

## La territorializzazione della sanità: efficienza, sostenibilità e Stato di diritto

di Loredana Giani

### 1. Il paradigma dell'appropriatezza nella sanità territoriale

Il binomio localizzazione/efficienza rappresenta oggi uno dei nodi centrali della riflessione sulla sanità territoriale<sup>1</sup>: la localizzazione si pone come presupposto strutturale del modello, mentre l'efficienza - declinata, come si dirà nel prosieguo in termini di appropriatezza della prestazione erogata - ne rappresenta la promessa. Si tratta di un binomio che, sotto il primo profilo, costituisce il cardine della sanità territoriale, e, sotto il secondo, ne esprime il risultato teoricamente atteso, della localizzazione in termini di servizio.

Le tensioni intrinseche al rapporto emergono soprattutto nel passaggio dal piano teorico a quello applicativo, dove si intrecciano organizzazione del servizio sanitario, rapporto centro-periferia e vincoli finanziari che, evidentemente, condizionano gli investimenti sull'organizzazione, condizionando il risultato atteso.

In via preliminare, per cogliere la natura di tali tensioni, occorre fare qualche precisazione proprio con riferimento al concetto di efficienza, parametro che ha ispirato i numerosi interventi che hanno interessato il settore e che, nella prospettiva che si vuole proporre va rapportato a una dimensione che supera il solo profilo economico risultando essenziale assumere una prospettiva "sostanziale" riferita alla natura della prestazione. Si tratta di una questione affrontata da tempo dalla dottrina, sin dalle prime riflessioni sul decentramento amministrativo e sulla decantazione del principio di sussidiarietà nelle sue molteplici declinazioni, orizzontale, verticale e financo circolare<sup>2</sup>.

Si tratta di una dimensione sostanziale che presenta in astratto elementi positivi, in quanto riconosce un imprescindibile legame tra percezione del bisogno ed erogazione delle prestazioni che quel bisogno mirano a soddisfare, nonché tra territorio e diritti che su quel territorio in astratto dovrebbero atterrare. E la centralità di questa diversa dimensione emerge soprattutto alla luce della natura multifattoriale del bisogno, ancor più evidente quando si fa

---

<sup>1</sup> Sul punto cfr. V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *Ceridap*, 2, 2025, 36 ss.; Aa. Vv., *Verso una nuova sanità territoriale: le Case della Salute in Toscana come laboratorio di innovazione. Una valutazione del progetto alla vigilia della riforma del PNRR*, Firenze University Press, 2025; Aa. Vv., *La nuova via della sanità territoriale. PNRR, Decreto 77/2022, Legge 33/2023, Riforma del Terzo settore*, Maggioli, 2023; UPB, *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus 2/2023, L. Busatta, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenza di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi*, 26, 2023, 18 ss.; L. Oberisker, L. Sacchetti, *Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità*, Franco Angeli, 2022; C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, 2016.

<sup>2</sup> Per un inquadramento sistematico del principio di sussidiarietà nelle sue diverse declinazioni cfr. G. U. Rescigno, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. Pubb.*, 1, 2002, 5 ss.; A. Albanese, *Il principio di sussidiarietà orizzontale; autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. Pubb.*, 1, 2002, 51 ss.; A. D'Atena, *Costituzione e principio di sussidiarietà*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2002, 13 ss. In relazione alla dimensione circolare della sussidiarietà, cfr. S. Zamagni, *Sussidiarietà circolare e welfare di comunità*, in *Nuova Atlantide*, 8, 2023; Id., *Qualità medica e governo delle strutture sanitarie: l'alleanza pubblico-privato-civile*, in *Recenti progressi in medicina*, 10, 2023, 605 ss.

riferimento alla cura come pilastro su cui poggia lo stesso “progetto di vita”<sup>3</sup> (che si pone in linea con la prospettiva “paziente al centro del cambiamento”), che supera la dimensione riferita alla singola prestazione. Un orientamento sostanzialistico che evidenzia la diversa dimensione in cui la “efficienza” della prestazione viene intesa che va a sovrapporsi, concettualmente con quell’amministrazione di risultato<sup>4</sup>, cui si tornerà tra breve, che mira a garantire la appropriatezza dell’azione e dell’organizzazione amministrativa. E, muovendo da questo contesto, nel passaggio dal costruito teorico alla declinazione concreta intervengono molteplici di fattori che possono allontanare “l’idea” dal risultato. È in questo spazio, come detto, che si colloca il tema dell’appropriatezza, intesa come criterio idoneo a coniugare efficienza, organizzazione e tutela sostanziale del diritto alla salute<sup>5</sup>. Ciò risulta particolarmente evidente nella sanità territoriale, dove le criticità che allontanano la territorializzazione dal risultato atteso (appropriato) possono essere ricondotte in via schematica, a due ordini di fattori: da un lato vengono in rilievo i profili inerenti all’organizzazione, intesa nella sua dimensione macro (del servizio sanitario sul territorio), e micro (rispetto alla singola struttura); dall’altro il complesso, e tutt’ora irrisolto, rapporto

---

<sup>3</sup> La nozione di “progetto di vita” ha conosciuto una progressiva evoluzione nel diritto pubblico italiano, passando da una espressione di matrice prevalentemente socioassistenziale, riferita alla personalizzazione degli interventi in ambito sociosanitario, a categoria giuridica rilevante sul piano costituzionale, quale parametro di effettività dei diritti sociali e di integrazione tra prestazioni sanitarie, sociali e educative. In origine connessa alla disciplina della disabilità e alla logica della presa in carico individualizzata (v. l. n. 328/2000), la nozione ha assunto progressivamente una dimensione sistemica, trovando un significativo consolidamento nella giurisprudenza costituzionale – in particolare con la sentenza n. 275/2016 – che ha valorizzato il carattere personalizzato e non comprimibile delle prestazioni funzionali alla dignità della persona. Più di recente, il concetto è stato ulteriormente rafforzato nel quadro della riforma della disabilità (l. n. 227/2021) e nel dialogo con il diritto internazionale ed europeo, specie alla luce della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che pone al centro l’autonomia, l’inclusione e la piena partecipazione sociale. In dottrina, sul punto, cfr. C. Giaconi, N. Del Bianco, I. D’Angelo, L. Borsini, *Il Progetto di Vita nella cornice della Qualità di Vita: riflessioni critiche e prospettive di ricerca*, in *Education Sciences & Society*, 2/2025, 33 ss.; M. V. Zamponi, M. Albore, M. Ottaviani, F. Spadazzi, R. La Russa, G. Volonnino, G. Bolino, *Il nuovo panorama italiano nella tutela della disabilità alla luce del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62: innovazioni, criticità e prospettive future*, in *Rivista italiana di Medicina legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 3, 2025, 731 ss.; E. W. Di Mauro, *Il progetto di vita confluisce nella “legge” a tutela delle persone disabili. Prime riflessioni sulle criticità e potenzialità dell’istituto*, in *Diritto di Famiglia e delle Persone*, 1, 2025, 207 ss.; R. Zamperini, *Il decreto disabilità: una prima valutazione alla luce degli standard internazionali di tutela dei diritti umani*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 6, 2024, 2085 ss.

<sup>4</sup> Sul punto sia consentito rinviare all’analisi svolta in L. Giani, *L’amministrazione tra appropriatezza dell’organizzazione e risultato: spunti per una rilettura del dialogo tra territorio, autorità e diritti*, in *Nuove autonomie*, 3, 2021, 551 ss. e in particolare, in relazione alla rilevanza della dimensione organizzativa, 564 ss. ove si rileva che la logica della appropriatezza «si contrappone a quella della consequenzialità in cui “preferenze” e “aspettative” sono gli elementi che guidano i comportamenti e, dunque, inducono e legittimano una valutazione circa la razionalità degli stessi. In questo contesto, un dato centrale è rappresentato dalla garanzia di una “congruenza” della scelta con il dato sociale (...) la logica della appropriatezza da un lato presuppone che si abbiano sempre presenti i diritti e i doveri connessi alle relazioni di ruolo, dall’altro che si implementi la “consapevolezza” dei destinatari di queste azioni, del quadro valoriale e dei diritti di riferimento, ponendo, così, le basi per la costruzione di processi organizzativi e decisionali non improntati alla sola logica del calcolo costi/benefici che diviene uno degli elementi del contesto, ma non il determinante del contesto, che impone l’adozione di logiche diverse, quali la co-progettazione. Si tratta, evidentemente, di una visione che proietta la stessa organizzazione in una prospettiva diversa di garante dell’ordine istituzionale, ma anche della stabilità e prevedibilità dell’azione, senza pregiudicare quel naturale adattamento evolutivo anche dello stesso sistema. (...) In questa dimensione, dunque, l’organizzazione, intesa nella sua duplice accezione riferita al profilo strutturale e a quello delle competenze, distinte e allocate in ragione della complessità del sistema, è il riflesso di un condizionamento sistemico, in quanto frutto delle interazioni tra i diversi sistemi, «tra economia e scienza, tra politica e diritto, tra famiglie e religione», e si pone quale principale garante dello stesso superamento dei paradossi dei principi di libertà e uguaglianza, in quanto garante del pieno espletamento delle relative capacità inclusive», Id., *Dalla multilevel governance alla governance reticolare. Esigenze dei territori, capability e appropriatezza degli interventi*, in Aa.Vv., *Scritti in onore di Aldo Carosi*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021, 463 ss.

<sup>5</sup> In linea con questa impostazione cfr. A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2020, 37 ss. la quale osserva «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia» (40) sicché, nei diritti a prestazione, l’organizzazione non incide solo sulle modalità di godimento del diritto, ma sulla sua stessa configurazione.

conflittuale, già menzionata, tra dimensione finanziaria dell'amministrazione, che si colloca nel perimetro tradizionale dell'efficienza, e dimensione sostanziale della stessa.

L'analisi che segue non intende ricostruire in modo sistematico il quadro normativo, quanto piuttosto mettere in luce le tensioni strutturali tra localizzazione, efficienza, appropriatezza organizzativa e, dunque, risultato (servizio di cura) appropriato alla luce delle più recenti riforme, cercando di riflettere su alcuni nodi problematici derivanti dalla stratificazione di opzioni legislative ispirate a logiche divergenti, soprattutto con riferimento al rapporto centro-periferia e alla tensione strutturale tra vincoli finanziari e dimensione sostanziale del diritto alla salute.

La focalizzazione sul parametro dell'efficienza, generalmente e tradizionalmente riferito alla "attività", intesa come capacità di una struttura di raggiungere obiettivi prefissati, utilizzando le risorse disponibili in modo ottimale, cioè come capacità di raggiungere obiettivi prefissati attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili, secondo una logica costi-benefici, ha fatto sì che le scelte, strategiche e organizzative fossero dominate dal dato economico. Ma, e in questo la riflessione dottrinale lo ha ampiamente dimostrato nel corso degli anni di post-aziendalizzazione<sup>6</sup>, la visione della dimensione meramente economica dell'efficienza è certamente valida, ma inevitabilmente parziale, e rischia, come è stato, di far perdere di vista quegli elementi della "complessità" dell'azione amministrativa, tra i quali anche la presupposta dimensione organizzativa, sacrificata sull'altare della riduzione della spesa. Elementi che certamente hanno una valenza condizionante la stessa efficienza, palesando come essa non possa assurgere in via esclusiva a parametro dominante nel contesto di una organizzazione il cui output è la soddisfazione di un bisogno (complesso). Infatti, elementi quali l'organizzazione, la formazione del personale, la leadership, la cultura istituzionale e la partecipazione dei cittadini incidono direttamente sulla capacità dei sistemi sanitari di produrre risultati in termini di salute.

Senza entrare nel dettaglio delle evoluzioni e involuzioni dogmatiche del concetto di efficienza, in questa sede sia consentito effettuare dei rapidi richiami al suo conflittuale rapporto con la dimensione del risultato, che a mio avviso va declinato nella dimensione della appropriatezza che si pone in una prospettiva complessiva che lega, anche in termini di doverosità, l'imprescindibile legame esistente tra azione e organizzazione, vera condizionalità della prima; basti pensare, ad esempio, alla formazione del personale, alla leadership e alla cultura organizzativa, alla partecipazione dei cittadini, e l'elenco, come è ben chiaro, potrebbe proseguire. Si tratta di una dimensione che trova nella riflessione dottrinale, basti pensare alle riflessioni sul buon andamento, e giurisprudenziali solidi punti di ancoraggio. A tal fine, è sufficiente rammentare che la giurisprudenza costituzionale ha più volte chiarito che l'efficienza non può essere valutata esclusivamente in termini economico-finanziari, stabilendo quel legame sostanziale con la effettività del diritto, rimarcando quel tratto di doverosità che lega l'azione pubblica alla garanzia del nucleo essenziale del diritto alla salute<sup>7</sup>. Si tratta di elementi che impongono una rilettura secondo un quadro concettuale strutturato in modo da dar conto e cogliere gli input che derivano dalla complessità. E in questo contesto l'appropriatezza si pone non come un semplice obiettivo finale, ma un vero e

---

<sup>6</sup> La soluzione originariamente proposta dalla l. n. 111/1991 è stata successivamente confermata dalla l. n. 421/92 e dal d.lgs. 502/92 che, come noto ha avuto deboli effetti. Sul punto cfr. A. Pioggia, *L'impatto dell'aziendalizzazione sulla dimensione territoriale della sanità. Un arretramento senza ritorno?*, in *Le regioni*, 4-5, 2025, 743 ss.

<sup>7</sup> Sul nucleo essenziale del diritto alla salute e sui limiti ai vincoli finanziari cfr. Corte cost., sent. n. 80/2010; n. 275/2016 nella quale si sottolinea, come noto, che la garanzia dei diritti incompressibili non può essere subordinata a esigenze di bilancio.

proprio *modus operandi* dell'azione pubblica<sup>8</sup>, in modo da assicurare, nello specifico del sistema sanitario, non solo la cura migliore che quella organizzazione può offrire in quel momento storico (appropriatezza assistenziale), ma la migliore organizzazione possibile per garantire la migliore prestazione possibile, secondo un rapporto biunivoco che lega le condizioni personali del paziente alle acquisizioni scientifiche del momento e l'organizzazione, evitando che il valore programmatico e precettivo della sostenibilità e i limiti di una organizzazione inadeguata sfumino, fino a farli scomparire, i valori dello Stato di diritto<sup>9</sup>. In questo quadro, l'appropriatezza va collocata in una prospettiva binaria che correla le due dimensioni dell'*output*: quella legata all'organizzazione, e quella legata all'azione, con la conseguenza per cui può parlarsi di appropriatezza (di risultato appropriato) se e nella misura in cui l'azione, la prestazione concretamente erogata (per la cura, nel contesto del progetto di vita), sia frutto non solo della migliore azione ma anche della migliore organizzazione. Organizzazione che emerge come precondizione dell'azione<sup>10</sup> in quanto essa consente di sviluppare l'appropriatezza in termini di processo che, implica la definizione della situazione concreta, l'individuazione del ruolo da adempiere degli obblighi inerenti al ruolo in quella determinata situazione, individuando, conseguentemente, la migliore organizzazione possibile per la definizione della struttura migliore alla luce delle risorse (umane e finanziarie) disponibili, per la soddisfazione del bisogno. Essa presuppone che si abbiano sempre presenti i diritti e i doveri connessi alle relazioni di ruolo e che si implementi la consapevolezza di queste azioni, ponendo le basi per la costruzione di processi organizzativi e decisionali che non siano improntati alla sola logica costi/benefici dominati dalla dimensione finanziaria (dell'organizzazione e dell'interesse) considerando la stessa organizzazione in una dimensione primigenia, come garante dell'ordine istituzionale, garante del superamento del paradosso dei principi di libertà ed eguaglianza, emergendo in una valenza servente rispetto alla società, sì da imporre una dinamica per cui anche le condizionalità finanziarie non dovrebbero determinare una inerzia adattiva, ma, al contrario, dovrebbero sollecitare quella intelligenza organizzativa che dovrebbe fungere da motore anche per l'acquisizione degli elementi valutativi necessari a circoscrivere, rendendoli finiti, i valori di riferimento, rendendo visibile, e dando concretezza, allo Stato di diritto inteso nella dimensione complessiva che impone, come ormai sottolineato anche nelle sedi UE, agli Stati membri di agire «entro i limiti fissati dalla legge, in linea con i valori della democrazia, e nel rispetto dei diritti fondamentali quali stabiliti dalla Carta europea dei diritti fondamentali (...) e negli altri strumenti applicabili, sotto il controllo di organi giurisdizionali indipendenti e imparziali»<sup>11</sup>.

In questo contesto, la stessa dimensione della complessità impone che si sposti l'attenzione su una prospettiva diversa, riferita a un sistema decisionale inclusivo della stessa organizzazione, non potendo, tra l'altro, l'organizzazione, e il suo stesso agire razionale, per

---

<sup>8</sup> In questa prospettiva, l'azione amministrativa sanitaria può essere letta secondo il paradigma della "cura" intesa non come mera erogazione di prestazioni, ma come criterio ordinatore dell'organizzazione e dell'agire pubblico, che implica responsabilità relazionale e attenzione alla concretezza del bisogno. Sul punto cfr. A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2022, spec. capp. I-II.

<sup>9</sup> Sull'appropriatezza clinica quale parametro tecnico-scientifico della prestazione sanitaria, cfr. Ministero della Salute, *Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa*; A. S. Di Girolamo, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 3/4/2007, 481 ss.

<sup>10</sup> La centralità dell'organizzazione quale condizione della effettività dei diritti è stata efficacemente ricostruita in dottrina, sottolineandone la funzione di garanzia dell'ordine istituzionale e del bilanciamento tra libertà ed eguaglianza. Sul punto sia consentito rinviare al fondamentale studio di G. Berti, *Organizzazione amministrativa*, Cedam, Padova, 1968.

<sup>11</sup> Sebbene non esista una gerarchia tra i valori, il rispetto dello Stato di diritto è essenziale per la tutela degli altri valori su cui si fonda l'unione europea: libertà, democrazia, uguaglianza il rispetto dei diritti umani. Il rispetto dello Stato di diritto è intrinsecamente connesso, dunque, al rispetto dei diritti fondamentali. In tal senso sia consentito fare riferimento già solo al considerando numero 6 del Regolamento (UE) 2020/2092 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2020 relativo a un regime generale di condizionalità per la protezione del bilancio dell'Unione; art. 2, lett. a).

essere valutati limitatamente a una prospettiva della sola soddisfazione dell'interesse pubblico per di più limitato o soggiogato dall'interesse finanziario<sup>12</sup>.

Non è certo questa la sede in cui soffermarsi analiticamente sulla complessità del bisogno e sulla multifattorialità della salute individuale, risultante di una molteplicità di componenti tra cui, ad esempio, *status* personali (genere, età, disabilità), livello di istruzione, attività lavorativa, livello reddituale complessivo, ma certamente è indubbio che nella dimensione della appropriatezza sono elementi che non possono essere pretermessi, soprattutto nella dimensione del "progetto di vita". Ne consegue che anche il profilo organizzativo non può, oramai, esimersi dal considerare questi profili che impongono una rilettura degli schemi di riferimento, a partire proprio dalla dimensione territoriale.

In tale prospettiva, l'appropriatezza assume una valenza organizzativa e procedurale, fungendo da criterio ordinatore dell'organizzazione e dell'azione amministrativa sanitaria, presupponendo processi decisionali e organizzativi coerenti con il ruolo istituzionale dell'amministrazione sanitaria quale garante dell'ordine costituzionale e del bilanciamento tra libertà ed eguaglianza, superando la riduzione dell'azione amministrativa alla sola razionalità economica, in favore di una prospettiva che prediliga soluzioni anche organizzativamente appropriate, considerate tali non secondo meccanismi formali. Una prospettiva che si fa ancor più delicata nella dimensione della territorialità.

## *2. Vincoli finanziari e diseguaglianze territoriali*

La dimensione finanziaria assume un rilievo particolarmente significativo nel settore sanitario, le cui riforme hanno spesso privilegiato, come noto, il contenimento della spesa sanitaria indicato come garanzia del buon andamento. Ciò ha inciso profondamente sull'assetto organizzativo complessivo delle entità operanti nel settore, implementando modelli che contano una diversa rappresentazione dei territori e delle modalità di soddisfazione dei bisogni che essi esprimono, incidendo considerevolmente sul profilo della appropriatezza e, dunque, della effettiva soddisfazione delle istanze correlate ai diritti fondamentali. Le profonde fratture strutturali che hanno caratterizzato i sistemi sanitari nel tempo non sono state colmate e in molti casi hanno ulteriormente incrementato le diseguaglianze locali<sup>13</sup> rispetto alle quali l'autonomia si è spesso tradotta in isolamento aumentato dal disegno organizzativo che si è gradualmente affermato. Un disegno organizzativo il cui baricentro è stato spostato su una dimensione territoriale estesa in senso orizzontale alle diverse entità, anche private, operanti sul territorio.

Tale percorso che ha trovato un approdo normativo nella c.d. riforma Balduzzi (d.l. 13/9/12, n. 158 e l. 189/2012)<sup>14</sup> che ha perseguito l'obiettivo della parziale de-ospedalizzazione attraverso una valorizzazione del ruolo delle autonomie locali e dei soggetti privati, nonché attraverso una migliore integrazione dei servizi sociosanitari, anche grazie all'espansione di alcune forme di assistenza territoriale. E così, lo sviluppo di un sistema di *welfare* territoriale non ha seguito un percorso omogeneo, rimanendo vittima di scelte politiche locali, alcune dettate essenzialmente dalla esigenza di garantire l'interesse finanziario della sostenibilità

---

<sup>12</sup> Dia una chiara correlazione tra il rispetto dello Stato di diritto e l'esecuzione efficiente del bilancio dell'Unione in conformità dei principi di sana gestione finanziaria. In tal senso si vede al considerando numero 18.

<sup>13</sup> In termini analoghi, A. Pioggia, *Il diritto alla salute*, cit., la quale sottolinea come l'attenzione esclusiva alla performance prestazionale rischi di occultare diseguaglianze più profonde, legate alla diversa configurazione del diritto alla salute nei sistemi regionali (in particolare 49).

<sup>14</sup> D.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. in l. 8 novembre 2012, n. 189.

economica dei sistemi territoriali; e spesso dai vincoli imposti dai piani di rientro. Questi ultimi prevalentemente orientati al riequilibrio finanziario, hanno spesso inciso a scapito di quella dimensione sostanziale che mira alla soddisfazione del bene salute. Una riforma ispirata a un concetto di efficienza prevalentemente orientato al dato economico, rapportato al raggiungimento degli obiettivi in relazione alle risorse, economiche e professionali, disponibili e impiegate. Tale impostazione ha contribuito a legittimare la compartecipazione dei pazienti alla spesa sanitaria e a introdurre limitazioni e condizionamenti nell'accesso alle prestazioni a tutela del diritto alla salute. Si sono così progressivamente consolidate disomogeneità territoriali, manifestatesi in tutta la loro portata proprio nel periodo pandemico che ha finito per incrementare le disparità esistenti sul territorio nazionale.

In questo contesto la stessa garanzia dei LEA è risultata ipotecata dalla dimensione organizzativa, seguendo quel circolo che è gradualmente diventato vizioso e che passa dalla dimensione finanziaria e, dunque, da fattori quali i contenuti dei Piani di rientro nei quali gli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del SSR sono analizzati in una dimensione parziale mirante al (tiranno) obiettivo dell'equilibrio (pareggio) di bilancio, adagiandosi sullo standard nazionale dei LEA. Una conferma in tal senso può certamente essere rintracciata in alcune decisioni del giudice costituzionale<sup>15</sup> in tema di piani di rientro e limiti alla spesa sanitaria regionale nelle quali si precisa che «*l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie*»<sup>16</sup>.

Si considerino, ad esempio, le conseguenze derivanti dalla mancata definizione (adeguamento) degli standard strutturali e delle conseguenze che questo ha avuto sulla effettività dei LEA nei diversi territori, soprattutto a seguito della emanazione del DPCM del 2017, non seguito da una rivisitazione del DM 70/2015 che comunque spingeva verso il territorio.

### *3. Il PNRR e la riorganizzazione infrastrutturale della sanità territoriale*

È questo il contesto nel quale si inserisce la riforma della assistenza sanitaria territoriale, individuata quale passaggio cruciale per la riqualificazione del SSN e per il riordino del sistema di prevenzione, che in molte Regioni, soprattutto quelle del centro-sud, sottoposte a Piani di rientro, non ha trovato spazio per una effettiva attuazione, con la conseguenza che le strutture intermedie sulle quali il processo di trasformazione poggia, raramente sono diventate effettivi punti di riferimento per i cittadini, risultando di fatto frustrati quegli elementi che mirano a potenziare le tre dimensioni della medicina territoriale: *preventiva*, la cui rilevanza è riconosciuta anche a livello normativo, basti pensare all'art. 168 TFUE o all'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali, o ancora, con riferimento al nostro sistema, all'art. 301 del Codice dell'ambiente; *terapeutica*; e *riabilitativa*. E la stessa promozione della continuità di cura attraverso quei presidi intermedi che basano la loro efficacia su elementi quali la

---

<sup>15</sup> Corte cost. decisioni nn. 161, 242 del 2022

<sup>16</sup> Il principio per cui i piani di rientro non possono comprimere il contenuto essenziale dei LEA al di sotto della soglia minima nazionale ha trovato un significativo riconoscimento anche nella giurisprudenza amministrativa. In particolare, TAR Basilicata, II, 14 giugno 2023, n. 228 ha precisato che le Regioni assoggettate a piano di rientro non possono erogare prestazioni che eccedano i LEA, ma simmetricamente – non possono nemmeno scendere al di sotto di essi: il vincolo finanziario opera in entrambe le direzioni e l'equilibrio di bilancio non può giustificare una compressione delle prestazioni essenziali al di sotto dello standard nazionale. Si conferma, in questa prospettiva, il carattere «invalicabile» del nucleo dei LEA quale soglia normativamente determinata di tutela del diritto alla salute.

capillarità di diffusione sul territorio, la prossimità ai cittadini, l'apertura al quartiere, l'indipendenza funzionale e la collaborazione con altre realtà sanitarie nell'organizzazione, gestione dei pazienti, umanizzazione degli spazi di cura si è rivelata debole. La pandemia da Covid-19 ha costituito una significativa prova di tenuta di tale assetto<sup>17</sup>, evidenziando come la disomogeneità organizzativa territoriale incida direttamente sull'effettività dei LEA<sup>18</sup>.

È in questo contesto di vincoli finanziari e di diseguaglianze territoriali che si colloca la spinta riformatrice del PNRR le cui Missioni 5 e 6 mirano a promuovere lo sviluppo dell'inclusione e della coesione sociale e a migliorare la tutela della salute tramite una programmazione-pianificazione unitaria e coerente, ponendo, assieme al d.l. 34/2020 e al d.m. 77/2022, le basi per un riordino dell'assistenza sanitaria imperniata sulle strutture territoriali, a discapito di quella ospedaliera, depotenziata. Tale percorso riscontra, tuttavia, ostacoli, non da ultimo il depotenziamento operato in sede di revisione economico-finanziaria del piano operata con il PNRR *quater*<sup>19</sup>.

Il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 rappresenta il principale snodo attuativo della Missione 6, in quanto introduce modelli organizzativi standardizzati della sanità territoriale.

Sul piano normativo, la struttura del d.m. 77/2022 merita una più puntuale ricognizione, anche perché la sua articolazione interna chiarisce il grado di vincolatività degli standard imposti alle Regioni. L'art. 1 del decreto stabilisce che «il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto». La distinzione tra le due classi di disposizioni è di rilievo non secondario: l'Allegato 1 illustra la cornice teorica e organizzativa del modello, mentre l'Allegato 2 fissa parametri vincolanti — relativi a dotazioni di personale, requisiti strutturali e tecnologici, standard quantitativi (1 Casa della Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti; 1 Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti; 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti; presa in carico domiciliare del 10% della popolazione over 65) — che costituiscono il parametro di legittimità degli atti regionali di programmazione e di organizzazione della rete territoriale. Sempre l'art. 1 dispone, infatti, che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano «provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR», così precisando la natura conformativa dell'obbligo posto a carico del livello regionale.

Il decreto, peraltro, non opera in un vuoto normativo: si innesta su una preesistente architettura del SSN, che pure deve essere ricostruita in dialogo con esso, perché ne condiziona profondamente le possibilità attuative. Sul versante del rapporto convenzionale, l'art. 8 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 — non modificato dal d.m. 77/2022 — continua a disciplinare il rapporto tra SSN, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta come rapporto convenzionale di durata triennale, conformato dagli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative; lo stesso art. 8 individua le forme

---

<sup>17</sup> M. Gola, *Sanità pubblica ed esigenze di riforma tra crisi finanziaria e pandemia*, in *Dalla emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica*, (Vol. 4, 199, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022).

<sup>18</sup> Sul punto sia consentito rinviare a A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, 385 ss.;

<sup>19</sup> Per una analisi critica si rinvia alle riflessioni di A. Pioggia, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 2, 2022; Aa. Vv., *La programmazione del personale sanitario in ambito territoriale: una revisione sistematica della letteratura e analisi del contesto italiano in base al PNRR e DM 77/2022*, Franco Angeli, 2022.

organizzative attraverso cui la medicina convenzionata si raccorda con la struttura distrettuale, ossia le aggregazioni funzionali territoriali (AFT, di natura monoprofessionale) e le unità complesse di cure primarie (UCCP, multiprofessionali e finanziate a budget). È in queste forme — e nelle convenzioni che le governano — che si gioca, in concreto, il margine di "trazione" che il d.m. 77/2022 può esercitare sulla medicina di prossimità: ed è precisamente in questo punto che si misura l'ampiezza del rinvio alla contrattazione collettiva, come riserva di disciplina pattizia. La giurisprudenza amministrativa ha già avuto modo di affermare che le modifiche organizzative incidenti sull'attività dei medici convenzionati non possono essere imposte unilateralmente dalle ASL, ma richiedono il rispetto delle forme negoziali previste dall'art. 8 cit. (TAR Lombardia, sez. V, 18 giugno 2024, n. 1854): un principio destinato a riflettersi anche sull'attuazione concreta delle Case della Comunità, là dove il loro funzionamento presupponga un coinvolgimento attivo della medicina generale convenzionata in modalità organizzative non già previste dagli accordi collettivi vigenti.

Sul versante del livello distrettuale di governo, la disciplina di riferimento resta quella del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, che, agli artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies, definisce funzioni, governance e ambito territoriale del Distretto, individuandolo come articolazione organizzativa fondamentale dell'azienda sanitaria. L'art. 3-quinquies — disposizione tuttora pienamente vigente — affida al Distretto la garanzia di «a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta (...); c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione», nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi per disabili e anziani e l'assistenza domiciliare integrata. Il d.m. 77/2022 si sovrappone a questo impianto ridisegnandolo nelle dimensioni quantitative — bacino di utenza distrettuale di circa 100.000 abitanti, articolato in una Casa della Comunità hub e in una pluralità di Case della Comunità spoke — ma senza modificare la struttura delle funzioni distrettuali, che restano governate dal d.lgs. 229/1999. Ne risulta un quadro a "doppia gradinata": le funzioni distrettuali sono individuate da una norma di rango primario, pienamente vigente; gli standard organizzativi e quantitativi entro cui quelle funzioni devono essere esercitate sono fissati da una fonte regolamentare (il d.m. 77/2022) di rango secondario, il cui valore prescrittivo opera nei confronti delle Regioni in forza dell'art. 1 sopra richiamato.

Questa particolare stratificazione delle fonti — primaria per le funzioni, secondaria per gli standard — non è irrilevante sul piano del controllo giurisdizionale. Da un lato, ne discende che il sindacato di legittimità sugli atti regionali di attuazione del d.m. 77/2022 si svolge anche alla luce della loro coerenza con gli artt. 3-quater ss. d.lgs. 229/1999 e con l'art. 8 d.lgs. 502/1992, il cui rispetto rappresenta il presupposto di tenuta del nuovo impianto territoriale. Dall'altro, ne deriva che eventuali tensioni tra il modello prescrittivo del d.m. 77/2022 e l'autonomia regionale di organizzazione del servizio sanitario (art. 117, comma 3, Cost.) — già potenzialmente latenti nella scelta di affidare a un decreto ministeriale la fissazione di standard così pervasivi — saranno destinate a riemergere nel contenzioso costituzionale dei prossimi anni, soprattutto quando le Regioni dovranno procedere alla rimodulazione delle proprie reti distrettuali in chiave di adeguamento agli standard prescrittivi sopra richiamati. Nell'impianto del PNRR, il rafforzamento della sanità territoriale sarebbe dovuto passare attraverso tre direttrici principali:

- (i) la creazione di nuove strutture locali;

- (ii) la promozione dell'utilizzo della telemedicina; e
- (iii) lo sviluppo di servizi maggiormente integrati.

Con riferimento ai 3 ambiti, la Componente 1 è dedicata a “reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale”.

Il disegno riformatore ha trovato una parziale attuazione con il Decreto rilancio (d.l. 34/2020) e con il decreto attuativo d.m. 77/2022 che introducono specifici modelli organizzativi assistenziali: (i) le case di comunità, differenziate in *hub* e *spoke* in ragione di alcuni parametri quantitativi e qualitativi (standard organizzativi, caratteristiche strutturali e funzionali delle sedi operative); accanto a questo «*luogo fisico e di facile individuazioni, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento*» (all. 1, § 5, d.m. 77/2022) si pongono (ii) gli ospedali di comunità finalizzati a rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia tra il domicilio e il ricovero, sempre nella prospettiva della de-ospedalizzazione; (iii) i Cot (Centri Operativi Territoriali) il cui fine dovrebbe essere quello di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi, garantendo il collegamento con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Si tratta di un sistema assai articolato e complesso che ha suscitato, sin dalla sua elaborazione, critiche in ordine alla sostenibilità degli obiettivi prefissati nel medio-lungo periodo, giudicati come eccessivamente impegnativi e di dubbia sostenibilità – in ragione delle potenzialità territoriali - rispetto al momento successivo a quello del finanziamento.

Il disegno riformatore ha toccato anche i distretti sanitari, ora a servizio di un'area territoriale di circa 100.000 abitanti con al suo interno almeno una Casa di comunità *hub* (ogni 40/50.000 abitanti) e una pluralità di Case di comunità *spoke* con l'ausilio degli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di un infermiere di famiglia e di comunità ogni 3.000 abitanti, di una unità speciale di continuità assistenziale (un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti.

L'obiettivo dichiarato era la costruzione di un sistema integrato in grado di garantire ai cittadini l'erogazione di prestazioni coerenti con i nuovi LEA.

#### *4. Attuazione del PNRR e fragilità strutturali del sistema territoriale*

Il ricorso al condizionale quando si valuta l'efficacia del sistema disegnato nel PNRR appare necessario, poiché i target fissati di fatto non risultano integralmente raggiunti. I dati attuativi evidenziano, infatti, significativi scostamenti rispetto agli obiettivi programmati. Con riferimento alle Case di Comunità, il target originale di 1350 unità è stato ridotto a 1038, con il ricorso a fonti di finanziamento alternative, tra cui le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 l. 67/1988 e le risorse aggiuntive del Fondo opere indifferibili istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei costi dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali e provinciali. Analoga sorte è toccata alle Case di comunità che dalle 1421 unità da attivare nel 2026, ne risultano attivate meno del 10%, tra l'altro non sempre con standard completi, con una grossa forbice regionale che oscilla tra il 66% di attivazioni in Lombardia, e il 3% della Liguria o l'1% della Sicilia, per azzerarsi in Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia, Sardegna, Umbria, Val d'Aosta e nelle Province di Trento e Bolzano. Analoga criticità emerge con riferimento alle COT che rispetto alle 611 attivazioni previste per il 2024 ne risultano attivate solo 416 di cui solo 362 pienamente funzionanti con numeri positivi in Abruzzo, Marche, Bolzano, Umbria e Val

d'Aosta, che raggiungono il 100% della realizzazione, a fronte di numerose regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia e la Provincia di Trento) che non hanno dichiarato nessuna attivazione; e per gli Ospedali di comunità che, rispetto ai 429 da attivare entro il 2026 allo stato contano solo 56 attivazioni. I dati più recenti confermano la parzialità dell'attuazione: al 30 giugno 2025 solo il 21% delle Case della Comunità risulta dichiarato con tutti i servizi attivi, ma di queste appena il 4,4% è effettivamente dotato di personale medico e infermieristico; inoltre, il 63,6% presenta l'attivazione di almeno un servizio, segnalando un'attuazione ancora parziale<sup>20</sup>. Anche per gli Ospedali di Comunità, il 49,8% risulta dichiarato attivo, includendo però strutture con servizi operativi in sedi provvisorie<sup>21</sup>.

Tale attuazione, peraltro, si distribuisce in modo radicalmente disomogeneo sul territorio nazionale: a fronte di Regioni in cui il modello territoriale risulta ormai consolidato — segnatamente l'Emilia-Romagna, dove 140 delle 187 Case della Comunità programmate hanno attivato almeno un servizio, e la Lombardia, con 142 su 204 — vi sono Regioni in cui la riforma è ancora del tutto sulla carta: in Abruzzo, Basilicata, Provincia autonoma di Bolzano e Campania nessuna delle Case della Comunità programmate (rispettivamente 42, 19, 10 e 191) risulta avere attivato anche un solo servizio<sup>22</sup>. È pertanto sintomatico che, dei 153 Ospedali di Comunità dichiarati attivi al 30 giugno 2025, soltanto il 75,2% garantisca la presenza medica di almeno 4,5 ore al giorno per sei giorni su sette: un dato che restituisce, in cifre, lo iato tra l'attivazione formale della struttura e la sua effettiva operatività clinica.

Quanto alle Centrali Operative Territoriali, lo scenario è di segno diverso: al 30 giugno 2025 risultano pienamente funzionanti e certificate 638 strutture su 651 programmate (il 98% del totale), con il solo ritardo di Sardegna e Campania<sup>23</sup>. La differente performance tra le COT — strutture di coordinamento la cui operatività è essenzialmente organizzativa — e le Case e gli Ospedali di Comunità — strutture di erogazione la cui operatività richiede invece la mobilitazione di personale clinico — è già di per sé indicativa di come il limite della riforma non risieda nella capacità dell'amministrazione di realizzare l'infrastruttura, bensì nella sua capacità di animarla con risorse umane e organizzative adeguate. Si conferma, in altri termini, quanto già rilevato in dottrina: il PNRR finanzia «*spese e costi non consolidabili (...) ma non attinenti al personale*», e proprio in questo divario tra investimento infrastrutturale e spesa corrente per il personale si gioca la differenza tra una territorializzazione formale e una territorializzazione sostantiva.

Allo scarto tra programmazione e attuazione strutturale si somma uno scarto altrettanto rivelatore tra rispetto formale dei target e spesa effettivamente sostenuta. La Relazione della Corte dei conti sullo stato di attuazione del PNRR del maggio 2025 documenta che, al 31 dicembre 2024, la spesa effettiva della Missione Salute ammonta a € 2.816 milioni, pari al 18% delle risorse assegnate (13,1% per la Componente 1, 22,9% per la Componente 2): per completare l'attuazione finanziaria nel biennio 2025-2026 sarebbe necessario raggiungere tassi di avanzamento annuale della spesa oltre sette volte superiori rispetto a quelli del triennio

---

<sup>20</sup> Sul punto cfr. 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, 13. Per una lettura critica cfr. L. Di Giovanni, *Il PNRR e la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: continuità o discontinuità nella gestione del servizio pubblico?*, in *DeS*, 4, 2023, 707 ss.

<sup>21</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 13

<sup>22</sup> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali — Agenas, VI Report Nazionale di sintesi dei risultati del Monitoraggio DM 77/2022. I semestre 2025, Roma, 23 settembre 2025, dati al 30 giugno 2025; ripreso nell'8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, p. 216, tab. 8.11.

<sup>23</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2025, p. 217, tab. 8.12, su dati Agenas al 30 giugno 2025.

2022-2024<sup>24</sup>. Si conferma, in tal modo, la dissociazione tra l'incasso formale delle rate europee — che presidia il rispetto delle milestone qualitative — e la concreta esecuzione dei progetti, ovvero la consegna delle strutture e l'erogazione dei servizi che dovrebbero tradursi in un effettivo miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Lo scostamento rispetto agli obiettivi programmati non incide soltanto sull'efficienza organizzativa del sistema, ma impatta direttamente sulla capacità di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale.

Il divario potrebbe ampliarsi ulteriormente nel passaggio dalla fase di "conclusione" dei contratti di appalto necessari per la realizzazione delle infrastrutture alla fase esecutiva degli stessi, che rappresenta il vero banco di prova dell'effettiva realizzazione delle infrastrutture.

Al di là delle difficoltà organizzative che hanno rallentato l'esecuzione degli interventi, i risultati appaiono fortemente condizionati dal contesto territoriale, risultando le differenze correlate alla presenza di modelli organizzativi già strutturati o, al contrario, limitati alla sola assistenza ambulatoriale dei medici di medicina generale.

Le criticità risultano ancor più evidenti se si considera che il PNRR riguarda *«spese e costi non consolidabili, concernenti la realizzazione di strutture operative e l'acquisto di beni strumentali all'erogazione dei servizi, ma non attinenti al personale»*. Pertanto, in concreto, l'innesto di nuove infrastrutture rischia di tradursi nella creazione di strutture potenzialmente efficienti, senza avere, però, qualcuno che la faccia funzionare, ponendo problemi organizzativi di non di poco conto per gli stessi distretti sanitari che già presentano enormi differenze in termini di cure prestate.

Il rischio più evidente è quello di costruire un sistema infrastrutturalmente avanzato, ma organizzativamente fragile<sup>25</sup>, nel quale la distanza tra standard formalmente previsti e tutela della effettività rischia di tradursi in una compressione dei livelli essenziali, soprattutto operando in assenza delle risorse umane necessarie a garantirne il funzionamento effettivo, aggravando le diseguaglianze territoriali già esistenti, oltre che peggiorarne le condizioni "economiche" dei sistemi sanitari regionali, incidendo sui deficit strutturali dei sistemi sanitari regionali<sup>26</sup>.

All'analisi delle fragilità strutturali del modello territoriale conviene affiancare un breve cenno al versante della responsabilità civile, perché proprio qui la "fragilità organizzativa" denunciata nel testo si traduce, in concreto, in un'esposizione crescente delle ASL al rischio risarcitorio. Il quadro normativo è oggi cristallizzato dall'art. 7 della L. 8 marzo 2017, n. 24 (legge Gelli-Bianco), il quale dispone che la struttura sanitaria pubblica o privata «che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose», estendendo espressamente la disciplina alle prestazioni rese «in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale» (co. 2). La norma codifica un orientamento

---

<sup>24</sup> Corte dei conti, Relazione sullo stato di attuazione del PNRR, maggio 2025; ripreso nell'8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 213-214, tab. 8.9.

<sup>25</sup> Risulta così evidente che la mera predisposizione di strutture non è sufficiente in assenza di un'organizzazione capace di attivare relazioni, competenze e responsabilità: la cura, come paradigma amministrativo, presuppone un'intelligenza organizzativa e non può essere ridotta a dimensione infrastrutturale. Sul punto A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.

<sup>26</sup> Si conferma, così, che le scelte organizzative possono incidere sulla stessa forma del diritto, determinando non soltanto inefficienze, ma una diversa concezione della persona malata e del rapporto di cura. Sul punto cfr., anche l'analisi di A. Pioggia, *Il diritto alla salute...*, cit., ove si sottolinea che «non è più tanto e solo questione di 21 servizi sanitari diversi, ma forse di 21 diritti alla salute differenti» (50).

già consolidato della Cassazione: con la sentenza-cardine n. 6243/2015<sup>27</sup>, la Corte ha affermato che «l’A.S.L. è responsabile ex art. 1228 c.c. del fatto illecito commesso dal medico generico, con essa convenzionato, nell’esecuzione di prestazioni curative che siano comprese tra quelle assicurate e garantite dal Servizio sanitario nazionale in base ai livelli stabiliti dalla legge», qualificando il medico convenzionato come ausiliario della ASL nell’adempimento dell’obbligazione ex lege di erogare l’assistenza medico-generica. Il principio è stato di recente ulteriormente esteso dall’ordinanza n. 5673/2025<sup>28</sup>, che ha riconosciuto la responsabilità della ASL anche per le prestazioni rese dal medico convenzionato in favore di cittadini temporaneamente fuori residenza (art. 19, co. 4, L. 833/1978), gravando sulla struttura — e non sul danneggiato — l’onere di provare la natura libero-professionale dell’intervento. Nei rapporti interni tra struttura e medico vige invece la presunzione di divisione paritaria della responsabilità solidale<sup>29</sup>, superabile soltanto con la prova di una «devianza del sanitario dal programma terapeutico del tutto eccezionale, imprevedibile e improbabile»<sup>30</sup>. Ne discende un dato di sistema che si riallaccia al filo argomentativo del saggio: più la riforma territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT) intensifica l’integrazione e la direzione organizzativa del personale convenzionato, più il perimetro della responsabilità della ASL si estende, includendo non solo l’operato dell’ausiliario ma anche le carenze organizzative proprie ex art. 1218 c.c. La fragilità organizzativa segnalata nei paragrafi precedenti — strutture nuove ma non adeguatamente presidiate da personale, governance non consolidata, debole integrazione tra setting — è dunque destinata a riverberarsi, con un naturale effetto di amplificazione, sul contenzioso civile in materia di responsabilità sanitaria. Il limite della rivalsa al triplo della retribuzione (art. 9 L. 24/2017), pensato come presidio del professionista, finisce per concentrare definitivamente il costo del fallimento organizzativo sulla struttura — e dunque sul SSR.

A tali criticità si aggiunge la carenza strutturale di medici di medicina generale: al 1° gennaio 2024 risultano in servizio 37.260 MMG con quasi 51,2 milioni di assistiti, pari a una media di 1.374 assistiti per medico. Assumendo come parametro ottimale 1 MMG ogni 1.200 assistiti, la carenza stimata è di 5.575 unità, con situazioni particolarmente critiche in Lombardia (−1.525), Veneto (−785), Campania (−652), Emilia-Romagna (−536) e Piemonte (−431)<sup>31</sup>. Analogamente, per i pediatri di libera scelta si stima una carenza di 502 unità, con forti squilibri regionali<sup>32</sup>.

Il quadro si aggrava se si considera la dinamica del ricambio generazionale: tra il 2024 e il 2027 ben 7.345 MMG raggiungeranno l’età pensionabile, mentre nel concorso 2024 sono rimaste scoperte 383 delle 2.623 borse di studio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (−15%), con scoperture concentrate proprio nelle Regioni più carenti — Lombardia (−45%), Veneto (−41%), Provincia autonoma di Bolzano (−57%), Marche (−68%) — a confermare la perdita di attrattività della professione<sup>33</sup>.

Né meno critico è il fabbisogno di personale infermieristico necessario ad animare le nuove strutture. Il d.m. 77/2022 individua nell’Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) uno dei pilastri del nuovo modello territoriale, con uno standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti; Agenas, rivedendo le proprie stime alla luce della rimodulazione del PNRR, ha quantificato

<sup>27</sup> Cass. civ., sez. III, 27 marzo 2015, n. 6243.

<sup>28</sup> Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2025, n. 5673.

<sup>29</sup> Cass. civ., sez. III, 5 luglio 2017, n. 16488.

<sup>30</sup> Cass. civ., sez. III, 26 aprile 2022, n. 12965.

<sup>31</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 12.

<sup>32</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 12.

<sup>33</sup> 8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 177-178, tab. 7.10 e fig. 7.18, su dati Ministero della Salute; dati FIMMG per i pensionamenti 2024-2027.

il fabbisogno complessivo per le strutture programmate (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, Unità di Continuità Assistenziale, ADI) tra 16.135 e 21.861 IFoC<sup>34</sup>. Tale fabbisogno si scontra con la carenza strutturale di personale infermieristico nel SSN, che ha impedito alle Regioni di utilizzare integralmente le risorse stabili assegnate dal d.l. 34/2020, con il progressivo calo delle domande di iscrizione ai Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e con l'aumento delle cancellazioni dagli albi e delle dimissioni volontarie dal SSN. A ciò si aggiunge la marcata contrazione delle risorse complessivamente destinate al personale convenzionato, la cui quota sulla spesa sanitaria pubblica è passata dal 6,2% del 2012 al 5,3% del 2024, con una sottrazione cumulata, parametrata al livello del 2012, pari a circa € 4,96 miliardi nel dodicennio, di cui € 3,67 miliardi concentrati negli anni 2020-2024<sup>35</sup>.

Questi dati evidenziano come la medicina di prossimità, pilastro della presa in carico territoriale, sia strutturalmente indebolita proprio nel momento in cui dovrebbe essere potenziata per gestire cronicità e invecchiamento demografico.

Il quadro finanziario contribuisce ad aggravare tali criticità e pone un interrogativo ulteriore: se il finanziamento costituisca parametro di determinazione dei livelli di tutela o, viceversa, debba essere conformato all'esigenza di garantire l'effettività dei diritti sociali. Nonostante l'incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale a € 136,5 miliardi nel 2025, l'incidenza sul PIL si è attestata al 6,1% nel biennio 2024-2025, in calo rispetto al 6,3% del 2022, con una riduzione complessiva equivalente a € 13,1 miliardi nel triennio 2023-2025<sup>36</sup>. Il ridimensionamento relativo delle risorse incide direttamente sulla capacità di rafforzare l'assistenza di prossimità, che richiede investimenti strutturali in personale, organizzazione e integrazione sociosanitaria.

Le diseguaglianze territoriali rimangono profonde, evidenziando come l'organizzazione regionale della sanità, in assenza di meccanismi effettivi di riequilibrio, possa tradursi in una differenziazione concreta della intensità della tutela e, dunque, della garanzia di effettività del diritto. Nel 2023 solo 13 Regioni risultano adempienti rispetto al Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, con una persistente "frattura strutturale" tra Nord e Sud<sup>37</sup>. La mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto nel 2022 un valore di € 5.037 milioni, con quasi il 70% riferito ai ricoveri ospedalieri e flussi economici prevalentemente diretti dal Mezzogiorno verso Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, che concentrano il 94,1% del saldo attivo<sup>38</sup>.

Il dato che più direttamente interpella il tema della sanità territoriale è la distribuzione delle inadempienze per area: nell'anno 2023, su tre aree di valutazione (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), l'area dell'assistenza ospedaliera registra una sola Regione inadempiente, mentre l'area distrettuale e quella della prevenzione contano cinque Regioni ciascuna sotto la soglia di adempimento. I punteggi più critici nell'area distrettuale toccano la Valle d'Aosta (35), la Calabria (40), la Sicilia (44), l'Abruzzo (45) e la Basilicata (52)<sup>39</sup>. Si tratta di un dato che ribalta la prospettiva tradizionale: la frattura nazionale dei LEA non si gioca più tanto sulla rete ospedaliera, dove la garanzia minima è ormai pressoché uniforme, quanto sulla rete territoriale e sulla prevenzione, vale a dire proprio sulle dimensioni di servizio che la riforma del PNRR avrebbe dovuto rafforzare e riequilibrare.

---

<sup>34</sup> Agenas, Linee di indirizzo: infermiere di famiglia o di comunità, novembre 2023; stima ripresa nell'8° Rapporto GIMBE, cit., p. 233, tab. 8.17.

<sup>35</sup> 8° Rapporto GIMBE, cit., pp. 194-195, figg. 7.35 e 7.36, su elaborazione GIMBE di dati ISTAT.

<sup>36</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 7.

<sup>37</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 10.

<sup>38</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 10.

<sup>39</sup> Dati pubblicati dal Ministero della Salute il 4 agosto 2025, ripresi nell'8° Rapporto GIMBE, cit., p. 117, tab. 5.4

Questo fenomeno non è solo indice di differenze qualitative nell'offerta ospedaliera, ma riflette anche l'insufficiente capacità dei servizi territoriali di garantire continuità assistenziale e presa in carico appropriata.

Parallelamente, l'indebolimento del territorio si traduce in un crescente impatto economico sui cittadini: la spesa sanitaria out-of-pocket ha raggiunto € 41.299 milioni nel 2024<sup>40</sup>, mentre 5,84 milioni di persone (9,9% della popolazione) hanno dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie, di cui 3,1 milioni per motivi economici e 4 milioni per i lunghi tempi di attesa<sup>41</sup>. Tali rinunce risultano più frequenti nel Mezzogiorno, in un contesto in cui la povertà assoluta coinvolge quasi 2,2 milioni di famiglie (8,4%)<sup>42</sup>, aggravando ulteriormente le disuguaglianze di salute.

Nel complesso, questi dati dimostrano che la riforma della sanità territoriale non può esaurirsi nella costruzione di nuove strutture, ma richiede un intervento sistemico su finanziamento, capitale umano, integrazione sociosanitaria e governance multilivello. Senza un rafforzamento reale della medicina generale, dell'assistenza domiciliare e delle reti territoriali integrate, il SSN rischia di evolvere verso un sistema duale, in cui la tutela della salute dipende sempre più dal reddito e dal luogo di residenza, compromettendo i principi costituzionali di universalità, uguaglianza ed equità su cui esso è fondato.

## 5. LEP, autonomia differenziata e rischio di frammentazione dell'universalismo

Senza affrontare in modo esaustivo il disegno riformatore, occorre evidenziare come il quadro di riferimento per la realizzazione della sanità territoriale presenti ulteriori ostacoli a carattere sostanziale. In questa sede si richiamano alcune criticità riconducibili, in particolare alla disciplina dei LEP<sup>43</sup> e al regionalismo differenziato. L'analisi della struttura e dei contenuti

---

<sup>40</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

<sup>41</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

<sup>42</sup> 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, cit., 9.

<sup>43</sup> La categoria dei livelli essenziali di assistenza (LEA) si inserisce nel più ampio quadro dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) di cui all'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost., introdotto con la riforma del Titolo V del 2001 quale strumento volto a garantire l'uniforme tutela dei diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale. In ambito sanitario, la nozione trova un antecedente già nel d.lgs. n. 502/1992, ma assume una valenza costituzionale esplicita dopo il 2001, quale limite alla differenziazione regionale e presidio dell'eguaglianza sostanziale ex art. 3, comma 2, Cost. La giurisprudenza costituzionale ha progressivamente chiarito che i LEA costituiscono il "nucleo indefettibile" del diritto alla salute ex art. 32 Cost. (Corte cost., sentt. nn. 282/2002; 134/2006; 80/2010; 275/2016), non comprimibile oltre la soglia della tutela essenziale.

Parallelamente, si è sviluppato un vivace dibattito dottrinale circa la natura dei livelli essenziali: se essi debbano essere intesi come standard minimi finanziariamente compatibili, dunque suscettibili di modulazione in funzione delle risorse disponibili, ovvero come livelli essenziali di tutela dei diritti, ontologicamente connessi alla dimensione sostanziale dei diritti sociali e non riducibili a meri parametri di spesa. La tensione tra queste due letture – livelli minimi versus livelli essenziali – riflette il più ampio conflitto tra vincoli di finanza pubblica e garanzia effettiva dei diritti fondamentali, riemerso con particolare intensità nel contesto dei piani di rientro e, più recentemente, nel dibattito sul regionalismo differenziato. In tale prospettiva, la qualificazione dei LEA/LEP assume rilievo decisivo ai fini della tenuta del modello universalistico del Servizio sanitario nazionale e della stessa configurazione dello Stato sociale costituzionale. Sul punto la dottrina è assai ampia. Sia consentito richiamare, tra i numerosi autori che in diversa prospettiva si sono occupati del tema, M. D'Orsogna, *Povertà sanitaria e welfare generativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Dir. Amm.*, 4, 2024, 923 ss.; A. Pioggia, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 721 ss.; F. Pallante, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 703 ss.; R. Cavallo Perin, *L'interesse delle collettività alla tutela della salute*, in *Dir. Amm.*, 3, 2024, 745 ss.; A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, Bologna, Il Mulino, 2024; M. Luciani, *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato*, 2022, EPRS, Servizio Ricerca del Parlamento europeo; Id., *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *AIC*, 2, 2020, 109 ss.; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002, cap. I: La duplice natura del diritto alla salute: diritto di libertà e diritto a prestazioni, 1 ss.; L. Carlassare, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L'amministrazione sanitaria*, a cura di R. Alessi, Vicenza, Neri Pozza, 1967, 103 ss. Sul dibattito tra "livelli minimi" e

della l. 86/2024 consente di individuare elementi suscettibili di incidere sull'assetto dello Stato sociale e sulla stessa appropriatezza del sistema territoriale che deve garantire lo Stato di diritto, cioè deve risultare coerente con il quadro valoriale di riferimento che è unico per il territorio nazionale. Basti pensare all'art. 3 che disciplina il procedimento di determinazione dei LEP e dei relativi fabbisogni e costi standard, cui viene subordinato il trasferimento delle funzioni relative alle «*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*» nelle materie espressamente elencate al c. 3, la cui lettera f) riguarda proprio la tutela della salute. La principale questione riguarda il mancato chiarimento del rapporto tra interesse finanziario e diritto alla prestazione sociosanitaria appropriata. In nessuna parte dell'articolato normativo si precisa la natura dei LEP e, anche alla luce della successiva decisione della Corte costituzionale<sup>44</sup>, si ripropone imperante la distinzione tra standard minimi rispetto ai quali riemergono i condizionamenti finanziari; oppure standard da parametrare alla dimensione sostanziale, e cioè alla esigenza di soddisfare in modo effettivo i bisogni di salute. Il nodo centrale risiede proprio nel mancato scioglimento di questa alternativa tra “minimo” ed “essenziale”<sup>45</sup>, vale a dire tra uno standard parametrato alle risorse disponibili e uno ancorato alla effettività del diritto<sup>46</sup>. E l'assenza di una chiara qualificazione dei LEP come livelli essenziali di tutela dei diritti sociali rischia di ridurli a meri standard minimi finanziariamente compatibili<sup>47</sup> e ciò a dispetto dei “paletti” posti in precedenti decisioni anche dalla stessa Corte costituzionale, in particolare attraverso il richiamo alla spesa costituzionalmente necessaria<sup>48</sup>. Sul punto non si possono non richiamare alcune contraddizioni concettuali rintracciabili nel quadro normativo che spingono nell'uno o nell'altro senso, nella consapevolezza della inconciliabilità delle due dimensioni. Un elemento di ambiguità emerge già dall'art. 1, comma 791 della legge di Bilancio per il 2023 ai sensi del quale «*ai fini della completa attuazione dell'articolo 116, comma 3, Cost. e del pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni, il presente comma e i commi da 792 a 798 disciplinano la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (...) quale soglia di*

---

“livelli essenziali”, v. S. Aru, “*Livelli minimi*” (di garanzia), “*livelli essenziali*” (delle prestazioni) e “*nucleo irriducibile*” (dei diritti): concetti giuridici distinguibili?, in *Federalismi*, 2025; M. Gola, P. Acri, D. Donati, C. Tubertini, *Diritto e amministrazione della sanità-Approfondimenti aa 2020-2021*, SPISA – C.R.I.F.S.P. Bologna, 2022.

<sup>44</sup> Corte cost. n.192/2024.

<sup>45</sup> La riduzione dei livelli essenziali a soglie finanziariamente compatibili segnala il passaggio da una amministrazione di cura a una amministrazione di mera gestione, con possibile alterazione della funzione garantista dell'organizzazione pubblica. In tal senso anche A. Pioggia, *Cura a pubblica amministrazione*, cit., nel quale analizza in chiave critica il rapporto tra organizzazione e diritti.

<sup>46</sup> In questo senso, dunque, è chiaro che se la differenziazione non è adeguatamente governata il rischio è quello di definire “diversi diritti alla salute”, con effetti ben più gravi di una mera diseguaglianza gestionale. Così A. Pioggia, *Il diritto alla salute*, cit. la quale sottolinea in particolare che il rischio è che «accanto a diversi sistemi sanitari regionali, si definiscano diversi diritti alla salute» (37).

<sup>47</sup> Corte cost., sent. n. 80/2010; n. 168/2021; n. 40/2022.

<sup>48</sup> Sul punto la dottrina è assai ampia. Tra i numerosi autori che hanno affrontato il L. Antonini, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria*, in *Federalismi*, 2017, n. 22; anche in *Recenti Prog. Med.* 2023, 114 ss.; M. Bergo, *E pur si muove... ma come? Le sfide al Diritto costituzionale nella nuova governance economica e della contabilità accrual*, in *Bilancio, comunità, persona*, 2, 2024, 82; C. Di Martino, *I novi spunti della giurisprudenza costituzionale sul carattere differenziato della c.d. spesa costituzionalmente necessaria*, in *Bilancio, comunità, persona*, 2025, 171 ss.; G. Fares, *Amministrazione pubblica e spesa costituzionalmente necessaria: lo stato dell'arte*, in *amministrativ@mente*, 1, 2025; F.R. Grisostolo, I. Rivera, *I diritti sociali alla prova egli equilibri di finanza pubblica statale e regionale. Un difficile rapporto di reciproca condizionalità*, in *Ianus. Diritto e Finanza*, 15-16, 2017, 133 ss.; Aa. Vv., *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, a cura di E. Cavasino, G. Scala e G. Verde, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013. Il rischio “regressivo” dei LEP a livelli minimi trova un argine nella più recente giurisprudenza amministrativa, che potrebbe essere citata a contrappeso: TAR Campania-Salerno, sez. III, n. 2086/2024 (illegittimità della delibera ASL che fissava limiti orari massimi alle terapie ABA per minori autistici, in quanto deroga in peius ai LEA); TAR Reggio Calabria, sez. I, n. 552/2024 (obbligo di presa in carico e rimborso delle spese sostenute privatamente in caso di inerzia ASL); Cons. St., sez. III, n. 262/2025 (estensione del regime LEA alle prestazioni strumentali, come il trasporto disabili); Cass. SS.UU., ord. n. 1781/2022 (giurisdizione esclusiva del GA sulle controversie in materia di diritto a prestazioni LEA).

*spesa costituzionalmente necessaria che costituisce il nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al PNRR (...) e il pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali e quale condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni»* che, prosegue la norma, «è consentita subordinatamente alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni». Una norma che sembra andare nel senso della prevalenza della dimensione “sostanziale” dei diritti, salvo però “scontrarsi” ad esempio con l’operato della Cabina di regia costituita ai sensi del comma successivo. Infatti, se una parte del comma 791 richiama una dimensione puramente sostanziale, facendo riferimento al “nucleo invalicabile”, che rimanda alla notissima sentenza della Corte costituzionale n. 80/2010 che delinea un quadro teorico di riferimento individuando i LEP quale soglia invalicabile di tutela dei diritti sociali, basta andare oltre la virgola per cogliere la rilevanza che il legislatore ha dato alla dimensione finanziaria; rilevanza che poi, nel comma successivo, assume valore condizionante, limitante l’operato della Cabina di regia. Si legge, infatti, al comma 793, che la Cabina di regia «*nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e in coerenza con i relativi obiettivi programmati (...) d) determina, nel rispetto dell’art. 17 della l. 196/2009 (e cioè nel rispetto della copertura finanziaria), e comunque nell’ambito degli stanziamenti di bilancio a legislazione vigente, i LEP sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard*». Ne deriva una tensione interna tra affermazione della dimensione sostanziale dei diritti e condizionamento finanziario della loro concreta definizione. Si configura, dunque, un condizionamento finanziario che rischia di trasformare i LEP da “livelli essenziali”, in meri “livelli minimi” finanziariamente compatibili<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> Sull’intricato dibattito sulla distinzione concettuale tra livelli minimi e livelli essenziali delle prestazioni, cfr. D. Messineo, *La garanzia del “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Giappichelli, Torino 2012; C. Pinelli, *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (art. 117, co. 2, lett. m, Cost., in Dir. Pubbl., 3, 2002, 881 ss.; C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bonomia University Press, Bologna, 2008; Id., *L’assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 3, 2024, 393 ss.; S. Aru, *op. cit.*, 40 ss. Il rischio di una progressiva regressione dei LEP/LEA da “livelli essenziali” a “livelli minimi finanziariamente compatibili”, denunciato nel testo, ha trovato un argine significativo proprio nella più recente giurisprudenza amministrativa, che vale richiamare brevemente in chiave sistematica. Particolarmente rilevante è TAR Campania, sez. staccata di Salerno, sez. III, 5 novembre 2024, n. 2086, che ha annullato una delibera ASL che aveva fissato rigidi limiti orari massimi di terapia ABA per minori con disturbi dello spettro autistico, ritenendo che «la definizione di livelli massimi di prestazioni determina una non consentita deroga *in peius* ai livelli essenziali delle prestazioni, incompatibile con i principi costituzionali. Un atto di natura generale non può consumare integralmente la discrezionalità tecnica propria dei competenti organi operativi delle ASL, imponendo limiti orari che pretendono di porsi come vincolanti per le aziende sanitarie e che sono incompatibili con i LEA definiti in materia di disturbi dello spettro autistico». Il TAR richiama coerentemente la giurisprudenza costituzionale (Corte cost. nn. 91/2012, 72 e 91/2020, 115/2012) per affermare che la discrezionalità regionale e aziendale attiene alla programmazione “a monte” e all’organizzazione del servizio, ma deve lasciare intatta la possibilità di adattare il piano individualizzato al singolo paziente nella fase “a valle”. In senso convergente, TAR Calabria, sez. staccata di Reggio Calabria, sez. I, 30 agosto 2024, n. 552 ha condannato l’ASP territorialmente competente alla presa in carico diretta del minore (20 ore settimanali di ABA), al rimborso delle spese sostenute privatamente dalla famiglia (€ 16.396,00) e al risarcimento del danno non patrimoniale e del danno da perdita di chance, ricostruendo analiticamente il quadro normativo che radica il diritto alla prestazione (art. 1 d.lgs. 502/1992, art. 26 L. 833/1978, L. 134/2015, art. 60 DPCM 12 gennaio 2017). Il Consiglio di Stato, sez. III, 14 gennaio 2025, n. 262 ha esteso il regime obbligatorio dei LEA anche alle prestazioni strumentali alla loro erogazione — nella specie, il servizio di trasporto degli utenti disabili presso i centri socio-riabilitativi — qualificando l’inattuazione come «colpa di apparato» e configurando responsabilità risarcitoria della ASL. Sul piano del riparto di giurisdizione, le Sezioni Unite della Cassazione (Cass. SS.UU., ord. n. 1781/2022) hanno definitivamente attribuito al giudice amministrativo, in sede di giurisdizione esclusiva ex art. 133, co. 1, lett. c) c.p.a., la cognizione delle controversie relative all’accertamento del diritto del paziente a specifici trattamenti terapeutici a carico del SSN, là dove l’attività dell’amministrazione sanitaria abbia carattere discrezionale, sia amministrativo che tecnico. Da questo corpus giurisprudenziale, ancora in fase di consolidamento, si ricavano alcuni principi operativi che corroborano l’argomentazione del saggio: (i) i LEA costituiscono diritti soggettivi pieni e incondizionati dell’utente; (ii) il vincolo*

Senza entrare nel merito dell'ampio dibattito che si è registrato sul tema, seguendo alcuni spunti richiamati in precedenza, non si può non sottolineare la dubbia compatibilità di questa disposizione con la tutela dello Stato di diritto così come definito proprio dal Regolamento 2020/2092 che pone l'accento proprio sulla dimensione sostanziale. Analoghe criticità sorgono con riferimento al comma 7 dell'art. 3 della legge 86/2024 ai sensi del quale «*i LEP possono essere aggiornati periodicamente in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, anche al fine di tenere conto della necessità di adeguamenti tecnici prodotta dal mutamento del contesto socioeconomico o dall'evoluzione della tecnologia*» contestualmente «*all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie*». Anche in questo caso, il parametro finanziario precede quello sostanziale. Dunque, il D.P.C.M. di aggiornamento presumibilmente, se la sistematica delle fonti non è mutata, dovrà adeguarsi alle disposizioni finanziarie secondo lo schema dei livelli minimi, cioè parametrati non al bisogno ma alle risorse riportando in vita una prospettiva che consideravamo superata dagli anni '90.

La situazione sin qui descritta trova ulteriori elementi di complicazione. In senso inverso rispetto a quello appena considerato se si guarda alla dimensione procedurale e organizzativa. Avuto riguardo al primo profilo, la disciplina contenuta nella legge 86/2024 prevede, in linea con la centralizzazione che caratterizza gli interventi del PNRR, una marginalizzazione del ruolo della Conferenza unificata, rispetto alla quale non è più richiesta l'intesa, ma si ritiene sia sufficiente l'acquisizione di un parere, dunque un ruolo certamente più marginale che depotenzia quella «leale collaborazione» che sino ad ora aveva sorretto l'intero impianto e ciò in quanto, sottolineava la Corte costituzionale, solo attraverso la «*leale collaborazione orientata al bene comune che il modello pluralistico riconosciuto dalla Costituzione può (...) svilupparsi in una "prospettiva generativa"*»<sup>50</sup>, verso la migliore tutela del diritto alla salute»<sup>51</sup>. E ciò nonostante la Corte abbia sottolineato che quando «*il legislatore delegato si accinge a riformare istituti che incidono su competenze statali e regionali, inestricabilmente connesse, sorge la necessità del ricorso all'intesa*»<sup>52</sup> e devono essere individuati «*meccanismi per il superamento delle divergenze, basati sulla reiterazione delle trattative o su specifici strumenti di mediazione*» che, però, non sono necessari per un parere che, *per incidens*, non è neanche previsto come vincolante. Quella stessa intesa che la Corte costituzionale nella nota sentenza n. 134/2006 aveva ritenuto adeguato strumento per bilanciare l'esigenza dello Stato di portare i livelli di fissazione degli standard oltre la dimensione prestazionale, intercettando anche quei parametri oggettivi per la garanzia dell'appropriatezza, come definiti dall'art. 1, comma 169, l. 311/2004<sup>53</sup> e cioè «*standard qualitativi, strutturali e tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi*». Cioè standard che intercettano anche la dimensione organizzativa nei limiti necessari a garantire l'uniformità di trattamento<sup>54</sup> e in presenza di «*imperiose necessità sociali*»<sup>55</sup>.

---

finanziario non può svuotare il nucleo minimo garantito; (iii) le delibere regionali o aziendali non possono predeterminare limiti massimi standardizzati che impediscano la valutazione caso per caso del bisogno individuale; (iv) l'inadempimento genera responsabilità risarcitoria piena, comprensiva del rimborso delle spese sostenute privatamente in caso di inerzia della ASL. È un orientamento che, sul piano della tutela giurisdizionale, conferma la lettura "sostanziale" dei LEA proposta nel testo e si oppone, di fatto, alla loro derubricazione a meri standard di compatibilità finanziaria.

<sup>50</sup> Corte cost., sent. n. 168/2021.

<sup>51</sup> Corte cost. 168/2021 e 40/2022.

<sup>52</sup> Corte cost., n. 251/2016

<sup>53</sup> L'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311, ha previsto la definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e di processo, superando una concezione meramente prestazionale dei LEA.

<sup>54</sup> Corte cost., nn. 88/2003; 371/2008; 192/2017.

<sup>55</sup> Corte cost., nn. 125/2015, 192/2017 e 213/2017 nella quale si precisa che «la deroga alla competenza legislativa delle Regioni (...) 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».

Il quadro relativo alla attuazione della sanità territoriale si complica ulteriormente se si considera il disegno organizzativo previsto nel PNRR che, come rilevato in precedenza, andrà ad innestarsi su realtà organizzative differenziate a livello regionale che, come sottolineato dalla dottrina, si sono caratterizzati in maniera diversa rispecchiando le diverse concezioni assunte a base della riforma tanto del regionalismo quanto della stessa organizzazione sanitaria nella sua dimensione funzionale e strutturale e, non di minore rilievo, dei piani di rientro, e delle richieste avanzate, già prima del Covid, ai sensi dell'art. 116, comma 3, Cost.

Un ulteriore rischio, che certamente non può essere sottaciuto, è rappresentato dalla attuazione della l. 86/2024 sotto altro profilo e, dunque, dalla implementazione di nuove forme di autonomia che si inseriscono in questo quadro segnato da un ampio divario economico-sociale e dalla arretratezza infrastrutturale. È sì vero che fa riferimento alla «*attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, relative a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*», utilizzando così una definizione che lascia pensare che l'autonomia non riguardi blocchi di materie, ma funzioni specifiche, ma è altrettanto vero che un "elenco" è contenuto all'art. 3, comma 3, e che gli emendamenti presentati per introdurre limiti a garanzia dei principi di equità e universalità sono stati respinti e che subordina il trasferimento di funzioni alla determinazione dei LEP, senza chiarirne la natura: standard minimi condizionati dalle risorse disponibili o livelli essenziali di tutela dei diritti. Il richiamo ai vincoli di finanza pubblica – già presente nella legge di bilancio 2023 – sembra orientare i LEP verso una dimensione finanziariamente compatibile, piuttosto che sostanziale, con il rischio di una regressione rispetto ai principi affermati dalla Corte costituzionale.

E certamente non può essere sottaciuto anche il contenuto dell'art. 11 della legge 86/2024 che espressamente prevede che «*l'esame degli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo, di cui sia stato avviato il confronto congiunto tra il Governo e la Regione interessata prima della entrata in vigore della presente legge, sono esaminati secondo quanto previsto dalle pertinenti disposizioni della presente legge*» (Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna). La disposizione presenta profili di ambiguità interpretativa, ed è ragionevole presumere che, rispetto al procedimento contemplato all'art. 2 l'accelerazione vada nel senso di non ritenere necessaria la delibera del Consiglio regionale e il parere degli enti locali, con una evidente marginalizzazione del processo democratico regionale, fino a ritenere valido lo schema di intesa definito nel 2018-2019 che riguardava la governance dei SSR, la formazione, la cui disciplina unitaria è a garanzia di un livello adeguato di preparazione professionale come condizione minima di sicurezza rispetto all'attività di cura (sottacendo i profili di compatibilità con il diritto europeo<sup>56</sup>), contratti e attività libero professionale, la rimozione dei vincoli alla spesa sanitaria, in particolare per il personale, e la compartecipazione e il sistema tariffario, con evidenti conseguenze sulla tenuta dell'universalismo e della gratuità del sistema sanitario; il finanziamento del SSR prevedendo nuove forme di finanziamento tramite fondi sanitari integrativi che, saltato il vincolo dell'art. 9 del d.lgs. 502/1992 potrebbero essere strutturati come veri e propri fondi sostitutivi, cioè tali da ricomprendere prestazioni incluse nei LEA ed extra LEA; la politica del farmaco, ovvero la possibilità di definire l'equivalenza terapeutica per principi attivi uguali; la programmazione degli investimenti nel patrimonio edilizio e tecnologico pubblico.

Dunque, è concreto il rischio che si arrivi a una decostruzione del modello Beveridge, con un sicuro incremento della spesa sanitaria oltre che dei divari. Ovviamente non tutte le proposte sono negative. Si pensi alla programmazione dei posti della specializzazione e comunque

---

<sup>56</sup> Corte cost., nn. 112/2023, 106/2022 e 36 e 179/2023.

quelle proposte che tendono a rinsaldare il rapporto con il territorio, intervenendo anche nelle aree disagiate, ma certo occorrerebbe una più ampia riflessione sulla rete.

E in questo se si considerano le realtà regionali e le percentuali di adempimento dei LEA, dati emergenti già dalla Griglia dei LEA pubblicata prima che venisse sostituita con i dati disponibili nel Nuovo sistema informativo Sanitario, rispetto al periodo 2010-2019 un sostanziale adempimento dei LEA era garantito soltanto in 5 Regioni (con un valore superiore all'86%); mentre in 4 Regioni e 1 Provincia autonoma il grado di soddisfazione era tra il 78,8% e l'85,9%; in 5 dal 76% al 68,0%; le rimanenti 5 Regioni e la Provincia autonoma di Bolzano presentavano un grado di adempimento dei LEA tra il 67,5% e il 56,3%. Dati cui corrispondono, in maniera inversamente proporzionale, le percentuali di mobilità sanitaria. Criticità che sono sostanzialmente confermate anche nel Nuovo sistema che, come noto, si prefigge di misurare le prestazioni che rientrano nei LEA secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza calcolate sulla base di 88 indicatori per una valutazione multidimensionale, in cui rientra anche l'appropriatezza organizzativa.

I dati del Nuovo Sistema di Garanzia confermano la persistenza di forti diseguaglianze territoriali, in particolare nell'area distrettuale, con una correlazione inversa rispetto alla mobilità sanitaria. Le Regioni storicamente critiche continuano a presentare livelli insufficienti soprattutto nelle aree della prevenzione e dell'assistenza distrettuale, con una correlazione inversa rispetto ai flussi di mobilità sanitaria.

Senza entrare nel dettaglio delle metodologie di calcolo, le Regioni che nel precedente sistema presentavano criticità, le riconfermano nel Nuovo Sistema e per una gran parte risultano inadempienti rispetto ai 3 profili considerati (prevenzione, distrettuale e ospedaliera), con una significativa variabilità delle performance tra le tre aree considerate per alcune Regioni.

In questa situazione, in cui obiettivamente a 20 anni di LEA non sono ridotte le diseguaglianze regionali, è indubbio che il processo di regionalismo differenziato non potrà considerarsi neutrale, soprattutto se si considerano gli impatti sui pilastri della medicina territoriale. Tali criticità risultano particolarmente evidenti se lette alla luce della *value based healthcare* (VBHC)<sup>57</sup> che misura il valore in termini di rapporto tra *outcome* di salute e costi sostenuti, e il *value for money* è il ritorno in termini di salute e di risorse investite. E così risulta subito evidente come vi sia da un lato un sovra utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci; un sottoutilizzo dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari; un inadeguato coordinamento dell'assistenza; oltre ad acquisti eccessivi. Elementi che esprimono l'esistenza di profonde fratture strutturali che generano solo un indebolimento dei sistemi regionali.

Il quadro delineato segnala il rischio concreto di una frammentazione del modello universalistico, con una progressiva erosione del modello Beveridge.

La sanità territoriale può costituire una reale opportunità solo se accompagnata da un rafforzamento strutturale dell'organizzazione, una visione della appropriatezza come criterio guida, un finanziamento coerente con la dimensione sostanziale con la dimensione sostanziale dei diritti. In assenza di tali condizioni, il combinato disposto di PNRR e regionalismo

---

<sup>57</sup> M. E. Porter, E.O. Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006. Sul VBHC nel contesto italiano cfr. Cergas-Bocconi, *Rapporto OASI*, ult. ed.

differenziato<sup>58</sup> rischia di accentuare le diseguaglianze, compromettendo l'effettività del diritto alla salute su base nazionale.

## 6. *Appropriatezza, organizzazione e unità del sistema sanitario*

Alla luce delle brevi riflessioni esposte nelle pagine precedenti risulta chiaro come la territorializzazione della sanità non possa essere letta esclusivamente come un processo di riorganizzazione amministrativa o come una mera redistribuzione di funzioni tra centro e periferia. Essa rappresenta, più profondamente, un banco di prova della tenuta costituzionale del Servizio sanitario nazionale e della sua capacità di coniugare efficienza, sostenibilità e tutela effettiva del diritto alla salute e, dunque, universalità. Infatti, se la territorializzazione trova nella localizzazione il suo presupposto strutturale, essa deve trovare nell'appropriatezza il proprio criterio ordinatore. Una appropriatezza che, però, deve superare lo stretto ambito riferito alla "singola cura", per allargare la prospettiva al "servizio" offerto dalla stessa struttura (amministrazione).

Seguendo tale linea di approfondimento si coglie come la stessa efficienza, tradizionalmente declinata secondo la logica costi-benefici, non è di per sé incompatibile con la tutela dei diritti fondamentali; diviene problematica quando assume carattere esclusivo e assorbente, riducendo l'organizzazione sanitaria a strumento di razionalizzazione finanziaria. In questa prospettiva, l'appropriatezza emerge come categoria capace di ricomporre la frattura tra organizzazione e azione, tra struttura e prestazione, tra vincolo finanziario e dimensione sostanziale del diritto alla salute.

L'appropriatezza, infatti, non coincide con la sola correttezza clinica della prestazione, ma implica una valutazione complessiva del contesto organizzativo che rende possibile quella prestazione, la migliore prestazione possibile in quel territorio. Essa richiede che l'azione sanitaria sia il risultato non solo della migliore scelta terapeutica disponibile, ma anche della migliore organizzazione possibile in relazione alle risorse date. In tal senso, l'organizzazione non è un elemento neutro o meramente tecnico, bensì una condizione costituzionalmente rilevante per la garanzia effettiva dei diritti sociali<sup>59</sup>.

Su questo sfondo teorico si è innestata l'analisi dei vincoli finanziari che hanno progressivamente inciso sulla configurazione del sistema sanitario. I piani di rientro, le politiche di contenimento della spesa, la centralità dell'equilibrio di bilancio hanno contribuito a plasmare modelli territoriali fortemente differenziati<sup>60</sup>, accentuando disomogeneità preesistenti. La pandemia ha rappresentato uno stress test che ha reso visibili

---

<sup>58</sup> Sul punto cfr. l'analisi di M. D'Angelosante, *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in *AIC*, 1, 2024, 129 ss.; A. Pitino, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia nella materia della salute*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 731 ss.

<sup>59</sup> Il dato imprescindibile per una analisi coerente dei sistemi, tesa a garantire la reale appropriatezza, è rappresentato appunto dalla corretta considerazione della relazione tra autonomia organizzativa ed eguaglianza, prospettiva ancor più rilevante proprio nel godimento dei diritti fondamentali. In senso analogo a quello rappresentato nel testo cfr. A. Pioggia, *Il diritto alla salute...*, cit., la quale evidenzia come il rapporto tra autonomia organizzativa ed eguaglianza nel godimento dei diritti fondamentali costituisca la chiave per comprendere l'incidenza delle scelte regionali sulla consistenza del diritto alla salute (41). Cfr. anche A. Pioggia, *Il "riconoscimento dell'altro" e la pubblica amministrazione. Una prospettiva nell'orizzonte costituzionale della cura*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2025, 51 ss., in particolare 66-67, ove si evidenzia come le pratiche amministrative concrete – anche minute e organizzative – incidano sull'effettività dei diritti e debbano essere lette alla luce dell'art. 3, comma 2, Cost., nella prospettiva della legalità costituzionale.

<sup>60</sup> Il rischio di una amministrazione sanitaria orientata prevalentemente alla razionalità economica, con compressione della dimensione relazionale e personalistica della cura, è stato evidenziato in dottrina come effetto della progressiva finanziarizzazione dell'azione pubblica. Sul punto sia consentito rinviare alle riflessioni di A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.

tali fratture, mostrando come la debolezza della medicina territoriale non fosse il frutto di contingenze eccezionali, ma il risultato di scelte stratificate nel tempo.

Il PNRR ha tentato di imprimere una svolta, introducendo un disegno organizzativo ambizioso fondato su reti di prossimità, strutture intermedie e integrazione sociosanitaria. Tuttavia, l'analisi dei dati attuativi ha evidenziato uno scarto significativo tra progettazione e realizzazione. La creazione di infrastrutture, pur necessaria, non si è accompagnata a un parallelo rafforzamento del capitale umano e della governance territoriale. La carenza di medici di medicina generale, le diseguaglianze regionali nell'attivazione delle Case di comunità, la persistente mobilità sanitaria interregionale dimostrano che la dimensione organizzativa non può essere ridotta alla sola componente edilizia o tecnologica.

Ne deriva il rischio di una territorializzazione meramente formale, infrastrutturalmente visibile ma sostanzialmente fragile, incapace di incidere sulle dinamiche di presa in carico, continuità assistenziale e integrazione dei servizi. In tale scenario, l'appropriatezza organizzativa rimane un obiettivo dichiarato ma non pienamente realizzato.

La questione assume un rilievo ancora più delicato se collocata nel quadro del regionalismo differenziato e della disciplina dei LEP. Il nodo irrisolto riguarda la natura stessa dei livelli essenziali: se essi debbano essere intesi come soglia minima finanziariamente compatibile o come nucleo invalicabile di tutela dei diritti sociali. La subordinazione della determinazione e dell'aggiornamento dei LEP ai vincoli di finanza pubblica rischia di spostare il baricentro dalla effettività del diritto alla disponibilità delle risorse, invertendo la logica costituzionale che dovrebbe, invece, orientare la programmazione finanziaria alla garanzia dei diritti fondamentali.

In questo contesto, l'eventuale ampliamento delle forme di autonomia differenziata<sup>61</sup> in materia sanitaria non può essere considerato neutrale. Se non accompagnato da una chiara qualificazione sostanziale dei LEP e da meccanismi effettivi di leale collaborazione, esso potrebbe accentuare le diseguaglianze territoriali e favorire una progressiva frammentazione dell'universalismo sanitario. Il rischio non è soltanto quello di una differenziazione organizzativa, fisiologica in un sistema regionale, ma di una differenziazione nell'intensità e nella qualità della tutela del diritto alla salute.

Il combinato disposto tra vincoli finanziari, attuazione parziale del PNRR e autonomia differenziata pone dunque una questione di fondo: quale modello di Servizio sanitario nazionale si intenda preservare. Se il modello Beveridge, fondato su universalità, equità e gratuità tendenziale delle prestazioni, debba essere reinterpretato alla luce delle trasformazioni socioeconomiche, tale reinterpretazione non può tradursi in una regressione rispetto ai principi costituzionali.

La territorializzazione della sanità può rappresentare una straordinaria opportunità di rafforzamento del sistema, a condizione che sia accompagnata da una visione integrata dell'organizzazione, da un investimento strutturale nel capitale umano e da una chiara riaffermazione della natura sostanziale dei diritti sociali. In assenza di tali condizioni, essa rischia di diventare il terreno su cui si consolidano le diseguaglianze, trasformando il luogo di residenza e la capacità economica in fattori determinanti dell'accesso alle cure.

---

<sup>61</sup> Il tema, come noto, ha dato origine a un ampissimo dibattito. Per tutti sia consentito richiamare le riflessioni di A. Ruggeri, *Autonomia differenziata e unità della Repubblica*, in *Consulta online*, 2019; M. Bordignon, L. Rizzo, G. Turati, *L'autonomia differenziata*, in *Studi e ricerche*, 1, 2023, 287-314; G. Forges Davanzati, *Le basi teoriche dell'autonomia differenziata: una lettura critica*, in *Moneta e Credito*, 77, 2024, 201 ss.; P. Torretta, *La disciplina dei LEP per l'autonomia differenziata (ma non solo) al vaglio della Corte costituzionale. Note a margine della sentenza n. 192/2024*, in *Federalismi*, 13, 2025, 173 ss.; A. Andriopoulou, *Autonomia differenziata e divari di cittadinanza*, in *Federalismi*, 23, 2023.

In definitiva, il tema della sanità territoriale interroga direttamente la capacità dello Stato di diritto di rendere effettivi i propri valori fondativi. L'appropriatezza, intesa come criterio organizzativo e decisionale, può costituire la chiave per ricomporre le tensioni tra efficienza e giustizia, tra sostenibilità e universalità, tra autonomia e unità del sistema. Essa richiede, tuttavia, una scelta di campo chiara: riconoscere che la sostenibilità finanziaria è uno strumento e non un fine, e che l'organizzazione sanitaria, lungi dall'essere un dato neutro, è il luogo in cui si misura concretamente la qualità della democrazia costituzionale<sup>62</sup>.

Solo in questa prospettiva la territorializzazione potrà evolvere da promessa incompiuta a reale strumento di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, restituendo coerenza tra architettura istituzionale e tutela effettiva del diritto alla salute su tutto il territorio della Repubblica.

---

<sup>62</sup> In questa prospettiva, la "cura" diviene categoria capace di collegare organizzazione amministrativa e Stato di diritto, imponendo che l'azione pubblica sia strutturata in modo da rendere effettivi i diritti fondamentali nella concretezza delle relazioni istituzionali. Sul punto cfr. A. Pioggia, *Cura e pubblica amministrazione*, cit.