amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 3/2024

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sánchez-Mesa Martínez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità *versus* autonomia nell'organizzazione sanitaria?

di Costanza Nicolosi

(Ricercatrice, abilitata associato, di diritto amministrativo presso l'Universitas Mercatorum di Roma)

Sommario

1. L'autonomia organizzativa in tema di salute, tra competenza concorrente (nella tutela della stessa) e competenza esclusiva dello Stato (nella determinazione dei livelli essenziali) – 2. Standard delle prestazioni sanitarie, tra tutela della salute e determinazione dei livelli essenziali – 3. Autonomia organizzativa, tra tutela della salute e determinazione dei livelli essenziali – 4. Autonomia organizzativa e uniformità delle prestazioni – 5. Autonomia organizzativa e Piani di rientro sanitari – 6. Telemedicina, tra standard tecnologici e standard organizzativi – 7. Telemedicina, tra valutazione di *adeguatezza* e principio di *appropriatezza* – 8. Gli effetti (di lungo termine?) del PNRR per l'autonomia organizzativa.

Abstract

The essay aims to investigate the actual scope of the organizational autonomy of the Regions in the healthcare sector. In this regard, it is considered that, in apparent contrast with the constitutional structure outlined by the reform of Title V, the organizational autonomy of the Regions is, in practice, compressed not only by an evident acceleration towards the definition of standards (also of an organizational nature) in the healthcare sector, but also by the raising, at European level, of the place of definition of such standards.

* *Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review*

ISSN 2036-7821

1. L'autonomia organizzativa in tema di salute, tra competenza concorrente (nella tutela della stessa) e competenza esclusiva dello Stato (nella determinazione dei livelli essenziali).

Il tema della salute riveste un'importanza fondamentale nell'assetto costituzionale[1]. Già nel disegno costituzionale originale rappresentava uno degli snodi fondamentali dello Stato sociale e della realizzazione del principio di eguaglianza sostanziale. La riforma del Titolo V, di pari, riconosce l'importanza del tema della salute, rendendolo sia materia di competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni (tutela della salute, *ex* art. 117, comma 3, Cost.)[2], sia oggetto di ulteriore specificazione attraverso la competenza, questa volta esclusiva in capo allo Stato, della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni[3] (*ex* art. 117, comma 2, lett. m), Cost.[4]) che mira a definire l'area entro cui il diritto alla salute si configura come un

* Relazione tenuta al Convegno "Intelligenza artificiale amministrativa (IAA), Principi e regole per l'esercizio delle funzioni pubbliche", Roma, 4-5 luglio 2024;

[1] Senza pretesa di esclusività, F. Saitta, *L'organizzazione della salute: uno sguardo al (recente) passato per costruire il futuro*, in R. Cavallo-Perin, A. Police, F. Saitta (a cura di), *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*, Firenze, 2016, 421 ss.; R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, Id. (a cura di), *Salute e sanità*, in S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2010; R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di Diritto Sanitario*, Bologna, 2013; A. Pioggia, *Diritto Sanitario e dei Diritti Sociali*, Torino, 2017; C. Bottari, *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, 2018; G. Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 3, 1981, 755 ss.

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

[3] Nonostante l'introduzione relativamente recente in Costituzione, l'utilizzo della locuzione "livelli essenziali" risale alla legge introduttiva dell'SSN, art. 3, l. n. 833/1978. Tale norma del prevedeva che attraverso i Piani sanitari (ora sostituiti dai c.d. Patti della salute) lo Stato avrebbe definito le prestazioni da garantire a tutti i cittadini. Emergeva in questa accezione la consapevolezza che i livelli di prestazione avrebbero dovuto costituire il contenuto dei diritti alla salute. La disciplina è stata ulteriormente modificata dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 per il riordino della disciplina in materia sanitaria; e dal d.lgs. n. 229/1999. Teoricamente, la definizione de livelli essenziali non preclude alle Regioni di disciplinare in materia di livelli essenziali, poiché esse possono *ampliare* la gamma delle prestazioni garantite. Tuttavia, l'onere di doverne assicurarne l'integrale copertura finanziaria limita –in modo sostanziale– gli effettivi spazi di autonomia regionale.

[4] In argomento, R. Manfrellotti, R. Miranda, *Determinazione dei livelli essenziali e conferimento di funzioni amministrative: l'art. 117, co. II, lett.m) Cost. come "parametro presupposto" nel giudizio di costituzionalità*, in E. Bettinelli, F. Rigano (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2004.

ISSN 2036-7821

diritto alle prestazioni pienamente esigibile.

L'attuale assetto costituzionale relativamente al tema della salute rivela, così, la tensione tra due tendenze (*rectius*, esigenze) del riparto di competenze e funzioni tra "centro" e "periferia". Da una parte, l'affidamento esclusivo allo Stato della determinazione dei livelli essenziali (anche in tema di salute) rivela la necessità di assicurare omogeneità e uniformità nella concreta erogazione delle prestazioni in tutto il territorio nazionale, al fine di garantire l'effettività dell'uguaglianza. Dall'altra parte, la competenza concorrente sulla tutela della salute intende lasciare alle Regioni la regolazione della disciplina di dettaglio e quella di carattere organizzativo[5], dando così sia giusto riconoscimento al principio autonomistico e del pluralismo istituzionale (*ex* art 5. Cost.)[6], sia valorizzazione al necessario "carattere democratico" dell'organizzazione[7].

Sono proprio i confini dell'effettiva portata dell'autonomia organizzativa delle Regioni in ambito sanitario a risultare difficilmente collocabili, con opportuna precisione, nell'intreccio delle competenze –esclusiva e concorrente– relative alla

[5] In questo senso, sent. Corte cost., n. 192/2017, spec., cons. in diritto punto 6.1 («L'organizz*azione sanitaria [è una] componente fondamentale della tutela della salute*, in quanto la relativa normativa traccia la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate […]. In questa materia la legislazione dello Stato deve esprimersi attraverso norme di principio, sicché *sono censurabili le norme statali che non lasciano alcuno spazio di intervento alla Regione* non solo per un'ipotetica legiferazione ulteriore, ma persino per una normazione secondaria di mera esecuzione») (enfasi aggiunta). In generale, il legame imprescindibile tra organizzazione e diritti è sottolineato nella celebre sentenza della Corte cost., n. 383/1998 («organizzazione e diritti sono aspetti peculiari della stessa materia, l'una e gli altri implicando e condizionandosi reciprocamente»; «non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata ai diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione»).

[6] In argomento, R. Dagostino, *Sistema delle autonomie e divari territoriali di cittadinanza*, in *Diritto e Società*, 3/2023, 455-483. Il tema è strettamente connesso al principio di sussidiarietà, cfr. G. Pastori, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, n. 1/2002, pp. 85 ss.

[7] V. Ottaviano, *Scritti giuridici*, I, Milano, 2022, in particolare gli scritti su: *Poteri dell'amministrazione e diritti costituzionali*, 13 ss.; *Cittadino e amministrazione nella concezione liberale*, 33 ss.; *Appunti in tema di amministrazione e cittadino nello Stato democratico*, 53 ss. Si vedano anche, I.M. Marino, *Sulla semplificazione amministrativa, con particolare riferimento all'ordinamento locale*, ora in A. Barone (a cura di), *I.M. Marino. Scritti Giuridici*, II, Napoli, 2015, 1283 ss.; M.S. Giannini, *Autonomia (teoria gen. e dir. pubbl.)*, in *Enc. Dir.*, IV, Milano, 1959, 356 ss.; G. Pastori, D. Sorace, *Compendio dello studio sui temi giuridico-istituzionali*, in F. Fiorelli (a cura di), *Il governo delle città*, Milano, 1975; G. Berti, *art. 5*, in G. Branca (a cura di), *Commentario alla Costituzione, Principi fondamentali*, Bologna, 1975; S. Romano, *Autonomia*, in Id., *Frammenti di un dizionario giuridico*, Milano, 1983; U. Allegretti, *Autonomia regionale e unità nazionale*, in *Le Regioni*, n. 1/1995, pp. 11 ss.; A. Police, *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e attribuzioni regionali: la parabola dell'eguaglianza*, in R. Cavallo Perin, A. Police, F. Saitta (a cura di), L'*organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*, vol. I, Firenze, 2016, 67 ss.; S. Pajno, *Il regionalismo differenziato tra principio unitario e principio autonomista: tre problemi*, in *Federalismi.it*, 4 marzo 2020; E. Giardino, *Regionalismo differenziato, funzioni amministrative ed unità della repubblica*, .in *Nuove Autonomie*, 1/2024, pp. 141-148; L.R. Perfetti, *Costruire e decostruire i concetti dell'organizzazione pubblica. Ragioni di un percorso e tracce per la sua prosecuzione*, in *PA Persona e amministrazione*, 1/2021, pp. 15-48; Id., *L'organizzazione amministrativa come funzione della sovranità popolare*, in *Il diritto dell'economia*, 1/2019, pp. 43-70. Si veda anche l'intervista rilasciata da A. Barone, G. Gigante, *Perché le province sono tornate di moda. Lo spiega il Prof. Barone*, in *www.formiche.net*, 23 marzo 2023.

ISSN 2036-7821

salute. Infatti, l'assegnazione della competenza concorrente nell'ambito della tutela della salute ha, tra i relativi effetti, quello di riservare alle Regioni, come loro precipua funzione, proprio l'organizzazione dei servizi[8]. Tuttavia, ciò non vuol dire che il tema dell'organizzazione vada escluso *tout court* dall'azione dello Stato, in quanto la potestà di sancire i principi fondamentali può coinvolgere anche la disciplina organizzativa dei servizi sanitari[9]. Analogamente, la stretta implicazione (*rectius*, il reciproco condizionamento) tra tutela del diritto alla salute e organizzazione dei servizi trova conferma nella possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza –e delle loro specificazioni– possa comportare la fissazione, da parte dello Stato, di talune indicazioni organizzative[10], posto però, necessariamente, che sia lasciato al legislatore locale uno spazio di esercizio della relativa competenza in tema di tutela della salute[11].

In un quadro che appare già di per sé complesso, si rivela, inoltre, che a livello pratico, la definizione dei livelli di assistenza si è concretizzata nella fissazione, tramite decreti ministeriali (*breviter*, DM), di appositi standard sanitari, il cui livello di dettaglio solleva il dubbio del loro possibile (*rectius*, probabile) "sconfinamento" anche nella disciplina degli aspetti organizzativi con conseguente limitazione dell'effettiva portata dell'autonomia organizzativa delle Regioni. Autonomia, tra l'altro, ulteriormente (ri)messa in discussione dalla necessità, prima, di reagire con urgenza alla crisi pandemica[12] e, successivamente, di ripensare il sistema sanitario

[8] Tra cui: la predisposizione dei presidi sanitari, la definizione delle procedure di presa in carico dei pazienti e le condizioni di offerta della salute e della remunerazione dei costi (ad es., l'articolazione territoriale delle aziende sanitarie locali; l'organizzazione di aziende sanitarie e delle strutture ospedaliere; la regolazione dell'offerta privata di prestazioni sanitarie all'interno del SSN; le sperimentazioni gestionali; la tutela degli utenti).

[9] Tale implicazione è strutturale alla logica della potestà concorrente, come sancito inequivocabilmente dalla Corte costituzionale all'indomani della revisione del 2001, per cui il rapporto tra tutela della salute e organizzazione sanitaria non presuppone la *distinzione* in due materie separate, ma piuttosto l'*inclusione* della seconda nella prima. Corte cost., sent. n. 371/2008, più volte riconfermata.

[10] In questo senso, R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019. Sul punto, gli A. richiamano anche C. Pinelli, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018.

[11] Corte cost., sent. n. 192/2017, spec. cons. in diritto punto 6.1 («L'organizzazione sanitaria è una componente fondamentale della tutela della salute, in quanto la relativa normativa traccia la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate. In questa materia la legislazione dello Stato deve esprimersi attraverso norme di principio, sicché sono censurabili le norme statali che non lasciano alcuno spazio di intervento alla Regione non solo per un'ipotetica legiferazione ulteriore, ma persino per una normazione secondaria di mera esecuzione. Tuttavia, in questa stessa materia trova anche applicazione il canone generale, secondo cui è vincolante per le Regioni ogni previsione che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, per la finalità perseguita si pone in rapporto di coessenzialità e necessaria integrazione con le norme-principio che connotano il settore»).

[12] In argomento, si rimanda alla sezione monografica del fascicolo n. 1/2021, della rivista *P.A. Persona e amministrazione*, pp. 11-537, spec., G. Corso, *Emergenza e organizzazione*, pp. 13-17; N. Pignatelli, *Brevi note sul regionalismo nell'emergenza sanitaria*, pp. 99-106; M. Trimarchi, *Dall'emergenza epidemiologica due indicazioni per la riforma dell'autonomia comunale*, pp. 91-97; M.C. Cavallaro, *La decisione politica nel tempo dell'emergenza sanitaria*, pp. 107-122; F. Marone, *L'emergenza Covid tra temporaneità dei poteri d'urgenza e crisi del regionalismo*, pp. 123-143. Si

ISSN 2036-7821

per migliorarne la *ripresa e resilienza*[13].
È proprio il delicato (*rectius*, instabile) equilibrio di questo assetto costituzionale che, da una parte, valorizza l'autonomia organizzativa delle Regioni nell'ambito della salute, e dall'altra la sacrifica in nome dell'esigenza di uniformità territoriale, a rendere cruciale il tema dell'organizzazione nel comparto della salute. Analizzare l'effettiva portata, dell'autonomia organizzativa nella materia salute permette, infatti, di rivelare eventuali tensioni nell'assetto costituzionale delineato dalla riforma del Titolo V; tensioni che tra l'altro, si può presumere saranno oggetto di ulteriore dibattito a seguito della recente emanazione della legge sul c.d. regionalismo differenziato (l. 26 giugno 2024, n. 86)[14].

2. Standard delle prestazioni sanitarie, tra tutela della salute e determinazione dei livelli essenziali.

La genesi della concreta determinazione dei livelli essenziali in ambito sanitario affonda le sue radici all'indomani della modifica costituzionale del 2001. Infatti, proprio a partire dai primi anni del secolo (in modo, invero, non dissimile a quanto sta avvenendo ai nostri giorni) le questioni concernenti il diritto alla salute (incluso gli specifici parametri di definizione del suo contenuto "essenziale") andavano assumendo sempre più rilevanza in virtù delle innovazioni tecnologiche che investivano (anche) i *setting* assistenziali tradizionali (ad es., l'ambulatorio, l'ospedale, etc.)[15]. È in questo contesto che viene emanata la l. n. 404/2001 che, tra le altre cose, affida a un successivo decreto del Presidente del Consiglio, la determinazione specifica dei livelli essenziali in ambito sanitario[16]. In seguito

---

veda anche, M.C. Cavallaro, *Divario territoriale, coesione sociale e tutela dei diritti: il ruolo delle regioni in tempo di crisi*, in *P.A. Persona e amministrazione*, 2/2021, pp. 61-87. Si veda anche, V. Fanti, *Al tempo dell'emergenza non si può ritornare all'autoritarismo di Oreste Ranelletti*, in *Dirittifondamentali.it*, 3/2020. Per un'analisi del principio di sussidiarietà orizzontale ai tempi della crisi pandemica, A. Barone, *Emergenza pandemica, precauzione e sussidiarietà orizzontale*, in *P.A. Persona e amministrazione*, vol. 1/2020, pp. 185-196; Id., *Brevi riflessioni su valutazione scientifica del rischio e collaborazione pubblico-privato*, in *Federalismi.it*, 29 aprile 2020.

[13] Il riferimento è, ovviamente, al titolo del PNRR il quale dedica la sua sesta missione specificatamente alla salute.

[14] In argomento, G.M. Flick, *Autonomia differenziata delle Regioni: perplessità e interrogativi*, in *Federalismi.it*, 17 aprile 2024; F. Manganaro, *Il regionalismo differenziato nell'attuale dibattito parlamentare*, in *Federalismi.it*, 17 aprile 2024; Id., *Note sul regionalismo differenziato nel disegno di legge approvato dal Senato*, in *Nuove Autonomie*, 16 luglio 2024. Si veda anche, M.A. Sandulli, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020.

[15] F. Palumbo, *Dopo gli standard ospedalieri, gli standard territoriali*, in *Corti supreme e salute*, 2/2023, pp. 273-283, spec. 275 («Tutto ciò apriva prospettive nuove nei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, ma faceva nascere nuove esigenze di tutela della sicurezza e di valutazione dell'efficacia. Un esempio per tutti, la diffusione della chirurgia ambulatoriale, per quale si poneva la necessità di definire requisiti tecnologici e strutturali oltre che criteri clinico assistenziali»).

[16] Scelta certamente, opportuna considerato il veloce grado di innovazione che coinvolge il settore e coerente sul piano delle fonti, ove la competenza esclusiva sui livelli essenziali comprende (*ex* art. 117, comma 6, Cost.) che le relative declaratoria, definizione e specificazione sia demandata alla fonte secondaria. Ciò trova, altresì, conferma

ISSN 2036-7821

all'accordo raggiunto in sede di Conferenza, viene emanato il primo atto contenente la definizione dei livelli essenziali in ambito sanitario, il DPCM del 29 novembre 2001, successivamente modificato.

Rispetto allo schema individuato nel decreto, si pone l'esigenza di individuare, concretamente, i necessari contenuti tecnico-funzionali. Tale esigenza, a sua volta, dà adito a un primo problema giuridico: l'individuazione concreta dei contenuti dei livelli essenziali; ovvero, se il riferimento dei livelli essenziali può concernere solo la definizione delle *tipologie* di prestazioni, o può includere anche i *criteri qualitativi* delle prestazioni, attraverso la fissazione, definizione e specificazione dei livelli essenziali nella forma di standard, atti a garantire l'uniformità delle prestazioni (presupposta, ovviamente, la puntuale e dettagliata conoscenza delle realtà territoriali).

La risposta legislativa sulla legittimità degli standard come specificazione e definizione dei livelli di assistenza è di pochi anni successiva e in senso affermativo. L'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311 (*breviter*, comma 169) sancisce che, al fine di garantire l'uniformità sul territorio nazionale delle modalità di erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali, vengano emanati opportuni regolamenti per la fissazione di «standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi». La Corte costituzionale conferma l'approccio legislativo di procedere tramite standard nella sentenza n. 134/2006, in cui ha rifiutato la contestazione che la previsione di specifici standard presenti un carattere eccessivamente di dettaglio; considerandoli, invece, strumentali alla garanzia di un maggiore grado di uniformità del pieno godimento dei diritti[17], posto che il regolamento che li definisce venga emanato previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni[18].

La sentenza ha, quindi, sancito che la fissazione di standard costituisce un legittimo esercizio della competenza affidata allo Stato dall'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.,

---

nella giurisprudenza del Consiglio di Stato (sent. 15 giugno 2004, n. 3983) e della Corte costituzionale (sentt. nn. 134/2006 e 62/2020, n. 62). Per un'analisi del rapporto tra le fonti e relativa idoneità, R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2/2022, pp. 461-473.

[17] Corte. Cost., sent. n. 134/2006, Cons. in diritto punto 9 («Non può essere negata la possibilità del legislatore statale di giungere ad una più analitica ed effettiva tutela dei LEA, non è definibile, almeno in astratto, un livello di specificazione delle prestazioni che faccia venir meno il requisito della loro essenzialità, essendo questo tipo di valutazioni costituzionalmente affidato proprio al legislatore statale (che in effetti, tramite alcune specifiche disposizioni legislative, ha anche proceduto a definire direttamente alcune prestazioni come livelli essenziali). *Non può pertanto dubitarsi che anche la fissazione degli standard costituisca esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art 117, comma 2, lett. m), Cost.*») (enfasi aggiunta).

[18] La sent. n. 134/2006 ha, infatti, dichiarato incostituzionale il testo originario del comma 169 nella parte in cui prevedeva l'adozione del regolamento dopo aver, meramente, «sentito» la Conferenza Stato-Regioni, anziché «previa intesa» con la medesima. Poiché il comma 169 sanciva «la medesima procedura» per «l'individuazione delle tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale», si estende, procedendo a "rime obbligate", l'obbligo dell'intesa anche alle parti del regolamento del Ministro della salute riferite all'individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi.

ISSN 2036-7821

purché soggetta al vincolo della previa intesa con le Regioni, così da bilanciare, attraverso l'intesa, l'esigenza dello Stato di portare i livelli a un maggiore grado di specificazione con l'esigenza delle Regioni di co-determinare taluni (presumibilmente, non qualunque) limiti potenzialmente stringenti alla propria autonomia.

3. Autonomia organizzativa, tra tutela della salute e determinazione dei livelli essenziali.

Affermata e confermata la legittimità di definire e specificare il contenuto dei livelli essenziali attraverso standard, si pone la questione del *tipo* di standard che lo Stato può, legittimamente, fissare senza ledere l'autonomia organizzativa delle Regioni in ambito sanitario. Infatti, oltre la legittimità degli standard in quanto tali, il comma 169 pone un ulteriore (e più fondamentale) problema giuridico: ovvero, la possibilità che gli standard, di definizione e specificazione dei livelli essenziali, possano essere *anche* di natura organizzativa. Infatti, la formulazione del comma 169 («standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi») è abbastanza ampia da, presumibilmente, includere al suo interno, seppur senza menzionarli specificamente, standard ti tipo *anche* organizzativo.

Ovvero, nel momento in cui l'individuazione dei livelli di assistenza, attraverso le norme secondarie, raggiunge(sse) un (elevato?) grado di dettaglio anche organizzativo, si rende(rebbe) problematico, nell'ambito della competenza concorrente sulla tutela della salute, il rapporto tra il grado di dettaglio di tale norma secondaria con la potestà dello Stato di stabilire *solo* i principi fondamentali della materia. Inoltre, la fissazione di standard organizzativi susciterebbe dubbi in merito all'effettiva esistenza –e del caso l'effettiva portata– dell'autonomia organizzativa delle Regioni in ambito sanitario. Invero, in merito alla fissazione di eventuali standard organizzativi, la giurisprudenza della Corte costituzionale ha più volte ribadito che la determinazione dei livelli essenziali concerne specificatamente le *prestazioni*, ovvero l'*attività*; escludendo, quindi, che la definizione dei livelli essenziali possa riguardare anche le modalità organizzative.

A questo proposito, si può richiamare la sentenza della Corte costituzionale n. 88/2003, chiamata ad esprimersi sulla legittimità di un decreto ministeriale che prevedeva una serie di obblighi organizzativi (e prestazioni aggiuntive rispetto a quelle individuate dal DPCM del 2001)[19], contestato proprio sulla base della presunta violazione dell'autonomia regionale. In quell'occasione, la Corte ha concluso che i limiti imposti costituissero una compressione eccessiva e ingiustificata

[19] Decreto del Ministro della salute emesso, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il 14 giugno 2002, recante disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie lo cali – Sert.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.

ISSN 2036-7821

dell'autonomia organizzativa. E ciò nonostante la necessità di garantire un'adeguata uniformità di trattamento, posta in capo al legislatore statale della competenza esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali[20].

Ancora, nella sentenza n. 371/2008[21], la Corte afferma che «…nella giurisprudenza di questa corte la fissazione dei livelli essenziali di assistenza si identifica *esclusivamente* nella "determinazione degli standard *strutturali e qualitativi* delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale", non essendo "pertanto inquadrabili in tale categoria le norme volte ad altri fini, quali, ad esempio […] la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni"»[22].

Si consideri anche la più recente sentenza n. 192/2017, la quale esplicitamente afferma che «[l]a competenza statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in linea di massima, concerne la fissazione del livello *strutturale* e *qualitativo* delle prestazioni; solo in circostanze eccezionali, segnatamente quando ricorrano imperiose necessità sociali, può spingersi oltre»[23].

In questo contesto, apparentemente consolidato, viene emanato il precedente DM 70/2015 «recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»[24]. Si tratta di un regolamento di

[20] Corte cost., sent. n. 88/2003, cons. in diritto punto 2 («Il contenuto del decreto ministeriale adottato *comprime indubbiamente la sfera di autonoma organizzazione delle Regioni e delle Province autonome* in relazione ai servizi preposti alle tossicodipendenze […]. L'evidente rilevanza generale degli interessi sanitari e sociali connessi con il fenomeno della tossicodipendenza hanno legittimato [nell'emanazione del Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza] una *parziale ed eccezionale compressione dell'autonomia organizzativa e funzionale delle Regioni e Province autonome* […]. Il decreto ministeriale impugnato, invece, […] limita in modo ulteriore, rispetto alle disposizioni regolamentari, l'autonomia organizzativa di Regioni e Province autonome in materia sanitaria, prevedendo anzitutto che i Sert.T siano unità operative "coordinate nell'ambito di uno specifico dipartimento per le dipendenze patologiche", del quale vengono individuate le funzioni fondamentali, e poi prescrivendo al suo interno "la diretta partecipazione a livello operativo e decisionale del privato sociale accreditato o autorizzato operante nel territorio o richiesto da altri territori per specifiche competenze […]"».) (enfasi aggiunta).

[21] Nello specifico, il caso riguardava le norme attinenti allo svolgimento dell'attività professionale intramuraria.

[22] Cons. in diritto punto 5 (enfasi aggiunta), citando la sent. n. 120/2005 che riguardava una questione di legittimità costituzionale, in via principale, degli artt. 4, comma 2, e 28, comma 2, l. Regione Toscana 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro). L'art. 4 del TU regionale era contestato in base all'assunto che la disciplina degli standard strutturali e qualitativi degli asili nido, rimessa da tale norma ad un regolamento regionale, spetterebbe, invece, alla competenza esclusiva dello Stato. La Corte, tuttavia, non ha condiviso la tesi che gli standard strutturali e qualitativi di cui alla norma impugnata si identificherebbero con i livelli essenziali delle prestazioni e, quindi, rientrerebbero nella competenza trasversale ed esclusiva dello Stato. Secondo la Corte, infatti, la norma censurata non determina alcun livello di prestazione, limitandosi ad incidere sull'assetto organizzativo e gestorio degli asili nido che, risulta demandato alla potestà legislativa delle Regioni.

[23] Corte cost., sent. n. 192/2017, cons. in diritto punto 6.3 (enfasi aggiunta).

[24] Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, G.U. 4 giugno 2015, n. 127.

ISSN 2036-7821

attuazione della c.d. *spending review* in sanità del 2012[25], della quale, infatti, il decreto sviluppa, sul piano sostanziale, gli indirizzi, incluso il "controverso" parametro della riduzione dei posti letto ospedalieri[26]. È, probabilmente, nell'emanazione del DM 70/2015 che si può rintracciare il momento in cui un (forse fisiologico) "sconfinamento" degli standard nella sfera organizzativa opera una sostanziale (eccessiva?) riduzione dell'autonomia organizzativa delle Regioni, come sembrano suggerire alcune specifiche disposizioni relative al personale[27], nonché nella definizione di un nuovo "modello" (e relativi standard) per lo sviluppo dell'assistenza territoriale che, presumibilmente, concerne *anche* aspetti organizzativi[28].

4. Autonomia organizzativa e uniformità delle prestazioni.

Le più recenti pronunce della Corte costituzionale rivelano una tendenza a "sacrificare" gli spazi di autonomia organizzativa delle Regioni in virtù della necessità di assicurare, tramite la definizione dei livelli essenziali (potenzialmente sconfinanti, appunto, anche nella sfera organizzativa), l'uniformità delle prestazioni nel territorio a tutti gli aventi diritto. In questo senso, proprio la già citata sentenza n. 125/2015 afferma che «[n]ella prospettiva della tutela [dei livelli essenziali] la

[25] Le premesse del DM 70/2015 indicano, come base giuridica dello stesso, sia il comma 169, sia l'art. 15, comma 13, lett. c), DL 6 luglio 2012, n. 95 (c.d. *spending review* in sanità), conv. in legge 7 agosto 2012, n. 135.

[26] Sulla cui legittimità specificatamente si è pronunciata la Corte cost., sent. n. 125/2015. In particolare, la sentenza dichiara incostituzionale l'obbligo di riduzione dei posti letto ospedalieri (presumibilmente, uno standard strutturale, sebbene la ricorrente ne contestasse la natura organizzativa) nella parte in cui esso era applicabile alle Province autonome.

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

[28] Vale la pena rilevare che le basi giuridiche del decreto non sembrano adeguatamente supportare una (ri)definizione del modello di assistenza territoriale. Vero, infatti, che il comma 169 sancisce che «…sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale». Tuttavia, anche volendo concedere che *nessuno* degli elementi portanti di tale modello di assistenza siano riferibili alla tutela della salute e che *tutti* tali elementi siano configurabili come specificazione dei livelli essenziali (e quindi, opportunamente specificati dalla norma secondaria), va rilevata una non perfetta sovrapponibilità tra le previsioni del DM 70/2015 e le macro aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, vigente al momento dell'entrata in vigore del comma 169. Da allora, tra l'altro è noto che il ruolo di "quadro generale di riferimento" del Piano sanitario nazionale sia andato attenuandosi e ha perso cogenza, culminando nella sostituzione di tale Piano dai c.d. Patti per la salute, ovvero accordi, cooperativi e negoziali, anch'essi formalmente di durata triennale, che, tuttavia, più che veri e propri strumenti di pianificazione, si limitano a ripartire le risorse economiche destinate alla sanità e risultano inidonei a svolgere un ruolo centrale nell'applicazione del mandato costituzionale della tutela della salute. Ciò è confermato anche dalla circostanza che l'ultimo Patto stipulato risale al triennio 2019-2021, precedente, quindi, alla crisi pandemica ed al programma di investimenti del PNRR, rivelando, così, una grave criticità di programmazione (nonché di reazione alle esigenze sopravvenute, tra cui: pandemia, transizione climatica, etc.), il che rende lecito dubitare della sua concreta efficacia ed effettività.

ISSN 2036-7821

Costituzione assegna al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una *adeguata uniformità di trattamento* sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto …»[29].

A tale proposito, la Corte ribadisce che l'esigenza di uniformità è garantita dalla *trasversalità* della determinazione degli standard (seppur sempre, almeno formalmente, *strutturali* e *qualitativi*) dei livelli essenziali, in quanto «[s]i tratta, dunque, "non tanto di una "materia" in senso stretto, quanto di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»[30]. In detta sentenza, la Corte si pronuncia unicamente su uno specifico standard del DM 70/2015, ovvero la riduzione dei posti letto, piuttosto che sulla natura, organizzativa o meno degli standard fissati dal decreto. È interessante rilevare che, in quell'occasione, la Corte riconduce la fissazione dello standard censurato alla potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute (e, come tale, lo dichiara illegittimo in quanto disciplina di dettaglio), piuttosto che alla potestà esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni (in quanto la *riduzione* dei posti letto non tende «a garantire un minimum intangibile della prestazione, ma ad imporre un tetto massimo alla stessa»[31], e come tale non può ritenersi specificazione dei livelli essenziali)[32].

Successivamente, la sentenza n. 192/2017, pur riconoscendo che «[l]a competenza statale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., in linea di massima, concerne la fissazione del livello *strutturale* e *qualitativo* delle prestazioni; e *solo in circostanze eccezionali*, segnatamente quando ricorrano imperiose necessità sociali, *può spingersi oltre*…», specifica, subito dopo, che «la deroga alla competenza legislativa delle Regioni, in favore di quella dello Stato, è ammessa nei limiti necessari ad *evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile* dallo

[29] Corte cost., sent. n. 125/2015, cons in diritto punto 4.1 (enfasi aggiunta).

[30] Corte cost., sent. n. 125/2015, cons in diritto punto 4.1. Confermato in Corte cost., sent. n. 192/2017, cons. in diritto punto 6.3.

[31] Corte cost., sent. n. 125/2015, cons in diritto punto 4.1.

[32] Come noto, è controversa la sovrapponibilità tra *essenzialità* e *minimalità* dei livelli. In argomento, *ex multis*, A. Police, *Federalismo "asimmetrico" e dequotazione dell'eguaglianza: le fragili fondamenta della cittadinanza amministrativa*, in *Diritto dell'economia*, 2002, pp. 489 ss.; C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008; R. Balduzzi, *Livelli essenziali di assistenza vs. livelli minimi*, in G. Barberis, I. Lavanda, G. Rampa, B. Soro (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole*, Rubettino, 2005; R. Balduzzi, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quaderni regionali*, 1998, n. 1, pp. 941 ss.

ISSN 2036-7821

Stato»[33].

L'esigenza di uniformità è, di nuovo, ribadita nella sentenza n. 231/2017[34], in cui, vale la pena notare che, in presumibile controtendenza rispetto alla precedente decisone n. 125/2015, la Corte questa volta riconduce la fissazione degli standard ad opera del DM 70/2015 (per lo meno quello famigerato relativo alla riduzione dei posti letto) nell'alveo delle competenze *ex* art. 117, comma 2, lett. m), Cost.; negandone, quindi, l'inquadramento (che pure sembrava stabilito nella sentenza n. 125/2015[35]) nella potestà concorrente sulla tutela della salute[36]. Tale conclusione, accanto alla (ri)conferma, da parte della Corte, che la competenza relativa alla definizione dei livelli essenziali è funzionale alla garanzia dell'eguale godimento delle prestazioni sul territorio nazionale sembra assumere un ruolo (potenzialmente?) assorbente rispetto all'autonomia organizzativa riservata alle Regioni, sia nell'ambito della potestà concorrente in materia di tutela della salute, sia nella (dovuta?) esclusione di standard organizzativi dalla fissazione dei livelli essenziali.

Infatti, man mano che gli standard di definizione dei livelli essenziali raggiungono un sempre più alto grado di specificazione qualitativa, strutturale, tecnologica e quantitativa risulta sempre più difficile distinguere –in concreto– i limiti tra la potestà statale concorrente sulla tutela della salute e quella esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali, con la conseguente compressione degli spazi di autonomia organizzativa che il riformato Titolo V intendeva promuovere.

Ciò sembra confermato anche dalla previsione di una "nuova" base giuridica (in aggiunta al comma 169) per la definizione degli standard dei livelli essenziali. Si tratta dell'art. 1, comma 274, l. 30 dicembre 2021, n. 234 (*breviter*, comma 274) il quale prevede, adesso esplicitamente, la fissazione di standard *anche organizzativi*, oltre che quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale. Il comma

---

[33] Corte cost., sent. n. 125/2015, cons in diritto punto 4.1 (enfasi aggiunta).

[34] La *questio* riguardava, ancora una volta, la riduzione dei posti letti –già prevista dalla *spending review* del 2012– imposta per mezzo del DM 70/2015 e giudicata illegittima nella sent. 125/2015 (per cui, la Corte configura la violazione del giudicato costituzionale, da parte della norma contestata). Questa volta, la riduzione dei posti letto veniva stabilita per mezzo della art. 1, comma 541, lett. a), l. 28 dicembre 2015, n. 208. Nella relativa pronuncia, la Corte cost. inquadra questa –e altre norme contestate– all'interno di un medesimo «contesto normativo» (cons. diritto punto 6), determinato dall'adeguamento della normativa italiana sull'orario di lavoro del personale sanitario alla disciplina eurounitaria. Nel caso specifico, la generale complessità dei rapporti tra le potestà normative di Stato e Regioni nel settore sanitario è ulteriormente esasperata sia dal concorso di altre materie occasionalmente rilevanti (*i.e.*, ordinamento civile), sia dalla circostanza che le ricorrenti, essendo province autonome, autofinanziano integralmente con risorse proprie i rispettivi servizi sanitari.

[35] Sent. n. 125/2015, cons. in diritto punto 4.1 («Secondo la giurisprudenza di questa Corte la ridefinizione del numero dei posti letto fruibili va ricondotta alle materie della "tutela della salute" e del "coordinamento della finanza pubblica"»).

[36] In argomento, D. Servetti, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine Giurisprudenza italiana della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, in *Corti supreme e salute*, 1/2018, pp. 59-76.

ISSN 2036-7821

274 è specificatamente indicato tra le basi giuridiche dell'attuale DM 77/2022[37] che sviluppa ulteriormente (sempre tramite la definizione di appositi standard) il "modello" per lo sviluppo dell'assistenza territoriale dell'SSN e fissa, altresì, specifici standard anche in tema di telemedicina (inclusa, anch'essa, nella rete di sevizi a rendere a carico dell'SSN).

Di fronte a tali sovrapposizioni (*rectius*, confusioni) tra competenze esclusiva e concorrente (a cui si aggiunge anche l'influenza delle disposizioni europee), la più recente giurisprudenza della Corte costituzionale ha dovuto riconoscere che quando le disposizioni impugnate incidono simultaneamente su una pluralità di competenze tra loro inestricabilmente connesse, non si riesce a far prevalere una potestà piuttosto che un'altra[38]. L'unico modo di "ricomporre" tale intreccio è ricorrere all'interpretazione conforme per trovare, ove possibile, un adeguato bilanciamento tra le esigenze unitarie (inclusa la garanzia dei livelli) e le prerogative delle Regioni[39]. In altre parole, l'imperativo di uniformità delle prestazioni ha assunto una rilevanza –e una complessità– tale da sembrare in grado di "fagocitare" la portata (*rectius*, la legittimità) della differenziazione organizzativa delle Regioni in ambito sanitario.

5. Autonomia organizzativa e Piani di rientro sanitari.

In tema di "tenuta" dell'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario, è opportuno sottolineare come su di essa incidono i c.d. Piani di rientro sanitari, ovvero «i programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio»[40]. Occorre, innanzitutto, sfatare il mito (qualora esista) della natura "straordinaria" di tali Piani, smentita –nei fatti– dal gran numero di Regioni (dieci)[41] assoggettate ai

[37] Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, G.U. Serie Generale 22 giugno 2022, n. 144.

[38] Sent. n. 231/2017, cons. in diritto punto 9.4 («le disposizioni impugnate incidono, simultaneamente, su una pluralità di competenze statali, regionali e provinciali, tra loro inestricabilmente connesse, nessuna delle quali si rivela prevalente, ma ciascuna delle quali concorre alla realizzazione del disegno delineato dall'intervento legislativo. Le disposizioni impugnate, come si è detto, sono riconducibili a una pluralità di competenze spettanti al legislatore statale, anche in via esclusiva, come in materia di LEA e "ordinamento civile", o concorrente, come in materia di "tutela della salute" e "coordinamento della finanza pubblica"»).

[39] Nel caso specifico (sent. 231/2007), la soluzione viene individuata nell'interpretazione conforme, alla cui stregua le norme censurate sono legittime a patto di interpretarle come non vincolanti l'autonomia di spesa di enti che provvedono integralmente con entrate proprie al finanziamento dei rispettivi servizi sanitari.

[40] Così l'art. 1, comma 180, l. 30 dicembre 2004, n. 311, che formalmente introduce i Pini di rientro sanitari nell'ordinamento. Tuttavia, già l'art. 19-*ter*, d.lgs. n. 502/1992 (introdotto dal d.lgs. 229/1999) sanciva la possibile limitazione dell'autonomia regionale in materia sanitaria, prevedendo l'intervento dello Stato allorquando si presentassero disomogeneità qualitative nell'erogazione dei servizi e delle carenze strutturali di tipo finanziario. In argomento, A. Patanè, *I piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, 2a ed., Pisa, 2024.

[41] Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria, Piemonte e Puglia.

ISSN 2036-7821

Piani, dal ridottissimo numero di Regioni (tre)[42] che hanno completato con successo il percorso di rientro e dalla durata (sostanzialmente *sine die*) dei Piani[43]. Applicandosi, quindi, a quasi la metà delle Regioni italiane (sebbene con una tragica concentrazione nelle regioni del Mezzogiorno), per periodi –nella maggior parte dei casi– quasi ventennali, la portata di questo strumento –evidentemente– riverbera, in modo sufficientemente ampio, nello spazio, e lungo, nel tempo, da meritare un inserimento strutturale nell'analisi (seppur necessariamente limitata, nell'ambito di questo breve contributo) della "tenuta" organizzativa regionale in ambito sanitario.

Come noto, i Piani di rientro sono accordi provvisti –in allegato– di programmi operativi dettagliati, stipulati tra i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni in *deficit*, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza delle sanità regionali tramite la razionalizzazione delle risorse (*rectius*, il taglio della spesa) e –significativamente ai fini del presente contributo– la *riorganizzazione* dei rispettivi servizi sanitari regionali[44]. Per quanto applicati a realtà regionali difformi, è possibile rintracciare un contenuto, comune a tutti i Piani di rientro, che stabilisce: (i) la riorganizzazione della rete ospedaliera (e il contenimento della relativa spesa), soprattutto in ordine all'equilibrio tra offerta pubblica e offerta privata accreditata; (ii) il contenimento della spesa farmaceutica e (iii) la diminuzione della spesa per il personale[45].

Gli specifici di tale *riorganizzazione* sono sanciti da norme (previste negli accordi operativi allegati) il cui elevato grado di dettaglio (che riecheggia il centralismo degli atti di indirizzo e coordinamento, seppur ritenuti superati dalla riforma del Titolo V[46]) e la vincolatività implicano la pressoché totale *soppressione* dell'autonomia organizzativa delle Regioni soggette ai Piani di rientro. Tra l'altro, gli effetti dirompenti dei Piani di rientro non si limitano all'autonomia organizzativa, ma impongono altresì una significativa riduzione *anche* delle competenze legislative delle Regioni assoggettate ai Piani, per cui è previsto l'obbligo di eliminare ogni provvedimento legislativo regionale in contrasto con quanto previsto dal Piano, incluse –senza sorpresa, dato l'obiettivo di "rimodulazione" della spesa– le iniziative volte ad ampliare la portata dei servizi erogati. Una volta sottoscritto, il Piano vincola

[42] Liguria, Sardegna e Piemonte.

[43] Il Lazio dal 28 febbraio 2007, l'Abruzzo dal 6 marzo 2007, la Liguria dal 6 marzo 2007 al 10 arile 2010, la Campania dal 13 marzo 2007, il Molise dal 21 marzo 2007, la Sicilia dal 31 luglio 2007, la Sardegna dal 31 luglio 2007 al 31 dicembre 2010, la Calabria dal 17 dicembre 2009, il Piemonte dal 29 luglio 2010 a marzo 2017 e la Puglia dal 29 novembre 2010.

[44] Significativa è anche la relativa attività di controllo su quanto effettivamente realizzato dalle Regioni attraverso il sistema nazionale di verifica SiVeAS.

[45] A. Patanè, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 62 ss.

[46] A. Patanè, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 106 ss. (citando E. Castorina, *La riforma del Titolo V della Costituzione: Quadro riassuntivo e aspetti problematici della legge costituzionale 18 ottobre 2001*, in *Annuali del Seminario Giuridico*, n. 3/2003, pp. 26 ss.).

ISSN 2036-7821

la Regione (come pure lo Stato) anche in caso di modifica della rispettiva maggioranza.

La Corte costituzionale si è più volte pronunciata sugli (eventuali?) confini del coordinamento statale in ambiti di competenza legislativa concorrente (tutela della salute e contenimento della spesa pubblica) in presenza di Piani di rientro, sancendo la prevalenza del principio di coordinamento della finanza pubblica (e l'elevato grado di dettaglio dei Piani) sull'autonomia organizzativa regionale dei servizi sanitari[47]. Conseguentemente, la Corte ha precluso, alle Regioni sottoposte a piani di rientro, la possibilità di effettuare spese per erogare prestazioni *extra* rispetto ai livelli essenziali, ovvero incrementare non solo le *prestazioni* in essi non rientranti[48], ma anche la *popolazione degli utenti* che possono usufruire dei livelli essenziali[49].

I Piani di rientro (e i relativi effetti) sono certamente il risultato di una ripartizione di competenze che si presta (troppo?) facilmente a sovrapposizioni (*rectius*, confusioni) tra "centro" e "periferia"; essi sono altresì il risultato di un assetto costituzionale che sancisce, accanto a diritti proclivi alla spesa (*i.e.*, il diritto alla salute), anche principi orientati alla razionalizzazione delle risorse finanziarie (*i.e.*, il pareggio di bilancio e il limite imposto all'autonomia finanziaria delle Regioni, ma anche la competenza legislativa concorrente sul coordinamento della finanza pubblica), a loro volta espressione di orientamenti sovranazionali e giudizi finanziari di natura (spesso non giuridica, ma quasi sempre) altamente cogente.

In questo delicato (*rectius*, fragile) assetto costituzionale, i Piani di rientro concretizzano l'attività di bilanciamento tra il diritto alla salute (la cui vocazione universalistica è già "limitata" a mezzo di una "mera" garanzia dei livelli essenziali) e il principio del contenimento della spesa, raggiungendo un equilibrio che sacrifica *in toto* l'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario in virtù delle esigenze economico-finanziarie[50]. Per quanto tale equilibrio possa risultare "economicamente pragmatico" o, addirittura "politicamente auspicabile" (se si ritiene di addossare la *totalità* delle responsabilità di una cattiva gestione sull'inadeguatezza della politica regionale)[51], risultano altresì evidenti le frizioni con il principio autonomistico e il generale assetto costituzionale.

6. Telemedicina, tra standard tecnologici e standard organizzativi.

L'attuale DM 77/2022, "prendendo in prestito" la locuzione del comma 169, fissa

[47] *Ex multis* tra le più recenti, Corte cost., sent. n. 193/ 2007 (richiamando sentt. nn. 98/2007 e 36/2005) e sentt. nn 217/2020, 220/2020 e 221/2020.

[48] Da ultimo, Corte cost., sent. n. 104/2013.

[49] Corte cost., sentt. nn. 190/2022, 142/2021, 36/2021 e 166/2020. Da ultimo, Corte cost., sent. n. 134/2023.

[50] In generale sull'arretramento della tutela dei diritti di fronte agli imperativi economico-finanziari, J. Esteve Pardo, *El camino a la desigualdad. Del imperio de la ley a la expansión del contrato*, Madrid, 2023.

[51] In argomento, G. Pastori, *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, in *Scritti scelti*, vol. II, Napoli, 2010, pp. 717 ss.

ISSN 2036-7821

«standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale». Tuttavia, va rivelato che, al contrario del precedente decreto del 2015, il DM 77/2022 rintraccia, altresì, una nuova e ulteriore base giuridica, ovvero il già menzionato comma 274, il quale prevede, esplicitamente, la possibilità di fissare standard *anche organizzativi*.

Invero, al di là del titolo formale del decreto, (almeno) taluni degli standard in esso fissati possono presumibilmente ricondursi al *genus* delle scelte organizzative[52]. Il confine, già presumibilmente incerto, tra, da una parte, standard *organizzativi* (teoricamente rientranti nell'autonomia organizzativa delle Regioni) e, dall'altra, standard *qualitativi*, *strutturali*, *tecnologici* e *quantitativi* (definibili dallo Stato, come sancito dalla normativa e dalla stessa giurisprudenza costituzionale), diventa ancora più flebile con la progressiva *digitalizzazione* della sanità che tende ad affievolire (ulteriormente) le eventuali distinzioni tra standard *organizzativi* (di competenza delle Regioni?) e standard *tecnologici* (di legittima specificazione dei livelli essenziali già dal comma 169). La telemedicina –a cui il DM 77/2022 dedica particolare attenzione[53]– in questo senso, è un caso paradigmatico sia del confine (labile) tra standard *tecnologici* e standard *organizzativi*, sia dell'effettiva legittimità della portata di differenziazione organizzativa regionale in ambito sanitario.

La telemedicina può essere definita come una pratica medica caratterizzata dalla presenza non contestuale medico-paziente, la cui interazione è, dunque, mediata da sistemi di comunicazione digitale. Lo sviluppo della telemedicina costituisce un importante obiettivo della missione salute del PNRR. Oltre che per gli auspicati benefici in termini di maggiore efficacia ed efficienza, l'impegno per lo sviluppo e la diffusione della telemedicina si spiega anche come possibile propulsore della sanità territoriale, in quanto appare, infatti, particolarmente idonea sia a garantire servizi in aree fortemente disagiate (ad es., piccole isole[54]), sia a valorizzare il ruolo della casa come primo luogo di cura. Altrettanto significative sono, inoltre, le promesse della telemedicina in termini di risparmio per la spesa sanitaria pubblica[55].

---

[52] Tale conclusione è supportata dal testo stesso del DM 77/2022 che nell'All. 2 (di valore prescrittivo, ai sensi dell'art. 1 dello stesso DM) fissa specifici standard organizzativi, titolati come tali. Gli standard indicati nel DM sono per lo più di derivazione europea e derivanti da specifici obiettivi PNRR.

[53] Già timidamente accennata dal precedente DM 70/2015. In argomento, si vedano F. Cimbali, *La governance della sanità digitale*, spec. pp. 91 ss.; F. Aperio Bella, *L'accesso alle tecnologie innovative nel settore salute tra universalità e limiti organizzativi (con una postilla sull'emergenza sanitaria)*, in *P.A. Persona e amministrazione*, vol. 1/2020, pp. 219-245; V. Fanti, *Intelligenza artificiale e diritto amministrativo: prospettive, limiti, pericoli*, in *Diritto e processo amministrativo*, 4/2022, pp. 1001-1014.

[54] F. Saitta, *La tutela della salute nelle isole minori: il punto della situazione*, in *Sanità pub e priva.*, 2017, 5 ss.

[55] In argomento, si veda, M. Campagna, *Linee guida per la telemedicina: considerazioni alla luce dell'emergenza covid-19*, in *Corti supreme e salute*, 3/2020, pp. 599-618; E. Caruso, *Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni*, in S. Buoso, A. Passaro (a cura di), *Organizzazione e lavoro in sanità*, Torino, Giappichelli, 2023; L. Ferraro, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Diritto dell'informazione informatica*, 2022; F. Giglioni, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*,

ISSN 2036-7821

Nonostante lo sviluppo di questa forma di assistenza conosca, quindi, un'importanza crescente[56], la sua base normativa è ancora principalmente fondata proprio sul DM 77/2022, oltre che su relative indicazioni nazionali[57] e linee guida[58] emanate dal Ministero della Salute. In particolare, le linee guida definiscono la telemedicina in termini di: (a) televisita; (b) teleconsulto/teleconsulenza; (c) telemonitoraggio; e (d) teleassistenza[59]. Obbiettivo delle attuali previsioni sembra essere principalmente quello di fornire regole per l'erogazione della telemedicina nel contesto di un generale ripensamento dell'organizzazione dell'SSN in chiave più *digitale*, ma sembrerebbe anche sempre più *centralizzata*, in nome della garanzia dell'uniformità.
E infatti, l'effettiva possibilità (*rectius*, legittimità) di differenziazione organizzativa sembra travolta dall'imperativo di uniformità nell'erogazione del servizio, come suggerito, tra l'altro: dalla non derogabilità degli standard fissati dal DM 77/2022; dal monitoraggio dell'Agenas –con cadenza semestrale– sull'effettiva implementazione degli standard da parte delle Regioni; e ancora, dall'obiettivo (del PNRR) di creare una piattaforma nazionale (c.d. "infrastruttura centrale") per la telemedicina che permetta proprio di superare la frammentarietà (*rectius*, la differenziazione regionale) nell'erogazione della teleservizio sul territorio attraverso la validazione ed il monitoraggio delle soluzioni implementate nelle diverse Regioni.

2/2020.; A.M. Sandulli (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, 2021. Per un'analisi divulgativa, The Economist, *Can artificial intelligence make health care more efficient?*, 27 marzo 2024.

[56] In sede europea, vige il Regolamento UE n. 2021/252 denominato EU4Health, che però sul punto ha un limitato carattere vincolante. Su questa base si ricava che la telemedicina è a tutti gli effetti un sistema riconosciuto di erogazione dei servizi sanitari, che deve essere però inteso come integrativo del metodo tradizionale. In altre parole, la telemedicina non deve sostituire il rapporto tradizionale medico-paziente, ma integrarlo per potenziare l'efficacia quando ricorrono talune condizioni. Sugli aspetti comparati della telemedicina, si veda la sezione monografica della rivista European Review of Digital Administration & Law (ERDAL), Volume 4, Issue 1, 2023, dedicata alla telemedicina, a cura di M.B. Andreu Martínez, V. Molaschi, O. Renaudie.

[57] Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, approvato nella seduta del 28 ottobre 2020 e poi adottato, con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n. 215/CSR).

[58] Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022, Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. G.U. Serie Generale 2 novembre 2022, n. 256.

[59] La "limitazione" a queste sole quattro categorie, invero, sembra alquanto riduttiva delle (ben più vaste) opportunità promesse dalla telemedicina in senso lato, quale uso degli strumenti della sanità digitale. Ad esempio, sotto il profillo dell'uso della sanità digitale (e relativi strumenti) come propulsore di una maggiore efficienza dei medici, va evidenziato che da lungo tempo l'impiego della robotica in campo chirurgico ha ampliato le frontiere dell'efficienza medico-umana, valorizzando e talvolta perfino espandendo il sapere e la tecnicità individuali, permettendo di compiere manovre altrimenti impossibili per l'anatomia umana; un esempio per tutti è il robot Leonardo, su cui si segnala un bell'articolo divulgativo che ben descrive l'operatività che intercorre tra esso e il Dott. Pier Giulianotti: D.T. Max, *Paging Dr. Robot*, in *The New Yorker*, 23 settembre 2019. Inoltre, le prospettive attualmente offerte dalle nuove tecniche di digitalizzazione riguardano anche l'eventuale (*rectius*, progressiva) sostituzione, a vantaggio dell'intelligenza artificiale, nella medicina diagnostica e nella biomedicina, con particolare riferimento alla ricerca e sviluppo di farmaci. Su questo e altri aspetti della sanità digitale in senso lato, si rimanda alla rubrica Technology Quarter della rivista The Economist, edizione del 30 marzo 2024, dedicato alla sanità digitale.

ISSN 2036-7821

Il caso della telemedicina, quindi, rivela un'*accelerazione* della tendenza accentratrice in ambito organizzativo, che coinvolge –in modo ancora più esplicito rispetto al passato– *anche* aspetti organizzativi; stridendo, quindi, con l'assetto costituzionale delineato dalla riforma del Titolo V e (presumibilmente, almeno in parte) con la giurisprudenza della Corte costituzionale. Inoltre, proprio il caso della telemedicina segnala anche l'*innalzamento* del livello (adesso europeo) presso cui sono definiti gli standard (*anche* organizzativi) che danno concretezza al diritto alla salute[60]; il che non può che suscitare dubbi sull'effettivo coinvolgimento delle Regioni e la relativa possibilità di adempiere al mandato costituzionale loro assegnato.

7. Telemedicina, tra valutazione di adeguatezza e principio di appropriatezza.

Nonostante l'acclarato imperativo di uniformità, un elemento relativo alla telemedicina adombra qualche possibile criticità proprio in merito all'effettivo (e uniforme) godimento dei diritti. Le già menzionate linee guida, infatti, subordinano l'uso della telemedicina, da parte dei pazienti, ad una valutazione di eleggibilità che va *oltre* la tradizionale valutazione degli aspetti clinici di competenza del medico, per comprendere anche l'ulteriore valutazione (non specificato a giudizio di chi) di eleggibilità «tecnologica e culturale», atta a verificare sia l'*idoneità tecnologica* del paziente, sia la *dotazione tecnologica* di cui dispone[61].

Ovvero, si prospetta la possibilità che, in concreto, la telemedicina sarà usufruibile *esclusivamente* dai cittadini provvisti di adeguata *idoneità* e *dotazione tecnologica*, elemento che già di per sé presenta taluni profili di criticità in relazione proprio alla tanto attenzionata esigenza di uniformità, specialmente se si considera, come sembra lecito presumere, che la maggior parte degli utenti *inidonei* sarà collocata nelle Regioni più socialmente svantaggiate, possibilmente quelle del Mezzogiorno (che sono anche quelle maggiormente sottoposte a Piani di rientro)[62].

---

[60] Il che pone il problema della possibile discrasia –tra diritto nazionale e diritto unionale– nell'interpretazione degli istituti. Per un'analisi in questo senso, relativa all'istituto delle concessioni, B. Giliberti, *Contributo alla riflessione sulla natura giuridica delle concessioni di pubblico servizio*, in *PA Persona e amministrazione*, 1/2018, pp. 111-124.

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

[62] Sulla necessità di (ri)pensare il tema della (dis)eguaglianza, L.R. Perfetti, *Eguaglianza vs. disuguaglianze: l'eguaglianza come «compito della Repubblica», la fondazione dell'eguaglianza nei diritti e le contrastanti evoluzioni*

ISSN 2036-7821

In altre parole, la valutazione di eleggibilità per l'uso dei servizi di telemedicina rischia, nel suo funzionamento concreto, di andare in direzione opposta a quell'esigenza di uniformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie verso cui si è sempre di più indirizzata la giurisprudenza della Corte costituzionale e in cui si muove anche il PNRR, il quale stabilisce come "priorità trasversale" proprio la riduzione dei divari territoriali[63]. In altre (e più generali) parole, la valutazione di eleggibilità, potrebbe concretamente aggravare i (già forti) divari (territoriali, e non solo) che esistono, e persistono da tempo nel comparto sanitario, inasprendo proprio le diseguaglianze sostanziali da rimuovere *ex* art. 3, comma 2, Cost.

Tali criticità, tra l'altro, risultano ulteriormente aggravate dalla mancata individuazione della figura professionale che, valutando l'idoneità tecnologica, agisce, di fatto, da *gatekeeper* nell'erogazione dei servizi in telemedicina.

Si può rilevare che la valutazione di eleggibilità riecheggia un elemento originariamente considerato rilevante per la determinazione dei livelli essenziali, ovvero l'*appropriatezza* delle prestazioni, che già l'art. 1, comma 2, d.lgs. n. 502/1992 di riordino della disciplina in materia sanitaria individua come uno dei principi costitutivi dei livelli essenziali[64]. Secondo tale principio di appropriatezza, i responsabili della fornitura delle prestazioni sono chiamati a scegliere le modalità di erogazione che possano meglio garantire l'efficacia della loro resa a beneficio dei pazienti.

In altre parole, il principio di appropriatezza sottende(va) proprio la rilevanza dell'autonomia organizzativa (e del relativo carattere democratico) nell'erogazione dei servizi sanitari, legittimando la conclusione che le prestazioni incluse nei livelli essenziali potessero ricevere un'applicazione differenziata (secondo

---

dell'ordinamento repubblicano, in *P.A. Persona e* amministrazione, 2/2021, pp. 13-60. Sulla necessità di (ri)definire il rapporto tra cittadini e amministrazioni, in modo da valorizzare il potere pubblico come strumento di attuazione degli inderogabili doveri di prestazione a favore della collettività, M. Monteduro, *Doveri inderogabili dell'amministrazione e diritti inviolabili della persona: una proposta ricostruttiva*, in *P.A. Persona e amministrazione*, 2/2020, pp. 543-596. Il successivo volume (1/2021, pp. 395-469) della stessa rivista ospita vari contributi "in dialogo" con quello di Monteduro, tra cui si spec., S. Torricelli, *Tra persona e persone, discutendo con Massimo Monteduro su doveri e diritti*, pp. 395-406; M.C. Cavallaro, *Doveri inderogabili dell'amministrazione e diritti inviolabili della persona: appunti sul saggio di Massimo Monteduro*, pp. 407-425; A. Cassatella, *Pluralismo costituzionale e doveri dell'amministrazione (in dialogo con Massimo Monteduro)*, pp. 427-447.

[63] In argomento, M.C. Cavallaro, *Divario territoriale, coesione sociale e tutela dei diritti*, cit.; G. De Giorgi Cezzi, *Regioni e politiche europee di coesione*, in *Nuove Autonomie* 1/2024, pp. 293-302. Sull'imprescindibilità di riorganizzare le pubbliche amministrazioni centrali e regionali al fine di ridurre il divario economico, sociale e amministrativo, S. Amorosino, *Politiche di coesione, strutture amministrative e Mezzogiorno*, in *PA Persona e amministrazione*, 1/2019, pp. 63-69.

[64] «Il Servizio sanitario nazionale assicura … i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro *appropriatezza* riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse» (enfasi aggiunta).

ISSN 2036-7821

appropriatezza)[65]. Diversamente, la valutazione di adeguatezza non valorizza le competenze e l'autonomia delle Regioni, bensì amplifica le differenze (*rectius*, le diseguaglianze tecnologiche, culturali e di dotazione), tra gli utenti. Vero è, quindi, che la valutazione di eleggibilità (e il suo carattere presumibilmente appropriato) sembra introdurre un elemento di discontinuità verso una (almeno potenziale) maggiore disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni di telemedicina; tuttavia, suscita molti dubbi il rischio che tale disomogeneità finisca per ricalcare *non* l'apprezzamento dell'autonomia organizzativa delle Regioni, quanto piuttosto l'inasprimento delle diseguaglianze sostanziali degli utenti.

8. Gli effetti (di lungo termine?) del PNRR per l'autonomia organizzativa.

La tendenza verso la definizione di standard di natura *sostanzialmente organizzativa* che tendono a comprimere (eccessivamente?) l'autonomia organizzativa delle Regioni in ambito sanitario è visibilmente accelerata nel DM 77/2022, non solo per la natura –presumibilmente organizzativa– di taluni standard (anche relativi alla telemedicina) in esso contenuti; ma anche per le basi giuridiche su cui è stato emanato, ovvero il già menzionato comma 274 che –diversamente dal comma 169 e in parte in controtendenza con la giurisprudenza costituzionale– prevede esplicitamente la possibilità di fissare standard anche organizzativi per l'assistenza territoriale.

Nonostante la possibilità concretizzata dalla copertura normativa del comma 274, va rilevata una certa (apprezzabile) attenzione, da parte del DM 77/2022, il quale, almeno nel titolo, evita il richiamo formale agli standard organizzativi. L'art. 1 del DM 77/2022 fa, infatti, riferimento alla sola fissazione di «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale»[66]. Tuttavia, per quanto apprezzabile, tale attenzione al titolo *formale* degli standard, non ne muta il carattere *sostanzialmente* organizzativo, circostanza che denota l'accelerazione della fissazione di standard anche di questa natura e la conseguente compressione dell'autonomia organizzativa delle Regioni.

Inoltre, le premesse del DM 77/2022 rivelano anche come la definizione di tali

[65] Salvo che risulti palese l'impiego improprio di una terapia In particolare, si tende a distinguere l'*appropriatezza clinica* (che concerne la valutazione delle prestazioni mediche e si commisura alla capacità di un certo intervento di stabilire il migliore livello possibile tra i benefici arrecati e i rischi corsi) dall'*appropriatezza organizzativa* (che valuta un complesso maggiore di elementi in cui si mettono in relazione il benessere dei pazienti con l'efficienza dell'impiego dei fattori produttivi e dell'uso delle risorse). In argomento, Corte cost., sent. n. 282/2002; E. Menichetti, *Le pratiche terapeutiche nel nuovo assetto costituzionale: la tutela della salute tra principi fondamentali e livelli essenziali (osservazioni a margine della sentenza Corte cost. 26 giugno 2002, n. 282)*, in *Amministrazione in cammino*, 26 novembre 2002.

[66] A tale proposito, la dottrina ha suggerito che la frequente "comparsa e scomparsa" degli standard organizzativi nelle varie bozze del DM 77/2022 sarebbe sintomatica di un'incertezza definitoria. F. Palumbo, *Dopo gli standard ospedalieri, gli standard territoriali*, cit., 283 (richiamando, sul punto, R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit.).

ISSN 2036-7821

standard (anche organizzativi) sia sempre più "spostata" a un livello superiore a quello nazionale, ovvero quello europeo. Infatti, le premesse del DM 77/2022 richiamano la necessità di individuare standard relativi alle strutture sanitarie dedicate (oltre che all'assistenza territoriale, anche) «al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico», un ampliamento di obiettivi taciuto sia dal comma 169, che dal comma 274 e che risulta riconducibile esclusivamente al PNRR (specificatamente, M6C1-1[67])[68].

Il che non può che suscitare perplessità non solo (e non tanto) riferibili alla possibilità di rinvenire una base giuridica opportuna ed adeguata per il DM 77/2022, ma (soprattutto) per la necessità di (re)inquadrare i temi classici dell'analisi giuspubblicista (tra cui, appunto, l'effettiva portata dell'autonomia organizzativa delle Regioni e il rapporto tra "centro" e "periferia") tenendo conto dell'effetto (probabilmente non transitorio e perdurante anche oltre il 2026) dei meccanismi che si sono scatenati in seguito al "cigno nero" della pandemia da covid e dei (ri)assetti istituzionali demandati dalla gestione delle ingenti risorse del PNRR[69]. In particolare tenuto conto dell'esigenza di uniformità, tanto sentita nell'ambito delle prestazioni sanitarie, non sembra (più) possibile prescindere da un dibattitto sulla perequazione territoriale e il superamento *effettivo*[70] dei divari di cittadinanza che, al di là degli impegni *formali*, esistono e continuano, tragicamente, a persistere[71].

[67] La M6C1-1 prevede la Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo.

[68] A questo proposito, sembra opportuno ricordare che il Trattato di Lisbona ha riorganizzato il riparto di competenze tra Unione e Stati membri, sancendo la «salute umana» tra le materie in cui l'Unione ha competenza solo per le azioni di sostegno agli Stati membri. Si veda, generalmente, G. Strozzi - R. Mastroianni, *Diritto dell'Unione europea. Parte istituzionale*, Torino, 2019, pp. 72 ss.

[69] Secondo quanto già auspicato da N. Lupo, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi.it*, 12 gennaio 2022.

[70] Sull'effettività del diritto amministrativo, G. Corso, M. De Benedetto, N. Rangone, *Diritto amministrativo effettivo*, Bologna, 2022.

[71] A. Barone, *Il tempo della perequazione: il Mezzogiorno nel PNRR*, in *P.A. persona e amministrazione*, 2/2021, pp. 7-11; A. Barone, F. Manganaro, *PNRR e Mezzogiorno*, in *Quad. cost.*, 2022, pp. 148 ss. Si rimanda anche al contributo, firmato dai Direttori della rivista P.A. persona e amministrazione, *Diseguaglianze territoriali insostenibili e doveri perequativi inderogabili*, 9 aprile 2021.

ISSN 2036-7821