

CHIARA BERTOLDI*

L'assistenza sanitaria di prossimità tra riequilibrio territoriale e nuove disuguaglianze**

ABSTRACT (EN): The paper examines the relationship between healthcare organization and the substantive content of the right to health, highlighting how territorial disparities reflect structural and institutional weaknesses within the National health service. From this perspective, it investigates the potential of community-based healthcare, questioning whether and how it may serve as a model capable of reducing regional fragmentation and strengthening the universality of protection, or whether, conversely, it risks reproducing existing inequalities.

ABSTRACT (IT): Il contributo analizza il nesso tra organizzazione sanitaria e contenuto sostanziale del diritto alla salute, evidenziando come i divari territoriali riflettano criticità strutturali e istituzionali del Servizio sanitario nazionale. In questa prospettiva, lo scritto si interroga sul potenziale dell'assistenza sanitaria di prossimità, indagando se e come essa possa rappresentare un modello in grado di ridurre la frammentazione regionale e rafforzare l'universalità della tutela o se, al contrario, rischi di replicare le disuguaglianze esistenti.

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. L'organizzazione sanitaria come mezzo di definizione del diritto alla salute. – 3. Il divario sanitario territoriale in Italia. – 4. L'assistenza sanitaria di prossimità tra luci e ombre.

1. Premessa

La riflessione sullo stato di attuazione del diritto alla salute impone di confrontarsi con un dato ormai strutturale del sistema sanitario italiano: la persistenza di un significativo divario territoriale nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni. Tale disparità, frutto – come si vedrà – della combinazione di una molteplicità di fattori strutturali, infrastrutturali e organizzativi, non incide solamente sull'effettività della tutela, ma anche sulla stessa conformazione sostanziale del diritto, la quale è strettamente dipendente dall'assetto organizzativo dei servizi.

Invero, l'organizzazione sanitaria, lungi dal configurarsi quale mero apparato tecnico di attuazione, rappresenta elemento costitutivo del diritto di cui all'art. 32 della Costituzione, conseguentemente definendone il contenuto e condizionandone la possibilità di esercizio, tanto che l'inadeguatezza di strumenti organizzativi determina, di fatto, una compressione della garanzia costituzionale. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), articolato su base regionale, si colloca dunque in questo snodo, quale luogo di emersione della tensione tra l'esigenza di uniformità sottesa dal principio di eguaglianza sostanziale e quella di modellare autonomamente i servizi in funzione delle specificità regionali e locali. Se il riparto di competenze di cui all'art. 117 della Carta è funzionale alla valorizzazione delle differenze, esso

* Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico – Università del Piemonte Orientale.

** Articolo sottoposto a referaggio.

ha nondimeno favorito il consolidarsi di modelli regionali tra loro divergenti, al punto da dar luogo a ventuno sistemi sanitari diversi¹.

A fronte di questa frammentazione, il contributo si propone di riflettere sulla capacità dell'assistenza sanitaria di prossimità di rappresentare un idoneo strumento per il riequilibrio delle disuguaglianze territoriali nella tutela del diritto alla salute. La prossimità, infatti, non si limita a introdurre nuove strutture periferiche, ma si propone come modello organizzativo in grado di ridefinire il contenuto stesso del diritto: un diritto costruito nella relazione, nella continuità e nell'accessibilità, radicato nei contesti di vita e potenzialmente capace di ricomporre la tensione tra autonomia regionale ed eguaglianza sostanziale. In tal senso, le recenti riforme promosse nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e, in particolare, il d.m. 23 maggio 2022, n. 77, hanno attribuito alla prossimità un ruolo centrale nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, delineando strumenti e figure innovative (quali Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali). Resta tuttavia da verificare se tali previsioni possano effettivamente tradursi in una maggiore garanzia di universalità del diritto alla salute, oppure se rischino di replicare o addirittura amplificare le disuguaglianze esistenti.

A tal fine, la ricostruzione del nesso che indissolubilmente lega l'organizzazione dell'assistenza sanitaria al contenuto del diritto alla salute appare propedeutica per la comprensione delle principali cause e manifestazioni del divario sanitario territoriale, sulla cui base il contributo si interrogherà, da ultimo, rispetto al ruolo più o meno risolutore dell'assistenza sanitaria di prossimità.

2. L'organizzazione sanitaria come mezzo di definizione del diritto alla salute

La peculiare natura del diritto alla salute, quale diritto sociale a prestazione, impone di considerare il nesso strutturale che esso intrattiene con l'organizzazione deputata alla sua attuazione². Se, infatti, per i diritti di libertà, l'organizzazione condiziona principalmente il livello di tutela senza alterarne la configurazione essenziale, per i diritti sociali la questione si pone in termini più profondi in quanto le scelte organizzative non determinano unicamente le modalità di fruizione delle prestazioni, ma incidono sulla stessa esigibilità del diritto, contribuendo a definirne i contenuti sostanziali³. La riflessione giuridica è dunque chiamata a misurarsi con lo stretto nesso intercorrente tra diritto e organizzazione⁴, in un'ottica di

¹ L'espressione, ricorrente sia in ambito giornalistico che medico, è stata efficacemente ripresa anche dalla dottrina gius-pubblicistica. Sul punto il riferimento è, in particolare, ad A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 1, 2020, p. 45.

² G. ROSSI, *Principi di diritto amministrativo*, Giappichelli, Torino, 2010, pp. 111 ss.

³ D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2013, p. 3. Per un approfondimento sul punto è possibile fare riferimento a D. MORANA, *Eguale godimento dei diritti versus autonomia regionale: brevi note sulla specificità del regime costituzionale dei diritti di libertà*, in AA.VV., *Le autonomie in cammino. Scritti dedicati a Gian Candido De Martin*, Cedam, Padova, 2012, pp. 237 ss.

⁴ C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile. Studi introduttivi*, I, Bononia University Press, Bologna, 2018, p. 546.

circularità ove il «modo di concepire il diritto alla salute e le caratteristiche organizzative del sistema sanitario sono strettamente correlati e si condizionano a vicenda»⁵.

In particolare, la definizione del diritto alla salute passa dall'attuazione della disciplina costituzionale, la quale necessita di essere concretizzata attraverso l'ausilio dello strumento normativo⁶. Sebbene la non autosufficienza delle disposizioni costituzionali che riconoscono i diritti a prestazione non può essere intesa né come una loro rimessione alla piena disponibilità del legislatore, né come attribuzione a quest'ultimo di una discrezionalità sull'an della loro soddisfazione⁷, in capo al Parlamento residua un margine di discrezionalità sul piano del *quomodo*, ovvero rispetto alla definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e nella determinazione delle risorse, delle strutture e degli strumenti attraverso cui renderle effettive⁸.

Tale discrezionalità, pur insuscettibile di sostituzione da parte della Corte costituzionale, è nondimeno soggetta al controllo di quest'ultima nella misura in cui a essa compete garantire, nell'esercizio del sindacato di legittimità, il nucleo minimo essenziale di tutela delle situazioni giuridiche soggettive qualificate dalla Costituzione come diritti, al di sotto del quale si determinerebbe la violazione degli stessi⁹. Tuttavia, il limite costituito dal nucleo indefettibile

⁵ G.G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, in *Federalismi.it*, n. 8, 2020, pp. 272-273. Analogamente, P. BIANCHI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari. Alcune osservazioni in prospettiva comparatistica*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità. Esperienze a confronto*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018, p. 3, ove l'A. sottolinea «la necessaria attenzione da porre alla connessione imprescindibile tra la costruzione dei sistemi sanitari e la tutela del diritto alla salute» proprio in quanto «il modo di concepire il diritto alla salute condiziona la costruzione del servizio che quel diritto deve realizzare».

⁶ A. D'ATENA, *Lezioni di diritto costituzionale*, IV ed., Giappichelli, Torino, 2018, p. 13. L'A. chiarisce come la non autosufficienza dei diritti a prestazione «non va intesa nel senso che le disposizioni costituzionali che riconoscono diritti di questa natura siano da ritenere totalmente inefficaci, sino a che il legislatore non le attui. Non è, infatti, contestabile che esse abbiano la capacità di produrre l'invalidità giuridica, sanzionabile dalla Corte costituzionale, delle norme legislative con le medesime confliggenti [...]. Resta, comunque, il fatto che la piena esplicazione del diritto richiede uno sviluppo nella normativa attuativa».

⁷ Secondo parte della dottrina, la circostanza che il contenuto essenziale dei diritti di prestazione non sia testualmente disciplinato «anziché costituire una caratteristica negativa del nostro ordinamento, va positivamente apprezzata» in quanto «implica (almeno in teoria!) che il legislatore ordinario non è autorizzato a distinguere ciò che è essenziale da ciò che non è essenziale nel contenuto di un diritto costituzionalmente riconosciuto» (A. PACE, *La garanzia dei diritti fondamentali nell'ordinamento costituzionale italiano: il ruolo del legislatore e dei giudici "comuni"*, in AA.VV., *Nuove dimensioni dei diritti di libertà. Scritti in onore di Paolo Barile*, Cedam, Padova, 1990, p. 110). Altri autori hanno invece osservato come la garanzia del contenuto essenziale sia «consigliabile» «almeno finché non si sia in presenza di una radicata "giurisprudenza sul bene comune", che determina in modo graduato i limiti, che si "normativizza" attraverso una ponderazione differenziata e che diventa così una specifica giurisprudenza sul contenuto essenziale» (P. HABERLE, *Le libertà fondamentali nello Stato costituzionale*, Carocci, Roma, 2005, p. 248).

⁸ D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi*, cit., p. 5. Sul punto è inoltre possibile fare riferimento a E. FAGNANI, *Tutela dei diritti fondamentali e crisi economica: il caso dell'istruzione. Stato di attuazione, funzioni amministrative e finanziamento del sistema*, Giuffrè, Milano, 2014, pp. 102 ss.

⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 27 del 1998, punto 4.2 del considerato in diritto, ove la Corte afferma come «Deve preliminarmente essere osservato che alla Corte costituzionale non è dato sovrapporre le proprie valutazioni di merito a quelle che spettano e sono riservate al legislatore nelle determinazioni volte a predisporre i mezzi necessari a far fronte alle obbligazioni dello Stato nella materia dei cosiddetti diritti sociali. Solo il legislatore è, infatti, costituzionalmente abilitato a compiere gli apprezzamenti necessari a comporre nell'equilibrio del bilancio le scelte di compatibilità e di relativa priorità nelle quali si sostanziano le politiche sociali dello Stato. Nel rispetto dell'ampia discrezionalità che deve essere riconosciuta al legislatore, a questa Corte, nell'esercizio del controllo di costituzionalità sulle leggi, compete tuttavia di garantire la misura minima essenziale di protezione delle situazioni

garantito dalla Corte, per quanto essenziale a prevenire l'elusione dei precetti costituzionali, si rivela una tutela "minima", il cui contenuto resta segnato – anche a causa della complessità della struttura dei diritti fondamentali¹⁰ – da un'inevitabile indeterminatezza¹¹. Invero, né il riferimento alla nozione di "essenzialità" dei diritti¹², né quello ai livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, della Costituzione¹³, consentono di superare tale ambiguità e, pertanto, sebbene «l'omessa, tardiva o parziale attuazione legislativa non osta alla diretta applicabilità della previsione costituzionale che riconosce il diritto a prestazione [...], il più delle volte proprio la carente o incompleta attuazione normativa non consentirà di garantire la piena effettività del diritto»¹⁴.

In questa prospettiva, appare chiaro come l'intermediazione legislativa, pur non costituendo condizione di esistenza del diritto – giacché le norme costituzionali programmatiche sono idonee a trovare immediata applicazione anche in sede amministrativa e giurisdizionale¹⁵ – si riveli comunque decisiva ai fini della sua effettività sostanziale. È infatti solo attraverso l'intervento del decisore politico che la pretesa individuale può tradursi in prestazioni adeguate e corrispondenti ai bisogni della persona.

soggettive che la Costituzione qualifica come diritti, misura minima al di sotto della quale si determinerebbe, con l'elusione dei precetti costituzionali, la violazione di tali diritti». Rilevante è inoltre la successiva pronuncia n. 252 del 2001, ove la Consulta, al contempo richiamando le sentenze nn. 267 del 1998, 309 del 1999 e 509 del 2000, osserva come «il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "costituzionalmente condizionato" dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva, comunque, la garanzia di "un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto"» (punto 2 del considerato in diritto).

¹⁰ G. PINO, *Diritti fondamentali*, in C. CARUSO, C. VALENTINI (a cura di), *Grammatica del costituzionalismo*, Il Mulino, Bologna, 2021, pp. 213 ss., il quale rileva come un diritto fondamentale presenti una struttura complessa, composta da più livelli: un nucleo essenziale, considerato in linea di principio intangibile, una sfera periferica, che può essere sottoposta a limitazioni quando lo richiedano esigenze particolari, e, infine, un perimetro di garanzia, costituito dall'insieme delle misure predisposte per assicurarne la tutela effettiva.

¹¹ A. RUGGERI, *Fonti, norme, criteri ordinatori. Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2005, pp. 80 ss.

¹² Cfr. O. CHESSA, *Brevi note sul "contenuto essenziale" (dei diritti inviolabili) come parametro del giudizio di costituzionalità*, in G. PITRUZZELLA, F. TERESI, G. VERDE (a cura di), *Il parametro nel giudizio di costituzionalità*, Giappichelli, Torino, 2000, pp. 290 ss.; I. MASSA PINTO, *Contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali e concezione espansiva della Costituzione*, in *Diritto pubblico*, Giuffrè, Milano, pp. 1095-1117; D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Giappichelli, Torino, 2012; L. CASTELLI, *Alla ricerca del "limite dei limiti": il "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali nel dialogo fra le Corti*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2021, pp. 454-486.

¹³ Cfr. C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Diritto Pubblico*, n. 3, 2002, pp. 881-908; A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, n. 6, 2003, pp. 1063-1139; A. GIORGIS, *Le garanzie giurisdizionali dei diritti costituzionali all'uguaglianza distributiva*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Diritti e Costituzione. Profili evolutivi e dimensioni inedite*, Giuffrè, Milano, 2003, pp. 121 ss.

¹⁴ D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi*, cit., p. 4.

¹⁵ V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano, 1952, pp. 68 ss., il quale acutamente rileva come, pur dovendosi riconoscere al legislatore la posizione di destinatario primario delle disposizioni costituzionali che sanciscono diritti a prestazione, ciò non esclude che tali norme esercitino un vincolo anche sull'esercizio della funzione di indirizzo politico, nonché sulle attività amministrative e giurisdizionali, laddove queste ultime si collochino in ambiti caratterizzati da margini di discrezionalità.

Ma vi è di più. L'analisi dell'evoluzione del ruolo del legislatore, sia statale che regionale, nella definizione del sistema sanitario evidenzia lo stretto nesso intercorrente tra l'organizzazione del diritto alla salute e la sua componente sostanziale. Le scelte relative alla distribuzione delle risorse, all'organizzazione delle strutture e al reclutamento del personale non si limitano, infatti, a incidere sul grado di attuazione del diritto, ma ne plasmano la fisionomia.

È in questa prospettiva che emerge quella tensione alla quale si faceva poc'anzi riferimento tra eguaglianza nella definizione del diritto alla salute e autonomia organizzativa delle Regioni. Proprio alla luce del ruolo dirimente dell'organizzazione nella configurazione del diritto alla salute si comprende come questa rappresenti terreno di scontro tra autonomia e uguaglianza, tanto che la questione non si pone più solamente nell'ottica «di 21 servizi sanitari diversi, ma forse di 21 diritti alla salute differenti»¹⁶.

Alla luce della subordinazione storico-politica del diritto alla salute rispetto alle scelte organizzative¹⁷, appare dunque fondamentale, per la comprensione delle principali cause e manifestazioni del divario sanitario territoriale, soffermarsi brevemente sulla nascita e sull'evoluzione del modello scelto dal legislatore per fornire attuazione privilegiata all'art. 32 della Costituzione.

L'adozione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, segna, mediante l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, l'abbandono «di modelli e sistemi di assistenza (per lo più) indiretta verso un modello di assistenza diretta, fondato su quel carattere di *indifferenza soggettiva* che è proprio dei sistemi c.d. universalistici e che è rimasto – sia pure con numerose ibridazioni e condizionamenti – la traccia tipica del nostro sistema di salute»¹⁸, così determinando il passaggio dallo Stato di diritto allo Stato sociale di diritto¹⁹. Superando la frammentarietà del sistema mutualistico precedente²⁰, la legge assume quali principi cardine l'universalità – derivante dalla natura fondamentale del diritto alla salute – e l'uguaglianza – in attuazione dell'articolo 3, comma, 2 della Carta²¹ – e istituisce una rete di unità sanitarie locali volte a garantire un insieme completo di prestazioni di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica dell'intera popolazione²². Alla luce del riparto di competenze originariamente prefigurato

¹⁶ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 50.

¹⁷ G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1981, p. 762.

¹⁸ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, n. 1, 2016, p. 67. Corsivo nel testo della citazione.

¹⁹ La Corte costituzionale, nella sentenza n. 37 del 1991, rileva il nesso inscindibile tra il diritto alla salute e la forma di Stato sociale prefigurata dalla Costituzione (punto 3 del considerato in diritto). Nello stesso senso si segnalano, *ex multis*, le pronunce della Corte costituzionale nn. 455 del 1990, 324 del 1989, 1011 del 1988, 177 e 294 del 1986. Cfr. A. MORRONE, F. MINNI, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 9, 2013, pp. 1-12.

²⁰ M. D'ANGELOSANTE, *Sistemi universalistici e sistemi occupazionali a confronto*, in A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme, sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011, pp. 21-55.

²¹ Cfr. A. PALADIN, *Il principio costituzionale di eguaglianza*, Giuffrè, Milano, 1965.

²² Art. 1, comma 3, legge n. 833 del 1978, il quale dispone che «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

dall'art. 117 della Costituzione – che, come noto, qualificava «l'assistenza sanitaria e ospedaliera» come competenza concorrente²³ –, i principi fondanti del SSN, destinati a valere uniformemente sul piano nazionale, trovavano attuazione attraverso l'organizzazione su base regionale e la gestione su base locale. Tuttavia, proprio il mancato funzionamento di questo meccanismo a tre livelli ha determinato, poco più di un decennio dopo l'adozione della legge, la necessità di sopperire sia al mancato esercizio della funzione programmatica attribuita allo Stato che all'insostenibilità dell'organizzazione comunale, in un quadro in cui le Regioni si trovavano impossibilitate a governare il sistema come enti intermedi in quanto «schiacciate, da un lato, dai vincoli determinati dal finanziamento statale e, dall'altro, dalle ambizioni della politica locale»²⁴.

In quest'ottica, la riforma realizzata mediante il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – e il successivo d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 – ha individuato nella Regione l'unico interlocutore dello Stato a livello territoriale, introducendo al contempo l'autonomia aziendale – concepita come espressione di enti strumentali regionali²⁵ – quale ulteriore elemento di differenziazione organizzativa²⁶, anche in sede infraregionale, così affrontando le pregresse criticità tramite il rafforzamento del rapporto dialettico tra autonomia e uguaglianza²⁷.

La c.d. regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale²⁸ ha trovato un definitivo consolidamento con la riforma, nel 2001, del Titolo V della Costituzione, la quale, riconoscendo alle Regioni la competenza concorrente in materia di tutela della salute e confermando la competenza esclusiva dello Stato nella fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ha qualificato la Regione come «vero e proprio centro di gravità» del modello di regolazione e gestione del SSN²⁹.

²³ G. COSTA, *Il divario sanitario e le politiche del PNRR. Bilancio e prospettive*, in *Italian Papers On Federalism*, n. 2, 2025, p. 21, ove l'A. osserva come si trattava di una materia di potestà legislativa concorrente «in cui il ruolo delle Regioni – almeno formalmente – era circoscritto dai principi statali e da meccanismi di controllo preventivo sull'esercizio della relativa funzione legislativa».

²⁴ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 43.

²⁵ Cfr. C. ANNECCHIARICO, *Il sistema dell'accreditamento nel servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARÉ (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001, pp. 129 ss.; A. PIOGGIA, *La riforma sanitaria e l'introduzione di elementi aziendalistici nelle organizzazioni sanitarie pubbliche*, in ID., S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme, sostenibilità*, cit., pp. 82 ss.; F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3, 2018, pp. 575-593.

²⁶ M. FERRERA, F. MAINO, *Le politiche sanitarie*, in M. FERRERA (a cura di), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna, 2006, pp. 171 ss., i quali osservano come il sistema così delineato porti a una «nuova strutturazione dei rapporti tra stato e regioni in campo sanitario». Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 13-88.

²⁷ L'art. 2 del d.lgs. n. 502 del 1992 dispone che «Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie».

²⁸ Significativa di questo mutamento è la definizione che l'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 229 del 1999 fornisce di SSN, qualificato come «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali».

²⁹ R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007, p. 131. Cfr. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in ID., G. DI GASPARÉ (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 21.

Ne deriva dunque un quadro fondato su un duplice piano: da un lato, «quello fra principi fondamentali fissati dalla legge statale e restante disciplina di competenza regionale» e, dall'altro, «quello fra livelli essenziali delle prestazioni necessarie ad assicurare il diritto in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale e autonomia regionale e aziendale nell'organizzazione delle modalità di erogazione di tali prestazioni»³⁰. Conseguentemente, appare come il delicato equilibrio tra eguaglianza e autonomia si basi proprio sulla capacità dello Stato, nel rispetto della leale collaborazione con le Regioni, di definire principi fondamentali e livelli essenziali delle prestazioni, presidi imprescindibili dell'uniformità del diritto alla salute e necessarie basi vincolanti per il dispiegarsi dell'autonomia organizzativa regionale³¹.

Tuttavia, l'art. 117 della Costituzione ha risentito di una difficile attuazione: nonostante la determinazione dell'elenco delle prestazioni da assicurare sia stata compiuta sulla base di criteri di equità, pertinenza, appropriatezza ed efficacia, assicurando un elevato grado di completezza e organicità del servizio, «l'assenza di una preventiva ed uniforme individuazione di standard di qualità da osservarsi da parte di tutte le strutture del servizio sanitario nazionale ha portato, di conseguenza, alla difficoltà di costruire un quadro coerente di indicatori di performance»³², finendo per alimentare la formazione di quei divari territoriali che incidono in maniera significativa non solo sulla qualità complessiva del servizio sanitario, ma sulla stessa definizione del diritto alla salute.

3. Il divario sanitario territoriale in Italia

Se il «divario tra obiettivi costituzionali di tutela della salute e realtà territoriali può essere imputato essenzialmente allo squilibrio creatosi tra esigenze dell'unità e quelle della differenziazione»³³, preme ora soffermarsi sulle principali cause dello squilibrio sanitario territoriale, per poi riflettere sulle sue conseguenti manifestazioni.

³⁰ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 44. La revisione, come osservato dalla giurisprudenza costituzionale, ha conferito al legislatore statale un potere essenziale volto ad assicurare un livello adeguato di uniformità nella tutela dei diritti dei cittadini all'interno di un assetto istituzionale connotato da una marcata espansione dell'autonomia regionale e locale (Corte costituzionale, sentenza n. 88 del 2003, punto 4 del considerato in diritto).

³¹ F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, n. 2, 2020, p. 102.

³² C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria*, cit., p. 78. Cfr. G. COCCO, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in AA.VV., *Studi in onore di Gianni Ferrara*, Giappichelli, Torino, 2005, pp. 53 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, Bononia University Press, Bologna, 2008; M. COSULICH, G. GRASSO, *Le prestazioni sanitarie*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 349 ss.; R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Rimini, 2014, pp. 39-40; M.G. ROVERSI MONACO, *I Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., pp. 601 ss.; V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *BioLaw Journal*, n. 2, 2019, p. 45.

³³ G.G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, cit., p. 278.

Tra le disfunzioni che hanno maggiormente inciso sul divario appare particolarmente rilevante l'intreccio tra fattori organizzativi e finanziari. In considerazione della qualificazione del diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato³⁴, la disponibilità delle risorse e i criteri adottati per la loro distribuzione, quali componenti essenziali dell'assetto organizzativo dello stesso, necessariamente incidono sulla conformazione del diritto nei diversi territori dello Stato. In particolare, nel contesto attuale assumono rilievo, da un lato, l'insufficienza del finanziamento pubblico rispetto alla copertura dei costi necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza³⁵ e, dall'altro, la perdurante inadeguatezza dei criteri di riparto delle risorse, prevalentemente ancorati a parametri quantitativi – quali la consistenza demografica e la composizione anagrafica della popolazione – piuttosto che a indicatori qualitativi idonei a riflettere le effettive condizioni di bisogno e di efficienza dei sistemi sanitari regionali³⁶.

Conseguentemente, la forte dipendenza del sistema sanitario dal finanziamento pubblico, unitamente all'allocazione e alla gestione risorse ancorata a criteri parziali del quadro d'insieme, che parimenti non tengono conto della capacità politico-amministrativa delle diverse Regioni³⁷,

³⁴ Cfr. R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Giuffrè, Milano, 2006, p. 5397; E. INNOCENTI, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, 2008, pp. 571 ss.; E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come "diritto a prestazione" rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del "contenuto minimo essenziale"*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 3, 2012, pp. 1 ss. Per un approfondimento sulla giurisprudenza costituzionale sul punto è possibile fare riferimento a C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *Astrid Rassegna*, 2005, pp. 23 ss.; R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in ID., M. CAVINO, J. LUTHER (a cura di), *La Corte costituzionale vent'anni dopo la svolta*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 186 ss.; A.S. BRUNO, *Diritto alla salute e riserva del possibile. Spunti dal contesto brasiliano per osservare il "federalismo fiscale"*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 3, 2012, pp. 7 ss.

³⁵ Rapporto Svimez, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, 2024, p. 2, ove si rileva che «I divari territoriali sono aumentati in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema Sanitario Pubblico italiano che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche». Invero, il «bilancio complessivo della sanità nazionale viene definito *ex ante* nel quadro della programmazione pubblica annuale, e si esaurisce quasi per intero nel finanziamento "indistinto" da allocare ai diversi SSR. Il finanziamento dovrebbe essere commisurato ai fabbisogni di copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di equità orizzontale, in base al quale ciascun cittadino dovrebbe ricevere il medesimo livello e qualità di cure e di servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui risiede. Lo stanziamento viene però determinato a monte nel rispetto dei vincoli di bilancio pubblico e, pertanto, non corrisponde alla somma del costo dei LEA. Questi, di conseguenza, sono finanziati solo parzialmente» (*ibid.*, p. 10).

³⁶ G. COSTA, *Il divario sanitario e le politiche del PNRR*, cit., p. 23. Sul punto il citato Rapporto Svimez osserva infatti come «Da un lato, il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo dei LEA, quelle prestazioni e servizi che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. Dall'altro, la distribuzione regionale delle risorse, basata su dimensione e struttura per età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura e assistenza dei diversi territori, condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto» (p. 10).

³⁷ A. SPADARO, *Riflessioni sparse sul regionalismo italiano: il caso delle Regioni meridionali*, in *Le Regioni*, n. 5, 2017, p. 899.

ha prodotto disomogeneità significative nell'assicurare i livelli essenziali di assistenza³⁸, conducendo al grave disavanzo finanziario che ha interessato numerosi territori³⁹.

Il dilagare di tali situazioni ha indotto il Governo a introdurre strumenti straordinari di riequilibrio, quali i piani di rientro⁴⁰, concepiti con una duplice funzione. Da un lato, «porre rimedio alla situazione di disavanzo che, colpendo una o più Regioni, si ripercuote sull'intero sistema finanziario nazionale, comportando il rischio del mancato rispetto dei vincoli di stabilità interni ed esterni» e, dall'altro, «assicurare che, nelle Regioni interessate, siano garantiti i livelli essenziali di assistenza, sul cui godimento le necessità di contenimento della spesa non dovrebbero incidere»⁴¹. Il tema dei piani di rientro mette in luce una dialettica sempre più evidente tra le regole dell'equilibrio di bilancio e la tutela del diritto fondamentale alla salute, in un conflitto che non può essere ricondotto unicamente al profilo della distribuzione delle competenze, ma che sollecita piuttosto una riflessione più ampia su come realizzare, in termini concreti, un bilanciamento effettivo tra l'esigenza di rispetto dei vincoli finanziari e la garanzia dei diritti costituzionali fondamentali⁴². Invero, l'attivazione di questi meccanismi, pur rispondendo all'esigenza di salvaguardare la sostenibilità complessiva del sistema, ha tuttavia determinato una significativa compressione dell'offerta e un inevitabile peggioramento della qualità delle prestazioni nei territori strutturalmente più fragili (quali, ad esempio, le aree interne e le Regioni meridionali), accentuando così le disuguaglianze e producendo, di fatto, una frattura interna al SSN⁴³. Le Regioni sottoposte al piano⁴⁴ si sono trovate a operare entro un regime gestionale differenziato, caratterizzato da regole più restrittive nella gestione delle risorse e da minori margini di autonomia decisionale⁴⁵.

Tali criticità, tuttavia, non hanno riguardato soltanto le Regioni in deficit. L'intero comparto sanitario ha infatti risentito degli effetti delle politiche nazionali di austerità, adottate

³⁸ Per un approfondimento sulle ragioni che hanno portato alle sperequazioni territoriali è possibile fare riferimento a C. PINELLI, *Come emersero le sperequazioni territoriali sulla tutela della salute e perché sembra così difficile rimediarvi*, in *Italian Papers On Federalism*, n. 1, 2025, pp. 44-52.

³⁹ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria*, cit., pp. 81 ss.

⁴⁰ Cfr. M.G. LA FALCE, *L'attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: i Piani di rientro*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, II, Jovene, Napoli, 2008, pp. 653 ss.; E. JORIO, *I piani di rientro dal debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza*, in *Federalismi.it*, n. 13, 2009, pp. 1 ss.; G. CARPANI, *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2010, pp. 25 ss.

⁴¹ T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2013, p. 3, la quale, a sua volta, opera un riferimento a D. IMMORDINO, *Razionalizzazione della spesa farmaceutica e contributo regionale di solidarietà ambientale: prove tecniche (fallite) di "federalismo fiscale"*, in *Le Regioni*, 2012, p. 607. Parte della dottrina ha rilevato come il coinvolgimento del Ministero dell'economia faccia propendere per la prevalenza della prima finalità sulla seconda, suscitando alcune criticità (G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, p. 1184).

⁴² S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, n. 23, 2014, p. 3.

⁴³ E. JORIO, *Pareggio di bilancio: le ricadute (o le implicazioni) sui comuni e sul sistema sanitario*, in *Federalismi.it*, n. 10, 2012, pp. 12 ss.

⁴⁴ Le quali sono, attualmente, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia.

⁴⁵ C. TUBERTINI, *Gestioni commissariali e governo del sistema: i nodi irrisolti*, in C. DE VICENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna, 2010, pp. 75 ss.

per adempiere agli impegni internazionali di riduzione del debito pubblico. Anche le Regioni considerate “virtuose” hanno dovuto confrontarsi con una contrazione progressiva della crescita annuale dei trasferimenti, che ha reso sempre più difficile garantire una copertura adeguata del servizio, a fronte di una domanda in costante aumento e di un’offerta di prestazioni sempre più articolata. Così, il modello della regionalizzazione, inizialmente interpretato come un fattore propulsivo di sviluppo, si è progressivamente trasformato in uno dei nodi più critici del sistema, gravato dal peso sproporzionato delle politiche di contenimento finanziario sui bilanci regionali⁴⁶.

Le dinamiche sin qui richiamate consentono di spostare l’attenzione sulle principali manifestazioni del divario sanitario territoriale, che si rendono particolarmente visibili se si considera la distanza esistente sia tra i livelli di tutela effettivamente garantiti nei diversi contesti regionali che, a monte, rispetto alla definizione sostanziale della salvaguardia del diritto alla salute. La duplice declinazione del divario, frutto della combinazione di indicatori qualitativi e quantitativi, consente di comprendere come lo stesso non dia unicamente luogo a differenti modalità di soddisfazione del diritto, ma anche a una sua differente configurazione.

In questa prospettiva, numerose criticità risultano con particolare intensità nelle Regioni del Mezzogiorno, dove la combinazione di fattori strutturali relativi agli aspetti organizzativi e finanziari ha determinato una persistente difficoltà nell’assicurare la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il monitoraggio predisposto dal Ministero della salute per il 2021 rileva come, fatta eccezione per Puglia, Abruzzo e Basilicata, le Regioni meridionali non raggiungono la soglia minima richiesta in almeno uno dei tre ambiti fondamentali di assistenza (ovvero, quello della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, quello dell’assistenza distrettuale e quello dell’assistenza ospedaliera)⁴⁷, quadro altresì confermato dal Rapporto CREA Sanità 2023⁴⁸.

Le diseguaglianze emergono inoltre nella percezione della qualità dei servizi da parte degli utenti. Secondo l’indagine ISTAT 2022, il grado di soddisfazione della popolazione per le prestazioni sanitarie evidenzia un netto divario Nord-Sud: i cittadini meridionali risultano significativamente meno soddisfatti dell’assistenza ricevuta, tanto in relazione alle visite specialistiche quanto ai ricoveri ospedalieri e all’assistenza infermieristica. La distanza si misura in termini percentuali ma riflette, più in profondità, un deficit di fiducia istituzionale e un deterioramento del rapporto tra cittadino e servizio pubblico, il quale costituisce elemento essenziale per l’effettività del diritto⁴⁹.

Ulteriore ambito in cui il divario territoriale si manifesta con evidenza è quello della prevenzione oncologica, il quale rappresenta uno dei pilastri dei livelli essenziali di assistenza. I dati dell’Istituto Superiore di Sanità relativi al biennio 2021-2022 mostrano una copertura nazionale complessiva del 70% circa per gli *screening* mammografici, con punte dell’80% nel Nord, del 76% nel Centro e appena del 58% nel Mezzogiorno. Particolarmente allarmanti sono

⁴⁶ C. TUBERTINI, *Cinquant’anni di organizzazione sanitaria*, cit., p. 82.

⁴⁷ Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia DM 12 marzo 2019. Metodologia e risultati dell’anno 2021*, 2023.

⁴⁸ CREA Sanità, *Le Performance Regionali*, XI ed., 2023.

⁴⁹ Rapporto Svimez, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, cit., p. 17, fig. 8 e 9.

i casi di Calabria e Campania, dove la quota di donne che hanno effettuato *screening* organizzati dai rispettivi servizi sanitari regionali non raggiunge nemmeno il 20%, con valori inferiori al 12% in Calabria. Tali numeri attestano non soltanto un deficit di adesione, ma soprattutto una carente capacità di offerta dei servizi di prevenzione da parte dei sistemi sanitari meridionali⁵⁰.

Altro profilo attraverso cui si manifesta con particolare evidenza il divario sanitario territoriale è rappresentato dal fenomeno della mobilità sanitaria interregionale⁵¹, che assume i tratti di una vera e propria “migrazione” di pazienti, prevalentemente dal Mezzogiorno verso il Centro-Nord, sintomo dell’incapacità strutturale dei sistemi sanitari regionali meridionali di garantire standard assistenziali adeguati⁵². La rilevanza del fenomeno può essere misurata sotto il profilo finanziario, alla luce della distinzione della mobilità in “attiva”, quando la Regione riceve pazienti non residenti generando crediti, e in “passiva”, quando i propri assistiti si rivolgono ad altri Servizi sanitari regionali, con conseguente formazione di debiti⁵³. Le compensazioni interregionali, operate annualmente, restituiscono la misura delle disuguaglianze: secondo un rapporto della Corte dei Conti, nel periodo 2010-2019 tredici Regioni – prevalentemente del Centro-Sud – hanno accumulato un saldo negativo complessivo di circa 14 miliardi di euro, mentre i saldi positivi più rilevanti si concentrano nelle Regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto⁵⁴. L’impatto della mobilità sanitaria non si esaurisce tuttavia nella dimensione economico-finanziaria: essa comporta costi sociali e personali elevatissimi, soprattutto per le famiglie meno abbienti, costrette a spostarsi per ricevere cure complesse, con aggravio di spese di viaggio e permanenza e perdita di reddito.

La mobilità sanitaria, da fenomeno fisiologico connesso alla libera scelta del luogo di cura, si è dunque trasformata in un indicatore strutturale del divario territoriale: non più espressione di una libera opzione individuale⁵⁵, ma conseguenza necessitata delle carenze organizzative e infrastrutturali di intere aree del Paese, con effetti che incidono direttamente sulla concreta fruibilità del diritto alla salute e sull’attuazione del principio di uguaglianza sostanziale.

Da ultimo, non possono essere trascurate le criticità relative all’accesso alle cure primarie, garantite in via principale dalla rete dei medici di medicina generale; un presidio potenzialmente decisivo per la presa in carico tempestiva dei bisogni di salute, ma che versa in condizioni strutturali di fragilità. L’elevata età media del personale in servizio, la lentezza del

⁵⁰ *Ibid.*, p. 19, tab. 3.

⁵¹ Cfr. A. PITINO, *La mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 363 ss.; S.R. VINCETI, *La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3, 2022, pp. 4 ss.

⁵² M. CUOMO, *Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure: il divario sanitario alla prova del PNRR*, in *Italian Papers On Federalism*, n. 2, 2025, p. 35. L’A. osserva inoltre come, sebbene esistano «flussi di mobilità “fisiologici”, che dipendono dalla necessaria variabilità dell’offerta sanitaria regionale e dalla presenza, in specifiche parti del territorio, di centri di eccellenza per patologie specifiche», nel quadro attuale «tra le motivazioni alla base della mobilità figurano problemi di carattere organizzativo, quali l’eccessiva lunghezza delle liste d’attesa, la scarsa accessibilità ai servizi, e aspetti più strettamente connessi alla quantità e alla qualità delle prestazioni erogate» (p. 36).

⁵³ Cfr. D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3, 2022, pp. 1 ss.

⁵⁴ Corte dei Conti, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021*, 2022.

⁵⁵ M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all’art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2012, p. 460.

ricambio generazionale e una distribuzione irrazionale sul territorio hanno prodotto situazioni di sovraccarico, con significative disparità tra Regioni⁵⁶. Secondo la Fondazione GIMBE, con l'attuale livello di saturazione e la mancata distribuzione capillare dei medici di medicina generale in relazione alla densità abitativa, è spesso impossibile trovare disponibilità di un medico vicino al proprio domicilio, soprattutto nelle c.d. aree desertificate⁵⁷.

Le disparità territoriali sinteticamente richiamate non si esauriscono dunque in meri squilibri quantitativi, ma si traducono in differenziali di tutela che incidono direttamente sul godimento del diritto alla salute e, più in profondità, sulle stesse logiche di base delle scelte organizzative che rispecchiano i tratti di «una diversa idea di persona, di società, di salute, e di un diverso modo di intendere il diritto fondamentale ad essa collegato»⁵⁸.

4. L'assistenza sanitaria di prossimità tra luci e ombre

In un contesto segnato da marcati divari regionali, l'assistenza sanitaria di prossimità emerge quale possibile strumento strategico per ricomporre la frammentazione sistemica e ristabilire l'equilibrio tra eguaglianza e autonomia.

Definita come l'insieme degli interventi e delle strutture del SSN finalizzati a garantire, in forma integrata e continuativa, la presa in carico della persona nel proprio contesto di vita quotidiano, privilegiando la dimensione territoriale rispetto a quella ospedaliera, essa si fonda sul principio di accessibilità delle cure, inteso non soltanto in senso geografico, ma anche relazionale, socio-culturale e organizzativo, e mira a rafforzare la funzione preventiva, di accompagnamento e di coordinamento del sistema sanitario⁵⁹. Fattore centrale del modello è rappresentato dal rovesciamento della logica funzionale del sistema sanitario, ove non è più il paziente a dover necessariamente recarsi presso le strutture ospedaliere, ma sono le cure a essere portate quanto più possibile vicino alla persona e al suo contesto di vita quotidiana. In questa prospettiva, la sanità di prossimità, basata su un approccio proattivo alla prevenzione e alla promozione della salute, con particolare attenzione alla presa in carico delle categorie più fragili, configura un salto di qualità rispetto agli assetti tradizionali. Essa consente infatti un riorientamento delle cure verso forme di assistenza domiciliare e territoriale erogate direttamente nel luogo di vita del paziente o all'interno di strutture di prossimità, favorendo così la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e, più in generale, contrastando il fenomeno della mobilità sanitaria patologica e la frammentazione del percorso di prevenzione e di assistenza della persona.

Proprio sulla scorta dell'inscindibile nesso che lega la definizione del diritto alla salute alla sua organizzazione, il ruolo di questo modello non si presta a essere ricondotto a quello di mera articolazione territoriale del Servizio sanitario nazionale, piuttosto presentando le potenzialità

⁵⁶ F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, cit., p. 114.

⁵⁷ Fondazione GIMBE, *7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, 2024, p. V.

⁵⁸ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 50.

⁵⁹ G. GIARELLI, R. LOMBARDI, L. LOMBI, E. MACCHIONI, M. MARZULLI, *Manifesto per una salute di prossimità. Una ricalibratura dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla centralità della persona*, in *Welfare Oggi*, n. 1, 2023, pp. 8 ss.

di un fattore trasformativo della tradizionale logica centralizzata e prestazionale, configurando il diritto alla salute come costruzione relazionale, situata e accessibile. Mediante lo spostamento del baricentro dell'assistenza dal presidio al luogo di vita della persona, la sanità di prossimità ribalta la logica funzionale dell'impianto ospedalocentrico, proponendosi come strategia centrata su un approccio proattivo e preventivo, particolarmente attento alla presa in carico della persona a trecentosessanta gradi e non solo nel momento della malattia.

In questa direzione si colloca l'intervento di riforma promosso dal PNRR e cristallizzato nel d.m. 23 maggio 2022, n. 77, il quale ha inserito il tema della prossimità nell'agenda sanitaria nazionale. In particolare, una delle due componenti della Missione 6 del Piano – dedicata appunto alla salute – è specificamente denominata “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e si prefigge l'obiettivo di realizzare una riforma strutturale dell'assistenza sanitaria di prossimità incentrata sulle peculiarità dei territori e delle comunità di riferimento, così riducendo la pressione sulle strutture ospedaliere⁶⁰ e i divari territoriali. Proprio rispetto a quest'ultimo aspetto è significativo come il PNRR affronti le asimmetrie come obiettivo trasversale alle sue differenti componenti e missioni, così superando la dicotomia tra politiche di sviluppo e politiche di coesione⁶¹. A rischiare, tuttavia, di vanificare le potenzialità di questo nuovo tipo di approccio, si pone lo scarso coinvolgimento delle Regioni rispetto sia alla definizione del Piano che alla sua *governance* mediante il successivo decreto ministeriale, ove in entrambi i casi ha prevalso un impianto *top-down* che ha di fatto marginalizzato il ruolo degli enti territoriali⁶².

In quest'ottica, ridisegnando l'assistenza territoriale, il decreto ha previsto l'istituzione di nuove strutture e figure professionali con l'intento di sopperire sia alle cause che alle manifestazioni del divario sanitario territoriale, orientando il sistema sanitario a una maggiore presenza sul territorio – al contempo favorendone l'integrazione con l'assistenza sociale – e alla «valorizzazione della co-progettazione con gli utenti e della partecipazione di tutte le risorse della comunità e dei diversi attori locali»⁶³, seppur mantenendo una «impostazione stato-centrica in cui lo Stato è chiamato a coordinare, controllare, assicurare l'attuazione del Piano»⁶⁴.

A rappresentare il cardine del modello delineato dal PNRR sono innanzitutto le Case della comunità, qualificate dal d.m. n. 77 del 2022 come «modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento»⁶⁵ quali luoghi di facile individuazione ove i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza

⁶⁰ M. CUOMO, *Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure*, cit., p. 39.

⁶¹ A. SCIORTINO, *PNRR e divari territoriali tra previsione e attuazione*, in *Italian Papers On Federalism*, n. 1, 2025, p. 87.

⁶² Cfr. C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra stato e regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1, 2021, pp. 283 ss.; S. PROFETI, B. BALDI, *Le regioni italiane e il PNRR: la (vana) ricerca di canali d'accesso all'agenzia*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 3, 2021, pp. 431 ss.; M. MOSCEHLA, L. VERZICHELLI, *Il sistema politico italiano alla prova del Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 3, 2021, pp. 333 ss.

⁶³ G. VICARELLI, *DM 77: quale sviluppo per l'assistenza territoriale?*, in *Politiche Sociali*, n. 3, 2022, p. 565.

⁶⁴ A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle disuguaglianze territoriali: note introduttive*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2022, p. 279. Cfr. V.M. TRAPANI, *Il sistema delle Conferenze e il regionalismo dimezzato: il difficile rapporto tra PNRR e Regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2021, p. 179.

⁶⁵ D.m. n. 77 del 2022, allegato 1, paragrafo 5.

sanitaria. Concepite come strutture a elevata integrazione multiprofessionale, nelle quali confluiscono medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia e di comunità, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali e altre figure professionali, esse sono volte a garantire la presa in carico globale e continuativa della persona. La funzione delle Case della comunità non si esaurisce dunque nella mera erogazione di prestazioni, ma si estende alla costruzione di percorsi personalizzati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, secondo un approccio proattivo e orientato alla promozione della salute costruito a partire dalla previa individuazione e comprensione dei bisogni di salute locali.

Dal punto di vista organizzativo, il decreto distingue tra Case della comunità *hub*, destinate ad assicurare un'offerta più ampia e complessa di servizi, e *spoke*, con funzioni prevalentemente di prossimità e raccordo con la rete territoriale⁶⁶. Tale architettura intende superare la frammentazione dei presidi territoriali esistenti e restituire ai cittadini un riferimento stabile, accessibile e facilmente identificabile per l'esercizio del diritto alla salute. In questo senso, esse costituiscono non soltanto uno strumento organizzativo, ma anche un presidio di eguaglianza sostanziale, in quanto volte ad assicurare standard uniformi di accesso e a colmare i divari regionali e sociali nell'effettività delle cure.

Accanto alle Case della comunità, il d.m. n. 77 del 2022 ha introdotto gli Ospedali di comunità, strutture intermedie a degenza breve, destinate a svolgere una funzione di raccordo tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale⁶⁷. Con l'obiettivo di garantire una presa in carico sanitaria a bassa intensità clinica, in particolare per pazienti cronici, fragili o non autosufficienti, gli Ospedali di comunità sono concepiti come strutture territoriali a gestione prevalentemente infermieristica, con la presenza di personale medico a supporto, e con un numero limitato di posti letto, organizzati per garantire una degenza di durata contenuta. Essi si configurano come anello essenziale della rete di prossimità delineata dal PNRR, in quanto destinati a colmare la lacuna strutturale tra il livello ospedaliero e quello domiciliare, assicurando risposte più adeguate ai bisogni di una popolazione progressivamente più anziana e affetta da più patologie differenti. Gli Ospedali di comunità non rappresentano semplicemente un'innovazione organizzativa, ma assumono rilievo costituzionale in quanto idonei a rendere effettiva la garanzia di accessibilità, continuità ed appropriatezza delle cure, contribuendo a realizzare quel modello di sanità territoriale che si propone di ridurre le disuguaglianze e di rafforzare l'attuazione del diritto alla salute su base universale.

Concepita quale infrastruttura organizzativa di raccordo e di coordinamento, il d.m. n. 77 del 2022 ha inoltre introdotto la Centrale operativa territoriale. Essa non eroga direttamente prestazioni sanitarie, ma svolge una funzione strategica di regia, assicurando la presa in carico integrata della persona lungo l'intero percorso assistenziale e favorendo la continuità tra i diversi *setting*: territoriale, ospedaliero, sociosanitario e di emergenza-urgenza. In tale prospettiva, la Centrale rappresenta un nodo fondamentale per superare la frammentarietà che da sempre caratterizza il sistema, ponendosi come piattaforma di interconnessione tra professionisti e servizi e come presidio di *governance* multilivello⁶⁸.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*, paragrafo 11.

⁶⁸ *Ibid.*, paragrafo 8.

Affinché il modello di prossimità non si traduca in una mera riorganizzazione autoreferenziale dei servizi, ma esprima appieno la propria portata innovativa, esso richiede però un profondo mutamento culturale e organizzativo. In particolare, diviene necessario superare la concezione della persona come semplice destinataria di prestazioni, riconoscendone invece il ruolo di soggetto attivo e corresponsabile del proprio percorso di salute, dotato di risorse, competenze e capacità di partecipazione. Non è infatti sufficiente collocare nuove strutture sul territorio per realizzare una sanità di prossimità: l'effettività del modello non si esaurisce nella dimensione logistica, ma esige che tali presidi diventino veri e propri dispositivi istituzionali, radicati nei contesti di vita e integrati nelle reti sociali e sanitarie. In questa prospettiva, uno degli aspetti più significativi del d.m. n. 77 del 2022 consiste proprio nel riconoscere al cittadino una funzione attiva nel processo di cura, conseguentemente supportando la concezione del diritto alla salute quale costruzione relazionale, situata e dinamica, frutto della cooperazione tra individui, professionisti e attori istituzionali, ove la prossimità si configura non come mera tecnica di erogazione delle prestazioni, bensì come forma del diritto, in cui la continuità, la personalizzazione e la reciprocità costituiscono parametri essenziali di effettività.

Tuttavia, proprio l'elevato grado di ambizione che caratterizza il modello di prossimità ne rivela, al tempo stesso, la fragilità applicativa. Se, sul piano teorico, esso appare in grado di costituire un fattore di riequilibrio strutturale rispetto ai divari che attraversano il sistema sanitario nazionale, l'analisi empirica restituisce un quadro meno incoraggiante. Il report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del d.m. n. 77 del 2022, aggiornato al primo semestre 2025, evidenzia infatti come, a fronte delle 1.723 Case della comunità programmate, soltanto 660 risultano attive⁶⁹; analogamente, dei 592 Ospedali di comunità previsti, solo 153 risultano effettivamente operativi, con una marcata concentrazione nel Centro-Nord⁷⁰. Le Centrali operative territoriali, pur avendo superato i *target* quantitativi fissati dal PNRR⁷¹, restano in larga parte prive di reali collegamenti funzionali con le altre strutture territoriali, a causa della persistente mancanza di interoperabilità dei sistemi informativi.

La distribuzione territoriale di tali strutture conferma dunque un andamento diseguale: mentre nel Nord il processo di implementazione registra progressi tangibili, nel Mezzogiorno – con poche eccezioni – l'attuazione procede a rilento, perpetuando le criticità preesistenti. Ne discende una conseguenza paradossale: lo strumento concepito per ridurre i divari territoriali rischia, in assenza di un adeguato coordinamento nazionale e di un coinvolgimento delle Regioni e dei territori, di consolidare un Paese sanitario “a due velocità”, aggravando ulteriormente le disuguaglianze sostanziali nell'accesso al diritto alla salute.

Pertanto, alla luce delle evidenze disponibili, appare chiaro come l'assistenza sanitaria di prossimità, pur presentando il potenziale di vera e propria leva di riequilibrio territoriale, rischi di tradursi, nella sua concreta attuazione, in un ulteriore fattore di disuguaglianza. Questa constatazione conferma, ancora una volta, come l'organizzazione sanitaria non sia un semplice

⁶⁹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del d.m. n. 77 del 2022*, I semestre 2025, p. 7

⁷⁰ *Ibid.*, p. 20.

⁷¹ *Ibid.*, p. 13.



apparato tecnico, bensì una componente costitutiva del diritto: un'organizzazione carente o territorialmente asimmetrica non solo compromette l'effettività della tutela, ma ridefinisce in senso regressivo la stessa conformazione sostanziale del diritto alla salute. È in questo snodo, nel difficile bilanciamento tra autonomia regionale e principio di eguaglianza sostanziale, che si gioca la reale portata della prossimità, la quale, senza un intervento capace di garantire standard comuni e uniformità di attuazione nel rispetto delle differenze territoriali, rischia di trasformarsi da promessa di democratizzazione del diritto in ulteriore veicolo di frammentazione.