁵, risulta che, delle 1717 Case della comunità immaginate dal PNRR, sono attive, con tutti i servizi previsti, solo 46 alla fine del 2024, con differenze regionali importanti, che vanno dalle 13 dell’Emilia Romagna, allo zero di buona parte delle altre regioni. La questione non è tanto e solo quella del numero delle strutture attive, quanto quella del contesto organizzativo della sanità territoriale sul quale questo modello uniforme si innesta. Non è un caso che la regione che ha raggiunto i risultati quantitativi migliori, l’Emilia Romagna, sia quella che aveva investito negli anni molte energie organizzative sul modello della Casa della salute, dal quale trae ispirazione la soluzione della Casa della comunità. C’è da attendersi, quindi, che nelle realtà regionali che non hanno sviluppato esperienze precedenti, l’innesto di questa soluzione organizzativa non sia solo più lento, ma anche, in alcuni casi, tale da comportare squilibri importanti nel sistema delle cure primarie. In diverse regioni si segnalano, infatti, difficoltà significative nel “popolare” di personale dedicato le nuove strutture, con il rischio di distrarre diversi professionisti dai servizi a cui erano dedicati, con effetti, perlomeno nel breve periodo, sull’erogazione delle prestazioni di salute. Lo

⁵¹ F. GIGLIONI, *Il rilancio dell’organizzazione territoriale del servizio sanitario nazionale*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute del pnrr: opportunità e prospettive*, Jovene, Napoli, 2024, p. 121 ss.

⁵² Ai sensi di quanto previsto dal comma 3 dell’articolo 117 della Costituzione.

⁵³ *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

⁵⁴ Su cui E. ROSSI, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2021.

⁵⁵ AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio dm 77/2022 ii semestre 2024*, in https://www.agenas.gov.it/images/2025/DM_77/Report_nazionale_II_se-mestre_2024.pdf.

stesso vale per l'integrazione con i servizi sociali che la Casa della comunità dovrebbe favorire: anche qui gli assetti regionali attuali incidono consistentemente sul modo in cui la presa in carico integrata delle persone bisognose di cura sarà definita anche in termini organizzativi. Ugualmente, la partecipazione della comunità alla progettazione e erogazione dei servizi, prevista come elemento chiave della Casa, che non a caso, è definita «della comunità», dipende in maniera determinante dal tessuto sociale, dalle esperienze pregresse, dall'abitudine alla partecipazione, e così via.

Se, nel caso della Casa della comunità, l'imposizione di un modello uniforme non sembra, almeno per ora, aver avuto ricadute particolarmente positive sul fronte dell'uguaglianza, c'è una vicenda in cui la previsione di una uniformità "forte", relativa alle modalità di cura, mostra di poter avere conseguenze addirittura negative sull'effettiva garanzia del diritto alla salute. È il caso dell'Assistenza domiciliare integrata⁵⁶, della quale, nella Missione 6 del PNRR, si prevede un consistente incremento, in modo da arrivare in tutte le regioni ad una eguale percentuale del 10% delle persone ultrasessantacinquenni assistite a domicilio. Sulla carta, un obiettivo come quello appena descritto sembrerebbe aderire all'esigenza di un'uguaglianza effettivamente centrata sulla consistenza del diritto, che mette le persone bisognose di cure a domicilio in condizioni di riceverle nella stessa misura, indipendentemente dalla regione in cui si trovano. Ma la realtà è ben diversa.

In primo luogo, bisogna considerare come, anche qui, le condizioni di partenza siano differenti nelle diverse regioni. Il modo in cui questo tipo di assistenza è descritto dall'articolo 22⁵⁷ del Decreto del 2017, che contiene i Livelli essenziali di assistenza⁵⁸, ha, di fatto, consentito attuazioni anche significativamente differenziate nei Servizi sanitari regionali. Dai dati dell'annuario statistico del Ministero della salute precedenti al Covid⁵⁹, emerge come gli accessi a domicilio del paziente e le ore dedicate ad ogni persona anziana assistita a domicilio in un anno fossero molto diversificati. La media delle visite ricevute dalla persona assistita a casa va dalle 4 della Toscana, alle 0,19 della Lombardia. Quanto al numero delle ore di permanenza a domicilio del paziente del personale sanitario in un anno, a fronte di una media nazionale di 18 ore, si va dalle 5 ore per caso del Veneto, alle 54 della Valle D'Aosta, passando dalle 7, 8 e 9, rispettivamente di Toscana, Molise e Piemonte, fino alle 40, 41 e 44, di Sicilia, Sardegna e Basilicata. Anche le tipologie di servizi erogati non sono uniformi. Ad esempio, l'assistenza riabilitativa viene erogata a domicilio solo in alcune regioni e non in altre e, anche qui, con consistenze molto diverse.

L'indicazione contenuta nel PNRR per tutte le regioni e relativa al raggiungimento della medesima numerosità percentuale di persone curate a domicilio impatta con modelli

⁵⁶ Su cui ampiamente M.A. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Editoriale scientifica, Napoli, 2021.

⁵⁷ «Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio».

⁵⁸ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017.

⁵⁹ Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2019*, Roma, 2020.

fortemente differenziati e si limita ad incrementare il numero di assistiti, amplificando anche in termini numerici la quantità di persone che riceverà cure in modo diverso, in quantità diversa, con approcci diversi e vedrà il proprio diritto alla salute soddisfatto in modo diseguale.

Ma c'è un altro ordine di dati che invita a guardare con prudenza a questo modo di fare uniformità e al suo impatto sul diritto. L'esigenza per tutte le realtà regionali di raggiungere identici target di numerosità di persone assistite a domicilio, per non perdere le risorse che il PNRR dedica a questo obiettivo, sembra aver condotto, perlomeno in alcuni casi, a ridurre ancora la già scarsa assistenza fornita, per aumentare rapidamente il numero di pazienti presi in carico con questa modalità.

I dati sul 2024 non sono ancora disponibili, ma quelli sul 2023 ci dicono che, a fronte del raggiungimento dell'incremento medio previsto, in molte realtà sono la consistenza e l'adeguatezza del servizio erogato ad essere invece drasticamente calate. La percentuale di cure di base, quelle, cioè, che riguardano bisogni e, quindi, prestazioni di bassa complessità, è passata dal 41,3% del 2021, al 58,9% del 2023. Si tratta di un aumento davvero consistente della percentuale di prese in carico che comportano non più di un accesso al mese a casa della persona assistita e che, addirittura, potrebbero non contemplare alcuna visita domiciliare, ma solo la fornitura di farmaci e ausili. In questa quota di assistenza di bassa intensità, per di più, sono raddoppiati anche i casi in cui gli interventi sono stati iniziati e conclusi nello stesso giorno⁶⁰. In questo modo è scesa di molto anche la media di 18 ore in un anno che caratterizzava l'Assistenza domiciliare prima del PNRR. Se consideriamo che tendenzialmente una visita dura mezz'ora e che in media nel 2023 ogni anziano ha ricevuto 14,3 accessi a domicilio, ne ricaviamo che le ore di presenza di personale sanitario nella casa della persona assistita si sono più che dimezzate.

Insomma, una uniformità negli obiettivi di servizio che, non adeguatamente presidiata in termini di contenuti di cura, ha finito per peggiorare le condizioni delle persone assistite.

6. Qualche breve considerazione per continuare a ragionare di autonomia e uguaglianza

Pensare che identici modelli di servizi territoriali siano di per sé capaci di assicurare uguaglianza nel diritto alla salute, sarebbe un grave errore, come sarebbe un errore pensare che l'uguaglianza possa passare solamente per l'uguale efficienza e capacità di spesa dei sistemi. Ugualmente, pensare che questa uniformità forte sia elemento adeguato, se pure non in sé sufficiente, a garantire l'uguaglianza, sarebbe ingenuo e forse sbagliato. Non dobbiamo trascurare, infatti, che esiste anche una differenziazione "necessaria", nel senso di necessariamente strumentale proprio alla piena soddisfazione del diritto e, quindi, irrinunciabile.

I determinanti sociali della salute mettono in piena evidenza come il benessere fisico, psichico e sociale dipenda strettamente dall'ambiente di vita, dai fattori culturali, economici ed ecologici che lo caratterizzano, aspetti dei quali, conseguentemente, anche i servizi a tutela di

⁶⁰ L'assistenza domiciliare di una sola giornata è passata dal 15% del 2021 al 29% del 2023. Su questi dati si veda comunque L. PELLICCIA, *Assistenza domiciliare: cos'è cambiato con il Pnrr*, in *lavoce.info*, 2025, lavoce.info/archives/106859/assistenza-domiciliare-cose-cambiato-con-il-pnrr/.

questo benessere debbono tenere pienamente conto, atteggiandosi in modo diverso a seconda delle diverse condizioni che si trovano a fronteggiare. A ciò si aggiunge l'impatto dell'invecchiamento e della non autosufficienza sui servizi per la salute. Le esigenze degli utenti riguardano sempre di più prestazioni che richiedono la prossimità al proprio luogo di vita anche perché sono continuative e definiscono la qualità complessiva di quest'ultima. I servizi, di conseguenza, debbono essere concepiti e organizzati in modo da tenere in considerazione le specificità dell'ambiente sociale da ogni punto di vista. Anche le vocazioni dei territori sono significative. Si pensi, ad esempio, alla dimensione del privato sociale⁶¹ e alla sua incidenza su certe prestazioni come quelle di assistenza residenziale e semiresidenziale, la cui dimensione e consistenza, anche in termini di politiche sanitarie, dipende strettamente dalla disponibilità di tale tipologia di servizio. Le differenze in quest'ambito non sono sempre colmabili con l'intervento pubblico, dal momento che riguardano la libertà dell'assistenza privata, e debbono essere quindi prese in considerazione come fattori che incidono sulle scelte organizzative dei sistemi pubblici, differenziandole. Anche qui si tratta di differenze necessarie, proprio a garanzia di un diritto eguale, che non potrebbe essere tutelato in modo uniforme se non si tenesse pienamente conto della diversa situazione in cui si ambienta.

C'è infine una differenziazione "micro", che oggi appare più che mai necessaria per assicurare la piena tutela del diritto individuale alla salute. La stretta interconnessione fra salute, autodeterminazione, vita e pieno sviluppo della persona impone sempre di più un approccio individualizzato ai trattamenti rivolti al singolo. Ciò suggerisce alle organizzazioni di mantenere un certo tasso di flessibilità per potersi adattare alle diverse esigenze di coloro che con esse interloquiscono per veder soddisfatto il proprio diritto alla salute. In questa prospettiva, anche l'autonomia organizzativa delle aziende acquista un ruolo specifico nella piena garanzia di un diritto complesso che interagisce profondamente con la personalità e i diritti ad essa collegati e che, quindi, richiede modalità di intervento differenziate e flessibili. Si pensi alle cure connesse allo stato di disabilità e alla loro combinazione con le altre esigenze dell'individuo, legate a diritti come quello all'istruzione, alla vita familiare al riposo, ecc., diritti che possono essere soddisfatti unicamente se l'organizzazione delle cure è pensata intorno a ciascuna singola persona.

A conclusione del ragionamento svolto in queste pagine non si fornisce, né lo si potrebbe, una soluzione alle diverse questioni problematiche indicate. Si spera, però, di aver minimamente arricchito il dibattito sulla complessità del tema dell'uguaglianza nel suo rapporto fra l'uniformità dovuta alla garanzia del diritto e la possibile e, in parte, necessaria, differenziazione che discende dall'autonomia delle amministrazioni chiamate ad assicurarle con i propri servizi. L'obiettivo era quello di mostrare come questo tema meriti di essere affrontato con attrezzi più affilati e con strumenti in grado di tenere conto di una pluralità di elementi, senza "accontentarsi" di misurare l'efficienza prestazionale e senza "illudersi" che modelli organizzativi uniformi possano da sé assicurare diritti uguali.

⁶¹ Su cui, in maniera convincente, F. APERIO BELLA, *Pubblico, privato e comunità in sanità. Un'unificazione di prospettive nel paradigma collaborativo*, in *Diritto e società*, 2024, p. 415 ss.



La sfida è grande e per essere sostenuta richiede tempo e soprattutto studi in grado di rilevare dati che oggi non sono ancora oggetto di raccolta e analisi. Ma, se si vuole prendere sul serio l'uguaglianza che riguarda un diritto fondamentale come quello alla salute, non si può non affrontare anche questa prova.