

GLORIA FRANCESCA PULIZZI*

Il ruolo della pubblica amministrazione nella riduzione dei divari territoriali in sanità: nuovi assetti organizzativi e garanzia di eguaglianza**

ABSTRACT (EN): Starting from the measures set out in the Italian PNRR for the reorganization of the healthcare sector, the essay investigates its potential and limitations in order to understand whether, from the perspective of public administration, the instruments adopted may be suitable, in the long term, for reducing territorial disparities (including the so-called digital divide) and ensuring greater and more effective equality, or whether, on the contrary, in light of a different and more incisive interpretation of the principle of equality in administrative law, a different reading of the organizational dimension of healthcare administration would be necessary.

ABSTRACT (IT): Il contributo, prendendo le mosse dalle misure previste nel PNRR per la riorganizzazione del settore sanitario, ne indaga potenzialità e limiti al fine di comprendere se, nella prospettiva della pubblica amministrazione, gli strumenti adottati possano essere idonei, nel lungo periodo, a ridurre i divari territoriali (anche il c.d. *digital divide*) e a garantire una maggiore ed effettiva eguaglianza o se, invece, proprio alla luce di una diversa e più incisiva valenza del principio di eguaglianza nel diritto amministrativo, sarebbe necessaria una lettura differente della dimensione organizzativa dell'amministrazione in ambito sanitario.

SOMMARIO: 1. La correlazione tra differenze territoriali e diritto alla salute a partire dalla lente dell'art. 32 Cost. Cenni introduttivi. – 2. La ridefinizione dell'assetto organizzativo in sanità nel PNRR: la territorializzazione e la digitalizzazione del servizio. – 2.1. L'attuazione della «territorializzazione» del Servizio Sanitario Nazionale: palliativo o soluzione? – 2.2. La digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: ripensare l'organizzazione nella sua componente «immateriale». – 3. Organizzazione amministrativa, uniformità e principio di eguaglianza: una necessaria rilettura del ruolo della pubblica amministrazione.

1. La correlazione tra differenze territoriali e diritto alla salute a partire dalla lente dell'art. 32 Cost. Cenni introduttivi

Le problematiche connesse all'esistenza di divari territoriali assumono maggiore consistenza quando questi vengono a caratterizzarsi come «divari sanitari», ossia laddove le diseguaglianze formali e, prima di tutto, sostanziali – nel caso in cui a mancare siano le prestazioni base¹ – tra persone che risiedono in diverse zone del Paese incidano sulle possibilità di godimento del

* Dottoressa di ricerca in Diritto pubblico – Sapienza Università di Roma.

** Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Sul rapporto tra divari sanitari e divari territoriali v. *ex multis*, L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, n. 26, 2023, pp. 18-39; R. BIFULCO, M. R. CARILLO (a cura di), *I nuovi caratteri del dualismo Nord-Sud. Aspetti economici sociali e normativi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013.

diritto alla salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» sancito all'articolo 32 della Costituzione².

Nonostante la piena affermazione del diritto alla salute come diritto fondamentale, la formulazione posta al primo comma dell'articolo 32 ha inteso garantire cure gratuite «agli indigenti». Con tale formulazione, si è, da un lato, introdotto un *minimum* costituzionale di tutela e, dall'altro, si è, al contempo, delimitato l'obbligo di garanzia di cura gratuita nei confronti di una determinata fascia della popolazione: è anzitutto nei confronti degli «indigenti», infatti, che la Repubblica ha il dovere costituzionale di garantire cure gratuite³, ferma restando, però, l'esigenza di approntare un sistema che garantisca a tutti la possibilità di accedere alle cure, sebbene non in condizione di gratuità.

Alla luce del dettato costituzionale, occorre, allora, compiere una differenziazione per ciò che riguarda la garanzia del diritto dalla gratuità delle prestazioni ad esso legate. Infatti, se, da un lato, affinché sia possibile godere del diritto alla salute è necessario che la Repubblica preveda, tra le altre, le strutture sanitarie destinante all'erogazione della prestazione (in modo generalizzato e a beneficio di ciascuno), per ciò che riguarda la sopportazione del costo delle stesse, il dettato costituzionale impone che siano a carico della società quanto meno quelle a beneficio degli indigenti. Proprio sotto il profilo della prestazione, l'accezione di indigenza accolta nella Carta, tuttavia, essendo passibile di valutazione discrezionale circa la specificità dell'intervento e il differente costo sociale che caso per caso può venire ad esistenza⁴ emerge anche e soprattutto – per ciò che qui interessa – nella sua accezione relativa.

In base ad essa, ciò che rileva per l'art. 32 non è, infatti, la condizione di assoluta indigenza del beneficiario della prestazione sanitaria, ma, più concretamente, l'indigenza, per l'appunto, relativa al costo della prestazione della quale si richiede l'erogazione. Non bisogna, dunque, pensare che soggetti economicamente avvantaggiati siano in ogni caso costretti a sopportare integralmente o pro quota il costo di qualsiasi prestazione sanitaria⁵, poiché «il ricorrere della fattispecie dell'indigenza dipende dal costo e dall'importanza della cura di cui si ha bisogno e va pertanto determinato caso per caso» e, come è stato affermato, «il concetto da utilizzare sarà

² Non potendo richiamare la letteratura in materia di diritto alla salute si v., *ex multis*, M. LUCIANI, *Salute. I) Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. giur.*, vol. XXVII, Istituto dell'Enciclopedia italiana, Roma, 1991, p. 1 ss.; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, n. 1, 1984; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, n. 1, 1983; L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Atti del Congresso Celebrativo del Centenario delle Leggi amministrative di Unificazione, Neri Pozza, Vicenza, 1967-1969; più di recente v., I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, n. 3, 2019, pp. 13 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2021.

³ Sull'interpretazione restrittiva dell'art. 32, si v., in senso critico, D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: l'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo «trentennio sanitario»*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, il Mulino, Bologna, 2009.

⁴ Sul punto, v. B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 21 ss., spec. p. 49; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 59 ss.; v. anche C.M. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, in *Enciclopedia del diritto*, Aggiornamento V, Milano, Giuffrè, 2001, p. 1010.

⁵ Si pensi ad esempio alla differenza tra una prestazione di diagnostica per immagini e un trapianto di un organo vitale. Non è difficile immaginare che rispetto alla prima la platea degli indigenti, cioè di coloro che non potrebbero sopportare il costo dell'accertamento, sia ben più ristretta di quella di coloro che non sarebbero in grado di sopportare i costi, talvolta milionari, di prestazioni più complesse.

quindi quello del “medicalmente bisognoso”, e non quello del “povero” e dell’“indigente”, secondo criteri meramente economici»⁶.

Posta tale interpretazione del dettato costituzionale, il carattere “relativo” dell’indigenza emergente dall’articolo 32 viene in rilievo proprio con riferimento alla problematica dei divari territoriali, in quanto la sussistenza di differenze territoriali che, in alcuni casi, impediscono la concreta possibilità di accesso alle cure, nel caso del diritto alla salute, incidono quanto quelle economiche, se non più significativamente, poiché pongono tutti, indipendentemente dalla situazione economica, dinanzi alle medesime difficoltà.

È in questa prospettiva, che, allora, pur alla luce delle innumerevoli interpretazioni fornite dalla dottrina e dalla giurisprudenza sulla natura e consistenza del diritto alla salute⁷, la limitazione soggettiva indicata nella disposizione costituzionale è apparsa, sin dalle prime interpretazioni, eccessivamente riduttiva, imponendo, per ciò, la necessità di considerare, con riferimento all’assistenza sanitaria nelle diverse aree del Paese, i soggetti «medicalmente bisognosi», indipendentemente dalla loro situazione economica.

Com’è noto, la necessaria correlazione tra le differenze territoriali nelle aree del Paese e la possibilità di accesso alle cure ha condotto all’accoglimento di una diversa prospettiva con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la cui disciplina è stata invece ancorata ad un’impronta universalistica. L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale avvenuta con la legge n. 833 del 1978⁸, infatti, accogliendo una accezione universalistica del diritto alla salute, è andata oltre la previsione del primo comma dell’articolo 32 e, richiamandone solamente il primo periodo del primo comma, e non anche il secondo, ha ampliato la platea dei destinatari cui si indirizza il dovere di garanzia gratuita posto in capo alla Repubblica.

Benché, infatti, il principio dell’universalismo non sia mai stato affermato in modo esplicito, neppure nell’elencazione dei principi all’articolo 1 della legge, è stato diffusamente sostenuto come il carattere innovativo della riforma, con cui è stata riconosciuta a tutti l’assistenza sanitaria, risiedesse proprio in una piena affermazione del principio dell’universalismo equitativo, il quale «rispondeva sia ai principi di giustizia sociale che interpretava la salute (o, quantomeno, l’accesso ai servizi sanitari) come un diritto di cittadinanza sia all’esigenza di estendere la copertura a tutta la popolazione unitamente a quelli di uniformità (una risposta alla diversità delle prestazioni fra categorie professionali) e di globalità dell’intervento»⁹.

⁶ B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, cit., pp. 49-51, il quale richiama G. AMATO, *Democrazia e redistribuzione. Un sondaggio nel Welfare statunitense*, il Mulino, Bologna, 1983, p. 39, per il quale l’introduzione, nelle politiche assistenziali del Novecento e, in particolare nel Kerr Mills Act del 1960, del concetto di soggetti «medicalmente bisognosi», sebbene riferito inizialmente agli anziani, servì a sganciare, per la prima volta, l’assistenza sanitaria pubblica dai sussidi di povertà.

⁷ Su cui, oltre ai contributi richiamati, v. *ex multis*, D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, CEDAM, 1998; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., *passim*; D. VINCENZI AMATO, Art. 32, II, *il II comma dell’art. 32*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna, Zanichelli Editore, 1975.

⁸ L. 23 dicembre 1978, n. 833. In dottrina, v. F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI, *Artt. 1 e 2*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il Servizio sanitario nazionale (Commento alla l. 833/1978)*, Milano, Giuffrè, 1979.

⁹ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 2018, p. 359, di recente richiamato da F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, in *Nuove Autonomie*, n. 1-2, 2024, pp. 79-121, spec. p. 81.

Il Sistema Sanitario Nazionale, rivolgendosi all'universalità dei destinatari, è ispirato, infatti, ad assicurare il medesimo livello e qualità delle cure e dei servizi sanitari ad ogni cittadino, per il quale la possibilità di accesso, sebbene ammetta differenziazioni sulla base della situazione economica¹⁰, deve poter avvenire in modo eguale, indipendentemente dal luogo in cui si risiede. Il principio dell'universalismo rileva, dunque, non soltanto con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, ma dal punto di vista oggettivo, anche in relazione alla sua componente territoriale.

È in questa prospettiva, infatti, che dal punto di vista organizzativo, la l. 833/78 ha definito il SSN come «il complesso delle funzioni, delle strutture e dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»¹¹ e ne ha imposto l'attuazione allo Stato, alle regioni e agli enti territoriali. Per di più, l'apertura della riforma, tra gli altri, ai principi ispiratori di «globalità, generalità e eguaglianza delle prestazioni sanitarie»¹² si evince anche dalla formulazione del successivo articolo 2, co. 2, lett. a), con cui viene previsto, tra gli obiettivi del SSN, quello di giungere, proprio tramite un nuovo assetto organizzativo, al «superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese». D'altro canto, tale obiettivo ha trovato un rafforzamento nel successivo articolo 10, attraverso la specificazione della necessità di provvedere in modo «uniforme su tutto il territorio nazionale» alla gestione unitaria della salute¹³.

Nonostante, dunque, l'istituzione del SSN e le sue successive modificazioni abbiano mostrato un radicale cambio di paradigma rispetto al passato, il raggiungimento dell'obiettivo posto dalla legge e confermato con le successive riforme degli anni Novanta non può dirsi, però, di certo raggiunto. Sono note, infatti, le forti disuguaglianze in materia di politiche sanitarie tra Nord e Sud ed il relativo impatto sulla generalità dei servizi di prevenzione e di cura, sui tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, nonché sui livelli di spesa, i quali risultano storicamente essere più carenti nelle aree meridionali del Paese¹⁴.

È proprio sotto tale profilo che la correlazione tra organizzazione del Servizio e le innumerevoli manifestazioni e concause del divario sanitario è stata evidenziata, sin dal livello europeo, dalla nuova stagione delle pianificazioni attuata tramite meccanismi di finanziamento avviatisi a partire dall'emergenza Covid-19 e culminata, nel nostro ordinamento, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (d'ora in avanti PNRR)¹⁵. È proprio il PNRR che, con

¹⁰ Dopo i primi anni di applicazione del principio universalistico, è stato infatti previsto, nel 1982, il sistema del ticket come forma di compartecipazione dei cittadini, in base al proprio reddito, alla spesa sanitaria.

¹¹ Art. 1, co. 3, l. 833/1978.

¹² B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, cit., pp. 44-45.

¹³ B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 49, sostiene che tale previsione rispecchi «la forma organizzativa attraverso cui realizzare la globalità delle prestazioni».

¹⁴ Sul punto, cfr., *Rapporto SVIMEZ, Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, 2024, p. 101 ss, in cui vengono analizzate le cause e gli effetti dei divari sanitari. Sulle disuguaglianze Nord-Sud con riferimento ai servizi sociali v. *ex multis*, V. FARGION, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, il Mulino, Bologna, 1997.

¹⁵ Con specifico riferimento alla tutela della salute, parallelamente al PNRR, vanno considerati gli ingenti investimenti previsti in atti come il *Piano Nazionale Complementare* nonché il *React-EU* e il *Programma Nazionale "Equità nella salute"*

riferimento alla Missione “Salute”, ha chiaramente indicato che, sebbene nel suo complesso il SSN presenti «esiti sanitari adeguati»¹⁶, la pandemia da Covid-19 ha contribuito a disvelare talune carenze strutturali dovute, *inter alia*, all’eccessiva differenziazione e frammentazione del livello di erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale, dalle quali derivano perduranti inefficienze nella tutela della salute dei cittadini. Tra le ragioni di tali carenze rilevano, prime tra tutte, le «significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio»¹⁷, principalmente causate dalle problematiche che hanno storicamente inciso sul modello organizzativo adottato nel nostro ordinamento in relazione alla possibilità di accesso alle cure, alla qualità e all’efficacia dei servizi, al carattere della gratuità delle prestazioni, alla mobilità sanitaria¹⁸ e, più in generale, alla regolazione giuridica di tale servizio¹⁹.

La sempre maggiore produzione di divari sanitari in ordine alle carenze da ultime rilevate nel PNRR viene poi ad essere inevitabilmente legata, nell’attuale contesto, all’evoluzione tecnologica della medicina e alla digitalizzazione del servizio sanitario, che, come si dirà in seguito, ne ha fortemente condizionato l’aspetto organizzativo ma ha altresì rivelato la necessità di adeguare le strutture alle tecnologie più avanzate, all’implementazione di competenze digitali più elevate e, più in generale, ai nuovi processi tecnologici per l’erogazione delle prestazioni e delle cure²⁰.

2021-2027. Quest’ultimo è stato adottato con il precipuo obiettivo di rafforzare i servizi sanitari nelle regioni meridionali del Paese.

¹⁶ PNRR, Missione n. 6 – *Salute*, p. 224.

¹⁷ Oltre a quella indicata, tra le principali carenze, il PNRR individua: (ii) un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. D’altra parte, un ulteriore fattore che ha storicamente condizionato differenziazioni nei livelli di tutele della salute è il controverso rapporto pubblico-privato in tale settore e, in particolare, il diverso approccio che storicamente è stato adottato dalle regioni italiane. Se, infatti, in alcune regioni come, ad esempio, Toscana ed Emilia-Romagna ha prevalso un’impronta pubblicistica, in altre regioni, come in quelle del Nord e in particolare in Lombardia, ha prevalso un’impronta privatistica. Sul controverso rapporto pubblico-privato in ambito sanitario v. M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012; ID., *Lavori in corso nel servizio sanitario: molto rumore per...?*, in *Giorn. Dir. Amm.*, n. 5, 2013, pp. 485-493; ID., *La salute: misure per l’efficienza e la produttività*, in *Giorn. Dir. Amm.*, n. 2, 2016, pp. 198-206.

¹⁸ Proprio con riferimento alla mobilità sanitaria, il *Rapporto SVIMEZ*, cit., p. 105, ha evidenziato che la persistenza di divari Nord-Sud nel diritto alla salute è dimostrata «dai cittadini meridionali che si rivolgono ai Ssr di altre regioni per curarsi. La mobilità sanitaria interregionale, infatti, riflette le disparità tra diversi Ssr nella quantità e qualità (reale o percepita) di offerta assistenziale. La mobilità da Sud verso i Ssr centro-settentrionali si è ormai cronicizzata, a testimonianza della persistenza delle difficoltà dei Ssr meridionali a raggiungere standard assistenziali soddisfacenti». Sul punto, v. anche, Report AGENAS, *La Mobilità sanitaria in Italia*, 2023. Sugli esiti delle misure adottate dal PNRR, v. G. COSTA, *Il divario sanitario e le politiche del PNRR. Bilancio e prospettive*, in *Italian papers of Federalism*, n. 2, 2025, pp. 17-32.

¹⁹ In relazione al dibattito tra Stato e mercato sulla regolazione giuridica di tali servizi, v. di recente, A. MOLITERNI, *Solidarietà e concorrenza nella disciplina dei servizi sociali*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, n. 1, 2025, pp. 89-137, in cui si evidenzia come il dibattito si sia assestato sulla «contrapposizione «bipolare» tra solidarietà e valori sociali, da un lato, e concorrenza e imperativi economici, dall’altro».

²⁰ Cfr., PNRR, cit., p. 226.

In ragione delle problematiche evidenziate, la vocazione del Piano di attuare una ridefinizione dell'assetto organizzativo del settore sanitario attraverso, da un lato, il rafforzamento del Servizio sanitario nella sua componente di prossimità e, dall'altro, la riduzione delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi e alle cure, richiede di interrogarsi sull'adequatezza delle azioni previste ai fini della riduzione dei divari territoriali in ambito sanitario. La questione dei divari sanitari intercetta inevitabilmente, infatti, la dimensione organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale e, sebbene trovi il proprio centro propulsore nella dinamica dei rapporti Stato-Regioni, come si avrà modo di osservare di seguito, il nuovo approccio introdotto con il Piano, proprio in virtù delle sue possibili implicazioni, impone considerazioni più ampie sulla relazione sussistente tra principio di eguaglianza e funzione di organizzazione della pubblica amministrazione e, in altre parole, sul ruolo che la Costituzione affida all'amministrazione, insieme agli altri organi della Repubblica, per la tutela del diritto alla salute anche in relazione alla rimozione delle disuguaglianze territoriali²¹. Come già esplicitato dalla Consulta nella nota sentenza 49 del 1991, il diritto alla salute, nelle sue componenti, esige che «le relative prestazioni possano essere erogate con la massima uniformità possibile su tutto il territorio nazionale»²².

In ragione dell'incidenza di tali misure nell'assetto organizzativo dell'amministrazione, occorre allora verificare se, in tale prospettiva, gli strumenti adottati possano essere idonei, nel lungo periodo, a ridurre i divari territoriali in ambito sanitario e a garantire una maggiore ed effettiva eguaglianza. Considerare la garanzia e l'effettività del diritto alla salute non può, infatti, prescindere dalla componente organizzativa²³ e prestazionale²⁴ riferita anche all'amministrazione, come parte integrante dello stesso, alla luce dell'impatto che «le decisioni, anche puramente organizzative, adottate dall'amministrazione, poss[on]o avere sull'utente e sulla sua libertà di scelta»²⁵. Proprio la necessità di assicurare l'effettiva realizzazione dell'eguaglianza viene allora ad assumere una valenza paradigmatica anche nell'ambito delle concrete scelte amministrative che, in ambito sanitario, si rivelano particolarmente complesse e al cui centro «sta infatti il malato, in tutta la sua complessa e spesso fragile umanità, non certo

²¹ Come sostenuto da B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, cit., p. 23, richiamando le parole di Meuccio Ruini in *Atti dell'Assemblea costituente*, è di tutta evidenza che il programma per la tutela della salute posto all'art. 32 abbia previsto il coinvolgimento di tutti gli apparati pubblici come «l'insieme di tutte le attività e funzioni dello Stato come tale, sia delle regioni e degli altri enti pubblici». Sul ruolo del principio di eguaglianza nella costruzione e nello sviluppo del diritto amministrativo v. da ultimo, A. MOLITERNI, *Principio di eguaglianza e diritto amministrativo*, in *Rivista italiana per le scienze giuridiche*, n. 14, 2023, pp. 195-213.

²² Corte cost. 28 gennaio 1991, n. 49, considerando in diritto, n. 7.

²³ Sul punto v. A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Giorn. Dir. Amm.*, n. 3, 2019, pp. 292-299., spec. p. 294, secondo cui, con riferimento all'organizzazione del sistema regionale, «Le decisioni delle regioni in ordine al funzionamento e all'organizzazione del loro sistema di cure possono incidere in maniera consistente sull'effettività e quindi sulla consistenza del diritto alla salute, determinando differenze che, quando riguardano il godimento di un diritto, rischiano di sfociare in disuguaglianze».

²⁴ Sulla dimensione sociale-prestazionale del diritto alla salute, v. *ex multis*, D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2022.

²⁵ M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit., p. 257.

un concetto astratto e, comunque, imposto di cura»²⁶ e richiede, dunque, di operare un'attenta lettura della dimensione organizzativa dell'amministrazione in ambito sanitario. Tutte le scelte organizzative in ambito sanitario, infatti, «incidendo in maniera consistente sull'effettività e sulla consistenza del diritto alla salute»²⁷, dovrebbero essere ispirate «da logiche che muovano da una considerazione complessiva del sistema, in relazione alle condizioni esistenti in un determinato momento storico, ma soprattutto in relazione alla finalità della migliore configurazione in relazione alla funzione della tutela della salute»²⁸.

2. La ridefinizione dell'assetto organizzativo in sanità nel PNRR: la territorializzazione e la digitalizzazione del servizio

Le premesse su cui si fonda l'art. 32 Cost. e su cui, per lungo tempo, si è fondata la disciplina del Servizio Sanitario Nazionale, sembrano venir meno alla luce della concreta attuazione che il diritto alla salute ha avuto nel contesto nazionale dal 1978 ad oggi.

L'arretramento, di fatto, del carattere fondamentale del diritto alla salute è disvelata dalla lettura dell'attuale situazione offerta dal PNRR e dall'esigenza dello stesso di stanziare specifiche risorse per la salvaguardia della salute quale «valore universale» e «bene pubblico fondamentale»²⁹. Sin dalla missione n. 6 «Salute» è, infatti, di tutta evidenza che lo scopo perseguito dal Piano sia volto ad una ridefinizione dell'assetto della sanità territoriale, al fine di far fronte alla differenziazione e frammentazione del livello di erogazione sul territorio nazionale e alla arretratezza della digitalizzazione nel settore sanitario. Le esigenze di omogeneità e uniformità che fungono da *ratio* ispiratrice della disciplina ordinamentale sono infatti sconfessate dalle carenze registrate nelle regioni meridionali, i cui livelli di tutela sono qualitativamente e quantitativamente inferiori se confrontati alle prestazioni offerte nelle regioni settentrionali³⁰.

²⁶ Cons. Stato, III, 2 settembre 2014, n. 4460, par. 57.6, sebbene in tema di rifiuto di trattamenti sanitari obbligatori, il giudice amministrativo ha evidenziato come «l'obbligo di curare il malato» posto in capo all'amministrazione si estrinsechi in tutte le fattispecie, anche le più complesse, previste dall'ordinamento e ciò comporta che «non può dunque l'Amministrazione sanitaria sottrarsi al suo obbligo di curare il malato e di accettarne il ricovero, anche di quello che rifiuti un determinato trattamento sanitario nella consapevolezza della certa conseguente morte, adducendo una propria ed autoritativa visione della cura o della prestazione sanitaria che, in termini di necessaria beneficiabilità, contempra e consenta solo la prosecuzione della vita e non, invece, l'accettazione della morte da parte del consapevole paziente» (par. 46.5).

²⁷ A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 294.

²⁸ M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, cit., p. 260. Più di recente, come sostenuto da A. PIOGGIA, *Il riconoscimento dell'altro e la pubblica amministrazione. Una prospettiva nell'orizzonte costituzionale della cura*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1, 2025, p. 52, «L'amministrazione, infatti, diversamente dalla legge, incontra davvero la persona, non come idea astratta, ma nella sua concretezza e individualità, confrontandosi inevitabilmente con la sua specialissima e irripetibile biografia».

²⁹ PNRR, M. 6, *Salute*, p. 225. Oltre alla Missione 6 «Salute», azioni concrete per il potenziamento dei servizi e delle infrastrutture in ambito sanitario vengono previste alla Missione 5 «Inclusione e coesione» e, in particolare, alle componenti M5C2 «Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore» e M5C3 «Interventi speciali per la coesione territoriale», su cui v. *Pnrr*, pp. 211-221.

³⁰ Si v., ancora una volta, sotto tale profilo, il Rapporto SVIMEZ, cit., p. 105 ss.

Sebbene, infatti, le problematiche legate all'organizzazione in ambito sanitario siano una questione risalente nel nostro ordinamento, solamente l'azione intrapresa con l'adozione del Piano a seguito dell'emergenza Covid-19, e la portata innovativa ad esso connessa – dovuta, *inter alia*, alla previsione di un meccanismo di condizionalità finanziaria – ha mostrato le più significative e urgenti carenze strutturali e organizzative del sistema sanitario, che sembrano aver tradito quella garanzia di eguaglianza e quell'uniformità di tutela poste alla base della disciplina costituzionale in materia di salute. Il Piano ha infatti ha previsto misure e risorse economiche per conseguire il rafforzamento della sanità territoriale³¹. Le riforme e gli investimenti, messi in atto al fine di «allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese»³², hanno operato secondo due principali direttrici, tramite un approccio che denota, rispetto al passato, una inedita attenzione all'esigenza di uniformità sul piano organizzativo.

La prima delle due direttrici opera al livello strutturale. Sotto tale profilo, l'obiettivo del rafforzamento della prevenzione e della cura sul territorio nazionale viene perseguito tramite misure di rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio, attraverso la creazione di «reti di prossimità», strutture intermedie e sviluppo della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, gli interventi previsti in tale ambito sono volti a promuovere il rafforzamento dell'assistenza sanitaria primaria attraverso una maggiore «territorializzazione del servizio», perseguita tramite la creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, nonché lo sviluppo della telemedicina al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.

La seconda direttrice, invece, dedicata all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del SSN, ambisce ad implementare l'innovazione e la digitalizzazione del SSN e l'ammodernamento delle relative dotazioni tecnologiche³³. Tali obiettivi vengono perseguiti tramite l'implementazione dell'utilizzo di strumenti che, pur già previsti dalla disciplina di settore, non hanno tuttavia trovato adeguato seguito nell'attuazione, soprattutto a livello regionale. Si tratta del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che, sebbene introdotto con il D.l. 18 ottobre 2012, n. 179, non ha trovato uniforme concretizzazione sul territorio. D'altra parte, rilievo paradigmatico assume la problematica questione dell'erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle asimmetrie che, sin dal 2001³⁴, ne hanno caratterizzato la stessa definizione, le cui disfunzioni hanno addirittura condotto, come è noto, alla previsione

³¹ In particolare, il PNRR ha previsto lo stanziamento di 7 mld di euro per la componente M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e 8,63 mld di euro per la componente M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario” per un totale complessivo di 15,63 mld di euro destinato alla Missione 6, Salute. Sulla portata innovativa del Piano con riferimento a tali componenti, cfr., A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle disuguaglianze territoriali: note introduttive*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2022, p. 270 ss.

³² PNRR, M. 6, p. 226.

³³ PNRR, M. 6, p. 21.

³⁴ Sul punto, si v. d.P.C.M., 29 novembre 2001.

di Piani di rientro sanitari adottati al fine di ottenere il recupero dei disavanzi del SSN³⁵ e di dipanare la frattura tra le regioni del Nord e le regioni del Sud del Paese³⁶.

Al fine di vagliare la nuova strategia sanitaria intrapresa con il PNRR in termini di adeguatezza ed efficacia, sembra allora necessario analizzare i due principali aspetti che – secondo le previsioni del Piano – contribuirebbero in particolare ad elevare i livelli di tutela delle regioni meridionali e, più in generale, a ridefinire l'assetto istituzionale ed organizzativo del SSN, che consentirebbe al Paese di conseguire standard qualitativi di cura maggiormente adeguati. Nei paragrafi seguenti saranno, dunque, analizzati, da un lato, l'elemento della territorializzazione del Servizio e, dall'altro, la componente della digitalizzazione. Sebbene, dunque, tali elementi contribuiscano insieme al perseguimento di un obiettivo comune, le implicazioni dell'una e dell'altro sulla garanzia ed effettività del diritto alla salute possono essere differenti e, anticipando ciò che si dirà di seguito, sotto il profilo dell'efficacia e idoneità degli strumenti, solamente alcuni, se messi a sistema, sembrano da accogliere con maggior favore.

2.1. L'attuazione della «territorializzazione» del Servizio Sanitario Nazionale: palliativo o soluzione?

Sotto il profilo della territorializzazione, gli investimenti per la riorganizzazione del SSN tramite una implementazione delle strutture di prossimità hanno assunto un ruolo paradigmatico per il conseguimento dell'obiettivo di adeguamento dei servizi delle regioni del Sud a quelli del Nord, ma anche di creazione di servizi nelle aree in cui manchino gli ospedali. A tal fine, il Piano ha previsto ingenti investimenti, interventi e riforme di ampia portata, articolati, però, secondo una scansione temporale piuttosto breve. Come è noto, essi riguardavano, da un lato, la definizione, entro il 2021, di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a ciò preposte e, dall'altro, entro il 2022, la definizione di un nuovo assetto istituzionale in tema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico in linea con l'approccio *One Health*³⁷.

³⁵ Adottati con l. 30 dicembre 2004, n. 311, i Piani di rientro hanno da sempre costituito un nodo problematico nell'assetto organizzativo del SSN. La riproposizione di tali Piani nel 2017 ha interessato 6 regioni del Paese, comportando una riduzione del personale sanitario, della dotazione delle strutture, tra cui macchinari e posti letto negli ospedali, nonché dei servizi territoriali. Sul punto, si v., *ex multis*, T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2013, p. 1 ss.; più di recente, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pacini Giuridica, Pisa, 2021. Sul ruolo dei medici di medicina generale si v. M. CONTICELLI, *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 4, 2024, pp. 829-847.

³⁶ Sul punto, v. da ultimo, D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Giappichelli, Torino, 2025.

³⁷ Sulla cui definizione e contenuti v., *ex multis*, di recente, B. PEZZINI, *One Health e Corti supreme: le coordinate di un paradigma*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2025, pp. 191 ss.; G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 1 ss.; ID., M. RAMAJOLI, *One Health e ordinamento italiano: il livello costituzionale, la normazione primaria e la fase dell'implementazione amministrativa*, in L. VIOLINI (a cura di), *One Health. Dal paradigma alle implicazioni giuridiche*, Giappichelli, Torino, 2023, pp. 9 ss.

Oltre alla scansione temporale, precise specificazioni hanno riguardato le caratteristiche delle Case di Comunità come principale strumento di rafforzamento dei servizi sul territorio³⁸, delle Reti di prossimità³⁹ e degli Ospedali di prossimità⁴⁰, con il comune obiettivo di fondo di mitigare il sovraffollamento ospedaliero e, nei casi in cui ne sia particolarmente difficoltoso il raggiungimento, di creare strutture di assistenza specializzata⁴¹. In attuazione di tale pianificazione, il Ministero della Salute ha da ultimo adottato il D.M. 23 maggio 2022, n. 77⁴², attraverso il quale sono stati ridefiniti, a livello nazionale, i modelli e gli standard organizzativi, qualitativi e quantitativi per lo sviluppo e l'adeguamento agli standard UE dell'assistenza territoriale. Con l'intento esplicito di garantire una maggiore uniformità su tutto il territorio nazionale, il decreto ha inteso attuare un cambiamento ambizioso, poiché proietta il Sistema sanitario verso un approccio integrato e multilivello, tramite la creazione di «filtri» tra centro e periferia, ossia tra il sistema ospedaliero dei grandi centri urbani e i servizi sanitari nelle aree di minori dimensioni o più scarsamente popolate.

Viene infatti definito un nuovo assetto dell'assistenza sanitaria, attraverso la previsione di un modello organizzativo articolato in strutture presenti sul territorio, con differente grado di specializzazione. Significativa, sotto tale profilo, risulta essere, anzitutto, la struttura del decreto, che si compone di tre allegati, in cui, oltre al terzo consistente in un glossario, ai primi due viene rispettivamente attribuito valore «descrittivo» e valore «prescrittivo»⁴³. Se, infatti,

³⁸ Pnrr, M6C1, Investimento 1.1: *Case della Comunità e presa in carico della persona*, p. 228, ha valorizzato lo strumento delle Case di comunità come il principale strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti, in particolare per i malati cronici. La Casa di Comunità, considerata come il principale strumento al fine di rafforzare il ruolo dei servizi sociali sul territorio, costituisce una struttura al cui interno, secondo il Piano, opera un team di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti. Il Piano ha previsto, inoltre, l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026.

³⁹ Pnrr, M6C1, Investimento 1.2: *Casa come primo luogo di cura e telemedicina*, p. 228. Sotto tale profilo, obiettivo del Piano è quello di implementare l'assistenza domiciliare tramite l'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure attraverso, *inter alia*, strumenti di telemedicina; la realizzazione di un sistema informativo presso le ASL; nonché dell'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) con funzione di coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari.

⁴⁰ Pnrr, M6C1, 1.3 *Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture* (Ospedali di Comunità). Gli Ospedali della comunità sono definiti, in particolare, come strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica. Anche sotto tale profilo, il Piano ha previsto la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità.

⁴¹ Sotto tale profilo, come affermato dal Rapporto SVIMEZ, p. 107, in Italia «la riqualificazione del Ssn operata attraverso il ridimensionamento della capacità degli ospedali non è andato, sinora, di pari passo con il rafforzamento e la riorganizzazione delle prestazioni sul territorio, con carenze più evidenti in alcune regioni. Si sono pertanto perpetrati, anche in questo ambito, rilevanti differenziali territoriali nella dotazione di infrastrutture e nella qualità e quantità delle prestazioni erogate. Questo implica, tra l'altro, che gli ospedali vengano spesso sovraccaricati con fenomeni di sovraffollamento dei servizi di emergenza-urgenza, che ostacolano la salvaguardia degli standard qualitativi delle cure. Da ultimo, l'ospedalizzazione di pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti presso il domicilio e/o apposite strutture non ospedaliere contribuisce a rendere ancora più difficoltosa la sostenibilità finanziaria non solo delle aziende ospedaliere, ma anche del SSN».

⁴² D.M. 77/2022, «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale».

⁴³ In base alla previsione dell'art. 1, co. 1, «Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente,

l'individuazione delle strutture idonee allo sviluppo dell'assistenza territoriale è prevista nel primo, nel secondo ne vengono ricomprese solamente alcune. Tra queste, rileva la valorizzazione delle Case della Comunità come modello organizzativo dell'assistenza di prossimità, della Centrale operativa Territoriale (COT), con funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi, dell'Unità di continuità assistenziale (USCA), ossia un'*équipe* mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico degli individui che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, dell'assistenza domiciliare e, infine, dell'Ospedale di Comunità. Per ciascuno di questi modelli sono stati fissati degli standard organizzativi a livello regionale: standard di personale medico e standard di carattere tecnologico e strutturale, in base ai quali si prevede che tali strutture siano dotate di strumenti di telemedicina come la televisita e la teleassistenza.

Nonostante l'adozione del decreto entro i termini indicati dal PNRR abbia consentito di conseguire, sul piano formale, l'obiettivo imposto dalla specifica Missione di riferimento, maggiori criticità emergono sul piano dell'effettività di tale intervento. Da questo punto di vista, la previsione da parte del decreto di un sistema di «filtri» idonei ad implementare la territorializzazione del SSN, pur costituendo una previsione innovativa per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, non sembra sufficiente a raggiungere, di per sé solo, l'obiettivo di uniformità posto alla base dell'intervento pianificatorio. Il rapporto tra (ri)organizzazione del SSN e diritti sembra, infatti, non essere pienamente risolto se si considerano alcuni profili problematici che emergono dalla novità introdotta nel 2022. Un primo profilo di criticità, come già evidenziato dal Consiglio di Stato nel parere reso sullo schema di Decreto⁴⁴, riguarda il coordinamento delle misure di riorganizzazione del Servizio ed il relativo raccordo con la disciplina vigente, dalla quale emerge, come è noto, una consolidata stratificazione. In questa prospettiva, dunque, quest'ultimo intervento si pone come ulteriore fattore di complessità di un quadro normativo già ampiamente complesso e stratificato.

Sotto il profilo dei contenuti della riforma, poi, sembra essere rilevante la mancanza di alcuni elementi, la cui previsione, invece, avrebbe consentito di fornire maggiore razionalità all'intervento. Tra queste, di sicura rilevanza è la mancata previsione di *standard* territoriali. Sebbene, infatti, vengano indicati standard organizzativi relativi al personale, tecnologico e strutturale⁴⁵, nessuna menzione viene fatta con riferimento alla previsione di standard per identificare le aree considerate «più bisognose» in cui collocare le strutture previste. Una previsione del genere, infatti, avrebbe consentito una identificazione *ex ante* delle aree e, dunque, un'analisi preventiva e adeguata dei diversi fabbisogni nelle aree del territorio che avrebbe consentito di assicurare maggiore efficacia dell'assistenza di prossimità e dell'assistenza territoriale. Al contrario, la riforma in esame sembra esser limitata ad una logica *ex post*, in cui

negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del presente decreto, reca, a fini definitivi, il glossario degli acronimi impiegati».

⁴⁴ Cons. Stato, 19 maggio 2022, parere n. 881, p. 5. Secondo il Collegio, infatti occorrerebbe un «complessivo riordino delle fonti disciplinatrici della materia, mercé gli opportuni interventi di semplificazione, coordinamento e abrogazione». Sul punto v. anche L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, cit., p. 37.

⁴⁵ D.M. 77/2022, All. 2.

la collocazione delle strutture è rimessa alla scelta discrezionale che, caso per caso, sarà effettuata.

Sotto un ulteriore aspetto, nonostante il PNRR abbia espressamente evidenziato la necessità di riduzione dei divari territoriali con riferimento all'area della salute mentale, al fine di garantire alle persone «indipendentemente dalla regione di residenza» un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute⁴⁶, la riforma attuativa non presta attenzione a servizi di prossimità per la tutela della salute nella sua dimensione psichica: la previsione di strutture a tal fine destinate è infatti solamente «raccomandata» all'interno delle Case di comunità. Anche tale aspetto costituisce, invece, componente integrante della tutela della salute e anche con riferimento a tale profilo i dati forniti dall'Istat dimostrano la presenza di divari territoriali di particolare consistenza e di una salute «più diseguale»⁴⁷.

Sotto il profilo organizzativo, è rilevante il fatto che il decreto non abbia prestato adeguata attenzione alla struttura del distretto, che ha invece storicamente assunto una funzione di primaria rilevanza nella gestione e nel coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari e che costituisce, tutt'ora, la struttura deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare l'uniformità dei livelli di assistenza, la pluralità dell'offerta e una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Nonostante la centralità, sul piano organizzativo-funzionale, dell'articolazione delle ASL in distretti, tale struttura non viene infatti prevista nell'allegato del D.M. 77/2022 a carattere prescrittivo ma solamente nell'Allegato avente valore descrittivo⁴⁸. A tale collocazione consegue, com'è di tutta evidenza, che il disegno del distretto rimane una mera facoltà per le regioni⁴⁹. L'esigua considerazione del distretto incide, infatti, nell'organizzazione sanitaria comportando evidenti differenziazioni anche in termini di accesso alla prestazione: se nella maggior parte delle regioni del Nord la maggioranza delle prestazioni è oggi erogata direttamente dal distretto, in altre regioni e, principalmente in quelle del Sud, risulta prevalente il ruolo dei privati accreditati⁵⁰.

Alla luce degli elementi di maggiore criticità brevemente richiamati, dunque, risulta evidente come, sebbene l'intento della riforma sia ispirato alla necessità di assistere la persona, indipendentemente dal luogo in cui essa si trovi, nelle diverse tipologie e fasi del bisogno di assistenza e di implementare la territorializzazione, la previsione, pur lodevole, di un'assistenza

⁴⁶ PNRR, p. 237.

⁴⁷ ISTAT, *I divari territoriali nel PNRR: dieci obiettivi per il Mezzogiorno*, 25 gennaio 2023, p. 17. Con specifico riferimento alla salute mentale, v. Istat Report Salute mentale nelle varie fasi della vita, 26 luglio 2018, p. 15, in cui si pone in evidenza che i costi per l'assistenza territoriale psichiatrica ammontano al 3,2% della spesa sanitaria.

⁴⁸ All. 1, p. 4. «Distretto: funzioni e standard organizzativi».

⁴⁹ Il decreto conferma, infatti, l'autonomia delle Regioni sotto diversi profili e, soprattutto nell'ambito delle scelte programmatiche in merito al fabbisogno, alle modalità di erogazione dei servizi, all'individuazione delle procedure, alla contrattualizzazione. Anche per ciò che attiene all'assistenza domiciliare, la *governance* rimane nella titolarità delle regioni.

⁵⁰ Ai privati accreditati vengono in ogni caso richiesti specifici requisiti per l'accreditamento in termini di «sicurezza e qualità garanzia della tutela della salute dei cittadini». Anche il sistema di accreditamento è infatti ispirato ai principi generali del SSN soprattutto con riferimento alla necessità di assicurare equità nell'accesso ai servizi, sicurezza e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Sul ruolo dei privati v. anche, A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Giuffrè, Milano, 2007.

di prossimità, rischia di essere svilita in un contesto diseguale. In questa prospettiva, infatti, sin dall'individuazione concreta delle strutture fisiche in cui potranno essere ospitati tali modelli, della loro dislocazione sul territorio ma anche della specializzazione del personale potrebbero essere forti i rischi in termini di qualità, quantità e uniformità delle prestazioni erogate e si rischierebbe di non risolvere il problema della frammentarietà della tutela e dell'esistenza di aree in cui è maggiore il bisogno di strutture sanitarie, ma anzi di determinarne un livellamento verso il basso.

Se, infatti, il presupposto di partenza della disciplina consiste nella consapevolezza dell'insufficienza del sistema ospedaliero, appare senz'altro utile e accettabile l'iniziativa di concentrare l'attenzione su misure di micro-organizzazione rivolte ad incrementare la tutela *nel particolare*, come lo sono le misure di prossimità e, nello specifico, quelle relative all'introduzione delle Case di comunità. Le misure adottate sembrano però rispondere ad esigenze contingenti, con un corrispondente *minus* nell'adozione di misure di macro-organizzazione, il quale, però, non può certamente andare a detrimento della qualità della prestazione⁵¹ e delle esigenze di tutela dei singoli. Prevedere fondi e risorse per favorire la crescita di microsystemi a "bassa specializzazione" se, da un lato, può essere utile, sotto il profilo organizzativo, a colmare le carenze strutturali dell'organizzazione sanitaria e favorire l'accesso alle cure anche nelle aree più scoperte entro il 2026, non lo è certamente sotto il profilo della garanzia del diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo, la cui consistenza dovrebbe mirare ad offrire a tutti il medesimo livello di tutela. Benché formalmente il PNRR, con riferimento alla Missione Salute, abbia ad oggi raggiunto la quasi totalità degli obiettivi prefissati⁵², l'effettivo funzionamento dell'assetto organizzativo da ultimo immaginato viene a dipendere, tra le altre cose, anche dell'azione dell'amministrazione nell'utilizzo degli strumenti analizzati⁵³ e rischia di rivelarsi inidoneo laddove la tutela della salute sia condizionata da una – seppure astrattamente presente – minore qualità delle prestazioni erogate, e venga così a costituire un mero palliativo alla crisi latente del sistema sanitario.

2.2. La digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: ripensare l'organizzazione nella sua componente «immateriale»

Sotto il profilo relativo all'innovazione e alla digitalizzazione del servizio oggetto della Componente 2 della Missione 6 del PNRR, "*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN*", è dato un ruolo di rilievo primario nella riduzione dei divari geografici e territoriali in termini sanitari e di rafforzamento della sanità territoriale alla valorizzazione della medicina digitale e in particolare ai sistemi informatizzati di gestione delle informazioni e alla telemedicina come

⁵¹ Cfr. A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, cit., p. 299, secondo cui l'approccio da utilizzare dovrebbe essere di carattere generale «dovendosi rifuggire dalle soluzioni che con l'intento di razionalizzare un aspetto, finiscano per lasciarne scoperti altri».

⁵² Sul punto si v. Dossier, *Monitoraggio del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I traguardi e gli obiettivi per il conseguimento della VIII rata. Focus sui profili finanziari del Piano e la programmazione nelle Regioni*, 23 luglio 2025.

⁵³ Sul punto, v. ampiamente, A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, il Mulino, Bologna, 2025, spec. p. 153 ss.

modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria attraverso il ricorso a strumenti tecnologici innovativi⁵⁴.

Nel PNRR, l'utilizzo della risorsa digitale viene in rilievo come strumento per il superamento, dal punto di vista organizzativo, dello spazio fisico. Con riferimento a tale ambito, le recenti riforme si inseriscono, dunque, in un più generale processo di adeguamento dell'amministrazione agli obiettivi europei, il cui raggiungimento è previsto entro il 2030⁵⁵.

Anche in questa prospettiva, la valorizzazione della telemedicina e di strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), della Cartella Clinica o della previsione della Piattaforma nazionale di telemedicina, persegue l'obiettivo di colmare il divario tra le disparità territoriali e offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali attraverso soluzioni innovative, codifiche e standard terminologici condivisi a livello nazionale⁵⁶.

Nell'ordinamento italiano, il ricorso al digitale in ambito sanitario comporta evidenti modifiche organizzative per il miglioramento del servizio ed esso è infatti frutto di un lungo percorso già intrapreso, nel nostro ordinamento, a partire dagli anni Duemila, con l'introduzione di politiche pubbliche di *e-government* volte a favorire l'innovazione tecnologica nella pubblica amministrazione tramite l'innalzamento del livello di efficienza amministrativa interna ed esterna con specifico riferimento al settore sanitario⁵⁷. Nonostante le difficoltà che negli anni non hanno consentito di portare a compimento tale percorso, la sua importanza è nuovamente posta in risalto con il percorso di *Transizione Digitale* avviato dall'Unione Europea e trova oggi riscontro sin dalle misure previste al livello europeo a partire dal *Digital Compass 2030*, all'interno del quale è richiesto, entro il 2030, il raggiungimento di quattro obiettivi strategici, tra i quali rientra la previsione che tutti i cittadini dispongano di cartelle cliniche elettroniche. Sulla scorta dell'evoluzione normativa avvenuta al livello europeo, l'utilizzo degli strumenti digitali e, in particolare, del Fascicolo Sanitario Elettronico è peraltro stata implementata nel nostro ordinamento con l'introduzione della legge 3 settembre 2025, n. 132, in materia di intelligenza artificiale che, all'art. 10 prevede l'introduzione di una piattaforma di Intelligenza Artificiale «per il supporto alle finalità di cura, e in particolare per l'assistenza territoriale»⁵⁸.

La rilevanza della digitalizzazione, nelle sue molteplici componenti, può costituire un utile snodo nel rapporto tra l'organizzazione nella sua tradizionale conformazione e l'attività in concreto prestata dall'amministrazione. Tale approccio, infatti, consente di ripensare al rapporto tra organizzazione e attività amministrativa in termini innovativi proprio perché

⁵⁴ Sull'opportunità nell'utilizzo della telemedicina v. N. POSTERARO, *La telemedicina*, in *Lo Stato digitale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma Tre Press, Roma, 2022.

⁵⁵ Su cui si v. il percorso avviato dall'UE con il c.d. *Digital Compass 2030*.

⁵⁶ Su tali profili v. E. CATELANI, *Nuove tecnologie e tutela del diritto alla salute: potenzialità e limiti dell'uso della Blockchain*, in *federalismi.it*, n. 4, 2022.

⁵⁷ Cfr., R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *federalismi.it*, n. 5, 2021, p. 1-15, spec. p. 6 ss.; M. MATASSA, *Colmare i divari. Come le nuove tecnologie promettono di rivoluzionare la sanità italiana*, in *federalismi.it*, n. 12, 2025, pp. 162-197.

⁵⁸ Art. 10, co. 2, l. n. 132/2025 «Disposizioni in materia di fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale». Esso prevede, inoltre, la competenza di Agenas per la progettazione, la realizzazione, la messa in servizio e la titolarità della piattaforma.

consente di includere e valorizzare l'organizzazione anche nella sua componente per così dire immateriale. Se, infatti, l'organizzazione amministrativa è sempre preordinata alla cura dell'interesse pubblico⁵⁹, il digitale consentirebbe di curare tale interesse anche per coloro che risiedono in aree del Paese in cui la creazione di strutture fisiche risulterebbe particolarmente difficoltosa.

Ciò può contribuire a migliorare il rapporto tra cittadino e pubblica amministrazione e costituisce un sicuro punto di partenza per la riduzione dei divari, non solo territoriali in ambito sanitario, ma anche dei c.d. *digital divide*, ad essi strettamente interconnessi. Anche la digitalizzazione, dunque, si lega alla dimensione territoriale, al fine di promuovere un *welfare* di prossimità in linea con i principi del servizio pubblico: adattamento, continuità ed eguaglianza.

Anche sotto tale profilo, infatti, l'attuazione di forme organizzative innovative consentirebbe un temperamento maggiormente razionale delle esigenze di «uniformità e differenziazione» necessarie a meglio rispondere ai bisogni specifici dell'individuo⁶⁰. Al contempo, risponderebbe all'esigenza di un costante e tempestivo adeguamento ai bisogni della collettività, che caratterizza l'erogazione dei servizi in ambito sanitario, attraverso la massimizzazione della garanzia di eguaglianza tramite una maggiore personalizzazione del servizio, poiché consentirebbe un eguale accesso al servizio, indipendentemente dalla collocazione geografica ed eviterebbe, al contempo, che il concreto godimento del diritto alla salute possa essere subordinato all'esistenza di una struttura fisica.

Anche la diffusione del digitale richiede, tuttavia, un adeguato bilanciamento tra i principi di inclusione e solidarietà, anche nell'ottica di ridurre le problematiche derivanti dal *digital divide*⁶¹. In questa prospettiva, inoltre, il ricorso agli strumenti indicati dal Piano risulta ancora fortemente inadeguato nel nostro sistema, peraltro limitato a servizi minimi di telemedicina: tra cui la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza. Nonostante, infatti, tali prestazioni siano individuate sin dall'*Accordo Stato Regioni del 2020*, e di recente nel richiamo operato dal D.M. 77/2022 e dalla l. 132/2025, risultano di fatto ancora inattuati e la carenza di infrastrutture adeguate, soprattutto nel Mezzogiorno, potrebbe accentuare le disuguaglianze esistenti.

3. Organizzazione amministrativa, uniformità e principio di eguaglianza: una necessaria rilettura del ruolo della pubblica amministrazione

L'analisi condotta sulle misure di riduzione dei divari territoriali in ambito sanitario adottate sin dal PNRR denota la persistenza di significative tensioni nel raggiungimento di un assetto organizzativo adeguato alla tutela del diritto alla salute.

⁵⁹ Ex multis, M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Giuffrè, Milano, 1996.

⁶⁰ Sul punto v. A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione*, cit., p. 187 ss.; ID., *Il riconoscimento dell'altro e la pubblica amministrazione*, cit., passim.; G. RAZZANO, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la "missione salute" del PNRR*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2024, pp. 49-66.

⁶¹ Sui rischi connessi alle nuove tecnologie in ambito sanitario v. P. RUBECCHINI, *La salute negata: le inefficienze del sistema sanitario italiano alla prova delle nuove tecnologie di recente introduzione, tra prospettive di "cura" della sanità pubblica e rischi per la garanzia dei diritti*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2024, pp. 989-1006.

In un contesto di risorse scarse come quello che caratterizza il diritto alla salute⁶², viene in rilievo il nesso sussistente tra la struttura organizzativa e il soddisfacimento degli interessi altrui e, in questa prospettiva, la tematica dello stretto legame sussistente tra organizzazione e diritti richiede di essere letta in relazione al ruolo svolto dall'amministrazione nella garanzia del principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, co. 2, Cost. Nella prospettiva che si è finora evidenziata, sembra dunque necessario richiamare il legame, già in passato valorizzato in dottrina, in particolare, nelle tesi di Mario Nigro con riferimento alla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione, tra organizzazione, tutela diritti e rimozione degli ostacoli. In tal senso, non si può che accedere alla tesi secondo cui l'organizzazione costituisce «il complesso di mezzi per la cura di interessi generali» ed essa non può che essere modellata sugli interessi che deve curare, dalla cui natura e consistenza verrà a dipendere la configurazione del relativo assetto organizzativo. Tali interessi esprimono, infatti, la loro massima validità nel momento in cui «pretendono una propria organizzazione» che sia idonea a concretarli⁶³.

Esaltando il legame intercorrente tra organizzazione e attività ed individuando «la ragion d'essere dell'organizzazione amministrativa ed il suo carattere qualificatore nella cura degli interessi altrui, per come l'organizzazione partecipa, in funzione attiva e direttiva, all'intero processo di soddisfazione degli interessi»⁶⁴, l'organizzazione costituisce «sviluppo logico del corpo sociale» ed è, dunque, «strumentale alla cura degli interessi della collettività»⁶⁵. L'organizzazione incanala l'attività, la costringe a quella misura, ne costituisce la guida immanente. In tal modo, nelle parole dell'Autore viene a sussistere una condizione di continuità tra organizzazione e attività, la quale non produce, però, un indebito assorbimento dell'una nell'altra. Le due componenti, infatti, sebbene complementari, rimangono separate.

Siffatte considerazioni possono essere allora utilmente rapportate alla tematica in esame, proprio perché, nella materia della salute, non risulta sufficiente l'assetto formale di un'organizzazione, ancorché meglio delineata, come quella che in parte emerge dalla riforma operata con il DM. 77/2022. Per adempiere al dovere di rimozione delle diseguaglianze di fatto posto in capo alla Repubblica è dunque necessario coniugare l'organizzazione con l'attività dell'amministrazione nonché con le concrete scelte che essa è chiamata a compiere. In ciò, un ruolo fondamentale sembra poter essere giocato dalle potenzialità della digitalizzazione, in quanto essa incide non solo nella rideterminazione dell'assetto organizzativo dell'amministrazione, ma anche con riferimento all'attività prestazionale volta a salvaguardare il diritto dell'individuo come singolo, oltre che interesse della collettività.

Al di là delle pur persistenti difficoltà connesse alla tutela della salute e al difficile raggiungimento di standard di efficienza del Servizio Sanitario, ciò che emerge dalla

⁶² Sul punto, v. ex multis, L. ANTONINI, *Diritto alla salute e allocazione delle risorse nella recente giurisprudenza costituzionale*, in *Lo Stato*, n. 21, 2023, pp. 267-282.

⁶³ M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, cit., p. 114.

⁶⁴ M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, cit., p. 114.

⁶⁵ M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, cit., p. 118, «in quanto fornisce la misura della realtà sostanziale che attraverso di essa si è inteso assicurare e far vivere, l'organizzazione incanala l'attività, la costringe a quella misura, ne costituisce la guida immanente. Appunto perché modellata sugli interessi che deve curare, l'organizzazione reagisce su tali interessi e ne influenza la realizzazione, assumendo una funzione attiva e direttiva nell'intero processo di soddisfazione di essi».

correlazione tra organizzazione, territorializzazione e digitalizzazione è, allora, la necessità di considerare anzitutto il carattere prestazionale che connota la pubblica amministrazione con riferimento alla tutela della salute. Laddove emergano diritti sociali e, soprattutto, diritti a prestazione, l'amministrazione si pone, infatti, non come autorità ma come un'amministrazione appunto c.d. prestazionale, alla quale è rimesso il dovere di «garantire diritti sociali e l'eguaglianza su tutto il territorio nazionale» e il cui precipuo compito è quello di erogare «servizi e prestazioni essenziali per il bene collettivo e per la salute dei singoli»⁶⁶.

Anche la giurisprudenza amministrativa, a fronte di talune prime pronunce nelle quali declinava il principio di eguaglianza riferito all'amministrazione secondo i principi tipici del diritto amministrativo di imparzialità e ragionevolezza, ha ormai inaugurato, sin dal 2013, un filone giurisprudenziale volto a riconoscere ed esaltare il principio di eguaglianza in quanto tale, non solo nella sua accezione formale, ma anche in senso sostanziale, come principio generale che deve guidare l'azione della pubblica amministrazione, proprio in quanto essa costituisce, in relazione a determinati diritti, un'amministrazione di prestazione, volta all'erogazione di servizi pubblici fondamentali e di essenziali livelli di assistenza sanitaria. Come ha recentemente confermato il giudice amministrativo, «non vi è dubbio che l'attuazione del diritto alla salute, proprio per la sua peculiare conformazione, passa attraverso la necessaria intermediazione dell'attività prestata dall'Amministrazione sanitaria e, dunque, attraverso la doverosità di tale prestazione e il contenuto obbligatorio di questa»⁶⁷.

Nel settore sanitario, l'amministrazione è infatti considerata «la diretta emanazione dei principi che, sul piano costituzionale, sorreggono il diritto alla salute», considerato non solo come diritto inviolabile e fondamentale della persona, ma anche un diritto sociale e un interesse della collettività «che alligna a principio solidaristico e nel principio di eguaglianza sostanziale, consentendo anche a soggetti più deboli e a classi sociali più disagiate di accedere ad una assistenza sanitaria»⁶⁸.

Nella prospettiva della riduzione dei divari territoriali, allora, sembra che non si possa pensare solamente all'organizzazione in senso statico e formale, attraverso la quale si realizzerebbe una mera isonomia, ma, poiché il diritto alla salute tutelato in costituzione richiede di considerare l'individuo che sia «medicalmente bisognoso», è necessario che l'assetto organizzativo sia idoneo alla cura degli interessi che, caso per caso, vengono in rilievo.

⁶⁶ Cons. Stato, sez. III, 18 novembre 2022, n. 10170; v. anche, *ex multis*, Cons. Stato, sez. III, 18 dicembre 2013, n. 6063. Il tema analizzato dal Consiglio di Stato in tali pronunce è stato affrontato dalla recente dottrina, la quale ha affermato che il concetto di amministrazione prestazionale e, più in particolare, il fatto che i diritti sociali richiedano la predisposizione di un complesso sistema che fa capo all'amministrazione implica la necessaria spendita di discrezionalità, sia politica che amministrativa, con prevalenza della seconda sulla prima. Le amministrazioni, infatti, svolgerebbero il ruolo di «custodi dei valori costituzionali» nel gestire l'esercizio della discrezionalità. Sul punto, v. C. ACOCELLA, *Contributo allo studio dell'effettività dei diritti sociali. Decisioni pubbliche e sindacato giurisdizionale all'epoca del ritorno al bisogno del Welfare*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, pp. 175 ss.; A. MASSERA, *Individuo e amministrazione nello Stato sociale: alcune considerazioni sulla questione delle situazioni giuridiche soggettive*, in *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 1991, p. 1 ss., spec. p. 22; R. FERRARA, P. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Giappichelli, Torino, 1999, p. 213.

⁶⁷ Cons. Stato, 2 settembre 2014, n. 4460.

⁶⁸ Cons. Stato, sez. III, n. 10170/2022, cons. in diritto, n. 29.6, 29.7. In dottrina, cfr. A. MOLITERNI, *Principio di eguaglianza e diritto amministrativo*, cit., *passim*.

Solamente per questo tramite l'amministrazione può contribuire a rimuovere gli ostacoli che limitano, per tutti, l'accesso alle cure. Sotto tali profili deve essere necessariamente valorizzata, dunque, la componente della «flessibilità» dell'organizzazione, la quale, come da ultimo affermato in giurisprudenza, costituisce «strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini»⁶⁹. Come recentemente sottolineato dalla Corte costituzionale, infatti, al fine di garantire i principi di universalità, eguaglianza ed equità, la considerazione della flessibilità organizzativa come principio generale dell'organizzazione sarebbe avvalorata dall'esistenza di «un processo in atto in favore della flessibilità organizzativa nella articolazione delle strutture amministrative da parte dell'amministrazione»⁷⁰.

⁶⁹ TAR Milano, sez. V, 3 aprile 2024, n. 1003, cons. in diritto, n. 8.18. Sul punto, v. anche T.A.R. Milano, Sez. III, 18 aprile 2023, n. 965, secondo cui è necessario garantire la «piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini».

⁷⁰ Corte cost. 23 maggio 2023, n. 138. Sebbene la decisione riguardi la problematica dei regolamenti di organizzazione, il riferimento ai margini di flessibilità che devono caratterizzare l'organizzazione amministrativa assume vocazione di carattere generale.