

MASSIMO SPINOZZI\*

## L'attuale sistema di organizzazione sanitaria: prospettive di riforma per ridurre i divari territoriali\*\*

ABSTRACT (EN): The healthcare organization system suffers from the deficit of implementation of the principle of equality under art. 3 of the Constitution, so that this system now clearly shows its inadequacy as compared to the public interest that is its inspiration and represents its duty. In this context, it's appropriate to ask if it's just the time to rethink – as the recent legislative innovations represent a good indication of this – the relationships State/Regions.

ABSTRACT (IT): Il sistema di organizzazione sanitaria risente del deficit di attuazione del principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost., così che esso sistema mostra ormai ampiamente la sua inadeguatezza rispetto all'interesse pubblico che ne costituisce l'ispirazione e ne rappresenta la doverosità. In questo quadro, è opportuno chiedersi se sono maturi i tempi per ripensare – e le recenti introduzioni legislative in tema di liste di attesa ne rappresentano un buon indice – l'assetto dei rapporti Stato/Regioni.

SOMMARIO: 1. Rilievi introduttivi – 2. I determinanti territoriali – 3. Considerazioni critiche e profili evolutivi.

### 1. Rilievi introduttivi

Il diritto alla salute è un diritto condizionato. È questa la risultante che si mostra non solo a chi si appropi a porre tale diritto sul piano – potremmo dire alto – dell'esame scientifico, ma anche e soprattutto a chi si trovi sul piano – potremmo dire della pratica – dell'esperienza quotidiana.

Diviene, quindi, rilevante verificare se – ed attraverso quali strumenti – l'effettività della tutela dei diritti, garantita dal principio di eguaglianza sostanziale, sia tale anche con riguardo all'unico diritto definito fondamentale dalla Carta costituzionale<sup>1</sup> ovvero se, proprio riguardo

---

\* Assegnista di ricerca dal 1° febbraio 2024 al 31 gennaio 2025 – Università di Macerata.

\*\* Articolo sottoposto a referaggio.

Il presente articolo è risultato dal progetto "The metaphor of the "South" in the comparative perspective" codice 2022WTAKL4, CUP D53D23007490006, finanziato con il programma PRIN 2022 finanziato dall'Unione europea - Next Generation EU - PNRR Missione 4 Componente 2 Investimento 1.1.

<sup>1</sup> L'art. 32 Cost., infatti, stabilisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Significativa, pur senza la definizione del diritto alla salute quale diritto fondamentale, la tutela approntata dall'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 ("Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà") e dall'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea

ad esso, tale effettività dimostri un cedimento. Occorre, poi, indagare se tale effettività della tutela sia, a sua volta, condizionata dalle modalità di organizzazione amministrativa alla luce del fatto che la derivazione, nella Costituzione, dei diritti sociali dal diritto di uguaglianza comporta che la loro soddisfazione rappresenti una necessità apprezzabile non tanto (o, meglio, non solo) dal lato del cittadino che ne beneficia quanto (e soprattutto) per lo Stato che è tenuto a garantirla, con ciò significando sia la doverosità della soddisfazione del diritto sociale sia l'azionabilità, in difetto, da parte del cittadino/utente di una posizione di tutela nei confronti dello Stato ed anche dei terzi ai quali lo Stato abbia imposto, o delegato, l'erogazione delle prestazioni.

La definizione costituzionale del diritto alla salute in termini di diritto fondamentale non rende esente il materiale svolgimento di tale diritto da alcuni limiti che, inevitabilmente, finiscono col rischiare di condizionarne la garanzia stessa o, in ogni caso, l'ampiezza con la quale questa viene ad essere soddisfatta. Detta garanzia, infatti, si trova ad essere compressa da fattori che ne riducono il grado di soddisfacimento e, conseguentemente, la possibilità di raggiungere una platea il più estesa possibile di destinatari<sup>2</sup>.

Per cercare di contenere i divari, tra tanti e di vario genere, che rischiano di compromettere il pieno e completo soddisfacimento del diritto alla salute, diviene, quindi, centrale il tema dell'organizzazione<sup>3</sup>, sia quale naturale e – per così dire – minimo punto di partenza ma anche quale svolgimento dei principi indicati dall'art. 97 Cost. e – per tornare all'organizzazione – quale punto di caduta del dibattito relativo al riparto della competenza legislativa e delle funzioni amministrative tra Stato e Regione in tema di sanità<sup>4</sup>.

Il dato di rilievo al quale si assiste mostra che, in particolare negli anni successivi alla crisi economica globale iniziata nel 2008, si è verificata una inversione del trend di spesa sanitaria (non solo di quella pubblica), passato da incrementi, costanti di alcuni punti percentuali per anno, a riduzioni, per poi tornare, almeno stando ai dati dell'ultimo triennio, a vivere una stagione di incremento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Tale considerazione deve, comunque, essere apprezzata e valutata alla luce del fatto che il S.S.N. italiano è riconosciuto come uno dei pochi sistemi che, nel garantire la salute come diritto, riesce a raggiungere adeguati risultati in termini di salute bilanciandoli con una spesa sanitaria

---

(CDFUE) del 2000 (“Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”).

<sup>2</sup> Ciò anche in ossequio al principio di accessibilità dei sistemi sanitari stabilito dalla Carta sociale europea data a Strasburgo il 3 maggio 1996.

<sup>3</sup> In ambito europeo il tema dell'organizzazione sanitaria ha trovato un momento determinante nella Comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti, COM(2014)215, nella quale si fa riferimento al fatto che “I sistemi sanitari dell'UE sono soggetti a una crescente interazione, in particolare dopo l'entrata in vigore della direttiva 2011/243. Rafforzando la cooperazione tra i sistemi sanitari possiamo migliorare il loro funzionamento per far fronte alla crescente mobilità dei pazienti e degli operatori sanitari”, così mostrando quanto si ritenga fondamentale costruire un sistema integrato europeo di organizzazione sanitaria che elimini i divari tra i vari Stati membri, nonostante le particolarità di ciascun sistema domestico.

<sup>4</sup> Sulle possibili applicazioni del regionalismo differenziato e sulle possibili maggiori competenze delle Regioni in materia sanitaria, cfr. N. VICECONTE, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, Giappichelli, Torino, 2025, p. 270.

contenuta: l'Italia, infatti, pur caratterizzandosi per una popolazione con elevata speranza di vita alla nascita (circa 83 anni secondo la rilevazione Istat relativa al 2019) e per un tasso di mortalità inferiore (circa 10.5 per mille abitanti) rispetto ai paesi OCSE, al tempo stesso registra una spesa sanitaria pubblica, in rapporto al Prodotto Interno Lordo (P.I.L.), relativamente contenuta (pari al 9%, contro il 10,4% della media europea<sup>5</sup>).

Significativo notare che all'incremento della spesa sanitaria nel suo rapporto sul P.I.L. ha corrisposto, nel triennio 2020-2023, un incremento, in proporzione superiore, della quota di trasferimenti statali rispetto alle risorse proprie regionali<sup>6</sup>: il dato è rilevante in quanto mostra una certa – per così dire – pigrizia delle Regioni a reperire risorse proprie in assenza delle quali, stante la natura in termini assoluti del diritto alla salute sul territorio nazionale, diviene preoccupazione dello Stato intervenire integrando i trasferimenti statali<sup>7</sup>. Il passaggio da un sistema di integrale finanziamento con risorse statali ad un sistema in cui queste sono, se anche solo in parte, integrate da risorse regionali ha rappresentato un banco di prova di una prima applicazione di decentramento fiscale, la cui principale misura era costituita dall'I.R.A.P.

Tuttavia, l'operazione ha mostrato la fragilità delle fondamenta di tale costruzione, nel senso che si è resa evidente l'inidoneità di un sistema nel quale l'organizzazione appartenga ad un soggetto dell'ordinamento (la Regione) mentre la cornice generale sia tracciata da un altro

---

<sup>5</sup> Dati del Rapporto OCSE "Health at a Glance: Europe 2024". Lo stesso rapporto dà atto del fatto che il dato ora citato merita di essere letto ed interpretato con attenzione, in quanto condizionato dall'emergenza Covid ("La pandemia di Covid ha esercitato una pressione al rialzo sulla spesa sanitaria in tutta l'Ue e, sebbene l'Italia non faccia eccezione, la sua spesa sanitaria è aumentata a un ritmo più moderato rispetto alla maggior parte degli altri Paesi dell'Ue"): il rilievo non dovrebbe essere letto in senso negativo, significando – da un lato – l'esistenza di disponibilità di risorse alle quali il sistema è in grado di attingere nei momenti emergenziali per fare adeguatamente fronte a necessità contingenti e – dall'altro – che lo stesso sistema è in grado di distinguere nel destinare le risorse tra un'emergenza che inevitabilmente deve essere risolta ed una cura ad una carenza strutturale che, probabilmente, non merita di essere affrontata solo con l'iniezione di risorse economiche ma piuttosto con un ripensamento dell'organizzazione dalla quale ritrarre risparmi da destinare ad investimenti così liberando risorse derivanti da un'operazione di efficientamento.

<sup>6</sup> Nel 2000 la quota di trasferimenti statali, rispetto alle Regioni a statuto ordinario, era pari al 41% mentre nel 2023 detta quota era salita al 72%. Tale incremento, se letto in relazione alla progressiva riduzione dell'IRAP da parte delle Regioni (tema sul quale è intervenuta anche la Corte costituzionale, con la sentenza n. 296/2003, stabilendo la competenza esclusiva dello Stato: per un commento a tale decisione, cfr. L. ANTONINI, *La Corte assegna l'Irap alla competenza esclusiva statale*, in *Le Regioni*, n. 1, 2004, pp. 238-252), mostra, oltre ad una certa reticenza delle Regioni nell'imporre tributi per finanziare funzioni amministrative che dipendano anche da una quota di potestà legislativa statale, anche che determinate funzioni amministrative, ad esempio quelle che sono funzionali all'erogazione del diritto alla salute, dovrebbero prevedere che l'erogatore del servizio coincida col soggetto che provvede all'approvvigionamento delle risorse necessarie per garantirne l'erogazione.

<sup>7</sup> Con buona pace del principio di responsabilizzazione delle Regioni che, a partire dagli inizi degli anni '90, ha voluto informare la gestione del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard (F.S.N.S.) che definisce il livello delle risorse complessivamente disponibili per finanziare il S.S.N. Se, in linea teorica, il F.S.N.S. dovrebbe rappresentare tutte e solo le risorse destinate a finanziare i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), all'atto pratico esso non riesce a raggiungere tale scopo poiché è determinato annualmente dal Governo considerando per definita la disponibilità di bilancio e stimolando un processo di contrattazione con le Regioni che debbono approntare l'organizzazione sanitaria. Il FSNS viene finanziato (in ordine decrescente) dal bilancio dello Stato (tramite la compartecipazione delle Regioni a Statuto ordinario all'IVA), dalla fiscalità generale delle Regioni (in particolare attraverso l'IRAP), da entrate proprie degli Enti del SSN (costituite dai ricavi dell'attività intramoenia e dalle compartecipazioni alla spesa dei cittadini attraverso il ticket). Le risorse, quindi, provengono integralmente dalla fiscalità generale. Sul finanziamento del S.S.N. cfr. A. PIOGGIA, *Diritto Sanitario e dei Servizi Sociali* (terza edizione), Giuffrè, Milano, 2020, p. 141.

soggetto (lo Stato) ed il suo finanziamento sia appannaggio esclusivo (o nettamente prevalente tale da renderlo assolutamente decisivo ed irrinunciabile) di tale altro soggetto.

In altri termini si è dimostrato disfunzionale un sistema nell'ambito del quale chi provvede alla provvista e stabilisce i principi generali (lo Stato) non coincide con chi eroga il servizio e che stabilisce l'assetto organizzativo del servizio stesso (la Regione). Questo scollamento merita di essere indagato sia per provare ad intenderne gli effettivi approdi<sup>8</sup> sia per chiedersi se sia preferibile – per quanto possa risultare di difficile attuazione a Costituzione invariata – ipotizzare un differente assetto di esercizio di poteri e funzioni amministrative che possa condurre a riunificare, sotto un unico centro di riferimento, individuabile nella Regione, il momento del reperimento delle risorse e quello della costruzione dell'architettura organizzativa sanitaria, lasciando comunque allo Stato il momento della fissazione dei principi generali.

---

<sup>8</sup> Stando alle recenti previsioni legislative per l'anno 2025, il principale intervento in materia risulta quello di natura finanziaria, avendo previsto la legge di bilancio 2025 un incremento del livello del finanziamento del S.S.N. da 136,5 miliardi nel 2025 a 141,3 miliardi nel 2027. Tuttavia, si deve dare conto del fatto che il Legislatore statale, sempre in sede di Legge di Bilancio, ha introdotto dei meccanismi premiali che incidono sul livello di finanziamento alle Regioni ma che dipendono dall'introduzione, da parte di queste, di misure organizzative di efficientamento: si pensi alla premialità (50 milioni di euro per l'anno 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026) a disposizione delle Regioni che ridurranno le liste d'attesa per i LEA. Sul tema delle liste d'attesa, che rappresenta il principale banco di prova di valutazione dell'adeguatezza della risposta di cura rispetto alla domanda, si è verificato un deciso intervento da parte dello Stato con l'adozione del D.L. 7 giugno 2024, n. 73 “*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*” (convertito in L. 29 luglio 2024 n. 107), col quale, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo “*Potenziamento del Portale della Trasparenza*” previsto dal PNRR, è stata istituita presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna Regione e Provincia Autonoma. La Piattaforma mira a perseguire l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale e, mediante l'analisi dei dati restituiti da tale monitoraggio ed ove questi dovessero far emergere inefficienze o anomalie delle agende di prenotazione, l'AGENAS potrà attuare meccanismi di audit nei confronti delle Regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie titolari delle suddette agende, con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. È di questo momento il dibattito in ordine al mancato raggiungimento dell'intesa (in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) sullo schema di DPCM disciplinante le modalità e le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi (riconosciuti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 2, comma 6, d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107) in ordine al piano del Governo per l'abbattimento delle liste di attesa. Sui poteri sostitutivi si veda G. RIVISECCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *Italian Papers On Federalism*, n. 3, 2023, pp. 1-19.

La riforma costituzionale del 2001, informata anche al principio di decentramento amministrativo<sup>9</sup>, ha consegnato alle Regioni il ruolo di attore decisivo dell'organizzazione<sup>10</sup> e della spesa sanitaria, ponendole al centro della riforma che ha interessato un nuovo sistema di *governance* sanitaria. Uno degli strumenti centrali di tale diversa e nuova regolazione degli assetti Stato-Regioni è stato rappresentato dal cambio di prospettiva dalla quale analizzare anche il fenomeno sanitario, ossia ponendosi verso l'utilizzo delle leve di efficienza ed economicità delle forme di organizzazione e gestione, anche quale strumento di bilanciamento rispetto alla garanzia costituzionale dell'Art. 32. La riforma, infatti, ha delineato un articolato sistema di *governance* a doppio livello, nel quale il ruolo dello Stato, da quello classico e necessario – che è stato, tuttavia, mantenuto – in chiave distributiva delle risorse, è stato bilanciato con quello di guardiano e controllore del settore sanitario e della sua spesa, ciò anche verso il perseguimento di un obiettivo di responsabilizzazione delle Regioni alle quali è stata assegnata completamente la dimensione organizzativa, disegnando un articolato sistema nel quale – da un lato – è stata introdotta una forma di capacità tributaria ben agganciata – d'altro lato – con l'introduzione del principio aziendalistico di gestione della sanità regionale.

La riforma costituzionale del 2001 aveva come obiettivo quello di ridurre fattori che potessero condizionare sia il grado di effettiva garanzia del diritto alla salute sia la stessa erogazione della prestazione, così da eliminare i divari dai quali fossero derivate sperequazioni importanti<sup>11</sup>, la cui esistenza dimostra quanto l'effettività della tutela di tale diritto sia

---

<sup>9</sup> Cfr. C. CISLAGHI (a cura di), *Gli Scenari della sanità*, Franco Angeli (Economia – Ricerche), Milano, 2006, pp. 189-190: “A partire dagli anni Novanta molti dei paesi europei hanno avviato, o sostenuto là dove erano già in corso d'opera, articolati processi di decentramento sanitario. La sanità non è il solo ambito di intervento pubblico a registrare in questi anni dinamiche di decentramento. Essa rappresenta però il settore in cui tale decentramento è stato da un lato più marcato e dall'altro si è accompagnato ad un minor grado di “europeizzazione”. Tuttavia, negli ultimi anni, seppure lentamente, le cose hanno cominciato a cambiare. Tale cambiamento è importante perché alla luce dei processi di regionalizzazione della sanità l'assenza di una cornice di coordinamento nazionale e/o comunitario in campo sanitario potrebbe attivare forme di decentramento centrifugo in cui la differenziazione territoriale dà luogo ad effetti perversi sul piano sia dell'efficienza che dell'equità. In questo senso, a fronte delle richieste di maggiore autonomia provenienti dai livelli sub-nazionali di governo, il dibattito sull'europeizzazione della sanità e sul coinvolgimento del livello comunitario rappresenta un utile strumento per cercare soluzioni “virtuose” tra la de-responsabilizzazione dei livelli centrali di governo e la ricerca di una cornice nella quale coordinare l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali.”

<sup>10</sup> Gli effetti della riforma costituzionale e, ancor prima, della riforma del 1992, ci hanno consegnato un sistema nel quale la garanzia costituzionale risultante dal combinato disposto dell'art. 3 e dell'art. 32 Cost. ottiene una sola apparente attuazione materiale, dal momento che, a ben vedere, esistono una molteplicità di sistemi sanitari, ciascuno prodotto dalla singola organizzazione sanitaria regionale, che non garantiscono affatto una uniforme erogazione del servizio su base nazionale e creano, invece, rilevanti fenomeni di mobilità che, per loro natura, sono destinati a produrre impatti significativi sui bilanci regionali (appesantiti dalla necessità di garantire risorse per assicurare la mobilità interregionale).

<sup>11</sup> Esiste uno studio, risalente ma attendibile, che indica in una misura variabile tra il 40% ed il 50% l'incidenza dei fattori socioeconomici sul risultato (cfr. C. J. MURRAY, A. D. LOPEZ, *Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study*, Lancet, 1997). Si tratta del risultato dell'indagine compiuta dal *Global Burden of Disease Study* (GBD), un metodo di ricerca che indaga dal 1990 sulle cause di mortalità nel mondo. Altri studi, poi, hanno mostrato che esiste una stretta correlazione tra fattori socioeconomici nell'infanzia e mortalità nell'età adulta (cfr. D. KUH et al., *Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study*, BMJ, 2002). Anche l'Indagine europea sulla salute (EHIS) del 2019 – l'ultima rilevazione disponibile – ha messo in evidenza un andamento tra reddito e istruzione da un lato e patologie inversamente proporzionale: all'aumentare dei primi diminuiscono le seconde.

condizionata risultando in discussione la stessa effettività garantita dal principio di eguaglianza sostanziale.

Un simile approccio rende chiaro che la salute è un bene rilevante non solo – e quasi banalmente – da un punto di vista biomedico ma anche da un punto di vista economico, giuridico e sociale<sup>12</sup>, così che la discussione viene a coinvolgere, oltre che un (inevitabile) piano giuridico, anche i c.d. determinanti<sup>13</sup> della salute, con tale espressione intendendosi il complesso articolato di quei fattori che – al netto di quelli genetico-costituzionali, sui quali non è possibile alcun intervento in modifica – incidono sul risultato finale rappresentato dalla prestazione sanitaria effettiva<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Tale tipo di approccio valorizza la definizione di salute fornita nel 1948 dalla WHO nella sua *Constitutions*, quale “[...] a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. In altri termini, salute non solo quale assenza di malattia ma anche quale sussistenza di un benessere psicofisico. Non a caso, nel 1978, nel corso della Conferenza sulla *Primary Health Care*, svoltasi ad Alma Ata, venne discussa l'importanza dei fattori socioeconomici per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali.

<sup>13</sup> Con il sostantivo determinanti (in generale) della salute si intendono alcuni fattori che, a vario titolo, sono in grado di condizionare l'individuo, avvantaggiandolo ovvero svantaggiandolo, nell'effettivo raggiungimento del livello del suo stato di salute, quale singolo e come componente di un contesto sociale più ampio. In particolare, rientrano tra i determinanti della salute i comportamenti e gli stili di vita, il patrimonio genetico e, tra i determinanti sociali, le situazioni che mettono in relazione l'individuo in un dato contesto sociale e territoriali. L'importanza dei determinanti della salute si ricava anche dall'ultima “*Relazione sullo Stato Sanitario del paese*” (RSSP 2017-2021), edita dal Ministero della Salute, la quale contiene un paragrafo dedicato ai “*Relazione tra investimenti e determinanti di salute*”, in cui si osserva che “*I fattori di rischio, genetici, individuali, sociali e ambientali, giocano un ruolo fondamentale nel condizionare lo stato di salute del cittadino, l'esito dell'assistenza e l'impatto sui sistemi sanitari. Il concetto stesso di salute è cambiato andando oltre la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948. Da “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità” oggi la “salute” è intesa quale risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (cosiddetto approccio One Health). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, occorre promuovere l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute e sui bisogni della popolazione in continua evoluzione. Si è consolidata l'attenzione alla centralità della persona attraverso azioni volte ad accrescere l'empowerment, ovvero la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività, e l'engagement, vale a dire la capacità di interagire con il sistema sanitario attraverso relazioni basate sulla fiducia. Affermare la centralità della persona e delle comunità nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. Un elemento di particolare attenzione, che sta cambiando e cambierà in maniera significativa il paradigma della “salute” nella sua accezione più ampia, è l'analisi dei determinanti di salute: contesto socioeconomico (politiche macroeconomiche, reddito, livello di istruzione, occupazione); contesto ambientale (qualità dell'acqua e dell'aria, sicurezza, alloggi sicuri); caratteristiche e comportamenti individuali della persona (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica). In Italia un terzo della mortalità può essere attribuito a fattori di rischio modificabili.*”.

<sup>14</sup> La discussione intorno ai determinanti della salute ha condotto, in sede WHO, alla creazione di un'apposita Commissione nel 2005, denominata *Commission on Social Determinants of Health*, la quale ha prodotto un primo rapporto nel 2007 costruendo un modello (fondato sullo schema elaborato nel 2001 da Diderichsen, Evans e Whitehead) esplicativo dei determinanti sociali e dei meccanismi che stanno alla base della disuguaglianza di distribuzione di prestazioni sanitarie. Sempre in sede di WHO è stato elaborato, nel 2014, nell'ambito del programma-quadro denominato *Health 2020*, un documento dal titolo “*Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary*”. Il documento – che, per inciso, colloca l'Italia in una posizione di metà classifica – si apprezza sotto un profilo giuridico in quanto collega la ritrazione delle libertà individuali quale forma per garantire il benessere collettivo e l'accesso alla salute (“*The wider influences of society on the social determinants of individual health are of fundamental importance in enabling people to achieve the capabilities that lead to good health.*”). Sull'impatto delle disuguaglianze (in particolare di quelle sociali), sulla salute cfr. R. HOFFMANN, T. A. EIKEMO, I.

Si tratta di fattori in ordine ai quali non sussiste una cornice omogenea di riferimento entro cui possano essere ricompresi, essendo essi individuabili in contesti differenti tra loro: fattori ambientali, sociali, economici, personali. Tuttavia, pur nella loro non omogeneità e, probabilmente, proprio a causa di tale non omogeneità, detti fattori, singolarmente ovvero congiuntamente, riducono ovvero ampliano la misura con la quale si ottiene l'accesso alla salute, creando delle discriminazioni in contesti territoriali differenti tra loro, sia all'interno di un singolo Paese che all'interno di un'area geografica.

Un particolare rilievo<sup>15</sup> viene assegnato, tra i determinanti, a quelli sociali: ciò discende dalla necessità di dare spiegazione al fenomeno della differenziazione e del divario nell'erogazione delle cure in contesti territoriali differenti tra loro che pur fanno parte di un unico ordinamento. Come ogni altra scienza, anche la scienza dell'amministrazione ha necessità di osservare il contesto dove le scelte politiche ed amministrative producono i loro effetti, così da implementare i livelli di tutela, operazione alla quale corrisponde il raggiungimento di un superiore livello di soddisfazione del cittadino-utente valutabile in termini di maggior conseguimento del bene della vita – inteso come bene-salute – al quale aspirano il singolo e la collettività in cui è inserito (in una lettura, calata sul piano del diritto amministrativo, dell'art. 2 Cost.).

In questo senso, i determinanti sociali della salute costituiscono un dato di partenza rispetto al quale il legislatore e l'amministrazione devono confrontarsi. Ed in tale loro natura i determinanti sociali si pongono anche in posizione anteriore rispetto ai limiti che la politica e l'amministrazione impongono alla tutela della salute, nel senso che detti limiti si stagliano su un piano sul quale i determinanti sono già presenti, ne vincolano il disporsi degli attori e le loro relazioni e ad essi la politica e l'amministrazione non possono che assegnare un adeguato rilievo.

In particolare, i determinanti rappresentati dal contesto territoriale costituiscono un dato<sup>16</sup> rispetto al quale la politica e l'amministrazione difficilmente potranno incidere con una funzione di eliminazione. È innegabile che il luogo ove si trova l'utente<sup>17</sup> rappresenta un fattore

---

KULHANOVA, M. C. KULIK, M. TOCH, G. MENVIELLE, J. P. MACKENBACH and the EURO-GBD-SE consortium, *The potential impact of a social redistribution of specific risk factors on socioeconomic inequalities in mortality*, in *Annual Meeting of the Population Association of America (PAA)*, San Francisco, USA, 2012. Si veda anche il Rapporto ISTAT "La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi", 2014.

<sup>15</sup> La rilevanza del tema dei determinanti sociali della salute emerge, per quanto riguarda il contesto europeo, anche dall'interesse dimostrato dai 53 Paesi membri WHO i quali, nel 2012, hanno approvato un documento dal significativo titolo "Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being", nel quale, in sostanza, si evidenzia la necessità di un coordinamento delle politiche pubbliche europee in funzione di riduzione delle disuguaglianze della salute.

<sup>16</sup> Nell'ambito del Programma 2018 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute è stata sottolineata l'importanza di "[...] avviare specifiche azioni e politiche di contrasto, comprendendo i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute. Una volta rivelati tali meccanismi, ognuno di essi può diventare una porta d'ingresso di un intervento di prevenzione o di correzione degli effetti sfavorevoli sulla salute".

<sup>17</sup> Si preferisce utilizzare il sostantivo utente in luogo di cittadino in quanto questo secondo non consentirebbe di individuare, con adeguata cognizione di causa, l'intera platea dei potenziali soggetti destinatari dell'obbligo di cura incombente sullo Stato. Ci si riferisce, con evidenza, alla questione della tutela della salute degli stranieri (anche irregolari) presenti sul territorio nazionale, ai quali vengono erogate le cure sanitarie in ragione (quanto

oggettivo di possibile sperequazione, rispetto al quale la funzione e lo scopo della politica e dell'amministrazione non possono non convergere verso la riduzione del divario<sup>18</sup>. A ben guardare, se rispetto ad un altro determinate, quello che produce la discriminazione derivante dalla capacità di produrre reddito, l'ordinamento ha posto rimedio sia informando il S.S.N. al principio mutualistico (che ha ispirato il modello universalistico, di nemmeno troppo risalente introduzione nel nostro ordinamento<sup>19</sup>) sia introducendo nella Carta Costituzionale il principio di progressività della tassazione del reddito prodotto dai cittadini residenti, con riguardo – invece – alle discriminazioni derivanti dal contesto territoriale il legislatore non ha approntato alcun rimedio a livello macro. In altri termini, nascere (ovvero decidere successivamente di stabilirsi) in contesti territoriali potremmo dire distanti da una significativa

---

all'ordinamento domestico) della copertura costituzionale approntata al riconoscimento ed alla garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo. In particolare, individuare il cittadino quale unico destinatario dell'obbligo di garantire le cure da parte dello Stato sul suo territorio, contrasta con la nota lettura costituzionale di tale vicenda contenuta nella (pur risalente) sentenza Corte Cost. n. 306/2008 secondo la quale *“Al legislatore italiano è certamente consentito dettare norme, non palesemente irragionevoli e non contrastanti con obblighi internazionali, che regolino l'ingresso e la permanenza di extracomunitari in Italia (da ultimo, sentenza n. 148 del 2008). E' possibile, inoltre, subordinare, non irragionevolmente, l'erogazione di determinate prestazioni – non inerenti a rimediare a gravi situazioni di urgenza – alla circostanza che il titolo di legittimazione dello straniero al soggiorno nel territorio dello Stato ne dimostri il carattere non episodico e di non breve durata; una volta, però, che il diritto a soggiornare alle condizioni predette non sia in discussione, non si possono discriminare gli stranieri, stabilendo, nei loro confronti, particolari limitazioni per il godimento dei diritti fondamentali della persona, riconosciuti invece ai cittadini.”*

<sup>18</sup> È proprio la necessità di riduzione del divario ad assicurare ad un ruolo centrale nelle politiche pubbliche, poiché esiste un rapporto di proporzionalità tra la riduzione delle disuguaglianze sociali e l'incremento dei livelli di salute (ed anche di benessere), in funzione della riduzione della vulnerabilità degli individui. Le ricerche compiute (tra le quali anche *Health 2020*, citata nella nota che precede) dimostrano che le disuguaglianze sociali, condizionando le potenzialità di accesso alla salute, sono in grado di incidere sull'aspettativa di vita: agire sui determinanti sociali della salute rappresenta una via per la riduzione efficace di numerose disuguaglianze, in maniera particolare se le azioni di intervento vengono proposte contemporaneamente in più ambiti di operatività (ad esempio: salute ed istruzione, salute e sviluppo urbanistico). Un simile approccio, di tipo macroeconomico, mostra, da un lato, la necessità di un intervento intersettoriale della *governance*, tra settore sanitario e settori non sanitari e, dall'altro, la necessità di un programma di interventi multilivello. È significativo, poi, che la stessa ricerca *Health 2020* individui il fattore della partecipazione popolare quale chiave di *enforcement* del processo di riduzione delle disuguaglianze in tema di tutela della salute ed accesso alle cure (*“In adopting Health 2020, all countries agreed on two common objectives: the need to improve health for all and reduce the health divide and the need to strengthen leadership and participatory governance for health. In outlining ways to address these objectives, Health 2020 proposes new forms of governance for health, in which health and well-being are seen as the responsibility of the whole of society and of the whole of government, and encourages active public participation in policy-making.”*).

<sup>19</sup> L'introduzione del modello universalistico si deve alla L. 23 dicembre 1978, n. 833 (*“Istituzione del Servizio Sanitario nazionale”*). Prima dell'istituzione del S.S.N. – la quale, non casualmente, avviene solo dopo l'istituzione delle Regioni, nel 1971 – la nozione di tutela della salute, espressa nell'Art. 32 Cost., era rimasta assolutamente indifferente rispetto alla individuazione di un modello di sistema sanitario (che di quella nozione doveva essere ed è tuttora il principale motore): in tal senso, è possibile affermare che, solo con la L. 23 dicembre 1978, n. 833, trova piena attuazione il principio, indicato all'Art. 97 Cost., secondo il quale, letta tale norma non in una accezione minima bensì ampia, il risultato dell'attività amministrativa dipende dalla qualità dell'organizzazione. In tema di organizzazione amministrativa si veda F. G. COCA, *Organizzazione amministrativa*, in L. MAZZAROLI, G. PERICU, A. ROMANO, F. A. ROVERSI MONACO, F. G. COCA (a cura di), *Diritto Amministrativo*, Terza Edizione, Monduzi, Bologna, 2001, p. 357.

antropizzazione<sup>20</sup> del territorio rappresenta un dato rispetto al quale l'assenza di misure immediate di tutela della salute costituisce un fattore di difficile riduzione e di tendenzialmente impossibile eliminazione.

## **2. I determinanti territoriali**

Ciò premesso, riferendosi ai “determinanti” territoriali del diritto alla salute, si intende qui rappresentare la presenza di un duplice condizionamento: un primo relativo al divario che il territorio frappone tra l'individuo ed i luoghi nei quali vengono erogate le cure, in particolare quelle riferite alle c.d. acuzie; un secondo relativo all'ambiente (anche) sociale nel quale l'individuo viene a trovarsi stabilmente in un determinato periodo.

Con riguardo al primo aspetto occorre precisare che su di esso incide la classificazione delle strutture ospedaliere attualmente vigente, la quale opera una doppia qualificazione delle strutture in base ai requisiti ed in base alla densità di popolazione. Tale classificazione, e quanto ne consegue in termini di prossimità del servizio sanitario rispetto al bisogno terapeutico, fa sì che solo al raggiungimento di determinati livelli di concentrazione di popolazione si verifichino le condizioni per l'insediamento dei presidi ospedalieri nei quali possono essere erogate le cure complesse.

Tale impostazione di politica sanitaria incide, inevitabilmente, sia direttamente sulla prossimità del presidio (e, quindi, della cura) rispetto alla domanda, sia indirettamente sul risultato atteso dalla cura stessa. Con la conseguenza che il divario territoriale viene a costituire una discriminante importante rispetto al risultato.

Tale divario è argomento di intervento da parte dell'autonomia regionale<sup>21</sup> in materia sanitaria: l'introduzione di questo differente assetto di poteri tra Stato e Regioni, e la sua successiva applicazione ed affermazione, ha fatto venir meno una visione di insieme statale e su base nazionale, attribuendo alle Regioni la potestà legislativa (ed amministrativa) di disporre del territorio senza che avessero a disposizione un criterio orientativo di uniformità che fungesse da riferimento per assicurare omogeneità dell'offerta sanitaria sia sul singolo piano regionale che sul piano nazionale comparando le varie esperienze territoriali<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Si pensi, al riguardo, ai criteri normativamente stabiliti da una fonte statale (nota come “Decreto Balduzzi”: d.l. 13 settembre 2012, n. 158), per la classificazione dei presidi ospedalieri ed alla distinzione dei presidi (in “base”, “di I livello” e “di II livello”, a seconda che il bacino d'utenza sia – rispettivamente – compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, tra 150.000 e 300.000 abitanti, tra 600.000 e 1.200.000 abitanti). Sia la classificazione che la distinzione – che hanno lo scopo di garantire livelli omogenei di assistenza ospedaliera su tutto il territorio nazionale, sia in termini di strutture che in termini di risorse umane impiegate: basti pensare al fatto che, per le ragioni con popolazione inferiore a 600.000 abitanti la presenza di presidi di II livello è consentita previa stipula di un accordo interregionale con le regioni confinanti – mostrano come (e soprattutto quanto) sia incidente e determinante in ruolo dello Stato nell'organizzazione sanitaria: solo l'argomento della definizione dei presidi

<sup>21</sup> L'autonomia regionale riveste un rilievo primario anche per quanto riguarda l'altro fattore di condizionamento, quello economico-finanziario.

<sup>22</sup> A titolo esemplificativo basti ricordare che la politica sanitaria regionale si è divisa tra quelle Regioni che hanno massimizzato il criterio di prossimità, disponendo la costituzione di aziende sanitarie di piccole dimensioni (come è accaduto in Veneto) per offrire una copertura capillare del territorio, e quelle che hanno, invece, adottato una scelta di senso opposto (Campania, Lazio, Toscana).

Un'ulteriore leva a disposizione delle Regioni per incidere sul divario territoriale è data dalla quantità di prestazioni affidate all'erogazione dei soggetti privati, più capillarmente distribuiti sul territorio regionale. Mediante il sistema degli accreditamenti sanitari, infatti, si realizza un'integrazione tra sanità pubblica e sanità privata tale per cui i punti di offerta vengono incrementati nel numero per assicurare una maggiore copertura territoriale ed anche una maggiore risposta (in termini numerici di prestazioni erogate) rispetto alla domanda terapeutica.

Il tema del divario territoriale in sanità è stato affrontato anche dalla Strategia Nazionale per le Aree Interne (S.N.A.I.)<sup>23</sup>, nell'ambito della quale è stato colto il limite dato dal contesto territoriale. In particolare, la S.N.A.I. ha riconosciuto che la polverizzazione amministrativa tipica del nostro Paese – della quale è evidente esempio il numero dei Comuni, gli enti più prossimi al bisogno del cittadino anche secondo una lettura di sussidiarietà verticale – comporti la marginalizzazione delle aree interne (con tale termine intendendo quelle lontane da servizi essenziali quali scuola, sanità e mobilità), ed ha riconosciuto tale marginalizzazione come un fattore di disuguaglianza da affrontarsi su base nazionale<sup>24</sup>.

La S.N.A.I., a sua volta, si integra con il Patto per la Salute che, con cadenza triennale, Governo, Regioni e Province autonome sottoscrivono impegnandosi a raggiungere determinati obiettivi (fissati nel Patto) per migliorare l'appropriatezza dei servizi sanitari in ambito nazionale e garantire l'unitarietà del sistema<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Si veda, in proposito, l'Accordo di partenariato 2014-2020, allegato al documento tecnico denominato "Strategia nazionale per le Aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance", trasmesso alla CE il 9 dicembre 2013, nell'ambito del quale, a proposito delle politiche di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, si afferma che "Le conseguenze di questa riorganizzazione per le aree oggetto di questa strategia sono evidenti a partire dalla definizione stessa di area interna, che ne sottolinea la perifericità e la bassa densità abitativa, tutti elementi che spingono nella direzione di un allontanamento dei centri di cura (intesi come ospedali, ma non solo) che diventano meno numerosi sul territorio e più grandi rispetto al passato. Se c'è un piccolo ospedale, si dovrebbe chiudere perché inefficiente e rischioso/inefficace in termini di salute. Se non c'era, l'area interna difficilmente può essere prescelta come luogo per costruirne uno nuovo più grande (e questo vale per il pubblico, così come per i servizi privati, che non dovrebbero trovare profittevole installarsi in un'area dove manca la domanda). Tutti questi elementi spingono verso un possibile peggioramento sul versante dell'equità proprio in aree dove i processi più accentuati di invecchiamento della popolazione, dovrebbero assicurare il perseguimento di efficaci soluzioni di policy."

<sup>24</sup> Ciò è avvenuto attraverso uno specifico documento di indirizzo per la programmazione della politica regionale, denominato "Metodi e obiettivi per un uso efficace dei fondi comunitari 2014-2020", nel quale si legge che "Nelle Aree Interne si declina in modo particolare il tema dell'equilibrio dell'offerta e dell'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, territoriali e domiciliari, coerentemente con i criteri di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse del SSN, reso ancora più cogente in ragione della distanza dai servizi e dalle peculiarità orografiche, demografiche e socioeconomiche di tali aree. Peraltro, le difficoltà di erogazione dell'assistenza sanitaria in territori dove la popolazione anziana è molto elevata e la natalità molto bassa, si configura spesso come possibile causa dello spopolamento."

<sup>25</sup> Il Patto per la Salute 2019-2021, ha previsto, tra le teste di capitolo, una voce denominata "Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria". Già nel precedente Patto per la Salute 2014-2016 è stata prevista la riorganizzazione ospedaliera, in funzione della migliore copertura territoriale, potenziando la c.d. medicina del territorio e superando il c.d. modello a dimensione scalare che ha caratterizzato, e continua a caratterizzare, l'organizzazione ospedaliera in Italia. Una simile impostazione, per poter condurre ad un risultato, necessita che sia concentrata l'attenzione, per strutturare la domanda in termini di soddisfacimento dell'offerta ed erogazione della adeguata prestazione sanitaria, sulla tipologia di prestazione, con la consapevolezza che superare il modello scalare significa non assicurare qualsiasi prestazione in qualsiasi territorio ed a qualsiasi richiedente. Infatti, ed in particolare nell'ambito delle c.d. acuzie, non si può ragionevolmente ignorare il dato empirico per il quale la domanda terapeutica è finalizzata alla risoluzione del problema immediato: per determinate prestazioni, ad esempio quelle collegate all'emergenza, il Ministero della Salute individua come sufficiente la presenza, in un presidio ospedaliero, della disciplina di Medicina e Chirurgia di

Per far sì che la perifericità non faccia equivalenza con la marginalità e, quindi, per assicurare un livello minimo di servizi di base che connotano la stessa nozione di cittadinanza, tale limite può essere superato sostanzialmente attraverso quattro *driver* non necessariamente alternativi tra loro: ripensare, rafforzandola, l'offerta di servizi sanitari di base; migliorare la mobilità – che rispetto alla sanità svolge una funzione servente – da e verso le aree interne così da ridurre i tempi di spostamento per poter accedere ai servizi; potenziare la sanità telematica<sup>26</sup>; potenziare il sistema delle reti cliniche<sup>27</sup>.

Proprio la sanità telematica<sup>28</sup> può rappresentare la linea di intervento centrale<sup>29</sup> rispetto alle altre, nel senso che assegnare ad essa il ruolo più rilevante nell'ambito di un progetto di complessivo ripensamento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie implica anche rivedere il ruolo degli altri tre *driver*, i quali divengono di supporto e complementari e non primari<sup>30</sup>.

---

Accettazione ed Urgenza, in quanto indispensabile (e sufficiente) a garantire la stabilizzazione e l'osservazione del paziente, operazioni preliminari all'eventuale ricovero che non necessariamente deve avvenire nello stesso presidio ospedaliero ma anche in altro più appropriato. In tal senso, già il d.m. n. 70/2015 ha previsto, nell'ambito della c.d. rete ospedaliera dell'emergenza, che sia consentito, in deroga ai limiti territoriali e dimensionali, la realizzazione o il mantenimento di un pronto soccorso nelle aree disagiate (definite in zone montane ed isole). Inoltre, lo stesso Decreto, muovendo dalla constatazione empirica secondo cui in numerose zone d'Italia si verifica la condizione per la quale esiste una distanza temporale superiore ad un certo limite tra un determinato territorio ed il luogo dove vengono erogate le prestazioni sanitarie, ha previsto che *“Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016. Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. [...] In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna.”*

<sup>26</sup> In modo particolare con le tecnologie telematiche di telemedicina, le quali possono contribuire – quantomeno – a mitigare il divario territoriale ed anche quello in termini di essenzialità delle relazioni interpersonali fra operatori sanitari e pazienti. L'argomento di interseca con un altro, ugualmente di strettissima attualità, col quale condivide l'impostazione infrastrutturale del problema, ossia il tema del *digital divide*.

<sup>27</sup> Al riguardo, l'Agenas ha adottato la *“Linee guida per la revisione delle reti cliniche”* del 2016 (poi adottate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano nel 2018), trattando anche il ruolo della telemedicina con riguardo alle reti cliniche tempo dipendenti.

<sup>28</sup> Che, peraltro, potrebbe essere ricompresa nel concetto di mobilità in generale, potendosi assegnare al sostantivo mobilità non solo quella reale ma anche quella virtuale.

<sup>29</sup> Tale ruolo è confermato dalle *“Linee di indirizzo nazionali”* ministeriali in argomento del 2014, ove si legge che *“L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.”*

<sup>30</sup> Intuibili, al riguardo, sono le ricadute positive in termini di sostenibilità dei servizi sanitari, altro non fosse per l'eliminazione (ovvero la sensibile riduzione) degli spostamenti da e per le strutture sanitarie per l'esecuzione di esami diagnostici non complessi.

Infatti, la sanità digitale consente di migliorare – indirettamente – anche in termini qualitativi, per il miglioramento della *performance* di efficacia ed efficienza, tutti i processi<sup>31</sup>. Tuttavia, l’ambizione del progetto sconta due ostacoli non di poco rilievo: la riduzione – sino all’eliminazione – della sfiducia da parte dei pazienti<sup>32</sup>, anche da un punto di vista della c.d. alfabetizzazione digitale, e la formazione degli operatori nell’utilizzo di determinate tecnologie.

### 3. Considerazioni critiche e profili evolutivi

Nel contesto sociale e normativo sin qui descritto si innestano le misure descritte nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>33</sup> e nel Piano Nazionale Complementare<sup>34</sup>, entrambi i quali, sul presupposto di garantire l’uguaglianza nel soddisfacimento della domanda di cura

<sup>31</sup> Da quelli clinico-sanitari di prevenzione, a quelli (soprattutto) di diagnosi e cura, sino a quelli di riabilitazione. Il sistema di sanità digitale, infatti, beneficiando della possibilità di rendere accessibile, nello stesso momento a tutti gli operatori che devono occuparsi di un paziente ed ovunque essi si trovino, la completa storia clinica del paziente, consente sia una migliore gestione delle fasi dell’emergenza e dell’urgenza, ma anche della fase successiva di cura. D’altro canto, la sanità digitale, proprio in ragione della condivisione delle informazioni, consente anche di perseguire un’ulteriore finalità, consistente nella migliore gestione complessiva del paziente grazie allo scambio di informazioni (che genera scambio di conoscenze), esperienze ed opinioni, così che anche gli operatori sanitari possono derivare, da tale modalità operativa di erogazione della prestazione lavorativa, un risultato in termini di formazione indotto dalla gestione in *team* del paziente (risultato che, pur possibile anche all’interno della stessa struttura sanitaria, viene tuttavia amplificato dalla sanità digitale).

<sup>32</sup> Per quanto non noto al grande pubblico, il tema della telemedicina è, già da tempo, stato affrontato anche in sede europea, in particolare dalla Commissione Europea attraverso almeno due atti molto significativi; la COM(2008)698 (“Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni”) del 4 novembre 2008, la quale, nel dichiarato perseguimento della finalità di “creare fiducia nei servizi di telemedicina e favorire l’accettazione dei medesimi”, afferma – muovendo da un dato dell’evidenza empirica che sintetizza come “I cittadini europei invecchiano e sempre più vivono con malattie croniche. Le loro condizioni di salute richiedono spesso un potenziamento dell’assistenza medica che può non essere disponibile in zone inaccessibili e per certe specialità con la facilità e la frequenza che le loro condizioni di salute richiederebbero.” - che la telemedicina “[...] può contribuire a migliorare la vita dei cittadini europei, sia pazienti che professionisti della salute, affrontando allo stesso tempo le sfide che si pongono ai sistemi di assistenza sanitaria.”, e che “I vantaggi superano il semplice miglioramento dell’assistenza ai pazienti e dell’efficienza del sistema. La telemedicina può anche contribuire in misura significativa all’economia dell’UE: tale settore, in cui l’industria europea – comprese migliaia di piccole e medie imprese (PMI) – è in buona posizione, ha subito nell’ultimo decennio una rapida espansione e si prevede che continui a crescere a ritmo sostenuto. Malgrado il potenziale offerto dalla telemedicina, i suoi vantaggi e la maturità tecnica delle applicazioni, il ricorso a tali servizi è ancora limitato e il mercato presenta tuttora un alto grado di frammentazione. Sebbene gli Stati membri abbiano affermato il loro impegno per un più vasto uso della telemedicina, la maggior parte delle iniziative in questo settore è costituita da progetti singoli e di piccola scala non integrati nel sistema di assistenza sanitaria.”; e la COM(2010)245 (“Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni: un’agenda digitale europea”) del 19 maggio 2010, la quale ha affermato che “I nuovi servizi di telemedicina quali le visite mediche online, il miglioramento delle cure di emergenza e i dispositivi portatili che permettono di monitorare le condizioni di salute dei malati cronici e dei disabili possono offrire ai pazienti una libertà di movimento senza precedenti.”, adottando la “Azione fondamentale 13: svolgere azioni pilota per fornire agli europei un accesso online sicuro ai dati sanitari personali entro il 2015 e diffondere ampiamente i servizi di telemedicina entro il 2020.”.

<sup>33</sup> Il PNRR prevede, nella Missione 6, uno stanziamento di Euro 15,63 miliardi, pari all’8,16% dell’importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del SSN da realizzare entro il 2026. In tema, cfr. A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 2, 2022, p. 165.

<sup>34</sup> Il PNC destina alla salute ulteriori Euro 2,89 miliardi.

indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche, delineano un modello di sanità fortemente orientato all'implementazione dell'assistenza territoriale così da rendere capillare la risposta alla domanda di salute sul territorio, sia in termini di prevenzione che di cura, anche in funzione della eliminazione dei divari territoriali in particolare tra Nord e Sud.

La Missione 6 prevede, nell'ambito dell'area di intervento dedicata a ridefinire l'assistenza territoriale per assicurare una sanità di prossimità, la Componente 1 denominata “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”.

Di fatto, l'esperienza post Covid-19 si caratterizza per una significativa iniezione di risorse in sanità<sup>35</sup> la quale, tuttavia, non si combina con alcun sistema di riforme strutturalmente inteso – cioè, nella delineazione dei rapporti centro-periferia – ma si limita a fornire una declinazione del principio di prossimità territoriale<sup>36</sup>.

La sanità italiana si sta orientando, per sopperire alle carenze organizzative e strutturali, verso il rafforzamento delle cure territoriali individuate nell'insieme dei servizi sanitari e socioassistenziali erogati al di fuori dell'ospedale. In tema, il PNRR ha introdotto le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità come strutture intermedie per rafforzare l'assistenza primaria e ridurre la pressione sugli ospedali.

Al centro di questo nuovo sistema di cure primarie<sup>37</sup> si collocano i medici di medicina generale, ai quali affidare la missione della c.d. “presa in carico” del paziente.

---

<sup>35</sup> Le risorse destinate alla salute in Italia dal 2021 al 2026 risultano così suddivise (fonte: pnrr.salute.gov): 15,63 miliardi di euro dal Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF), uno dei due principali fondi che alimentano il programma Next Generation Europe e la principale risorsa della Missione Salute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; 2,89 miliardi di euro dal Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari al PNRR (PNC), istituito dal Governo italiano per integrare e potenziare i contenuti del PNRR, di questi 2,387 miliardi sono assegnati al Ministero della Salute; 1,71 miliardi di euro dal Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe - REACT-EU), altra linea di finanziamento dell'Unione Europea nell'ambito del programma Next Generation Europe per sostenere la ripresa negli Stati membri dopo la pandemia da Covid-19; 625 milioni di euro in collaborazione con il Ministero per la coesione territoriale, sono i fondi dell'Unione Europea per il Programma Nazionale - Equità nella Salute, il primo finanziato attraverso il programma di coesione dell'UE destinato a potenziare la salute in sette Regioni del Mezzogiorno. Queste risorse si aggiungono al finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale che per il 2022 ammonta a 124 miliardi di euro e per il quale è prevista una crescita negli anni successivi.

<sup>36</sup> Si noti che la riforma in parola è dedicata all'assistenza sanitaria territoriale ed è contenuta in un decreto interministeriale (con natura, quindi, regolamentare) n. 77 del 23 maggio 2022 (“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”) che si occupa di ridefinire funzioni e standard del Distretto (una delle principali articolazioni territoriali della sanità di base). L'attuazione degli obiettivi indicati nel d.m. n. 77/2022, tenuta sotto controllo attraverso un sistema di monitoraggio semestrale, si compone di almeno tre linee di intervento: il potenziamento dell'assistenza domiciliare (che, entro il 2026, dovrà coprire almeno il 10% degli over 65), la creazione delle Case di Comunità (in numero almeno pari a 1.038 entro il 2026), la creazione di Ospedali di Comunità (in numero almeno pari a 307 entro il 2026).

<sup>37</sup> Le difficoltà strutturali sono amplificate da due fattori decisivi, rappresentati dal costante e progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche. Secondo l'ISTAT (cfr. Annuario Statistico Italiano 2024, pag. 123 ss.), alla data 01.01.2024 il 24,3% della popolazione residente italiana era costituita da over 65 mentre quella over 85 rappresentava il 4,5% e quella under 15 il 12,2%. Dal 2000 ad oggi, l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra over 65 e under 15, è salito da 1,2 a 1,95: tale valore colloca l'Italia al primo posto della classifica dei paesi più anziani dell'Unione Europea, dove l'invecchiamento demografico comporta, inevitabilmente, una sempre maggiore incidenza delle malattie croniche (basti pensare che, all'inizio del 2000, circa



Tuttavia, la direzione nella quale si sta orientando il sistema sanitario mostra sempre meno attenzione al tema dell'organizzazione quale fattore su cui intervenire per rispondere ad una situazione che da emergenziale si è ormai trasformata in cronica: piuttosto che cogliere l'occasione di ripensare l'assetto organizzativo in materia sanitaria, magari ipotizzando una diversa gestione dei compiti tra centro e periferia, le misure PNRR e la riforma del DM n. 77/2022 pare finiscano col rappresentare un intervento – per quanto incisivo sempre tuttavia – limitato e destinato, sostanzialmente, a rinviare la soluzione del problema, in uno scenario in cui il trascorrere del tempo rischia di accrescere i fattori di divario territoriale con effetti più che proporzionali.

---

il 30% della popolazione residente era affetta da almeno una malattia cronica mentre nel 2023 tale percentuale era salita al 40,5%.