

COSTANZA NICOLOSI  
Rtt in diritto amministrativo, Università Mercatorum  
*costanza.nicolosi@unimercatorum.it*

**OLTREPASSARE EBOLI: CONSIDERAZIONI (DI  
COSTITUZIONALITÀ E DI EFFETTIVITÀ) SUL DIVARIO  
INTER-REGIONALE IN AMBITO SANITARIO E LA  
“PROMESSA” DI SUPERARLO ATTRAVERSO LA  
TELEMEDICINA**

**GOING PAST EBOLI: SOME (CONSTITUTIONAL) CONSIDERATIONS  
ON THE (EFFECTIVENESS OF THE) “PROMISE” TO CLOSE THE  
ITALIAN INTER-REGIONAL HEALTHCARE GAP THROUGH  
TELEMEDICINE**

SINTESI

Il contributo svolge alcune considerazioni sul divario inter-regionale in ambito sanitario. Preliminarmente, l'articolo affronta il tema del divario sanitario, *sia* in riferimento al disegno costituzionale applicabile alla tutela della salute, *sia* in termini di *effettività* della tutela. Vengono, successivamente, considerati alcuni recenti sviluppi normativi in materia di telemedicina. Infine, si svolgono alcune considerazioni sul possibile impatto della telemedicina sulle problematiche presentate in apertura, ovvero: l'effettiva portata dell'autonomia organizzativa delle Regioni e la promessa della telemedicina di rivelarsi uno strumento per superare il divario sanitario, ovvero per assicurare l'effettività della tutela della salute, in modo uniforme, nel territorio nazionale.

ABSTRACT

The essay deals with Italian territorial gaps in healthcare. First, it assesses territorial gaps with reference to *both*, constitutional mandate, *and* actual guarantee. Afterwards, the essay analyzes some recent legal developments in e-health (telemedicine). Lastly, it draws some conclusions on the potential effects of e-health on the issues previously analyzed, *i.e.*: the actual scope of Italian Regions' organizational autonomy and telemedicine's promise to close territorial gaps, and therefore guarantee actual and uniform healthcare throughout the country.

PAROLE CHIAVE: Divario sanitario – Telemedicina – Regionalismo – Sussidiarietà – Eguaglianza  
KEYWORDS: Inter-regional health gaps – Telemedicine – Regionalism – Subsidiarity – Equality

INDICE: 1. Tutela della salute e (dis)eguaglianze territoriali. – 2. L'essenzialità dei LEA (tra effettività della tutela e principio autonomistico). 3 – “Misurare” il divario sanitario: il monitoraggio dei LEA. – 4. Tutela

della salute e tendenze accentratrici. – 5. Segue, (ulteriori) tendenze accentratrici: Piani di rientro sanitari e (dis)eguaglianze territoriali. – 6. L'effettività della tutela e il (mancato) ruolo della programmazione. – 7. La “promessa” della telemedicina (e la sua progressiva integrazione nel sistema sanitario nazionale). – 8. Telemedicina e tendenze accentratrici. – 9. Telemedicina e (dis)eguaglianze territoriali.

*È in ogni caso miglior politica non promettere nulla e non far  
sperare in alcuna cosa che non si possa fare seriamente.  
Troppo abituato è il Mezzogiorno a questo triste inganno  
delle promesse mai mantenute.*

FRANCESCO SAVERIO NITTI, Seduta dell'Assemblea  
costituente del 16 luglio 1946.

## **1. Tutela della salute e (dis)eguaglianze territoriali**

La Costituzione repubblicana qualifica la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività. Tale tutela rappresenta uno dei più significativi tratti di discontinuità rispetto al precedente periodo liberale e costituisce il presupposto – semantico, prima ancora che giuridico – dello Stato sociale che la Carta si propone di realizzare<sup>1</sup>, ovvero uno degli “strumenti” attraverso cui la Repubblica realizza il mandato costituzionale dell'eguaglianza sostanziale<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Come noto, l'ispirazione si deve al piano Beveridge, su cui D. BENASSI, *Father of the Welfare State? Beveridge and the Emergence of the Welfare State*, in *Sociologica*, 3/2010, 3 ss., (in cui l'A. sottolinea il cambiamento – intervenuto a metà del XX secolo – nel modo di intendere la povertà e la mancanza di sicurezza sociale: dalla concezione (liberale) di fallimento individuale e sintomo del vizio morale; alla concezione (moderna) di condizione involontaria a cui si può rimediare con un'opportuna regolazione del mercato). Sulla tutela della salute nel disegno repubblicano, senza pretesa di esclusione, M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. e soc.*, 4/1980, 769 ss.; R. FERRARA, *Salute* (voce), in *Dig. disc. pubbl.*, Torino, 1995, 513 ss.; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 3/1981, 755 ss.; G.M. RACCA, *Salute* (voce), in *Enc. dir.*, Milano, 2022, 1015 ss.

<sup>2</sup> In generale, sulla necessità di (ri)pensare il tema della (dis)eguaglianza, L.R. PERFETTI, *Eguaglianza vs. diseguaglianze. L'eguaglianza come «compito della Repubblica», la fondazione dell'eguaglianza nei diritti e le contrastanti evoluzioni dell'ordinamento repubblicano*, in *PA Persona Amministrazione*, 2/2021, 13 ss. Sulla necessità di (ri)definire il rapporto tra cittadini e amministrazioni, in modo da valorizzare il potere pubblico come strumento di attuazione degli inderogabili doveri di prestazione a favore della collettività, M. MONTEDURO, *Doveri inderogabili dell'amministrazione e diritti inviolabili della persona: una proposta ricostruttiva*, in *PA Persona Amministrazione*, 2/2020, 543 ss. Il successivo volume 1/2021 della stessa Rivista ospita vari contributi “in dialogo” con quello di Monteduro, tra cui spec., S. TORRICELLI, *Tra persona e persone, discutendo con Massimo Monteduro su doveri e diritti*, 395 ss.; M.C.

Eppure, proprio nell'ambito della tutela della salute e dell'erogazione delle relative prestazioni, l'Italia è affetta da un profondo divario territoriale-regionale<sup>3</sup>. Tale "divario sanitario" si colloca, tra l'altro, in una più generale (atavica e insuperata) condizione di arretratezza generale (*i.e.*, giuridico-istituzionale<sup>4</sup>, socio-culturale<sup>5</sup>, infrastrutturale<sup>6</sup>, etc.) del Mezzogiorno rispetto al Nord<sup>7</sup>; finendo, quindi, per diventare "ingranaggio" di un circolo vizioso che rende arduo (*rectius*, impossibile) distinguere – con precisione – le cause dagli effetti<sup>8</sup>.

---

CAVALLARO, *Doveri inderogabili dell'amministrazione e diritti inviolabili della persona: appunti sul saggio di Massimo Monteduro*, 407 ss.; A. CASSATELLA, *Pluralismo costituzionale e doveri dell'amministrazione (in dialogo con Massimo Monteduro)*, 427 ss.

3 Per un suggestivo resoconto letterario-documentaristico, si rimanda alle pagine in cui Carlo Levi racconta le impressioni della sorella Luisa – "medichessa" torinese – sulle condizioni di salute degli abitanti della città di Matera nella seconda metà del 1935, C. LEVI, *Cristo si è fermato a Eboli*, Torino, 1945, 75 ss. Nella stessa opera, si rimanda anche alle pagine sul «problema meridionale», 216 ss.; e alla prospettata soluzione per cui «Lo Stato non può essere che l'insieme di infinite autonomie», 220. Sulla questione meridionale, *infra* note 4, 5, 6, 7, 8 e 9.

4 In tal senso, è nota la tesi per cui il divario tra Nord e Sud Italia risalirebbe al basso Medioevo, periodo in cui si affermano (nel Nord) i metodi di amministrazione orizzontale, tipici dell'ordinamento comunale (in cui il bene comune viene percepito come necessario comple(ta)mento del bene individuale); e (nel Sud) i metodi verticali – gerarchici e coercitivi – tipici della monarchia feudale di origine normanna (in cui il bene individuale si contrappone – e si sostituisce – al bene comune). Tale interpretazione può farsi risalire a C. CATTENEO, *La città considerata come principio ideale delle storie italiane* (pubblicato in quattro puntate), in *Il Crepuscolo*, nn. 42/1858, 657 ss.; 44/1858, 689 ss.; 50/1858, 785 ss.; e 52/1858, 817 ss. Più recentemente, la tesi è stata (ri)proposta da R.D. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, 1993. Cfr., S. LUPO, *Usi e abusi del passato. Le radici dell'Italia di Putnam*, in *Meridiana*, 1993, 151 ss.; E.S. WELLHOFER, *Democracy and Fascism: Class, Civil Society, and Rational Choice in Italy*, in *American pol. sc. rev.*, 1/2003, 91 ss.

5 Il riferimento – emblematico – è al «familismo amorale» Banfieldiano, ovvero la mentalità che impedirebbe ai meridionali di perseguire *sia* il bene comune in forma concertata, *sia* finalità "altre" rispetto all'immediato interesse del nucleo familiare. E.C. BANFIELD, *The Moral Basis of a Backward Society* (trad. it., *Le basi morali di una società arretrata*), New York, 1958. Il celebre libro raccoglie i risultati delle ricerche svolte tra i contadini di Chiamonte, in Basilicata, dove Banfield trascorse circa otto mesi tra il 1954 e il 1955. In continuità con l'impostazione – e i risultati – Banfieldiani, si collocano gli studi di Robert Putnam, tra cui emblematicamente, R.D. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, cit. Per una critica, si rimanda agli studi degli intellettuali afferenti all'Istituto meridionale di storia e scienze sociali e alla Rivista *Meridiana*. Per tutti, F. CASSANO, *Il pensiero meridiano*, Roma-Bari, 1996. Per un'analisi antropologica – coeva a quella Banfieldiana – sulle superstizioni meridionali, E. DE MARTINO, *Sud e magia*, Milano, 1959.

Epperò, è un “divario sanitario” che urge – certamente – mitigare (*rectius*, superare)<sup>9</sup>, auspicio tra l'altro recentemente rinnovato dal *Recovery and resilience fund* europeo e dalla sua declinazione italiana, il PNRR, che ha dedicato particolare attenzione proprio al superamento dei divari territoriali (in generale) e alla tutela della salute (in particolare)<sup>10</sup>. In particolare, il prossimo avvento della digitalizzazione<sup>11</sup> (anche) in ambito sanitario reca con sé la promessa di un possibile superamento (o perlomeno, di un *lenimento*) dei divari (sanitari, ma non solo)<sup>12</sup>.

---

6 In riferimento allo svantaggio infrastrutturale (stradale e ferroviario) del Sud in epoca pre-unitaria, E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, Bologna, 2013, spec. 21 ss. Va sottolineato che – in discontinuità con le precedenti amministrazioni borbonica e pontificia – si registra un immediato attivismo dello Stato unitario nello sviluppo infrastrutturale del Meridione. Successivamente, nel secondo dopoguerra, il Mezzogiorno ha conosciuto – con l'azione della Cassa per il Mezzogiorno – un'ulteriore fase di intenso sviluppo infrastrutturale. Per una valutazione – approfondita e complessivamente positiva – delle opere di infrastrutturazione degli anni Cinquanta, G. BARONE, *Stato e Mezzogiorno (1943-60). Il «primo tempo» dell'intervento straordinario*, in F. BARBAGALLO (a cura di), *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. I, *La costruzione della democrazia. Dalla caduta del fascismo agli anni cinquanta*, Torino, 1994, 291 ss.; L. D'ANTONE (a cura di), *Radici storiche ed esperienza dell'intervento straordinario nel Mezzogiorno*, Roma, 1996. È stata, altresì, espressa incertezza in merito alle effettive ricadute per il Mezzogiorno. In particolare, i grandi assi ferroviari Nord-Sud e le successive linee secondarie, costruite nella seconda metà dell'Ottocento, avrebbero valorizzato prevalentemente il Centro-Nord (dove completavano collegamenti già esistenti e, quindi, favorivano un interscambio commerciale interno già avviato), piuttosto che il Mezzogiorno (dove i – seppur ingenti – investimenti avevano spesso alla base motivazioni clientelari). V. ZAMAGNI, *Ferrovie e integrazione del mercato nazionale nell'Italia post-unitaria*, in AA.VV., *Studi in onore di Gino Barbieri: problemi e metodi di storia ed economia*, Pisa, 1983, 1635 ss.; G. TONIOLO, *Storia economica dell'Italia liberale (1850-1918)*, Bologna, 1988; G. PESCOLIDIO, *Unità nazionale e sviluppo economico*, Roma-Bari, 1998; S. FENOALTEA, *Le costruzioni ferroviarie in Italia*, in *Riv. storia econ.*, 1/1984, 61 ss. Analogamente, in riferimento al – successivo – sviluppo della rete autostradale, tra gli anni Trenta e Settanta, è stato rilevato come esso abbia maggiormente favorito la già esistente (e significativa) concentrazione industriale delle Regioni padane e adriatiche. I. INSOLERA, *L'urbanistica*, in R. ROMANO - C. VIVANTI (a cura di), *Storia d'Italia*, Torino, 1973, 425 ss.; A. GIUNTINI, *Nascita, sviluppo e tracollo della rete infrastrutturale*, in F. AMATORI - D. BIGAZZI - R. GIANNETTI - L. SEGRETO (a cura di), *Storia d'Italia. L'industria*, Torino, 1999, 551 ss. Secondo tali interpretazioni, più che promuovere la redistribuzione (e lo sviluppo) delle attività economiche, le reti autostradali avrebbero, prevalentemente, duplicato tratte (anche ferroviarie) già esistenti. Una possibile causa di tali inefficienze andrebbe individuata nell'assenza di un piano preordinato, circostanza che avrebbe favorito il concentramento dello sviluppo infrastrutturale nelle Regioni economicamente più avanzate, in linea con le convenienze economiche e (anche) le pressioni politiche.

Pertanto, premesso tale contesto, nel prosieguo si intende contestualizzare il tema del divario sanitario, *sia* in riferimento al disegno costituzionale applicabile alla tutela della salute, *sia* in termini di *effettività*<sup>13</sup> della tutela; e proprio sulla base di tale contestualizzazione, svolgere alcune considerazioni – necessariamente provvisorie – sul (possibile) impatto della telemedicina e sulla relativa promessa in termini di superamento del divario sanitario.

---

7 Già all'indomani dell'unificazione, la difficoltà di integrare, nella stessa compagine statale, il Nord (avanzato) e il Sud (arretrato) è stato – emblematicamente – rappresentato dal periodo del brigantaggio, per taluni assimilabile ad uno «scontro di civiltà». C.T. ALTAN, *Il brigantaggio post-unitario. Lotta di classe o conflitto di civiltà?*, in O. CALABRESE (a cura di), *Italia moderna. Immagini e storia di un'identità nazionale*, Milano, 1982, 99 ss., spec. 114 ss. Per un'analisi dell'andamento dei divari nel tempo, E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., spec. 102 ss. (in cui l'A. individua quattro fasi nell'epoca post-unitaria: (i) una prima fase (1861-1913) in cui i divari aumentano, ma la divergenza rimane contenuta; (ii) una seconda fase (1913-1951) che rappresenta il periodo di massima divergenza; (iii) una terza fase (1951-1973) che coincide con l'unico segmento della Storia d'Italia in cui il Mezzogiorno converge – significativamente – sul resto del Paese; e (iv) l'ultima fase (dal 1973) che ha inizio con la crisi petrolifera in cui il Sud smette di convergere, ma anzi arretra – lentamente, ma inesorabilmente – rispetto al resto del Paese).

8 Tradizionalmente, la genesi del dibattito sulla c.d. questione meridionale viene rintracciata nel filone di pensiero liberale – ideologicamente contrapposto alla Sinistra storica – che si afferma dall'Unità fino ai primi anni del Novecento. In esso confluiscono gli intellettuali afferenti alla Rivista *Rassegna Settimanale*, tra cui *in primis* Pasquale Villari, le cui corrispondenze (inviate, nel 1875, al giornale fiorentino *L'Opinione*, ora raccolte in P. VILLARI, *Lettere meridionali e altre scritti sulla questione sociale in Italia*, Firenze, 1972) segnano il simbolico inizio della letteratura sulla questione meridionale. Oltre a Villari, vi confluiscono anche Leopoldo Franchetti e Sidney Sonnino (le cui riflessioni sono raccolte in L. FRANCHETTI - S. SONNINO, *Condizioni economiche e amministrative delle province napoletane, Abruzzi e Molise, Calabrie e Basilicata: appunti di viaggio*, Firenze, 1875; S. SONNINO, *I contadini in Sicilia*, Firenze, 1925). Queste prime riflessioni sono tendenzialmente basate su una visione evolucionistica della Storia (che ispirerà anche degenerazioni lombrosiane, per tutti A. NICEFORO, *Italiani del Nord e italiani del Sud*, Firenze, 1899; tra l'altro recentemente (ri)proposte, R. LYNN, *In Italy, north-south differences in IQ predict differences in income, education, infant mortality, stature, and literacy*, in *Intelligence*, 1/2010, 93 ss.), per cui il ritardo del Mezzogiorno è tendenzialmente razionalizzato come derivante all'arretratezza (anche) culturale che impedisce di avviare processi modernizzatori sull'esempio della rivoluzione industriale inglese, e rispetto al quale occorre “meramente” attendere i tempi – necessariamente lunghi – della Storia. A cavallo tra questo primo filone e quello successivo, sembra possibile collocare Giustino Fortunato che individua «la povertà della natura» del Sud come causa primaria della relativa «miseria degli uomini» (G. FORTUNATO, *Il Mezzogiorno e lo Stato italiano*, Bari, 1911, 541 ss.), ma comprende anche la necessità di un ruolo

## 2. L'essenzialità dei LEA (tra effettività della tutela e principio autonomistico)

Parlando di divari (e relativo superamento), sembra utile muovere dalla premessa che la “mera” differenziazione delle prestazioni sanitarie tra territori-Regioni va considerata causa e conseguenza del principio autonomistico, posto a fondamento della Costituzione repubblicana e, inoltre, ulteriormente valorizzato dalla successiva riforma del Titolo V, il cui novellato art. 117, comma 3, affida la

---

propulsivo da parte dello Stato. Di lì a poco, infatti, il dibattito verrà arricchito dal pensiero di altri intellettuali, *in primis* (ancora) liberali, tra cui Francesco Saverio Nitti e Antonio De Viti De Marco, che – in antitesi all'attitudine “attendista” delle prime riflessioni – sottolineano la necessità, dello Stato, di guidare l'industrializzazione del Mezzogiorno. Essi tendono anche a configurare la questione meridionale in termini di sperequazioni tributarie (se non di vero e proprio sfruttamento, chiave interpretativa recentemente (ri)proposta in P. APRILE, *Terroni. Tutto quello che è stato fatto perché gli italiani del Sud diventassero Meridionali*, Segrate (MI), 2010). F.S. NITTI, *Nord e Sud: prime linee di una inchiesta sulla ripartizione territoriale delle entrate e delle spese dello Stato in Italia*, Torino, 1900; ID., *La ricchezza dell'Italia. Quanto è ricca l'Italia. Come è distribuita la ricchezza in Italia*, Torino-Roma, 1904; A. DE VITI DE MARCO, *Un trentennio di lotte politiche, 1894-1922*, Roma, 1929. Svilupperanno il dibattito anche intellettuali socialisti, tra cui: Ettore Ciccotti, Gaetano Salvemini e Guido Dorso. Per essi il problema meridionale rappresenta una questione sociale irrisolta, nel più ampio conflitto tra capitalismo e socialismo. E. CICCOTTI, *Sulla questione meridionale: scritti e discorsi*, Milano, 1904; G. SALVEMINI, *Scritti sulla questione meridionale: 1896-1955*, Torino, 1955; G. DORSO, *La rivoluzione meridionale*, Torino, 1925 (riedito nel 2025 da Feltrinelli, con recensione di S. CASSESE, *Quella chiamata alla rivoluzione del Sud*, in *Il sole 24 ore domenica*, 23 novembre 2025, II). Nello stesso solco interpretativo anche A. GRAMSCI, *La questione meridionale*, Roma, 1966. Convinto dell'importanza delle lotte sociali (in particolare, della piccola-media proprietà agraria) come forza di cambiamento per il Sud, anche Luigi Sturzo; fondatore – nel dopoguerra – del Partito popolare e voce importante nel dibattito sulla questione meridionale. L. STURZO, *La battaglia meridionalista*, Roma-Bari, 1979. Durante il periodo fascista, una certa attenzione per il Mezzogiorno sembra emergere nelle pagine della Rivista *Questioni Meridionali*, edita negli anni Trenta. Tuttavia, per lo più il regime considererà la questione meridionale “risolta” (attraverso: la battaglia del grano, l'avventura coloniale e la bonifica integrale). Emblematica, in proposito, la voce «questione meridionale», redatta da Raffaele Ciasca nel 1935, per l'Enciclopedia Treccani (per cui: «di una questione meridionale non si può più, oggi, legittimamente parlare», 151 ss.). Epperò, è proprio negli ultimi anni del fascismo che il gruppo dirigente dell'IRI (tra cui: Donato Menichella, Giuseppe Cenzato, Francesco Giordani e Pasquale Saraceno) si fa portatore della necessità di un vasto processo di industrializzazione per il Mezzogiorno, da cui prenderà vita, nel 1946, l'Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno (*breviter*, Svimez), ancora oggi una voce rilevante nel dibattito sullo sviluppo economico meridionale (si rimanda emblematicamente a, M. CARABBA, *I miei mulini a vento. Il mezzogiorno e i diritti dei cittadini*,

tutela della salute alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni<sup>14</sup>, così legittimando (finanche, incoraggiando) la differenziazione inter-regionale *anche* in ambito sanitario<sup>15</sup>.

Tuttavia, la portata di tale differenziazione inter-regionale non può (*rectius*, non dovrebbe) essere talmente profonda da mortificare la tutela del diritto alla salute. Occorre, quindi, che la portata delle differenziazioni inter-regionali sia limitata dalla fissazione (da parte dallo Stato, nell'esecuzione della competenza concorrente) di principi fondamentali e – pertanto – necessariamente uniformi

---

Bologna, 2017). Per un'analisi storica, S. CASSESE (a cura di), *Lezioni sul meridionalismo. Nord e Sud nella storia d'Italia*, Bologna, 2016.

9 In argomento si rimanda alla Nota della Comitato di direzione della Rivista PA Persona Amministrazione, *Diseguaglianze territoriali insostenibili e doveri perequativi inderogabili*, aprile 2021; E. GIARDINO, *Lo sviluppo delle infrastrutture prioritarie: i ritardi, i limiti e le prospettive di riforma*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2022, 592, spec. 614 ss.; G.P. MANZELLA, Editoriale, *Il 'tempo' della politica di coesione*, in *Federalismi.it*, maggio 2021; Banca d'Italia, *Il divario Nord-Sud: sviluppo economico e intervento pubblico Presentazione dei risultati di un progetto di ricerca della Banca d'Italia*, Roma, 2022; A. BARONE, *Il tempo della perequazione: il Mezzogiorno nel PNRR*, in *PA Persona Amministrazione*, 2/2021, 7 ss.; ID., *La questione meridionale fra storia e diritto: il nodo delle infrastrutture*, in G. STANCO (a cura di), *Le vie del costituzionalismo tra autodeterminazione e diritti dei popoli*, Milano, 2024, 259 ss.; A. BARONE - F. MANGANARO, *PNRR e Mezzogiorno*, in *Quad. cost.*, 2022, 148 ss.; M.C. CAVALLARO, *Divario territoriale, coesione sociale e tutela dei diritti: il ruolo delle regioni in tempo di crisi*, in *PA Persona Amministrazione*, 2/2021, 61 ss.; A. ROMEO, *Sviluppo economico e disuguaglianze territoriali: il divario Nord Sud nell'Italia del nuovo millennio*, in *Dir. amm.*, 2020, 807 ss.; G. GARDINI, *Il puzzle delle autonomie*, in *Ist. del federalismo*, 2/2024, 237 ss.; M.A. CABIDDU, *La favola brutta dell'autonomia differenziata*, in *Dem. e dir.*, 1/2023, 39 ss.; P. LOMBARDI, *Divario territoriale, governo del territorio e innovazione: un approfondimento*, in *Federalismi.it*, 2024. Si segnala altresì, il recente Rapporto (presentato alla Camera dei deputati il 19 febbraio 2026) della Fondazione Sussidiarietà, *Sussidiarietà e...salute*, febbraio 2026.

10 Il riferimento è alla Missione 6 del PNRR, che pone proprio gli strumenti di sanità digitale al centro di un nuovo modello di sviluppo da (ri)pensare per raggiungere un più alto e generalizzato livello di salute per i cittadini (europei ed italiani). Inoltre, si ricorda l'inclusione della salute tra i limiti espliciti all'iniziativa economica privata *ex art.* 41, comma 2, Cost., come novellato dalla l. cost. n. 1/2022.

11 In generale e senza pretesa di esclusione, sulle sfide della digitalizzazione nella funzione amministrativa, L. TORCHIA, *Lo Stato digitale. Una introduzione*, 2a ed., Bologna, 2025; R. CAVALLO PERIN - D.U. GALETTA, *Il Diritto dell'Amministrazione Pubblica digitale*, Torino, 2025; A. VON BOGDANDY - P.M. HUBER - S. CASSESE (a cura di), *The Administrative State*, Oxford, 2017; spec. *ivi*, J.B. AUBY, *The Transformation of the Administrative State and Administrative Law*, 609 ss.; M. SIMONCINI, *Lo "Stato digitale", l'agire provvedimentoale dell'amministrazione e le sfide dell'innovazione tecnologica*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2021, 529 ss.; M. MACCHIA, *Pubblica amministrazione e tecniche algoritmiche*, in *Dpce on line*, 1/2022, 314 ss.;

in tutto il territorio. Inoltre, specificatamente nell'ambito della tutela della salute, sempre l'art. 117 Cost. – al comma 1, lett. m) – riserva alla competenza esclusiva dello Stato la fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in ambito sanitario comunemente chiamati LEA<sup>16</sup>.

La concreta determinazione dei livelli essenziali in ambito sanitario affonda le sue radici proprio all'indomani della modifica costituzionale del 2001<sup>17</sup>, con la l. n. 404/2001 che, tra le altre cose, affida a un successivo decreto del Presidente

---

A.G. OROFINO, *Forme elettroniche e procedimenti amministrativi*, Bari, 2008; A.G. OROFINO - G. GALLONE, *L'intelligenza artificiale al servizio delle funzioni amministrative: profili problematici e spunti di riflessione*, in *Giur. it.*, 2020, 1738 ss.; A.G. OROFINO - F. CIMBALI, *L'uso delle tecniche informatiche nella prestazione di servizi pubblici*, in *Giur. it.*, 2022, 1523 ss.; V. FANTI, *Intelligenza artificiale e diritto amministrativo: prospettive, limiti, pericoli*, in *Dir. proc. amm.*, 4/2022, 1001 ss.; B. MARCHETTI, *Intelligenza artificiale, poteri pubblici e "rule of law"*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 1/2024, 49 ss.; S. FOÀ, *Intelligenza artificiale e cultura della trasparenza amministrativa. Dalle "scatole nere" alla "casa di vetro"?*, in *Dir. amm.*, 3/2023, 515 ss.; P. FORTE, *Diritto amministrativo e Data science. Appunti di intelligenza amministrativa artificiale (AAI)*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2020, 247 ss. Per un'acuta riflessione sui rapporti tra intelligenza artificiale e pubblica amministrazione, A. BARONE, *Amministrazione del rischio e intelligenza artificiale*, in *European Review of Digital Administration & Law (Erdal)*, 1/2020, 66 ss.

12 *Ex multis*, R. CAVALLO PERIN, *L'interesse delle collettività alla tutela della salute*, in *Dir. amm.*, 3/2024, 759 ss.; F. APERIO BELLA, *Tecnologie innovative nel settore salute tra scarsità delle risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *Federalismi.it*, 2020; E.M. MENÉNDEZ SEBASTIÁN - J. BALLINA DÍAZ, *Digital Citizenship: Fighting the Digital Divide*, in *European Review of Digital Administration & Law (Erdal)*, 1/2021, 155 ss.; G. DELLE CAVE, *Iperconnessioni urbane e sfida della (e nella) gestione dei dati: riflessioni sui "big data" e il contrasto al "digital divide"*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 2/2023, 213 ss.; P. PIRAS, *Innovazione tecnologica e divario digitale*, in *Dir. econ.*, 2/2022, 111 ss.

13 La riflessione sulla dimensione dell'effettività, sempre più ricorrente in dottrina, mira a verificare la concreta corrispondenza – non sempre realizzata – tra il *dover essere* (dell'ordinamento giuridico) e l'*essere concreto* (della realtà). Per un'illustrazione dell'approccio, A. ZITO, *La nudge regulation nella teoria giuridica dell'agire amministrativo. Presupposti e limiti del suo utilizzo da parte delle pubbliche amministrazioni*, Napoli, 2021, spec. 73 ss.; G. CORSO - M. DE BENEDETTO - N. RANGONE, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, Bologna, 2022; M.A. SANDULLI, *Effettività e semplificazioni nel governo del territorio: spunti problematici*, in *Dir. amm.*, 3/2003, 507 ss.; ID., *Controlli sull'attività edilizia, sanzioni e poteri di autotutela*, in *Federalismi.it*, 2019; ID., *Silenzio assenso e termine a provvedere. Esiste ancora l'inesauribilità del potere amministrativo?*, in *Il Processo*, 1/2022, 11 ss.; A. BARONE, *Il sindacato sugli atti di pianificazione o programmazione, con particolare riferimento al PNRR*, in *Il Processo*,

del Consiglio, la determinazione specifica dei livelli essenziali in ambito sanitario<sup>18</sup>. I LEA vengono così concretamente fissati nel DPCM del 29 novembre 2001, successivamente sostituito dal DPCM del 12 gennaio 2017 (attualmente in fase di aggiornamento per includervi nuove terapie e *screening*<sup>19</sup>). Come noto, il DPCM individua tre macrocategorie di prestazioni sanitarie “essenziali”<sup>20</sup>, ovvero: (i) la prevenzione collettiva e la sanità pubblica<sup>21</sup>, (ii) l’assistenza distrettuale<sup>22</sup>, e (iii) l’assistenza ospedaliera<sup>23</sup> (ulteriormente specificata a mezzo del DM n.

---

2/2023, 383 ss.; I.M. MARINO, *Effettività, servizi pubblici ed evoluzione dei sistemi «a diritto amministrativo»*, in *Riv. dir. e proc. amm.*, 2007, 76 ss., ora in A. BARONE (a cura di), *I.M. Marino. Scritti Giuridici*, Napoli, 2015, 1189 ss.; S. AMOROSINO, *Miti e realtà: modelli di riforme legislative e trasformazioni urbanistiche effettive*, in *Riv. giur. edil.*, 3/2023, 153 ss.; G.A. FERRO, *Diritto alla tutela giurisdizionale effettiva e “costi” di accesso alla giustizia nel dialogo tra Giudice nazionale e Corte di giustizia dell’Unione europea*, in *Riv. coop. giur. int.*, 1/2017, 36 ss.; C. ACOCELLA, *Contributo allo studio dell’effettività dei diritti sociali*, Napoli, 2022. Per considerazioni in merito al rapporto tra potere amministrativo e diritti fondamentali, G. GRÜNER, *Note minime su potere amministrativo e diritti fondamentali*, in F. GRASSI - O. HAGI KASSIM (a cura di), *Vecchie e nuove certezze nel diritto amministrativo. Elementi essenziali e metodo gradualista. Dibattito sugli scritti di Giampaolo Rossi*, Roma, 2021, 293 ss. In riferimento alle concrete criticità delle pubbliche amministrazioni e del sistema di giustizia amministrativa, S. CASSESE, *Che cosa resta dell’amministrazione pubblica?*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2019, 1 ss. Lungo la stessa dimensione dell’effettività, specificatamente nell’ambito del diritto alla salute, si muove anche la nota sentenza n. 142/2021, in cui la Corte costituzionale ha affermato che «l’effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed *efficace erogazione* della prestazione» (enfasi aggiunta).

14 Precedentemente alla riforma del Titolo V, la Costituzione assegnava la materia dell’«assistenza sanitaria e ospedaliera» alla competenza concorrente delle Regioni. La novella costituzionale avrebbe, quindi, esteso la competenza riconosciuta alle Regioni, *sia* perché la (più vasta) «tutela della salute» appare idonea a comprendere anche ambiti ulteriori rispetto all’assistenza; *sia* perché altre materie riferite alla competenza concorrente pure lambiscono la tutela della salute (*e.g.*, l’alimentazione, la tutela e sicurezza del lavoro, la ricerca scientifica, etc.). Tuttavia stante il quadro teorico, è noto che l’effettivo spazio di operabilità delle Regioni è limitato da vari fattori, ovvero: (i) la norma statale continua a svolgere la sua piena funzione se le Regioni mancano di esercitare le proprie competenze; (ii) lo Stato definisce i principi generali nelle materie di competenza concorrente; (iii) la giurisprudenza costituzionale ha considerato principi generali anche previsioni normative che presentavano un carattere disciplinare avanzato, specialmente quando idonei a tutelare la garanzia dei diritti di uguaglianza; infine, (iv) altre materie – attribuite in modo esclusivo alla competenza dello Stato – concorrono alla definizione di elementi che attengono alla salute (*e.g.*, concorrenza, tutela dell’ambiente, ordinamento civile, coordinamento finanziario, etc.).

15 In argomento, E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Torino, 2004; G. GARDINI - C. TUBERTINI, *L’amministrazione*

70/2015<sup>24</sup>, a sua volta integrato dal DM n. 77/2022 che fissa alcuni standard anche in tema di telemedicina<sup>25</sup>).

In ambito sanitario, i LEA, quindi, rappresentano il punto di equilibrio tra le necessità – da una parte – di garantire la tutela della salute in modo uniforme; e – dall'altra – di realizzare il principio autonomistico prefisso dall'art. 5 Cost. e ribadito (finanche, rafforzato) dalla riforma del Titolo V. Al contempo, definendo (*rectius*, circoscrivendo) il “nucleo essenziale” del (fondamentale) diritto alla salute, la definizione dei LEA contribuisce al rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio, che ha assunto progressiva cogenza con l'avanzare del processo di inte-

regionale, Torino, 2021.

16 Sui LEA, senza pretesa di esclusione, C. COLAPIETRO, *L'effettività costituzionale del diritto alla salute nella dimensione multilivello*, in *Riv. dir. comp.*, 5/2024, 14 ss.; V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *Federalismi.it*, 2018.

17 Sebbene i livelli essenziali vengono formalmente introdotti in Costituzione in occasione della riforma del Titolo V, l'utilizzo della locuzione «livelli essenziali» nella normativa sanitaria è molto più risalente nel tempo, essendo già rintracciabile nell'art. 3, l. n. 833/1978. Tale norma prevedeva che lo Stato definisse (nei, non più vigenti, Piani sanitari) le prestazioni da garantire a tutti i cittadini. Emergeva in questa accezione la consapevolezza che i livelli di prestazione avrebbero dovuto costituire il contenuto del diritto alla salute. Per numerose e interessanti considerazioni in argomento, R. MANFRELOTTO, *Livelli essenziali e ragionevolezza della funzione pubblica sanitaria: la prospettiva della legge n. 180 del 1978*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Napoli, 2019, 281 ss. La normativa è stata modificata dal d.lgs. n. 502/1992 per il riordino della disciplina in materia sanitaria, e dal d.lgs. n. 229/1999; C. CACCIAVILLANI, *Linee evolutive del sistema sanitario pubblico*, in G. CORSO - M. IMMORDINO (a cura di), *Studi in onore di Filippo Salvia*, Napoli, 2023, 163 ss. La definizione dei livelli essenziali non preclude alle Regioni di ampliare la gamma delle prestazioni garantite; vige però l'onere di doverne assicurare l'integrale copertura finanziaria. In argomento, G. PIGNATARO, *Autonomia differenziata: tra promessa di federalismo e realtà dei vincoli*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2025, 53 ss.

18 Scelta certamente, opportuna considerato il veloce grado di innovazione che coinvolge il settore e coerente sul piano delle fonti, ove la competenza esclusiva sui livelli essenziali comprende (*ex art. 117, comma 6, Cost.*) che le relative declaratoria, definizione e specificazione sia demandata alla fonte secondaria. Ciò trova, altresì, conferma nella giurisprudenza del Consiglio di Stato (sent. 15 giugno 2004, n. 3983) e della Corte costituzionale (sentt. nn. 134/2006, 62/2020). Per un'analisi del rapporto tra le fonti, R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2/2022, 461 ss.

19 In argomento, M. BARTOLONI, *Ecco le nuove cure gratis: dagli screening neonatali ai test per i tumori al seno*, in *Il sole 24 ore*, 22 aprile 2025. I nuovi LEA sono stati approvati in Conferenza Stato-Regioni il 23 ottobre 2025.

grazione europea, fino a trovare esplicito riconoscimento costituzionale nel riformato art. 81. Cost.<sup>26</sup>.

Pertanto nel disegno costituzionale, la differenziazione inter-regionale nelle prestazioni sanitarie è legittima (fisiologica e finanche necessaria per l'equilibrio dei conti pubblici), a patto che essa *non* riguardi il nucleo essenziale del diritto alla salute (che i LEA sinteticamente fissano). Tale nucleo essenziale, infatti, deve (*rectius*, dovrebbe) essere garantito in modo uniforme in tutto il territorio nazionale. I LEA rappresentano, quindi, la formulazione (“concreta” e “sintetica”) entro cui il diritto alla salute *ex* art. 32, Cost. si configura come un diritto alle pre-

---

20 Come noto, è controversa la sovrapposibilità tra *essenzialità* e *minimalità* dei LEA. In argomento, *ex multis*, A. POLICE, *Federalismo “asimmetrico” e dequotazione dell’eguaglianza: le fragili fondamenta della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. econ.*, 2002, 489 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008; R. BALDUZZI, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quad. reg.*, 1/1998, 941 ss.; ID., *Livelli essenziali di assistenza vs. livelli minimi*, in G. BARBERIS - I. LAVANDA - G. RAMPA - B. SORO (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole*, Soveria Mannelli (CZ), 2005.

21 La macrocategoria della prevenzione collettiva e della sanità pubblica comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli, in particolare: (i) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali); (ii) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; (iii) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; (iv) salute animale e igiene urbana veterinaria; (v) sicurezza alimentare; (vi) tutela della salute dei consumatori; (vii) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche (inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening sorveglianza e prevenzione nutrizionale); e (viii) attività medico legali per finalità pubbliche.

22 La macrocategoria dell’assistenza distrettuale include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, articolati in: (i) assistenza sanitaria di base; (ii) emergenza sanitaria territoriale; (iii) assistenza farmaceutica; (iv) assistenza integrativa; (v) assistenza specialistica ambulatoriale; (vi) assistenza protesica; (vii) assistenza termale; (viii) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; e (ix) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

23 La macrocategoria dell’assistenza ospedaliera si articola in: (i) pronto soccorso; (ii) ricovero ordinario per acuti; (iii) *day surgery*; (iv) *day hospital*; (v) riabilitazione e lungodegenza post acuzie; (vi) attività trasfusionali; (vii) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti; e (viii) centri antiveleni.

24 Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.

25 Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

26 In argomento, *ex multis* M. TRIMARCHI, *Premesse per uno studio su amministrazione e vincoli finanziari: il quadro costituzionale*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 2017, 623 ss.

stazioni pienamente esigibile in tutto il territorio (*rectius*, tra le varie Regioni). In altre parole, i LEA costituiscono *sia* la dimensione della concreta *effettività* del diritto alla salute, *sia* il “limite-soglia” dell'autonomia regionale in ambito sanitario.

Eppure, nonostante i LEA rappresentino il punto di necessario equilibrio tra l'aspirazione autonomistica e la tutela del diritto alla salute, va constatata l'esistenza di criticità che ne compromettono l'effettività *sia* per la tutela della salute, *sia* per la realizzazione del principio autonomistico; consegnando l'immagine di Regioni *claudicanti*<sup>27</sup>, e di uno Stato (almeno, fino a tempi molto recenti) *abdicante*<sup>28</sup>.

Occorre constatare tali criticità per poter opportunamente valutare *se* – ed eventualmente, *come* – la digitalizzazione sanitaria (in generale) e la telemedicina (in particolare) vi possano influire.

### 3. “Misurare” il divario sanitario: il monitoraggio dei LEA

L'esistenza di divari inter-regionali inaccettabili (*i.e.*, che riguardano l'erogazione dei LEA, ovvero del nucleo essenziale del diritto alla salute) è tristemente segnalata dall'attività di misurazione e monitoraggio dei LEA, effettuata dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, istituito presso il Ministero della salute con DM del Ministro della salute del 21 novembre 2005. A tal proposito, sembra utile dare preliminarmente conto di alcune recenti innovazioni apportate alla metodologia di monitoraggio.

Il sistema di monitoraggio dei LEA è basato sulla metodologia individuata dal DM 12 dicembre 2001, emanato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Tale metodologia si basa sul calcolo, in

---

27 Sulla “crisi” del regionalismo (chiaramente evidente, e ampiamente segnalata in dottrina), *ex multis*, U. ALLEGRETTI, *Presente e futuro delle autonomie regionali in Italia e in Europa*, in *Le Regioni*, 2016, 12 ss.; E. GIARDINO, *La Costituzione “dimenticata”. Il riconoscimento e la promozione delle autonomie locali*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1/2021, 89 ss.; F. MANGANARO, *La Repubblica delle autonomie. Un mosaico da ricomporre*, Napoli, 2023; L.R. PERFETTI, *Le Regioni tra poteri e società. Percorsi partecipativi e contestativi possibili*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2025, 17 ss.

28 *Infra*, para. 6.

ogni Regione, di una serie di “indicatori LEA”<sup>29</sup> per la valutazione delle prestazioni riferibili alle tre sopra-menzionate macrocategorie LEA (*i.e.*, (i) prevenzione collettiva e sanità pubblica, (ii) assistenza distrettuale, e (iii) assistenza ospedaliera). La valutazione delle prestazioni regionali viene effettuata sulla base di un sottoinsieme di indicatori (originariamente 34 su 100, di recente aumentato a 88), a ciascuno dei quali viene associato un peso specifico per il calcolo del punteggio complessivo. Ogni indicatore viene collocato in una di cinque categorie, in base alla relativa “distanza” da un valore standard nazionale (ovvero, un *benchmark*, individuato sulla base delle migliori *performance* regionali). Sulla base della categoria in cui l'indicatore è collocato e del peso specifico ad esso associato, si arrivava così a un punteggio finale relativo all'erogazione del livello essenziale.

Fino al 2020, il sistema di monitoraggio e valutazione LEA utilizzava la c.d. Griglia LEA. Per ogni Regione, la Griglia calcolava una media aritmetica dei punteggi ottenuti in tutte le prestazioni LEA. Se la media era superiore (inferiore) a 160, la Regione si qualificava come (in)adempiente nella garanzia dei LEA<sup>30</sup>. Più specificatamente, la Griglia qualificava le Regioni come (in)adempienti sulla base della media aritmetica dei punteggi ottenuti in ciascuna delle macrocategorie di LEA che, pertanto, permetteva l'eventuale “compensazione” di insufficienze in una macrocategoria a fronte di risultati soddisfacenti in un'altra. In tal modo, la qualificazione di adempienza tramite la Griglia non indicava *necessariamente* che, nella Regione, l'erogazione fosse sufficiente *in tutte* le prestazioni LEA; l'adempienza, infatti, indicava “meramente” il raggiungimento di una sufficienza *tra*

---

29 Individuati nel DM del 12 dicembre 2001, emanato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e selezionati annualmente (sulla base delle indicazioni politico-programmatorie, dell'analisi di affidabilità da parte di un gruppo di esperti, etc.). Una volta stabiliti (ovvero: confermati, aggiornati o sostituiti), il valore degli indicatori viene calcolato sulla base dei dati inviati, dai direttori generali delle Aziende sanitarie, alle Regioni per la successiva trasmissione al Ministero della salute.

30 Una Regione risultava: adempiente (quando il punteggio complessivo era maggiore o uguale a 160, o compreso fra 140 e 160 con nessun indicatore “critico”); o inadempiente (quando il punteggio era minore di 140, o compreso fra 140 e 160 con almeno un indicatore “critico”). Oltre alla Griglia, si elaborava anche una grafica per ogni Regione (c.d. rosone), che illustrava – visivamente – il punteggio conseguito da ogni indicatore. Gli ultimi rosone elaborati per ciascuna Regione, relativi all'anno 2019, sono riportati nel documento redatto dal Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019*, maggio 2021, 72-128.

tutte le prestazioni LEA.

L'ultima Griglia LEA disponibile è quella relativa ai dati del 2019, da cui risultano adempienti 17 Regioni. Nonostante la “compensazione” aritmetica, la Griglia segnala(va) la concentrazione delle inadempienze prevalentemente nel Mezzogiorno (Calabria, Molise e Sardegna), sebbene non esclusivamente, considerata la notevole eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano (e la sufficienza solo stentata della Valle d'Aosta)<sup>31</sup>.

A partire dal 2020, il sistema della Griglia LEA è stato sostituito con il c.d. Nuovo Sistema di Garanzia (*breviter*, NSG)<sup>32</sup> che supera la compensazione compiuta attraverso la media aritmetica; ovvero impone che le Regioni – per qualificarsi adempienti – adesso raggiungano (almeno) la sufficienza (che corrisponde a un punteggio di 60), in *ciascuna delle tre* macrocategorie di prestazioni LEA<sup>33</sup>. Il confronto dei risultati ottenuti applicando entrambe le metodologie ai dati relativi al 2019<sup>34</sup> conferma che il “nuovo” NSG è in grado di segnalare carenze che venivano invece ignorate (*rectius*, aritmeticamente compensate) dalla “vecchia” Griglia LEA.

Infatti, applicando l'NSG ai già-menzionati dati del 2019 sarebbero risultate inadempienti *ulteriori* Regioni (*i.e.*, la Valle d'Aosta, la Basilicata e la Sicilia), oltre alle quattro già segnalate dalla Griglia LEA; registrando, quindi, un'ulteriore

---

31 In base alla Griglia LEA, nel 2019, risulta(va)no adempienti (*i.e.*, ottengono un punteggio uguale o superiore a 160) 17 Regioni. Di queste, 10 (Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Umbria, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Lazio) raggiungono un punteggio superiore a 200; mentre le restanti sette Regioni (Puglia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Sicilia, Basilicata, Campania e Valle d'Aosta) raggiungono il livello minimo accettabile (*i.e.*, un punteggio compreso tra 140 e 160). Infine, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Molise, la Calabria e la Sardegna si classificano come inadempienti, totalizzando punteggi inferiori a 160. *Ibidem*, 30.

32 La metodologia dell'NSG è stata introdotta dal DM del 12 marzo 2019, art. 3, comma 6.

33 Come menzionato, il DM 12 marzo 2019 aumenta anche il numero degli indicatori (ora, 88) che contribuiscono al punteggio finale. Di questi, la maggioranza (73 indicatori, detti anche sottoinsieme *core*) è relativa alle macrocategorie LEA, ovvero prevenzione collettiva e sanità pubblica (16 indicatori); assistenza distrettuale (33); ed assistenza ospedaliera (24). I restanti 15 indicatori (detti di contesto, o sottoinsieme *no-core*) riguardano: la stima del bisogno sanitario (4 indicatori); l'equità sociale (1); e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (10).

34 I risultati dell'NSG sui dati del 2019 sono riportati nel documento del Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell'anno 2020*, dicembre 2022, 21.

concentrazione delle inadempienze nel Mezzogiorno<sup>35</sup>. Si conferma, quindi (anzi, si acuisce), l'esistenza di un divario sanitario che affligge il Mezzogiorno rispetto al resto del Paese<sup>36</sup>. Inoltre, il divario è non solo *esistente*, ma anche *persistente* come emerge dalla più recente valutazione disponibile, svolta con la metodologia dell'NSG, sui dati relativi all'anno 2023. Essa (continua a) qualifica(re) inadempienti le Regioni (in gran numero, meridionali) già segnalate nel 2019<sup>37</sup>.

Al di là del numero (significativo) di inadempienze, appare rilevante considerare anche la profonda *disomogeneità* nei punteggi registrati tra le Regioni adempienti. Ad esempio nella macro-categoria della prevenzione, la Campania totalizza un punteggio appena sufficiente (62), a fronte dei punteggi praticamente pieni (98) del Veneto e della Provincia autonoma di Trento. Analogamente, nella macrocategoria dell'assistenza distrettuale, la “forbice” dei punteggi varia dalla sufficienza della Sardegna (67), al punteggio, di nuovo sostanzialmente pieno, del Veneto (96). Infine, anche nell'assistenza ospedaliera, la Sardegna raggiunge a malapena la sufficienza (60), mentre la Provincia autonoma di Trento registra un voto quasi pieno (97). I dati pertanto rivelano (*rectius*, confermano) che il Mezzogiorno *non solo* è largamente *inadempiente* nel garantire il nucleo essenziale del diritto alla salute, *ma inoltre*, anche quando adempiente, risulta comunque relativamente *insoddisfacente* nel confronto con le Regioni settentrionali<sup>38</sup>.

---

35 La Sardegna che risultava inadempiente nella Griglia, raggiunge, invece, la sufficienza nel NSG. Il miglioramento è attribuibile al maggior numero di indicatori usati per il calcolo; che – tra l'altro – specificatamente includono anche i sopra-menzionati indicatori c.d. di contesto.

36 Dove tra l'altro, l'insufficiente *performance* sul fronte LEA si combina – in uno sciagurato circolo vizioso – con un'inefficiente *performance* sul fronte finanziario, come si evince dall'esistenza di una sostanziale sovrapposizione tra Regioni inadempienti e Regioni sottoposte a Piano di rientro, *infra* para. 5.

37 Nello specifico, l'NSG calcolato sui dati del 2023 classifica inadempienti otto Regioni: Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Liguria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia. Ministero della salute, *Monitoraggio del LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023*, maggio 2025, 22.

38 Come cartina di tornasole della mancata e/o insoddisfacente erogazione di LEA, è significativo segnalare che i fondi sanitari integrativi – che coinvolgono circa un quarto della popolazione italiana – funzionano *sempre meno* come strumenti davvero integrativi alle prestazioni LEA, e *sempre più* come meccanismi di compensazione delle difficoltà di accesso all'SSN. Basti considerare che circa due terzi delle risorse erogate dai fondi sanitari nel 2023 ha remunerato prestazioni che rientrano (*rectius*, dovrebbero rientrare) nel perimetro di quelle garantite dall'SSN. In argomento, F. FERRONI - F. IERVOLINO, *Il welfare aziendale e la salute*, in *Riv. pol. econ.*, 1/2024, 243 ss.

Inoltre, i risultati del monitoraggio dei LEA aiutano a contestualizzare anche il dato che può dirsi emblematico della reale *effettività* del diritto alla salute: quello relativo all'aspettativa di vita<sup>39</sup>. Infatti, contrariamente a quanto spesso comunemente ritenuto, la vita media si accorcia sensibilmente, man mano che si procede da Nord a Sud Italia. Nello specifico, in base ai dati del 2024, l'Istat calcola una speranza di vita media in Italia di 81,4 anni per gli uomini e di 85,5 anni per le donne<sup>40</sup>. Tuttavia, il Nord registra valori sensibilmente migliori (82,1 anni per gli uomini, 86,0 per le donne)<sup>41</sup>; il Centro rivela valori sostanzialmente in linea con le medie nazionali (81,8 anni per gli uomini, 85,7 anni per le donne)<sup>42</sup>; mentre il Mezzogiorno registra valori significativamente più bassi (80,3 anni per gli uomini, 84,6 anni per le donne)<sup>43</sup>.

A rendere tali differenze ancora più drammatiche è la circostanza che la divaricazione delle aspettative di vita tra Nord e Sud (originariamente riscontrabile all'indomani dell'unificazione italiana<sup>44</sup>) era stata "chiusa", con successo, negli anni Cinquanta dello scorso secolo. Infatti, la disomogeneità originariamente registrabile nell'aspettativa di vita tra gli Stati pre-unitari era dovuta – da una parte – alle scarse condizioni igienico-sanitarie (che spiegano un'aspettativa di vita generalmente molto bassa, intorno ai 35 anni) e – dall'altra – alle peggiori condizioni di vita delle aree più densamente industrializzate (che infatti fanno registrare

---

39 Negli studi economici, l'aspettativa di vita ormai si associa abitualmente al "tradizionale" parametro del reddito pro-capite per misurare il benessere di una comunità. La necessità di tale integrazione ha trovato uno dei primi (e più autorevoli) sostenitori nel premio Nobel Amartya Sen, i cui studi insistono sulle ricadute sul benessere *non solo* della povertà (*i.e.*, la possibilità di soddisfare i bisogni materiali), *ma anche* della possibilità di vivere a lungo (*i.e.*, la salute) e di poter scegliere (*i.e.*, l'istruzione). A. SEN, *Resources, values and development* (trad. it., *Risorse, valori e sviluppo*), Oxford, 1984; ID., *Inequality reexamined* (trad. it., *La disegualianza: un riesame critico*), Oxford, 1992; ID., *Development as freedom* (trad. it., *Lo sviluppo è libertà*), New York, 1999.

40 Istat, *Statistiche. Report. Indicatori demografici anno 2024*, 31 marzo 2025, 4.

41 Il Trentino-Alto Adige si conferma la Regione italiana con la speranza di vita più alta, sia tra gli uomini (82,7), sia tra le donne (86,7).

42 Le Marche risultano la Regione del Centro dove si vive più a lungo, con un valore della speranza di vita alla nascita di 82,2 anni per gli uomini e di 86,2 per le donne.

43 La Campania, nonostante un considerevole recupero, rimane la Regione italiana con la speranza di vita più bassa, tanto tra gli uomini (79,7), quanto tra le donne (83,8).

44 Sull'analisi dell'aspettativa di vita in epoca pre-unitaria, E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., spec. 47 ss.

aspettative di vita ancora minori a Napoli, Milano, etc.)<sup>45</sup>.

In tale contesto, le campagne di vaccinazioni obbligatorie e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie ha portato significativi risultati in un lasso di tempo piuttosto ristretto; si trattava, in fondo di un risultato “facilmente” raggiungibile attraverso un ruolo di attiva direzione da parte del potere pubblico<sup>46</sup>. Il successo di tali misure è tale che, già negli anni Cinquanta – come si menzionava – l’aspettativa di vita nel Mezzogiorno aveva raggiunto quella del resto del Paese.

Poco dopo, però, il *trend* si inverte e “ricomincia” la divaricazione<sup>47</sup>.

Infatti, a partire grossomodo dal 1981, si registra, nuovamente, un lento ma inesorabile peggioramento nell’aspettativa di vita tra Regioni<sup>48</sup>, come da ultimo evidenziato nei dati sopra-riportati.

Certamente, il dato relativo all’aspettativa di vita, seppur rilevante, va preso *cum grano salis*, in quanto su di esso incidono *non solo* le prestazioni sanitarie erogate e la relativa qualità, *ma anche* – necessariamente – fattori endogeni all’individuo-paziente (*e.g.*, stili di vita, alimentazione, predisposizioni genetiche, etc.). Epperò, l’aggravamento di tali fattori endogeni di rischio nel Mezzogiorno suggeri-

---

45 Per una dettagliata analisi all’andamento storico dei dati relativi ai divari inter-regionali, anche sanitari, E. FELICE, *Divari regionali e intervento pubblico. Per una rilettura dello sviluppo in Italia*, Bologna, 2007.

46 In argomento riecheggiano le suggestive riflessioni sulla governamentalità Foucaultiana, su cui in particolare, M. FOUCAULT, *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Milano, 2007. Per recenti riflessioni amministrativistiche a partire dagli insegnamenti del sociologo francese, G. TROPEA, *Biopolitica e diritto amministrativo del tempo pandemico*, Napoli, 2023; G. TROPEA - L. BUFFONI (a cura di), *Biopolitica e diritto pubblico: un binomio impossibile*, Napoli, 2025; in cui spec. L.R. PERFETTI, *Biopolitica e diritto pubblico. Discorso franco e necessario*, 135 ss.

47 L’aggravamento dei divari (non solo sanitari) sostanzialmente coincide con la dismissione della Cassa per il Mezzogiorno, su cui A. ROMEO, *Sviluppo economico e disuguaglianze territoriali*, cit. In argomento anche, S. CASSESE, *Amministrazione speciale e amministrazione ordinaria per lo sviluppo del Mezzogiorno*, in *Riv. giur. Mezz.*, 1/2011, 103 ss.; G. BARONE, *Stato e Mezzogiorno (1943-60)*, cit., spec. 387 ss. (in cui l’A. rileva che fino alle crisi petrolifere degli anni Settanta, il tema dello sviluppo economico del Mezzogiorno fu la priorità della classe dirigente); ID., *Mezzogiorno e modernizzazione*, Torino, 1986. Per un’analisi della reale efficacia degli investimenti promossi dalla Cassa nei decenni, E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., spec. 110 ss.; ID., *Divari regionali e intervento pubblico*, cit., 77 ss.; A. LEPORE, *Questione meridionale e Cassa per il Mezzogiorno*, in S. CASSESE (a cura di), *Lezioni sul meridionalismo*, cit., 233 ss., spec. 245 ss.

48 E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., 126 ss.

sce che essi si accompagnano ad elementi di disagio sociale che finiscono per impattare (*rectius*, peggiorare) la salute degli utenti meridionali.

E d'altronde, l'esistenza di una correlazione tra salute, disagio sociale e aspettativa di vita è il presupposto di una recente modifica apportata al sistema di ripartizione, tra le Regioni, delle risorse finanziarie del Fondo Sanitario Nazionale. In particolare, la quota più cospicua del Fondo (c.d. quota di fabbisogno indistinto) verrà adesso distribuita con un criterio di ripartizione che, seppur basato – come in passato – prevalentemente sulla popolazione pesata per età, vede adesso l'introduzione *anche*: (i) dell'aspettativa di vita, e (ii) di un parametro di disagio sociale<sup>49</sup>.

#### 4. Tutela della salute e tendenze accentratrici

I dati relativi alla differenziazione (*rectius*, ai divari) inter-regionali nei livelli di erogazione dei LEA consegnano essenzialmente l'immagine di una sanità italiana disomogenea nella tutela diritto alla salute, finanche “limitatamente” al suo nucleo essenziale. Un'immagine che stride con il disegno costituzionale, specialmente per come innovato dopo la riforma del Titolo V Cost.

Come noto, il novellato Titolo V ha valorizzato (finanche, rafforzato) il principio autonomistico nella distribuzione di competenze tra vari livelli di governo, superando la competenza normativa generale in capo allo Stato a favore,

---

<sup>49</sup> Come noto, il tradizionale criterio di ripartizione inter-regionale delle risorse in ambito sanitario è la spesa storica. Nel 1996 (legge n. 662/1996, art. 1, comma 34), alla spesa storica si affiancano ulteriori criteri di ripartizione (*i.e.*, la popolazione residente; la frequenza dei consumi sanitari per età e genere; i tassi di mortalità; gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali; gli indicatori epidemiologici territoriali) rimasti, però, sostanzialmente inattuati. Da allora i relativi coefficienti di distribuzione hanno subito ulteriori (ri)definizioni, di cui la più significativa è, probabilmente, quella operata dal d.lgs. n. 68/2011 (rivisto dalla l. n. 190/2014), che introduce un criterio di distribuzione inter-regionale delle risorse basato su due elementi, ovvero: (i) un *benchmark* del costo medio standard delle Regioni più virtuose nell'erogazione dei LEA, e (ii) la popolazione regionale, ponderata per età. In questo contesto, la novità a cui si fa riferimento nel testo è quella realizzata dal DM del 30 dicembre 2022 che introduce ulteriori nuovi criteri di ripartizione. Nello specifico, accanto alla già-usata quota capitaria pesata per età, (che rimane il fattore preponderante per l'allocazione delle risorse), il nuovo calcolo di distribuzione è basato su due ulteriori indicatori, volti a catturare la gravità delle condizioni sociali, ovvero: (i) il tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni; e (ii) un indice composito di deprivazione, a sua volta calcolato considerando, con egual peso, tre sub-indicatori, ovvero (a) l'incidenza della povertà relativa individuale, (b) la bassa scolarizzazione, e (c) la disoccupazione. In base ai nuovi criteri, le risorse saranno adesso distribuite: (i) per il 98,5% secondo il “vecchio” criterio della popolazione pesata per età, (ii) per lo 0,75% in base al tasso di mortalità sotto i 75 anni, e (iii) per un altro 0,75% in base all'indice di deprivazione composito.

invece, delle Regioni. Specificatamente in ambito sanitario, oltre alla – già ricordata – introduzione dei livelli essenziali in Costituzione (e, di poco successiva, definizione per decreto dei LEA sanitari), la valorizzazione del principio autonomistico è rinvenibile nel superamento – avallato dalla Corte costituzionale<sup>50</sup> – della prevalente prassi di impiegare atti cc.dd. di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative regionali per garantire l'uniforme applicazione della disciplina a livello nazionale<sup>51</sup>.

E se certamente il novellato Titolo V non modifica radicalmente il modello di SSN, va opportunamente sottolineata l'espansione della capacità regionale di organizzare il proprio sistema sanitario, seppur nel rispetto di regole uniformi (*i.e.*, i principi fondamentali della tutela della salute, di competenza concorrente); elemento per nulla secondario, considerato che l'organizzazione è un aspetto fondamentale del modo in cui un diritto sociale come quello alla salute è concretamente soddisfatto<sup>52</sup>.

Proprio l'affidamento della tutela della salute alla competenza concorrente Stato-Regioni intende(va) lasciare a queste ultime la regolazione della disciplina di dettaglio, specialmente di carattere organizzativo<sup>53</sup>, dando così giusto riconoscimento – proprio attraverso il principio autonomistico – ai valori del plurali-

---

<sup>50</sup> Corte cost., sent n. 329/2002.

<sup>51</sup> A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, 3a ed., Torino, 2020, 48, 85.

<sup>52</sup> *Ex multis*, V. OTTAVIANO, *Scritti giuridici*, Milano, 2022, in particolare gli scritti su: *Poteri dell'amministrazione e diritti costituzionali*, 13 ss.; *Cittadino e amministrazione nella concezione liberale*, 33 ss.; *Appunti in tema di amministrazione e cittadino nello Stato democratico*, 53 ss. Si vedano anche, I.M. MARINO, *Sulla semplificazione amministrativa, con particolare riferimento all'ordinamento locale*, in AA.VV., *Scritti in onore di Elio Casetta*, Napoli, 2001, 1283 ss.; M.S. GIANNINI, *Autonomia (teoria gen. e dir. pubbl.)*, in *Enc. dir.*, Milano, 1959, 356 ss.; G. PASTORI - D. SORACE, *Compendio dello studio sui temi giuridico-istituzionali*, in F. FIORELLI (a cura di), *Il governo delle città*, Milano, 1975; G. BERTI, *La pubblica amministrazione come organizzazione*, Padova, 1968; ID., *Il principio organizzativo del diritto pubblico*, Padova, 1986; ID., *Commento all'art 5*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Roma-Bologna, 1975, spec. 283 ss.; A. POLICE, *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e attribuzioni regionali: la parabola dell'eguaglianza*, in R. CAVALLO PERIN - A. POLICE - F. SAITTA (a cura di), *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*, Firenze, 2016, 67 ss.; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit. spec. 762 ss.; L.R. PERFETTI, *Costruire e decostruire i concetti dell'organizzazione pubblica. Ragioni di un percorso e tracce per la sua prosecuzione*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2021, 15 ss.; ID., *L'organizzazione amministrativa come funzione della sovranità popolare*, in *Dir. econ.*, 1/2019, 43 ss.

simo istituzionale<sup>54</sup> e al carattere democratico dell'organizzazione<sup>55</sup>; ovvero – parafrasando più autorevoli e celebri parole – “(ri)dando regionalismo alle Regioni”<sup>56</sup>. Pertanto, nell'effettiva portata dell'autonomia organizzativa regionale trova(va) realizzazione il principio autonomistico sancito dalla Costituzione; anzi la disciplina dei profili specifici dell'organizzazione resta(va) l'unico luogo in cui l'autonomia normativa regionale trova(va) ancora spazio<sup>57</sup>.

Epperò, non può non rilevarsi che, in ambito sanitario, l'effettiva portata di tale autonomia organizzativa regionale finisce per essere compressa da una legislazione statale che sembra sempre più “travalicare” nel profilo organizzativo che si

---

53 In questo senso, Corte cost., sent. n. 192/2017 («L'organizzazione sanitaria [è una] componente fondamentale della tutela della salute, in quanto la relativa normativa traccia la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate [...]. In questa materia la legislazione dello Stato deve esprimersi attraverso norme di principio, sicché sono censurabili le norme statali che non lasciano alcuno spazio di intervento alla Regione non solo per un'ipotetica legiferazione ulteriore, ma persino per una normazione secondaria di mera esecuzione»); sent. n. 383/1998 («organizzazione e diritti sono aspetti peculiari della stessa materia, l'una e gli altri implicando e condizionandosi reciprocamente»; «non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata ai diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione»).

54 Sul pluralismo (in particolare, per un'analisi delle «premesse» delle teorie pluraliste della Costituzione), V. ANGIOLINI - M. MAGRI, *Le insidie del regionalismo “tecnico”*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2025, 1 ss. Si veda anche, R. DAGOSTINO, *Sistema delle autonomie e divari territoriali di cittadinanza*, in *Dir. e soc.*, 3/2023, 455 ss.

55 Come noto, il principio autonomistico è particolarmente valorizzato nel pensiero di Luigi Struzo, L. STURZO, *La battaglia meridionalista*, cit. Tuttavia, nel dibattito sulla questione meridionale – succintamente riportato *supra* nota 8 – era largamente diffusa la convinzione che il principio autonomistico potesse servire da “strumento” per lo sviluppo della coscienza civile nel Mezzogiorno; così G. SALVEMINI, *Scritti sulla questione meridionale*, cit., spec. 86 ss. e 105 ss. (in cui l'A. afferma che «il federalismo è l'unica via per la soluzione della questione meridionale»); G. DORSO, *La rivoluzione meridionale*, cit., 274 ss. (per cui la soluzione dei problemi del Mezzogiorno consiste nella concessione di un'ampia autonomia politico-amministrativa, con assunzione della responsabilità da parte della classe dirigente).

56 L'ovvio riferimento è a G. PASTORI, *Le Regioni senza regionalismo*, in *Il Mulino*, 2/1980, 204 ss.; analogamente anche M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, 1994, 1315 ss. Il sottostante dibattito – invero, mai sopito – è stato recentemente rivitalizzato dalla c.d. Legge Calderoli, l. n. 86/2024, e – soprattutto – dalla relativa pronuncia di illegittimità dalla Corte cost., sent. n. 192/2024. Per un'analisi, G. GARDINI, *Il regionalismo differenziato di fronte alla Consulta*, in *Giorn. dir. amm.*, 2/2025, 240 ss.

57 Corte cost., sent. n. 62/2020. Si rimanda anche a V. FANTI, *Al tempo dell'emergenza non si può ritornare all'autoritarismo di Oreste Ranalletti*, in *Dirittifondamentali.it*, 3/2020.

intendeva – invece – lasciare alla competenza delle Regioni<sup>58</sup>. In particolare, proprio la definizione dei LEA attraverso standard solleva il dubbio del possibile (probabile?) “sconfinamento” nella disciplina degli aspetti organizzativi<sup>59</sup>.

Infatti, nel caso in cui la fissazione dei livelli di assistenza, attraverso norme secondarie, raggiunge (sse) un (elevato?) grado di dettaglio anche organizzativo, si rende (rebbe) problematico il rapporto tra il grado di dettaglio di tale norma secondaria con la potestà concorrente dello Stato di stabilire solo i principi fondamentali della materia. Non a caso, proprio in merito alla fissazione di eventuali standard organizzativi, la giurisprudenza della Corte costituzionale ha più volte escluso che la definizione dei livelli essenziali (seppur di esclusiva competenza statale) possa riguardare le modalità organizzative, circoscrivendo la determinazione dei livelli essenziali specificatamente agli ambiti delle prestazioni, ovvero dell'attività<sup>60</sup>.

Epperò, i decreti di fissazione dei LEA sono emanati sulla base dell'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (*breviter*, comma 169) che stabilisce la

---

58 Sia consentito rinviare a C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, in *Amministrativamente*, 3/2024, 1042 ss. In argomento anche, A. CIAFARDONI, *Telemedicina e livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali*, in *Italian papers on federalism*, 2/2025, 162 ss.

59 La Corte costituzionale conferma l'approccio legislativo di procedere tramite standard nella sent. n. 134/2006, in cui ha rifiutato la contestazione che la previsione di specifici standard presenti un carattere eccessivamente di dettaglio; considerandoli, invece, strumentali alla garanzia di maggiore uniformità nel pieno godimento dei diritti, posto che il regolamento che li definisce venga emanato previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

60 A questo proposito, si può richiamare Corte cost., sent. n. 88/2003 (in cui una serie di obblighi organizzativi – previsti con decreto ministeriale – vennero giudicati una compressione eccessiva e ingiustificata dell'autonomia organizzativa); sent. n. 371/2008 (in cui la Corte afferma che «...nella giurisprudenza di questa corte la fissazione dei livelli essenziali di assistenza si identifica esclusivamente nella “determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale”, non essendo “pertanto inquadrabili in tale categoria le norme volte ad altri fini, quali, ad esempio [...] la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni”»); sent. n. 192/2017 (per cui «[l]a competenza statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in linea di massima, concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni; solo in circostanze eccezionali, segnatamente quando ricorrano imperiose necessità sociali, può spingersi oltre»); da ultimo, sent. n. 114/2025 (che dichiara illegittima la norma – contenuta nel c.d. decreto liste d'attesa, DL n. 73/2024 – che affidava allo Stato l'approvazione dei piani triennali del fabbisogno del personale sanitario regionale).

fissazione di «standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi» relativi all'erogazione delle prestazioni rientranti nei LEA; una formula, quindi, ampia abbastanza da ricomprendervi – pur non menzionandoli esplicitamente – standard di natura *anche* organizzativa.

E infatti, si rileva che il sopra-menzionato DM n. 70/2015 (di specificazione della macrocategoria LEA dell'assistenza ospedaliera)<sup>61</sup> raggiunge un livello di dettaglio talmente elevato (ad esempio, in riferimento ad alcune disposizioni relative al personale<sup>62</sup> e alla definizione di un nuovo modello per l'assistenza territoriale<sup>63</sup>) da adombrare un possibile “sconfinamento” nell'ambito organizzativo, a detrimento dell'autonomia organizzativa regionale. In tal senso, va segnalato che – in parziale controtendenza con la precedente giurisprudenza costituzionale – le più recenti pronunce della Corte tendono a sacrificare gli spazi di autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario, in virtù della necessità di assicurare

---

61 Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Si tratta di un decreto di attuazione della c.d. *spending review* in sanità del 2012, della quale, infatti, il decreto sviluppa gli indirizzi, incluso il controverso parametro della riduzione dei posti letto ospedalieri. Con specifico riferimento alla legittimità di questi ultimi, Corte cost., sent. n. 125/2015, in cui è dichiarato incostituzionale l'obbligo di riduzione dei posti letto ospedalieri (presumibilmente, uno standard strutturale, sebbene la ricorrente ne contestasse la natura organizzativa) nella parte in cui esso era applicabile alle Province autonome.

62 Ad esempio, All. 1, artt. 6.2 («Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento»); e 6.4 («Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con i pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line»).

63 Vale la pena rilevare che le basi giuridiche del decreto non sembrano adeguatamente supportare una (ri)definizione del modello di assistenza territoriale. Vero, infatti, che il comma 169 sancisce che «...sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale». Tuttavia, anche volendo concedere che nessuno degli elementi portanti di tale modello di assistenza sia riferibile alla tutela della salute e che tutti tali elementi siano configurabili come specificazione dei livelli essenziali (e quindi, opportunamente specificati dalla norma secondaria), va rilevata una non perfetta sovrapposibilità tra le previsioni del DM n. 70/2015 e le macro aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, vigente al momento dell'entrata in vigore del comma 169. Da allora, tra l'altro è noto che il ruolo di quadro generale di riferimento del Piano sanitario nazionale sia andato attenuandosi e abbia perso coerenza, risultando nell'abbandono del Piano come strumento programmatico. *Infra*, para. 6.

l'uniformità delle prestazioni nel territorio<sup>64</sup>.

E in effetti, più aumenta il grado di specificazione (qualitativa, strutturale, tecnologica e quantitativa) degli standard di definizione dei livelli essenziali, più diventa difficile distinguere – in concreto – i limiti tra la potestà statale concorrente sulla tutela della salute e quella esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali, con la conseguente compressione degli spazi di autonomia organizzativa che il riformato Titolo V intendeva promuovere<sup>65</sup>.

Ciò sembra confermato anche dalla previsione di una ulteriore – più recente – base giuridica (in aggiunta al comma 169) per la definizione degli standard dei livelli essenziali: l'art. 1, comma 274, l. 30 dicembre 2021, n. 234 (*breviter*, comma 274) il quale prevede – adesso esplicitamente – la fissazione di standard *anche* organizzativi, (oltre che quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei) per l'assistenza territoriale. Non a caso, il comma 274 è specificatamente indicato tra le basi giuridiche del recente DM n. 77/2022 per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

---

<sup>64</sup> Corte cost., sentt. nn. 125/2015; 192/2017 (pur riconoscendo che «[l]a competenza statale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., [...] concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni; e solo in circostanze eccezionali, segnatamente quando ricorrano imperiose necessità sociali, può spingersi oltre...», specifica, subito dopo, che «la deroga alla competenza legislativa delle Regioni, in favore di quella dello Stato, è ammessa nei limiti necessari ad evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato»). Si veda anche Corte cost., sent. n. 231/2017 (in cui la Corte (ri)conferma che la competenza relativa alla definizione dei livelli essenziali è funzionale alla garanzia dell'eguale godimento delle prestazioni sul territorio nazionale. Nella stessa pronuncia, in presumibile controtendenza rispetto alla precedente decisione n. 125/2015, la Corte questa volta riconduce la fissazione del famigerato standard relativo alla riduzione dei posti letto nell'alveo delle competenze *ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost.*; negandone, quindi, l'inquadramento – che pure sembrava stabilito nella sentenza n. 125/2015 – nella potestà concorrente sulla tutela della salute).

<sup>65</sup> Corte cost., sent. n. 231/2017 (in cui la Corte ha riconosciuto che quando le disposizioni impugnate incidono simultaneamente su una pluralità di competenze tra loro inestricabilmente connesse, non si riesce a far prevalere una potestà piuttosto che un'altra; l'unico modo di ricomporre tale intreccio è ricorrere all'interpretazione conforme per trovare, ove possibile, un adeguato bilanciamento tra le esigenze unitarie – inclusa la garanzia dei livelli – e le prerogative delle Regioni). Analogamente, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 55 (in cui l'A. afferma che non è sempre semplice definire quanto delle scelte in materia di organizzazione sia qualificabile come principio fondamentale della materia; stante anche la tendenza del legislatore nazionale a dettare norme puntuali anche in quest'ambito. Inoltre, la l'esigenza di garanzia dell'uguaglianza, in alcuni casi, rischia di avere effetti troppo limitativi dell'autonomia regionale).

Possibilmente, quindi, gli spazi di autonomia organizzativa, in ambito sanitario, delineati dalla riforma del Titolo V, potrebbero essere sopravvissuti limitatamente o solo in parte; a fronte, invece, di una (probabile?) compressione dell'autonomia organizzativa delle Regioni, avallata dalla legislazione statale e dalla recente giurisprudenza costituzionale, con l'obiettivo di promuovere l'uniformità regionale in ambito sanitario.

Obiettivo, però, che i dati evidenziano *non* essere stato raggiunto.

### **5. Segue, (ulteriori) tendenze accentratrici: Piani di rientro sanitari e (dis)eguaglianze territoriali**

In base a quanto sopra esposto, è lecito (perlomeno) sollevare dubbi sull'effettiva portata, in generale, dell'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario. Tuttavia in alcuni casi, non possono residuare incertezze sulla sua effettiva compressione (*rectius*, soppressione). Il riferimento è ai cc.dd. Piani di rientro sanitari, ovvero i programmi di riorganizzazione, formalmente straordinari e di durata triennale, stipulati tra i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni in deficit<sup>66</sup>.

I Piani sanitari hanno l'obiettivo di aumentare l'efficienza tramite la razionalizzazione delle risorse (*rectius*, il taglio della spesa) e – significativamente – la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali in disavanzo<sup>67</sup>. Le specifiche caratteristiche di ogni riorganizzazione regionale sono sancite nelle norme contenute negli accordi operativi allegati, il cui grado di dettaglio appare talmente elevato da

---

<sup>66</sup> I Piani di rientro sanitari (ovvero, «i programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio») sono stati formalmente introdotti dall'art. 1, comma 180, l. 30 dicembre 2004, n. 311. Tuttavia, si segnala che già l'art. 19-ter, d.lgs. n. 502/1992 (introdotto dal d.lgs. n. 229/1999) sanciva la possibile limitazione dell'autonomia regionale in materia sanitaria, prevedendo l'intervento dello Stato allorché si presentassero disomogeneità qualitative nell'erogazione dei servizi e delle carenze strutturali di tipo finanziario. In argomento, A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, 2a ed., Pisa, 2024.

<sup>67</sup> Per quanto applicati a realtà regionali difformi, è possibile rintracciare un contenuto, comune a tutti i Piani di rientro, che stabilisce: (i) la riorganizzazione della rete ospedaliera (e il contenimento della relativa spesa), soprattutto in ordine all'equilibrio tra offerta pubblica e offerta privata accreditata; (ii) il contenimento della spesa farmaceutica, e (iii) la diminuzione della spesa per il personale. *Ibidem*, 62 ss.

sembrare idoneo a (ri)mettere in discussione l'effettivo superamento dei sopramenzionati atti di indirizzo e coordinamento, ritenuti (troppo frettolosamente?) superati dalla riforma del Titolo V<sup>68</sup>.

I Piani, infatti, implicano la pressoché totale soppressione dell'autonomia organizzativa delle Regioni ad essi soggette. Tra l'altro, gli effetti dei Piani di rientro non si limitano all'autonomia organizzativa, ma impongono altresì una significativa riduzione anche delle competenze legislative delle Regioni interessate, per cui è previsto l'obbligo di eliminare ogni provvedimento legislativo regionale in contrasto con quanto previsto dal Piano, incluse – senza sorpresa, considerato l'obiettivo di riduzione della spesa – le iniziative volte ad ampliare la portata dei servizi erogati<sup>69</sup>.

L'attuale mappa dei Piani di rientro in vigore divide – drammaticamente – l'Italia del Nord (in cui *nessuna* Regione è sottoposta a Piano di rientro), dal Mezzogiorno, in cui praticamente *tutte* le Regioni (con le sole esclusioni della Basilicata e della Sardegna) sono soggette a Piani di rientro. Ad accrescere ulteriormente la gravità del divario, contribuisce anche constatare *sia* che, negli anni, solo un numero ridottissimo di Regioni ha completato con successo il percorso di rientro<sup>70</sup>; *sia* che, sebbene formalmente triennali, i Piani durano, sostanzialmente, *sine die*<sup>71</sup>. Differenziando vistosamente l'autonomia (non solo organizzativa)

68 In argomento, E.S. CASTORINA, *La riforma del Titolo V della Costituzione: Quadro riassuntivo e aspetti problematici della legge costituzionale 18 ottobre 2001*, in *Annuali seminario giuridico*, 3/2003, 26 ss.

69 La Corte costituzionale si è più volte pronunciata sugli (eventuali?) confini del coordinamento statale in ambiti di competenza legislativa concorrente (tutela della salute e contenimento della spesa pubblica) in presenza di Piani di rientro, sancendo la prevalenza del principio di coordinamento della finanza pubblica (e l'elevato grado di dettaglio dei Piani) sull'autonomia organizzativa regionale dei servizi sanitari. Conseguentemente, la Corte ha precluso, alle Regioni sottoposte a piani di rientro, la possibilità di effettuare spese per erogare prestazioni *extra* rispetto ai livelli essenziali, ovvero incrementare non solo le prestazioni in essi non rientranti, ma anche la popolazione degli utenti che possono usufruire dei livelli essenziali. Si vedano ad esempio, Corte cost., sentt. nn. 193/ 2007; 217/2020; 104/2013; 190/2022; 142/2021; 166/2020; 134/2023.

70 Specificatamente tre: Liguria (sottoposta a Piano di rientro dal 6 marzo 2007 al 10 aprile 2010), Sardegna (dal 31 luglio 2007 al 31 dicembre 2010) e Piemonte (dal 29 luglio 2010 al 21 marzo 2017).

71 Il Lazio dal 28 febbraio 2007, l'Abruzzo dal 6 marzo 2007, la Campania dal 13 marzo 2007, il Molise dal 21 marzo 2007, la Sicilia dal 31 luglio 2007, la Calabria dal 17 dicembre 2009, e la Puglia dal 29 novembre 2010.

del sistema sanitario delle Regioni del Nord da quello delle Regioni del Mezzogiorno per periodi – nella maggior parte dei casi – quasi ventennali, appare chiara la (vistosa) rilevanza (*rectius*, l'inevitabile impatto) dei Piani di rientro nella sopra-contrattata (p)e(r)sistenza dei divari sanitari.

Specificatamente, appare immediatamente evidente la loro utilità “limitata”, in quanto – seppur possano risultare strumentali all'abbassamento del livello di spesa – essi si rivelano inadeguati *sia* a porre le basi per un miglioramento duraturo dello specifico servizio sanitario regionale a cui si applicano (come dimostrato dalla loro durata sostanzialmente *sine die*), *sia* ad assicurare la tutela del nucleo essenziale del diritto della salute. Sembra, infatti, significativo rilevare che ben la metà (quattro su otto)<sup>72</sup> delle sopra-menzionate Regioni inadempienti nel 2023 nell'erogazione di LEA, sia *anche* sottoposta a Piani di rientro. Ciò considerato, non sembra possibile escludere che la prassi dei Piani di rientro possa contribuire ad *aggravare*, piuttosto che a *mitigare*, il divario sanitario tra le Regioni. Sembrerebbe, quindi, opportuno ripensare le caratteristiche dello strumento *non prevalentemente* (*non solo?*) in chiave di riduzione della spesa; *ma anche* di effettiva tutela.

## 6. L'effettività della tutela e il (mancato) ruolo della programmazione

Come già menzionato, la riforma del Titolo V intende(va) promuovere l'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario, e tramite di essa il principio autonomistico<sup>73</sup>. Quest'ultimo costituisce certamente un principio fondamentale del disegno repubblicano, *non solo* come strumento per l'allocazione delle competenze tra i livelli di governo (con la valorizzazione di quelli sub-statali)<sup>74</sup>,

---

72 Specificatamente, il Molise, l'Abruzzo, la Sicilia e la Calabria.

73 Sulle aspirazioni della riforma del Titolo V più o meno (ir)realizzate, *ex multis*, E. CARLONI, *La differenziazione attesa, la differenziazione praticata: spunti su autonomie regionali e digitalizzazione pubblica*, in *Ist. del federalismo*, 2/2023, 299 ss.

74 M.S. GIANNINI, *Il decentramento nel sistema amministrativo*, in AA.VV., *Problemi di amministrazione pubblica*, Bologna, 1958, 155 ss., ora in ID., *Scritti*, Milano, 2004, 154 ss.; F. BENVENUTI, *L'ordinamento repubblicano*, Padova, 1996; G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 1/2002, 85 ss. Per un approfondimento del principio di sussidiarietà orizzontale, B. GILIBERTI, *L'amministrazione condivisa: co-programmazione e co-progettazione nel Terzo settore tra autonoma iniziativa delle formazioni sociali e poteri delle pubbliche amministrazioni*, Intervento al Convegno nazionale Associazione italiana dei professori di diritto

*ma anche (soprattutto?)* come strumento di tutela dei diritti fondamentali<sup>75</sup>.

Ciò considerato, quanto sopra esposto in merito alla progressiva compressione dell'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario – fino alla sua sostanziale soppressione nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro – mortifica il disegno costituzionale *non solo* per (l'eccessiva?) “centralizzazione”, *ma anche (soprattutto?)* perché neanche il “sacrificio” dell'autonomia organizzativa regionale si rivela in grado di garantire i diritti fondamentali; come emerge – in modo emblematico – dalla tendenziale coincidenza tra Regioni sottoposte a Piani di rientro e Regioni inadempienti nell'erogazione del nucleo essenziale del diritto alla salute costituito dai LEA.

In apparente controtendenza rispetto alla sopra-richamata propensione accentratrice, va segnalata la sostanziale rinuncia all'attività di programmazione dello Stato<sup>76</sup>; invero mai davvero sviluppata (almeno, fino al recente interessamento post-pandemico di stampo unionale), sebbene probabilmente indispensabile a garantire – seppur in un contesto maggiormente “regionalizzato” – il raggiungimento di obiettivi comuni (*rectius*, di tutele fondamentali)<sup>77</sup>.

---

amministrativo “Lo spazio della pubblica amministrazione. Vecchi territori e nuove frontiere”, Università degli Studi di Napoli Federico II, 29-30 settembre 2023, ora in *PA Persona Amministrazione*, 1/2024, 417 ss. Per un'analisi del principio di sussidiarietà orizzontale ai tempi della crisi pandemica, A. BARONE, *Emergenza pandemica, precauzione e sussidiarietà orizzontale*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2020, 185 ss.; ID., *Brevi riflessioni su valutazione scientifica del rischio e collaborazione pubblico-privato*, in *Federalismi.it*, aprile 2020.

<sup>75</sup> V. OTTAVIANO, *Cittadino e amministrazione nella concezione liberale*, cit.; *Appunti in tema di amministrazione e cittadino nello Stato democratico*; A. BARONE, *L'organizzazione amministrativa per lo sviluppo economico e sociale nel pensiero di Vittorio Ottaviano*, in *Dir. amm.*, 2/2024; 323 ss.; L.R. PERFETTI, *I diritti sociali. Sui diritti fondamentali come esercizio della sovranità popolare nel rapporto con l'autorità*, in *Dir. pubbl.*, 2013, 61 ss.; più di recente, ID., *Le Regioni tra poteri e società*, cit.; A. BARONE, *Populismo securitario e sovranismi locali*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2025, 37 ss. Si rimanda anche alla già citata sentenza della Corte cost., n. 383/1998 («organizzazione e diritti sono aspetti peculiari della stessa materia, l'una e gli altri implicando e condizionandosi reciprocamente»; «non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata ai diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione»).

<sup>76</sup> In argomento, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 90 (in cui l'A. sottolinea che il legislatore statale tende a lasciare margini di differenziazione più ampi su aspetti strategici e di principio; e a dettare, invece, norme di organizzazione anche puntuale relative a profili più strettamente gestionali).

<sup>77</sup> In generale sulla programmazione, I.M. MARINO, *Aspetti giuridici della programmazione: programmazione e mete sociali*, in *Dir. e soc.*, 1/1990, 21 ss.; ID., *La programmazione come*

Il tradizionale strumento di programmazione sanitaria era il Piano sanitario nazionale, già disciplinato dalla l. n. 833/1978 che collocava la funzione programmatoria al centro del funzionamento del sistema sanitario<sup>78</sup>. Tuttavia, è nota la sostanziale rinuncia, del legislatore nazionale, alla funzione programmatoria. Basti pensare che la programmazione nazionale non giunse mai a compimento in vigore della legge n. 833/1978 (e pertanto, neanche le conseguenti programmazioni regionali); circostanza che contribuì alla progressiva crisi di funzionamento del sistema per sfociare, infine, nelle riforme degli anni Novanta.

Anche nel riformato contesto degli anni Novanta e di ripensamento operato dal d.lgs. n. 502/1992, la programmazione sanitaria ha continuato a collocarsi *formalmente* al centro del sistema sanitario. Tuttavia, *sostanzialmente* si registra un continuato decennio di scarsi successi programmatori, a cui certamente non giovarono *né* la diffusa sfiducia – di stampo neoliberale – nelle virtù delle programmazioni (non solo) economiche<sup>79</sup>, *né* la maggiore attenzione alla riduzione

---

«sistema giuridico», in *Dir. e soc.*, 3/1990, 427 ss. (ora entrambi in A. BARONE (a cura di), *I.M. Marino. Scritti giuridici*, cit., rispettivamente 681 ss., 719 ss.); M.S. GIANNINI, *Pianificazione*, in *Enc. dir.*, Milano, 1983, 629 ss.; ID., *Il pubblico potere. Stati e amministrazioni pubbliche*, Bologna, 1986, 130 ss.; F. BENVENUTI, *Appunti di diritto amministrativo*, Padova, 1959, 130 ss.; V. SPAGNUOLO VIGORITA, *Attività economica privata e potere amministrativo*, Napoli, 1962, 268 ss.; V. BACHELET, *Legge, attività amministrativa e programmazione economica*, in *Giur. cost.*, 1961, 904 ss. Più di recente, F. CIMBALI, *Il tempo della pianificazione territoriale*, Bari, 2019; M. D'ORSOGNA, *Pianificazione e programmazione*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Milano, 2006, 4298 ss.; R. DIPACE, *L'attività di programmazione come presupposto di decisioni amministrative*, in *Dir. e soc.*, 4/2012, 648 ss. In particolare sulla programmazione sanitaria, R. CAVALLO PERIN, *Ragionando come se la digitalizzazione fosse data*, in *Dir. amm.*, 2/2020, 307 ss.; N. RANGONE, *Le programmazioni economiche. L'intervento pubblico tra piani e regole*, Bologna, 2007, spec. 103 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2020, 192 ss. Sull'influenza dei mutamenti istituzionali sul concetto di programmazione, G. DELLA CANANEA, *Gli atti amministrativi generali*, Padova, 2000, 60 ss.; F.G. SCOCA, *Attività amministrativa*, in *Enc. dir.*, Milano, 2002, 79 ss.

<sup>78</sup> Nella legislazione del 1978, la sequenza della programmazione partiva da quella economica nazionale (riferita, quindi, *non* unicamente alla sanità). Il Piano sanitario nazionale (da approvare con legge) avrebbe dovuto individuare: le linee generali di indirizzo, le misure precettive necessarie alla sua attuazione, gli strumenti di verifica, i (già allora esistenti) livelli di assistenza, la consistenza del fondo sanitario, le indicazioni per il relativo riparto tra le Regioni, etc. Al Piano sanitario nazionale avrebbero dovuto fare seguito i Piani sanitari regionali contenenti misure attuative.

<sup>79</sup> In argomento, si ritengono insuperabili le riflessioni Foucaultiane sulla «fobia di stato» e sulle politiche sociali, M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France 1978-1979*, Milano, 2015.

della spesa pubblica<sup>80</sup>. Si arriva così alla riforma del Titolo V.

Sebbene, come più volte rimarcato, la riforma sottenda una significativa valorizzazione delle competenze regionali, va sottolineato che – specificatamente in ambito sanitario – la novella costituzionale *non* può essere intesa come legittimazione della rinuncia *tout court* dello Stato ad esercitare – magari in modo più “concertato” – la propria funzione programmatrice. In altre parole, la (legittima) programmazione non va assimilata agli atti di indirizzo e coordinamento che invece non trovano più collocazione alla luce del riformato Titolo V. Al di là, infatti, della competenza statale esclusiva per la fissazione dei livelli essenziali, il novellato art. 117 Cost. affida la competenza legislativa, riferita alla tutela della salute, in modo *concorrente* tra Stato e Regioni; da cui non può non derivarsi la continua (ta) legittimità – ed opportunità – dell’attività di programmazione statale, come tra l’altro sembra indicare anche la giurisprudenza costituzionale<sup>81</sup>.

Ciò nonostante, è continuata a mancare un’efficace attività di programmazione sanitaria nazionale<sup>82</sup>. In proposito, si segnala lo svuotamento dei precedenti Piani sanitari *sia di reale significato*, basti considerare che il più recente Piano

---

80 Per interessanti riflessioni sul rapporto tra economia e diritto, R. MANFRELLOTTI, *Potere economico e Costituzione materiale*, Intervento al Convegno annuale dell’Associazione italiana dei costituzionalisti “Democrazia, oggi”, Università di Modena, 10-11 novembre 2017, ora in *Rivista AIC*, 3/2018, 229 ss., spec. 230 ss.

81 La Corte costituzionale ha riconosciuto come legittima l’adozione, da parte dello Stato, del Piano sanitario nazionale contenente funzioni di governo dell’intero sistema. In merito, la Corte sottolinea la necessità di salvaguardare la natura partecipata del procedimento, attraverso l’intesa da raggiungersi in Conferenza Stato-Regioni. La sent. n. 134/2006 ha, infatti, dichiarato incostituzionale il testo originario del comma 169 nella parte in cui prevedeva l’adozione del regolamento dopo aver, meramente, «sentito» la Conferenza Stato-Regioni, anziché «previa intesa» con la medesima. Poiché il comma 169 sanciva «la medesima procedura» per «l’individuazione delle tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale», si estende, procedendo a “rime obbligate”, l’obbligo dell’intesa anche alle parti del regolamento del Ministro della salute riferite all’individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi. Infatti, nell’interpretazione della Corte cost., il sistema delle Conferenze (e più in generale, il principio di leale collaborazione) è uno dei tratti caratterizzanti della riforma del 2001; in proposito, Corte cost., sent. n. 351/2016; F. CORTESE, *Spigolatura sul sistema delle Conferenze e sulle sue magnifiche sorti e progressive: una retrospettiva, un punto di vista e un auspicio*, in *Le Regioni*, 1-2/2017, 119 ss.

82 Alla quale sembra aver – almeno momentaneamente – sopperito l’Unione europea, nel periodo post-pandemico, con il relativo ripensamento (anche in chiave più digitale) dei sistemi sanitari degli Stati membri e lo stanziamento di ingenti fondi per facilitarne la ripresa e la resilienza.

adottato risale al triennio 2006-2008 (!); *sia di reali contenuti*, laddove numerose scelte che erano originariamente formulate nel Piano, sono state “spostate” ad altri momenti di confronto tra i livelli di governo. Così è per i LEA (adesso fissati con decreto governativo, previa intesa Stato Regioni), ma anche per le scelte di finanziamento della politica sanitaria (tra l'altro, spesso reindirizzate all'interno del federalismo fiscale<sup>83</sup>).

Al sostanziale abbandono del Piano sanitario è corrisposta l'adozione di altri strumenti dall'apparente aspirazione programmatoria. Il riferimento è *in primis* ai Patti per la salute che però – certamente – non sono configurabili come strumenti di programmazione, in quanto si rivela(va)no principalmente orientati ad una maggiore efficienza nell'impiego delle risorse<sup>84</sup>. Ad ogni modo, anche questo strumento risulta abbandonato, considerato che il più recente Patto per la salute risale al triennio pre-pandemico 2019-2021 (!).

Rilevante appare, invece, che alla sostanziale rinuncia della funzione programmatoria e all'effettivo abbandono dei principali strumenti<sup>85</sup> che potessero avere una valenza in tal senso, ha fatto da contraltare l'uso dei già citati Piani di rientro sanitari. I Piani di rientro – evidentemente – non possono essere considerati strumenti di programmazione, in quanto essenzialmente diretti al contenimento della spesa e alla razionalizzazione dei costi. Ciò considerato, risulta particolarmente emblematico che i più efficaci (*rectius*, gli unici superstiti) strumenti di ripensamento delle scelte organizzative regionali e dell'impiego delle risorse siano quelli che *non solo* sono prevalentemente diretti al “mero” contenimento dei

---

83 Come noto, negli anni Novanta, il processo di decentramento sperimentato nella tutela della salute non si è, infatti, limitato all'autonomia amministrativa e funzionale, ma si è spinto oltre, realizzando prime forme di autonomia fiscale. Sono da leggere in tale direzione l'introduzione dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef nel 1997, due tributi pensati proprio per finanziare proprio la spesa sanitaria regionale.

84 Fra le finalità del Patto è generalmente ricompreso anche il miglioramento della qualità dei servizi. Ciò nonostante, la sua funzione principale è garantire l'unitarietà del sistema nell'impiego delle risorse economiche per la sostenibilità del servizio. A tal fine lo scopo è realizzare un contenimento della spesa pur nella – per lo meno dichiarata – garanzia del pieno soddisfacimento dei bisogni di salute. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 137.

85 Sopravvive una serie di piani secondari finalizzati *sia* al coordinamento di attività sanitarie (*e.g.*, piano pandemico, piano nazionale delle cronicità, piano nazionale dei tempi di attesa, etc.), *sia* alla ricerca (*e.g.*, programma nazionale di ricerca sanitaria, programma nazionale valutazione esiti, etc.).

costi, *ma anche* che i dati sul monitoraggio dei LEA rivelano tendenzialmente incapaci di tutelare, in modo sufficiente, il diritto alla salute.

### 7. La “promessa” della telemedicina (e la sua progressiva integrazione nel sistema sanitario nazionale)

Quanto sopra esposto rivela criticità *sia* nell'effettiva tutela della salute, *sia* nella concreta realizzazione del principio autonomistico che pure si era voluto valorizzare con la riforma del Titolo V<sup>86</sup>. È in questo contesto che la tutela della salute (e dei relativi LEA) si appresta ad essere sempre più ripensata – e finanche, diversamente declinata – dall'avvento delle nuove tecnologie digitali (*e.g.*, la telemedicina, ma anche l'intelligenza artificiale<sup>87</sup>) che promettono importanti miglioramenti in termini di efficienza *sia* nella diagnostica, *sia* nella concreta erogazione delle prestazioni sanitarie<sup>88</sup>.

In particolare, la telemedicina spesso si associa ad aspettative (*rectius*, speranze) di riduzione del divario sanitario inter-regionale. Infatti, oltre che per gli auspicati benefici in termini di maggiore efficacia ed efficienza, la telemedicina viene indicata come possibile propulsore della sanità territoriale, in quanto ido-

86 Per un bilancio sulla riforma del Titolo V, G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, 629 ss.

87 Al riguardo, si segnala che la recente l. n. 132/2025 sull'intelligenza artificiale contiene una norma specifica per regolamentarne l'utilizzo in ambito sanitario, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di soluzioni tecnologiche avanzate a supporto della diagnosi precoce, del monitoraggio dei pazienti e dell'efficacia terapeutica (art. 7), fermo restando il principio per cui i sistemi di intelligenza artificiale devono essere di supporto al medico, senza mai sostituirsi alla decisione clinica umana. Sulla c.d. riserva di umanità, G. GALLONE, *Riserva di umanità e funzioni amministrative*, Milano, 2023. Si segnala anche l'avvio (nell'ambito della Missione 6 del PNRR), da parte di Agenas, della Piattaforma MIA (*i.e.*, Medicina & Intelligenza Artificiale) che si propone di promuovere l'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario, specialmente nelle aree della: (i) attività diagnostica di base (per fornire suggerimenti su diagnosi, esami da effettuare e indicazioni su percorsi terapeutici iniziali); (ii) gestione della cronicità (per offrire strumenti per il monitoraggio personalizzato dei pazienti con patologie croniche); e (iii) prevenzione e promozione della salute (per visualizzare le campagne di sensibilizzazione attive a livello nazionale e regionale, supportare l'identificazione dei pazienti idonei a programmi di *screening* e vaccinazione, e fornire suggerimenti personalizzati in base ai fattori di rischio individuali). Sull'avvio e il funzionamento della Piattaforma MIA, M. BARTOLONI, *L'intelligenza artificiale sbarca negli studi dei medici di famiglia*, in *Il sole 24 ore*, 13 gennaio 2026, 22.

88 In argomento, M. MATASSA, *Colmare i divari. Come le nuove tecnologie promettono di rivoluzionare la sanità italiana*, in *Federalismi.it*, aprile 2025; V. DI CAPUA, *AI and Disease Diagnosis: Legal Aspects*, in *Corti supreme e salute*, 1/2024, 343 ss. Si segnala anche la rubrica Technology Quarter della Rivista *The Economist*, edizione del 30 marzo 2024, dedicato alla sanità digitale. Più di recente, nella stessa Rivista, *How Labour should save the NHS. Among all its ideas, the most important is to go all-in for digital transformation*, 29 maggio 2025.

nea *sia* a garantire servizi in aree fortemente disagiate (e.g., piccole isole<sup>89</sup>), *sia* a valorizzare la casa del paziente come primo luogo di cura<sup>90</sup>. Significative (sebbene, più incerte nel breve periodo) sono anche le promesse della telemedicina in termini di risparmio per la spesa pubblica<sup>91</sup>.

Nello specifico, la telemedicina indica le pratiche mediche “a distanza”, ovvero caratterizzate dalla presenza non contestuale medico-paziente, che interagiscono attraverso sistemi di comunicazione digitale<sup>92</sup>. Tale pratica è stata specificatamente riconosciuta, a livello giuridico-ordinamentale, già nel 2014, con le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di servizi di telemedicina<sup>93</sup>; e successivamente ulteriormente delineata nelle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina del 2020<sup>94</sup>. Tuttavia, è certamente l'esperienza pandemica che ha impresso un'accelerazione all'integrazione della telemedicina nel sistema sanitario nazionale, favorita *sia* dalla generale diffusione delle esperienze da remoto, *sia* dagli (ingenti) fondi del PNRR specificatamente destinati alla telemedicina<sup>95</sup>.

---

89 F. SAITTA, *La tutela della salute nelle isole minori: il punto della situazione*, in *Sanità pubbl. priv.*, 2017, 5 ss.; V. MOLASCHI, *La tutela della salute nelle periferie: problemi e prospettive di intervento*, in *Nuove autonomie*, 3/2016; 455 ss.

90 *Ex multis*, J.B. AUBY, *La digitalizzazione come motore dell'evoluzione dell'organizzazione della pubblica amministrazione*, in *Ist. del federalismo*, 2/2023, 389 ss.

91 In argomento, si veda, M. CAMPAGNA, *Linee guida per la telemedicina: considerazioni alla luce dell'emergenza covid 19*, in *Corti supreme e salute*, 3/2020, 599 ss.; L. FERRARO, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Diritto dell'informazione informatica*, 2022; F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2020; A.M. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, 2021; A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Dir. amm.*, 3/2024, 721 ss. Per un'analisi divulgativa, The Economist, *Can artificial intelligence make health care more efficient?*, 27 marzo 2024.

92 Sugli aspetti comparati della telemedicina, si veda la sezione monografica della Rivista *European Review of Digital Administration & Law (Erdal)*, 1/2023, a cura di M.B. Andreu Martínez - V. Molaschi - O. Renaudie.

93 Approvate tramite intesa dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2014, Rep. Atti n. 16/CSR.

94 Adottate, con Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 Rep. Atti n. 215/CSR.

95 Attività previste dal PNRR Missione 6 (salute) Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) e Componente 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario).

È proprio su impulso della ripresa e resilienza auspicata (*rectius*, delineata) dal PNRR che, nel 2022, vengono emanati ulteriori decreti che intendono integrare la telemedicina nel sistema sanitario nazionale, ovvero: il già-menzionato DM n. 77/2022 (che introduce standard di telemedicina all'interno del modello dell'assistenza territoriale)<sup>96</sup>; le Linee guida organizzative del modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (che parimenti include le prestazioni di telemedicina)<sup>97</sup>; e le ulteriori Linee guida per i servizi di telemedicina<sup>98</sup>. Queste ultime, identificano (*rectius*, circoscrivono) le prestazioni di telemedicina da finanziare con le risorse del PNRR, in modo omogeneo a livello nazionale, in termini di: (a) televisita; (b) teleconsulto; (c) telemonitoraggio; e (d) teleassistenza. Queste tele-prestazioni sanitarie sono state, a loro volta, più recentemente oggetto di documenti analitici ad opera dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, (*breviter*, Agenas), sul modello di erogazione specifico per ciascuna tele-prestazione<sup>99</sup>.

Inoltre, prosegue il percorso, diretto da Agenas, di predisposizione ed avvio della c.d. Piattaforma (o infrastruttura) nazionale di telemedicina che mira – tra l'altro – a favorire l'implementazione omogenea dei percorsi di telemedicina su

---

<sup>96</sup> Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

<sup>97</sup> Ministero della Salute, Decreto 29 aprile 2022.

<sup>98</sup> Ministero della Salute, Decreto del 21 settembre 2022.

<sup>99</sup> I quattro documenti si riferiscono, ciascuno, ad una delle quattro tele-prestazioni sanitarie per come definite dall'Accordo Stato, Regioni e Province Autonome del 17 dicembre 2020, Rep. Atti n. 215/CSR; ovvero: (i) teleassistenza, atto professionale-sanitario che si realizza attraverso un'interazione a distanza tra il professionista e il paziente o *caregiver*, con l'obiettivo di sostenere la gestione della condizione di salute, promuovere il benessere e garantire la continuità assistenziale nel contesto domiciliare o di vita; (ii) teleconsulto, atto medico – sincrono a asincrono – in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, condivisi per via telematica; (iii) televisita, atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*, limitata alle attività di controllo di paziente la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza; e (iv) telemonitoraggio e telecontrollo, prestazioni medico-assistenziali svolte secondo una sequenza strutturata in base alle necessità dei pazienti, con la differenza che il telecontrollo monitora l'andamento di una condizione clinica perlopiù stabile, come tipico delle patologie croniche; mentre il telemonitoraggio è destinato a patologie già diagnosticate e a rischio di evoluzione rapida.

tutto il territorio nazionale<sup>100</sup>. In proposito, il 30 settembre 2022 è stato emanato il Decreto del Ministero della salute contenente le Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina, ovvero le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale e i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale. Inoltre, seppur ancora in fase di avvio, la Piattaforma nazionale di telemedicina è stata presentata da Agenas in un evento dedicato, tenutosi il 4 febbraio 2025.

## 8. Telemedicina e tendenze accentratrici

Si è segnalata la tendenza a un progressivo “sconfinamento” del legislatore nazionale nell'autonomia organizzativa delle Regioni che la riforma del Titolo V intendeva, invece, valorizzare. In tale contesto, l'avvento della telemedicina (ma anche più in generale, della digitalizzazione sanitaria) assottiglia – inevitabilmente – il (già labile) confine tra competenza statale e autonomia regionale – basti pensare alla difficoltà di discernere con precisione gli standard *organizzativi*, dagli standard – in particolare – *tecnologici*<sup>101</sup>. Tanto più che l'inevitabilità dello sconfinamento è ormai sancita, anche giuridicamente, dal sopra-menzionato comma 274 che fornisce l'ulteriore base giuridica (in aggiunta al comma 169) per la fissazione, da parte dello Stato, di standard *anche* esplicitamente organizzativi, ritenuti sempre più indispensabili – anche dalla giurisprudenza costituzionale – ad assicurare uniformità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie<sup>102</sup>.

---

100 Altri sviluppi specifici hanno riguardato la tutela dei dati personali nelle pratiche di telemedicina. Al riguardo si segnala che il 16 gennaio 2025, il Garante per la protezione dei dati personali ha emesso parere favorevole allo schema di decreto del Ministro della Salute recante la disciplina dei trattamenti di dati personali nell'ambito della Piattaforma nazionale di telemedicina. Attualmente il decreto ha ricevuto il parere positivo anche dall'Agenzia per la cybersicurezza nazionale, nonché della Conferenza Stato-Regioni.

101 Sulle dinamiche di tipo – tendenzialmente centripeto – derivanti dal processo di digitalizzazione, E. D'ORLANDO - G. ORSONI, Editoriale, *La digitalizzazione e l'organizzazione della pubblica amministrazione*, in *Ist. del federalismo*, 2/2023, 279 ss.; P. FORTE, *Riflessioni sull'autonomia regionale al tempo della società tecnologica*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2025, 89 ss.

102 Cfr., la previsione dell'art. 3, comma 4 della recente l. 23 settembre 2025, n. 132, che – specificatamente in riferimento all'intelligenza artificiale – sancisce che: «L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale non deve pregiudicare [...] l'esercizio delle competenze e funzioni delle istituzioni territoriali sulla base dei principi di autonomia e sussidiarietà...».

La tendenza accentratrice è emblematicamente rappresentata dal ruolo affidato ad Agenas, in particolare per la predisposizione, avvio, gestione, monitoraggio e valutazione della Piattaforma nazionale di telemedicina che ha tra i suoi espliciti obiettivi *sia* facilitare la programmazione, il governo e lo sviluppo della sanità digitale; *sia* colmare il divario tra le disparità territoriali<sup>103</sup>.

L'avviamento della Piattaforma per la telemedicina è ancora in corso, pertanto sarà – evidentemente – necessario attenderne il concreto funzionamento per poter svolgere considerazioni (più) definitive sull'impatto della telemedicina sul divario sanitario inter-regionale. Ciò nonostante, va segnalato che i documenti provvisori immaginano che la Piattaforma funzioni in modo da poter garantire omogeneità territoriale, senza però ostacolare la capacità – e la possibilità – di differenziazione inter-regionale.

Nello specifico, si intende organizzare la Piattaforma in due componenti diverse: l'infrastruttura centrale, gestita da Agenas in modo da garantire interoperabilità ed uso di standard comuni<sup>104</sup>; e 21 infrastrutture regionali di telemedicina – di cui ciascuna Regione manterrà la rispettiva titolarità – preposte alla concreta erogazione delle tele-prestazioni sanitarie. Rimandando le riflessioni sul concreto raggiungimento dell'auspicato equilibrio tra uniformità e differenziazione (*rectius*, tra centralizzazione ed autonomia organizzativa) al futuro momento in cui la Piattaforma sarà pienamente operativa, sembra comunque possibile svolgere alcune considerazioni sulla “promessa” della telemedicina di *superare* (o perlomeno, *mitigare*) il divario sanitario.

## 9. Telemedicina e (dis)eguaglianze territoriali

---

103 Così è riportato nel sito di Agenas, <https://www.agenas.gov.it/pnrr/componente-1/telemedicina>.

104 È sempre Agenas a coordinare l'integrazione con gli altri ambiti della digitalizzazione sanitaria, specificatamente con: il fascicolo sanitario elettronico, e il c.d. ecosistema dei dati sanitari. Sul fascicolo sanitario elettronico, si rimanda a N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, novembre 2021. Sulla digitalizzazione dei dati (anche) sanitari, F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, Milano, 2023; R. DAGOSTINO, *La gestione dei dati nell'era digitale: un difficile bilanciamento fra esigenze di sicurezza, trasparenza e solidarietà*, in *PA Persona Amministrazione*, 1/2024, 555 ss.; S. TRANQUILLI, *Il nuovo citoyen européen nell'epoca del Data governance act*, in *Riv. digital politics*, 2022, 179 ss.

Come menzionato in apertura, l'avvento della telemedicina reca con sé la promessa di superare il divario sanitario inter-regionale. Realizzare tale promessa dipende – evidentemente – dalla possibilità che la tele-erogazione di (almeno alcune) prestazioni LEA possa contribuire ad assicurarne la garanzia, su tutto il territorio nazionale, in modo *integrale* (ovvero, in tutte e tre le tre macro-categorie di LEA, così da rendere *tutte* le Regioni adempienti nella relativa erogazione); e, auspicabilmente, anche in modo *uniforme* (ovvero, “accorciando” le distanze tra Regioni adempienti).

A tale proposito, è utile segnalare alcune caratteristiche dei progetti di tele-erogazione a cui si è data – recentemente – priorità di attuazione, sulla base del d.lgs. n. 29/2024 (recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane), a cui ha fatto seguito il Decreto di attuazione del 7 ottobre 2025 (Requisiti delle progettualità in materia di soluzioni di telemedicina per i grandi anziani), che impiega le risorse disponibili nell'ambito del PNRR, Missione 6 (Salute), Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), Investimenti 1 (Case della Comunità e presa in carico della persona), 2 (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) e 3 (Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture)<sup>105</sup>.

Si segnala che, seppur il titolo del decreto di attuazione faccia generico riferimento alla «telemedicina», la portata applicativa è più limitata *sia* dal punto di vista oggettivo (in quanto riguarda *non* la totalità delle possibili tele-prestazioni sanitarie, ma solo quelle che il paziente riceve *presso il proprio domicilio*, ovvero teleassistenza e telemonitoraggio)<sup>106</sup>; *sia* dal punto di vista soggettivo (in quanto si fa riferimento; alla «persona grande anziana», definita come ultra-ottantenne affetto da almeno una patologia cronica)<sup>107</sup>.

Nello specifico, si prevede che Agenas avvii la sperimentazione, della durata massima di 18 mesi, di tele-prestazioni sanitarie<sup>108</sup>. Al tal fine, il Decreto 7 ottobre

---

105 In riferimento, il 19 febbraio 2025 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto di Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della Missione 6, Component 1, del PNRR.

106 Decreto 7 ottobre 2025, art. 1, comma 1.

107 *Ibidem*; d.lgs. n. 29/2024, art. 9, comma 1.

108 Decreto 7 ottobre 2025, art. 3. I progetti pilota devono coinvolgere dai (minimo) 50.000 ai (massimo) 60.000 «grandi anziani»; raggiungendo così l'obiettivo PNRR M6C1-9 di assistere

2025 suddivide il territorio nazionale in tre macro-aree geografiche: Mezzogiorno (Campania, Puglia, Basilicata, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna), Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia e Trentino Alto Adige) e Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio ed Emilia Romagna)<sup>109</sup> e incarica Agenas di garantire l'avvio di almeno un progetto sperimentale per area, con coinvolgimento diretto delle Regioni<sup>110</sup>.

L'erogazione delle tele-prestazioni sanitarie sperimentali potrà essere effettuata, in coordinamento con le Asl, da: enti pubblici, privati accreditati, infermieri di famiglia e comunità, e la rete delle farmacie territoriali<sup>111</sup>. Agenas è incaricata di valutare e selezionare le proposte<sup>112</sup> e di monitorare la qualità e l'efficacia di quelle avviate<sup>113</sup>.

Pur tenendo presente che si tratta ancora “solo” dei *primi* (non certo, degli *unici*) progetti specifici di telemedicina a cui si darà avvio, sembra comunque possibile trarre alcune considerazioni dalla priorità che è stata loro attribuita. Non sembra, infatti, irrilevante la scelta di dare inizialmente avvio a sperimentazioni riservate a una fascia specifica (*rectius*, limitata) di popolazione, ovvero: gli ultraottantenni affetti da malattie croniche; scelta che certamente sottende l'auspicio di migliorare le condizioni di trattamento dei pazienti evidentemente più fragili, ma che rinuncia alla possibilità di avviare con maggiore tempestività la tele-erogazione di prestazioni sanitarie in quadri clinici meno complessi che potrebbe – almeno potenzialmente – beneficiare un maggior numero di utenti-pazienti. Basti pensare al vantaggio, quasi immediato, che potrebbe avere l'erogazione di televisite per sopperire ai tempi di attesa – indubbiamente eccessivi – per le visite diagnostiche e gli esami specialistici<sup>114</sup>.

---

almeno 300.000 cittadini entro la fine del 2025.

109 Decreto 7 ottobre 2025, art. 2.

110 *Ibidem*, art. 2, comma 5.

111 *Ibidem*, art. 3; d.lgs. n. 29/2024, art. 9, comma 4.

112 *Ibidem*, art. 4.

113 *Ibidem*, art. 5.

114 In proposito, si segala la disponibilità dei dati ufficiali sui tempi di attesa per visite diagnostiche ed esami specialistici, recentemente raccolti nella Piattaforma nazionale delle liste di attesa, istituita dall'art. 1 della l. 29 luglio 2024, n. 107, e resi disponibili attraverso il Portale della trasparenza di Agenas. I dati confermano che i tempi di attesa massimi (stabiliti in base all'urgenza) sono rispettati *solo* per metà delle prestazioni. Tuttavia, va segnalato che i dati disponibili sono (ancora) limitati e presentati solo a livello nazionale. La l. n. 107/2024 prevede,

Ma non solo.

La scelta di dare priorità alle tele-prestazioni erogabili a beneficio delle «persone grandi anziane» potrebbe *non* avere un effetto “neutro” sul già-esistente divario sanitario inter-regionale, considerato che – come evidenziato dai dati sopra-menzionati sull’aspettativa di vita – gli ultraottantenni non sono omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale, ma piuttosto vivono maggiormente nelle Regioni che tendenzialmente (già) totalizzano i punteggi più alti nel monitoraggio dei LEA.

Anche tenendo in considerazione la sopra-citata suddivisione geografica, l’esistente disomogeneità anagrafica non sembra poter escludere che le condizioni (più svantaggiate) del Mezzogiorno possano influire sulle caratteristiche (finanche, sulla qualità) delle tele-sperimentazioni a cui si è data priorità di avvio. Così come sembra ragionevole presumere che sull’efficacia delle tele-sperimentazioni possano influire *anche* altre caratteristiche, tendenzialmente di maggior disagio economico-sociale, tipiche dell’utenza del Mezzogiorno, rispetto a quella del resto del Paese<sup>115</sup>.

A tal proposito, sembra anche utile segnalare che le Linee guida per i servizi di telemedicina<sup>116</sup> – che costituiscono una delle basi giuridiche di tutti i decreti di progressiva realizzazione delle prestazioni di telemedicina – subordinano l’uso della telemedicina, da parte dei pazienti, ad una «valutazione di eleggibilità» che va oltre il tradizionale giudizio degli aspetti clinici di competenza del medico, per comprendere anche l’ulteriore valutazione (non specificato a giudizio di chi) di

---

inoltre, l’istituzione di un Organismo nazionale di vigilanza sull’erogazione delle prestazioni e sul sistema di gestione delle liste da parte delle Regioni, con la possibilità (in caso di continue irregolarità) di sostituirvisi. Per articoli divulgativi in argomento, M. BARTOLONI - B. GOBBI, *Liste d’attesa, ecco la mappa: anche 800 giorni per un esame*, in *Il sole 24 ore*, 15 febbraio 2026, 1 e 3; B. GOBBI, *Liste d’attesa: i poteri sostitutivi sono un’arma ancora spunta*, in *Il sole 24 ore*, 17 febbraio 2026, 19.

115 La maggiore incidenza di disagio nel Mezzogiorno è dimostrata dal sopra-menzionato indice di disagio sociale recentemente introdotto come criterio di ripartizione della quota indistinta del Fondo sanitario nazionale. In tal senso sembra suggerire anche la circostanza che sostanzialmente tutte le Regioni del Mezzogiorno (ad esclusione della Basilicata e della Sardegna) siano attualmente sottoposte a Piani di rientro.

116 Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022, Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio.

eleggibilità «tecnologica e culturale», atta a verificare *sia* l' idoneità tecnologica del paziente, *sia* la dotazione tecnologica di cui dispone<sup>117</sup>.

Ovvero, si prospetta, in concreto, la possibilità che la telemedicina (o per lo meno le tele-erogazioni sanitarie a cui si sta dando prioritariamente l'avvio) sarà usufruibile esclusivamente dai cittadini provvisti di adeguata idoneità e dotazione tecnologica, elemento che già di per sé presenta taluni profili di criticità in relazione proprio all'esigenza di uniformità, specialmente se si considera – come sembra lecito presumere – che nelle Regioni del Mezzogiorno potrebbe essere collocata la maggior parte degli utenti inidonei.

In altre parole, la valutazione di eleggibilità per l'uso dei servizi di telemedicina rischia, nel suo funzionamento concreto, di andare in direzione opposta all'esigenza di uniformità territoriale nell'erogazione dei LEA (ma in fondo, delle prestazioni sanitarie in generale), inasprendo proprio le disuguaglianze sostanziali da rimuovere *ex art. 3, comma 2, Cost.*; e pertanto, divaricando il (p)e(r)sistente divario nel comparto sanitario. Tali criticità, tra l'altro, risultano ulteriormente aggravate dalla mancata individuazione della figura professionale che, valutando l' idoneità tecnologica, agisce, di fatto, da *gatekeeper* nell'erogazione dei servizi di telemedicina.

Infatti, la disomogeneità inter-regionale (*i.e.*, la pre-esistenza del divario sanitario) tende a favorire *prevalentemente (unicamente?)* gli utenti più competenti (in numero presumibilmente minore nel Mezzogiorno) ad usare i servizi di telemedicina e/o trarne maggiore vantaggio per la propria salute. Di fronte alla disomogeneità territoriale di partenza, neanche la (ulteriore?) “mera” fissazione di

---

117 Linee guida, All. A, Sez. 1 («Affinché un assistito possa usufruire dei servizi di telemedicina [...] quest'ultimo deve risultare eleggibile dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un caregiver, qualora necessario [...]. [È] necessario valutare se l'assistito è “arruolabile” per questa tipologia di prestazioni. L'eleggibilità clinica è a giudizio insindacabile del medico, che, in base alle condizioni cliniche e sociali del paziente, valuta se proporre al paziente i servizi di telemedicina (ad esempio, una visita di controllo in modalità televisita). Saranno, inoltre, valutate sia l' idoneità che la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone (es. smartphone con caratteristiche adeguate all'istallazione di specifiche app per la televisita), e la capacità di utilizzo degli appositi kit per la telemedicina. In quest'ultimo caso può anche essere necessario un sopralluogo per verificare le caratteristiche fisiche, impiantistiche ed igieniche del domicilio del paziente. Contestualmente andranno verificati gli aspetti connessi con la digital literacy del paziente e/o del caregiver al fine di valutare l'appropriatezza dei dispositivi e il grado di autonomia nell'uso»).

standard di telemedicina, uniformi per l'intero territorio nazionale, sembra in grado di bastare – da sola – a realizzare la promessa del *superamento* del divario sanitario, laddove “lasciare indietro” la popolazione meno idonea (presumibilmente, concentrata nel Mezzogiorno) potrebbe risultare – al contrario – in una dilatazione della distanza pre-esistente e, quindi, un ulteriore *peggioramento* del divario.

Ciò considerato, anche *al di là* del caso specifico delle tele-prestazioni prioritarie per i grandi anziani, la valutazione di adeguatezza (potrebbe) esacerba(re) la – fisiologica – tendenza della telemedicina ad essere più agevolmente usufruita da talune fasce di popolazione (*i.e.*, giovani, persone già in possesso di competenze tecnologiche e digitali e quindi presumibilmente più istruite e/o facoltose); in tal modo le pre-esistenti differenze (tecnologiche, culturali e di dotazione), tra gli utenti potrebbero – perversamente – favorire proprio l'ulteriore inasprimento delle diseguaglianze sostanziali, che è lecito presumere ricalcheranno (*rectius*, scaveranno ancora più profondamente) i (p)e(r)sistenti divari regionali.

Pertanto, considerata la pre-esistenza del divario, per mantenere la promessa dell'omogeneità *sostanziale* della tutela della salute potrebbe non essere sufficiente la “mera” fissazione di standard *formalmente* omogenei relativi (anche) all'uso della telemedicina. Piuttosto, di fronte a un servizio il cui utilizzo richiede nuove (*rectius*, più sofisticate) idoneità e dotazioni (tecnologiche, e non solo), la “mera” uniformità formale delle condizioni di prestazione del servizio – fissata, e finanche monitorata e valutata a livello centrale – potrebbe *aumentare* (piuttosto che *diminuire*) il divario sanitario; finendo, quindi, per rivelarsi – in concreto – uno strumento *nuovo* che, però, preserva una sorte *antica*, ovvero: “il triste inganno a cui il Mezzogiorno è troppo abituato, quello delle promesse mai mantenute”<sup>118</sup>.

---

118 Il riferimento è alla celebre frase – riportata anche in apertura – pronunciata da Francesco Saverio Nitti durante la seduta dell'Assemblea costituente del 16 luglio 1946. La trascrizione integrale è consultabile sul portale storico della Camera dei Deputati, specificatamente [https://documenti.camera.it/\\_dati/Costituente/Lavori/Assemblea/sed005/sed005.pdf](https://documenti.camera.it/_dati/Costituente/Lavori/Assemblea/sed005/sed005.pdf), 58.