

Parte Prima

**IL RIDISEGNO
DELLA SANITÀ TERRITORIALE**

SANITÀ TERRITORIALE: DIMENSIONE O CONTENUTO INNOVATIVO? FUTURO E SALUTE NELLA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO

di *Marcella Gola*

SOMMARIO: Premessa. Riforma della sanità: l'alternativa all'ospedale. – 1. La sanità territoriale come obiettivo di rilancio dell'economia e del sistema Paese. – 2. *Segue*. La necessaria convivenza – concorrenziale – tra strutture pubbliche e private. – 3. Le condizioni per il successo del modello. Le “3R” dell'organizzazione e l'educazione-informazione degli utenti del servizio.

Premessa. Riforma della sanità: l'alternativa all'ospedale

L'impulso per approfondire il tema della sanità territoriale in una prospettiva di diritto amministrativo nasce dal rinnovato e rafforzato interesse che l'organizzazione dei servizi sanitari ha ricevuto in un particolare contesto storico, caratterizzato dalla recente esperienza della pandemia diffusasi nel 2019, dalla quale è emersa con tutta evidenza la fragilità di un modello in cui, già in condizioni ordinarie, la domanda di assistenza è ben superiore all'offerta.

In quello stesso momento si è presa coscienza – fatto questo relativamente nuovo rispetto al tradizionale approccio al settore – dell'incidenza diretta che questa emergenza ha avuto sull'economia globale, non come costo bensì come condizione e opportunità di sviluppo¹.

Da qui la storia è nota: l'attenzione cresce di livello, da locale a globale, e si attiva l'ordinamento sovranazionale con una concentrazione straordinaria di risorse dedicate a fronteggiare le conseguenze della crisi in via di superamento. Il PNRR assegna rilevanti risorse destinate al rilancio dell'economia, in senso ampio, da utilizzare, tra le priorità indicate, per l'efficientamento della pubblica amministrazione, considerata come struttura potenzialmente trainante e “di servizio”, potremmo dire e, in

¹ Cfr. G. della Cananea, *Poteri pubblici ed emergenza sanitaria: i dislivelli di statalità*, in *DPCE on line*, 2020, (2), 2993 ss.; A. Pioggia, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr)*, in *Giorn. dir. amm.*, 2022, (2), 165 ss.; Id., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, (2), 389 ss.; G. Piperata, *Emergenza pandemica e distribuzione del potere amministrativo tra centro e periferia*, in *Giorn. dir. amm.*, 2020, (3), 3189 ss.

quell'ambito, trova espressamente considerazione il rafforzamento del sistema finalizzato alla tutela della salute.

La trasformazione del piano e dei progetti in esso tracciati in un sistema stabile, come anche il mercato chiede, è tracciata dal d.m. n. 77/2022, quadro di riferimento per la sanità territoriale (il decreto parla di "reti di prossimità", qualificazione che ne sintetizza meglio l'obiettivo), immaginando la costruzione, o il completamento a seconda dei contesti regionali, di un apparato il più possibile esteso, idoneo ad abbracciare quell'obiettivo indeterminato ma non per questo meno concreto che è definito dalla qualità della vita, condizione di cui la salubrità è tra i primi fattori decisivi.

La sanità, oltre ad avere riconquistato in modo così drammatico il suo ruolo centrale che anche l'ordinamento giuridico le deve, si presta da sempre per le sue caratteristiche intrinseche e olistiche, personali e strutturali, a rappresentare una "palestra" per le riforme amministrative che, avviate e sperimentate in quel settore, si estendono poi all'intero ambito dell'azione amministrativa, come nel caso della dimensione aziendalistica dell'organizzazione, della definizione dei LEA, comunemente non a caso ancora così chiamati nonostante la loro riconducibilità all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. li porti all'ambito della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», detti LEP.

Il rinnovamento specie organizzativo di cui la sanità è spesso apripista, con ragionevole probabilità, è dovuto al fatto che la risposta al bisogno di salute – sempre più diffuso e sviluppato – è uno dei parametri più evidenti per la misurazione del grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti della pubblica amministrazione e, in generale, dei propri rappresentanti che la indirizzano, proprio in ragione della dimensione individuale e collettiva che ne rende agevolmente percepita la sintonia tra bisogni emersi e adeguatezza delle risposte.

Il nuovo assetto delineato dal PNRR – ricordando che questo atto prevede risorse straordinarie: è un piano di rilancio, non "di assestamento" – è, di fatto, implicitamente concentrato sulla ridefinizione dell'ospedale, struttura non superata naturalmente e non fungibile con altre, bensì da integrare con una più ampia e articolata realtà organizzativa che lo affianca e completa, con l'intento di concentrare e riservare tali più differenziate e specializzate strutture ai casi che richiedano interventi professionalmente e strumentalmente di più elevata complessità.

L'ospedale, si ricorda, è stato già oggetto di riforma con il precedente d.m. n. 70/2015, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, finalizzato alla qualificazione, anche organizzativa, della rete ospedaliera, a partire dalla quantificazione dei posti letto da assicurare ogni 1000 abitanti, computando la popolazione residente in Regione, da incrementare in ragione della mobilità sanitaria tra Regioni.

La riforma di cui si discute, completando il quadro dell'assistenza sanitaria, integra il contesto di riferimento dell'offerta agendo sul ridisegno e sul rafforzamento della sanità territoriale, o sanità di prossimità, caratterizzata dall'avvicinamento dei presidi ai cittadini, in una logica corrispondente, nell'ottica amministrativa, al modello della sussidiarietà verticale che concentra nel comune in via tendenziale le

funzioni amministrative a vantaggio della collettività di riferimento proprio in ragione della sua natura di istituzione (esponenziale, in quel caso) più prossima ai rappresentati.

Questo processo di progressivo rafforzamento della *vicinanza* come requisito di apprezzamento delle prestazioni si accompagna alla garanzia e al rispetto di parametri qualitativi e quantitativi finalizzati a rendere effettiva l'unitarietà del sistema quindi da declinare nel senso della uniformità del servizio sul piano nazionale, per quanto appunto attiene alla corrispondenza ai livelli comuni da garantire in ambito regionale.

L'attuazione di questo obiettivo richiede, come presupposto, una corretta definizione della dimensione territoriale ottimale sulla quale articolare servizio, distinta e non necessariamente coincidente da quella amministrativa degli enti esponenziali di riferimento.

Occorrerà quindi analizzare, caso per caso, diversi modelli organizzativi da adottare su base regionale, comprendendo l'integrazione con i servizi sociali, questa volta distribuiti su ambito comunale, ed evidenziando gli aspetti legati alla compresenza di strutture pubbliche e private – comprendendo anche il coinvolgimento delle farmacie territoriali cui sono affidati alcuni servizi integrati – senza essere condizionati da una ipotetica e non realistica contrapposizione tra i due caratteri giuridici destinati, utilmente, a convivere e conservare le proprie peculiarità.

Oltre allo spazio anche il tempo² assume una valenza determinante per l'idoneità del servizio, condizionato dalla prontezza e tempestività delle risposte, tema che si connette anche a quello della continuità delle cure, tema che non si esaurisce nella pur determinante riduzione delle liste d'attesa, oggetto di recenti interventi correttivi da parte di legislatore e governo: si pensa in particolare all'adozione di una disciplina apposita, con il d.l. n. 73/2024, convertito dalla l. n. 107 dello stesso anno.

L'inquadramento della sanità territoriale nell'ambito delle riforme volte alla tutela della salute pubblica comprende molti aspetti che richiedono specifico approfondimento; una prospettiva sempre presente per l'analisi è quella delle risorse. Mentre per il profilo finanziario, immanente all'intera costruzione del sistema e alla definizione in concreto del servizio sanitario nel suo complesso, si tratta di argomento noto, più recente è l'attenzione rivolta alle nuove risorse strumentali, attualmente concentrata sull'uso delle nuove tecnologie.

La digitalizzazione applicata alla sanità costituisce essa stessa una prospettiva da sviluppare, tenuto in particolare conto della peculiarità dei dati – sensibili – trattati: la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, come «punto unico di accesso ai dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici

² Sul punto v. E. Guarnieri, in questo *volume*.

Per il monitoraggio delle liste d'attesa con particolare riguardo alle classi di priorità, è ora attiva la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA), istituita dall'art. 1 della legge n. 107/2024, realizzata da Agenas sulla base dei dati trasmessi mensilmente dalle Regioni ai sensi del Piano nazionale di governo delle liste di attesa, consultabile all'indirizzo <https://www.portaletrasparenzaservizisanita.it/pnla/>. Sul punto v. C. Sposato, in questo *volume*.

riguardanti l'assistito»³ è una risposta importante all'esigenza di raccogliere e organizzare le informazioni relative allo stato di salute individuale, alla cui compilazione sono tenute le strutture pubbliche e private.

Il quadro riferito alle nuove tecnologie in ambito sanitario è però più compiutamente inquadrato con il riferimento alla telemedicina, anch'essa espressamente annoverata tra le azioni finanziate dal PNRR, innovazione ampiamente estesa al settore, tanto da riflettersi anche sulla riforma delle risorse umane, da formare adeguatamente all'esercizio delle nuove pratiche rese così disponibili.

La sua previsione pare contraddire, paradossalmente, la contestuale affermazione della sanità territoriale, basata come accennato sulla vicinanza tra paziente e assistenza sanitaria, mentre la telemedicina, caratterizzata appunto dalla distanza fisica tra i due soggetti, non presuppone alcun collegamento territoriale per la sua organizzazione⁴. In realtà è proprio la combinazione delle due misure, quella della prossimità e quella, alternativa a seconda del caso, della praticabilità a distanza, a garantire l'accesso alle cure in modo immediato e corrispondente alla fattispecie cui sono rivolte.

Il quadro di riferimento complessivo di quella che, anche nel disegno del PNRR, potremmo definire come "assistenza extra ospedaliera" è completato dal riconoscimento del valore insostituibile della cura domiciliare – il luogo più "privato" che si possa indicare – primo luogo di cura che molte occasioni può rappresentare la soluzione ottimale a fronte in particolare delle cronicità, del bisogno e del disagio sociale che queste determinano⁵.

Rispetto a precedenti interventi riformatori della sanità pubblica, attuati o annunciati, parziali o globali, questi tracciati dal PNRR sono soggetti a una vera e propria scadenza, coincidente con il termine per conseguimento degli obiettivi cui corrisponde il finanziamento europeo. Si tratta di una circostanza inedita, che apre alle istituzioni coinvolte una nuova responsabilizzazione anche in chiave giuridica, in termini di adempimento delle obbligazioni assunte dallo Stato, oltre che in termini di responsabilità politica, richiedendo anche una doverosa e attenta valutazione dei rapporti di durata eventualmente avviati e che, alla scadenza prevista, resteranno privi della copertura finanziaria attualmente garantita dalle risorse straordinarie del Piano.

³ Cfr il sito governativo dedicato, all'indirizzo <https://www.fascicolosanitario.gov.it/portale/home>. In dottrina v. N. Posteraro, in questo volume.

⁴ Sulla telemedicina v. gli studi di M.A. Sandulli, A. Coiante, F. Aperio Bella, E. Fabbricatore, S. Tranquilli, C. Cupelli, E. Salvatore, A.G. Pietrosanti, M. Caredda, pubblicati in questo volume. I dati attualmente disponibili sono consultabili all'indirizzo <https://www.telemedicina.gov.it/post/cose-la-telemedicina>.

⁵ Si rinvia alla sezione di questo volume dedicata alle cure domiciliari nell'ottica del PNRR, con scritti di A. Pioggia, F. Merenda, M. Caminiti, A. Valongo, L. Mezzasoma, C. Chirieleison, T. Turzo.

1. La sanità territoriale come obiettivo di rilancio dell'economia e del sistema Paese

L'attenzione per la sanità territoriale, modello privo di una sua definizione normativa ma delineato in dettaglio dal d.m. n. 77/2022, non nasce con il PNRR, ma trova nel Piano il momento di “presa in carico”, per restare in ambito sanitario, da parte di Governo, Regioni e dell'amministrazione sanitaria nel suo complesso, stante l'inclusione, nell'ambito della Missione 6, tra gli obiettivi prioritari da conseguire per la ripresa e la resilienza del Paese.

La riforma della sanità non è sicuramente un tema nuovo nell'ambito del dibattito politico – in cui si può dire onnipresente, per l'ovvia connessione al gradimento degli elettori, come già avvertito – né, per quanto qui rileva, in quello giuridico.

Il PNRR, in ragione della sua stessa natura di atto destinato a stabilire le priorità per il rilancio del Paese, rappresenta tuttavia un punto di riferimento particolarmente importante, nel cogliere i segnali di urgenza evidenziati dalla crisi pandemica che, con particolare forza, hanno coniugato direttamente la tutela della salute umana a quella, in senso figurato, dell'economia e, in generale, ai rapporti sociali.

Di riforma del Servizio Sanitario Nazionale si parla praticamente dall'indomani della sua adozione, e in effetti tantissimo è stato fatto⁶: salvi i principi, talvolta ancora da realizzare, il tema dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale è inscindibilmente connesso al suo necessario collegamento col territorio. Si tratta infatti sin dalla sua origine, con la legge n. 833/1978 – i tempi sono quelli della piena attuazione del primo regionalismo – di servizio nazionale con strutturazione locale, disegno che ne rende evidente il legame con la politica del “luogo”, inteso nella prospettiva di “livello amministrativo” cui ripartire competenze e responsabilità, inizialmente coincidente con quello comunale.

Il metodo di approccio al tema della territorialità all'inizio dell'esperienza del SSN nel tempo si è profondamente modificato, spesso sacrificato rispetto a quello più tattico e meno strategico basato sulla centralità delle prestazioni e dei relativi costi, rispetto alle quali è complementare e non alternativo. Come già accennato, si sono così anticipate esperienze gestionali poi estese alla pubblica amministrazione nel suo complesso, adottando la tendenza a valorizzare sempre di più l'aspetto organizzativo, manageriale, da distinguere rigorosamente, nelle intenzioni, dal ruolo della politica che lo deve indirizzare ma non condizionare.

Territorio, suoi usi, sua regolamentazione non sono certo una combinazione nuova per l'amministrazione pubblica in generale.

L'idea di ripartire il territorio in base alle caratteristiche da legare agli usi ritenuti

⁶ Il tema nel tempo è stato oggetto di ampi studi, tra i quali, per una visione complessiva, qui si richiamano gli scritti di Aa.Vv., *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. Balduzzi, G. Carpani, Bologna, Il Mulino, 2013; R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2020; F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, Bari, Neldiritto Editore, 2024; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024; C. Bottari, *Manuale di legislazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2025.

idei è propria, ad esempio, della zonizzazione urbanistica degli anni '60: è con la legge 6 agosto 1967, n. 765, c.d. "legge-ponte", che le zone territoriali omogenee sono classificate per una corretta amministrazione, evidenziando regimi differenziati e specifiche limitazioni, anche prescrivendo appositi standard urbanistici (disposti con decreto ministeriale, nella specie il d.m. 2 aprile 1968, n. 1144) a garanzia dell'unità anche del governo del territorio – secondo la più ampia e attuale delimitazione della materia – su base nazionale.

La stessa disciplina del servizio sanitario contiene l'articolazione territoriale di una delle sue componenti essenziali, quella del servizio farmaceutico, organizzata in base a una pianta organica delle farmacie che considera e quantifica insieme distanze delle sedi e popolazione da servire, sulla base di un contingentamento che è viceversa assente ove si tratti di prestazioni a carattere assistenziale, da implementare rispetto alle carenze che si intendono appunto colmare. Le farmacie, per inciso, cui è appunto collegata la qualificazione "territoriali", sono attori prioritari anche nell'ambito della riforma sanitaria qui in esame, ad integrazione dei servizi offerti dalle altre strutture coinvolte nella definizione degli ambiti spaziali⁷.

Occorre a questo punto intendere in quale accezione il territorio rappresenti quasi una sfida, come pare sostenibile, un punto di ripartenza per la nuova organizzazione dei servizi sanitari, ora regionali. Non, si ripete, perché questo rappresenti il parametro cui articolare un nuovo modo di amministrare la tutela della salute: il Servizio Sanitario Nazionale nasce, tra l'altro, a sua volta recuperando esperienze precedenti di riparti territoriali e settoriali (con ruolo importante anche delle Province), utilizzando il modello del distretto⁸, già dotato di una propria identità rispetto alle altre formule organizzative presenti nel medesimo ambito.

Per inciso, si deve preliminarmente ricordare che il tema, inevitabilmente, si intreccia con un altro ambito di differenziazione territoriale, quello regionale ai sensi dell'art. 116 Cost., che, se e quando attuato, potrà accentuare la presenza degli attuali ventuno sistemi sanitari diversi, legati giuridicamente dall'obbligo di corrispondenza ai LEA – LEP ma nella realtà consolidando quella graduazione qualitativa e ampiamente documentata⁹ che già sussiste tra Regione e Regione. L'avvento della pandemia ha interrotto il processo già attivato da tre Regioni – Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto sulla base di pre-intese sottoscritte nel 2018¹⁰: anche in questo caso il settore della sanità è stato presente tra i "capofila" per processi riformatori più ampi –, non a caso quelle più virtuose nel settore in base alle rilevazioni disponibili.

L'esperienza legata all'emergenza ha posto in luce fragilità non valutate in

⁷ Cfr. L. Corradetti, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire*, in *federalismi.it*, 2024, 256 ss.; Id., in questo volume.

⁸ Sul distretto sanitario v. B. Celati, in questo volume.

⁹ Si vedano sul punto i dati di Agenas consultabili all'indirizzo <https://stat.agenas.it/web/in dex.php?r=public%2Findex&report=30>.

¹⁰ Per una sintesi dei passaggi istituzionali e il link ai dossier relativi alle iniziative regionali ricordate nel testo cfr. <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104705.pdf>.

precedenza¹¹, tanto da giustificare un – si vedrà se temporaneo o meno – accentramento di funzioni e, a mezzo del PNRR, lo stesso intervento riformatore di cui si discute. Attualmente, la legge n. 86/2024 regola l’attuazione dell’autonomia costituzionale differenziata in 23 materie, fra le quali è compresa la «tutela della salute», già annoverata tra le materie di competenza concorrente di Stato e Regioni: occorre perciò attendere la formulazione delle concrete richieste di maggiore autonomia che le Regioni potranno presentare per valutare se e fino a che punto i singoli modelli regionali saranno ulteriormente distanziati, anche alla luce della disponibilità effettiva e continuativa di risorse da dedicare all’auspicato miglioramento¹².

La ricordata vocazione alla sperimentazione propria del settore, stante anche le sue caratteristiche tecnico-scientifiche, può rappresentare occasione per incentivare l’adozione di nuove formule anche a livello organizzativo, la cui efficacia potrà poi essere seguita anche da altre realtà. Il timore, motivatamente, sta nella riscontrata incapacità già dimostrata da alcune Regioni a fornire ciò che rappresenta il minimo garantito, aumentando il distacco a scapito dei propri assistiti che continuerebbero così a rivolgersi altrove, estendendo sprechi e inefficienze dalle quali intendono sottrarsi. La soluzione è comunque politica, quindi occorre attendere di conoscere i contenuti delle iniziative che le Regioni assumeranno per cogliere questa nuova sfida, od opportunità, offerta dall’ordinamento costituzionale.

In realtà il tema oggetto di questo studio, più circoscritto, trova il corretto inquadramento ove lo si colleghi al radicamento dell’assistenza, intesa in senso ampio, sul territorio e, in quel contesto, la scelta di differenziazione trova giustificazione come alternativa rispetto al modello dell’ospedale, persona giuridica autonoma – e già in questo disomogenea rispetto alle strutture di prima assistenza dalle quali sarà localmente affiancato – e sostanzialmente svincolata dalla pertinenza a un ambito locale determinato, difformemente dalle realtà sostitutive per l’assistenza primaria che si vogliono implementare.

Il modello, data questa premessa, persegue l’obiettivo di mettere necessariamente in correlazione le prestazioni, in generale le attività da svolgere in un ambito determinato, con la popolazione ad esso collegata, individuando dei bacini di utenza basati sul numero dei potenziali fruitori del servizio, tenendo auspicabilmente in debita considerazione le caratteristiche dei luoghi.

Si tratta quindi di dare vita a un’articolazione diffusa, questa volta definita a livello regionale e perciò destinata ad allontanarsi da quella originaria tendenza all’uniformità realizzata nel 1978 con il riferimento alla dimensione comunale: le Unità sanitarie locali, si è già ricordato, nascono come strutture operative – prive di personalità giuridica – del comune, dimensione idonea a valorizzare le caratteristiche sociali, ambientali ed economiche dei luoghi, secondo parametri che saranno poi

¹¹ Sia consentito rinviare a M. Gola, *Pandemia, Stato e regioni: quando la ‘materia’ non basta*, in *Giustizia insieme*, 2021.

¹² Per un’analisi di esperienze regionali significative in corso v. G. Mulazzani e A. Benedetti, in questo *volume*.

ripresi dalle riforme degli anni '90, laddove si tornerà a ragionare sull'entità della popolazione e sul modello del distretto.

Per le scelte amministrative il territorio rappresenta il luogo di confluenza della generalità degli interessi; perciò, il collegamento con la popolazione e la necessaria rappresentatività della sua organizzazione ne esalta la dimensione politica, e sarebbe di per sé un elemento positivo per garantire l'adeguatezza delle scelte rivolte alla soddisfazione dei bisogni espressi da quella vicina comunità; nel caso trattato, tuttavia, ciò che non convince fino in fondo è la prospettiva dalla quale si pongono le scelte organizzative nella fattispecie qui esaminata.

Tutto parte, infatti, dalla considerazione non tanto del passaggio da prestazione a cura, in positivo, che pure ha implicazioni importantissime e fondamentali, ma dall'assenza, a parere di chi scrive, della giusta lettura in chiave di *sistema*, cioè della ricognizione, della quantificazione, della verifica, e della valorizzazione di ciò che il territorio non domanda, bensì offre.

Si tratta, si ritiene, di un'impostazione che incide negativamente sui risultati, sull'efficacia prima ancora che sull'efficienza, dovuta alla non adeguata considerazione del settore dei servizi sanitari nel suo complesso, per il quale le specificazioni e differenziazioni interne basate su natura giuridica, tipologia strutturale e funzionale dovrebbero rilevare solo in un momento successivo rispetto alla valutazione della sua potenziale capacità di fruizione.

In tal modo diviene possibile valorizzare al massimo ciò che già esiste e opera, coordinare le varie realtà anche evitando duplicazioni o sovrapposizioni dalle quali nascono problemi ed inefficienze tanto quanto ne scaturiscono dalle mancanze.

Questa prospettiva pare tanto più necessaria ove si consideri che nel settore dei servizi sanitari l'elemento personale, inteso come comunità di riferimento che si identifica con il territorio, non può essere il corretto riferimento, data l'universalità del servizio stesso che impone di dare risposte a fronte di ogni domanda riconducibile alle prestazioni garantite, indipendentemente dal legame giuridico tra assistito e istituzioni che organizzano localmente il rapporto amministrativo richiesto.

“Turismo sanitario” a parte, utilizzando la non gradevole ma significativa espressione che vuole indicare il fenomeno della migrazione dei pazienti verso luoghi con strutture che si ritengono maggiormente qualificate e affidabili, e limitando in questo contesto l'attenzione alla mobilità interregionale, basti pensare ai territori con vocazione turistica nei quali la domanda di prestazioni periodicamente subisce variazioni anche rilevanti in ragione dell'affluenza di visitatori temporanei che chiedono assistenza e cura in occasione del soggiorno. La presenza in luogo o in vicinanza di strutture adeguate e il loro coinvolgimento diretto per l'erogazione dei trattamenti sanitari richiesti è criterio di azione in grado di soddisfare le “3E”, secondo appunto i criteri dell'economicità, efficienza ed efficacia, dando a principi come quello della stabilità e continuità dell'assistenza il valore aggiunto dell'effettività.

Ciò che si intende affermare, con riferimento ai servizi sanitari – ma il tema può essere esteso anche ad altre tipologie di servizi pubblici, in particolare quelli a rete – è che il punto di partenza per l'organizzazione dei servizi sanitari, il “territorio”, non deve essere inteso nella sua corrispondenza con le autonomie rappresentative. In

questo sistema, in particolare, il territorio non può essere considerato come elemento valido a dettare le condizioni d'uso in base alla propria vocazione, secondo uno schema proprio di altri settori, con una visione ispirata da una sorta di "panurbani-stica" erroneamente estesa ben oltre l'uso del suolo nel significato ampio assegnato dall'art. 80 del d.P.R. n. 616/1977, da applicare indiscriminatamente ad ogni ambito di governo del territorio e attività pubblica su di esso organizzata.

Paradossalmente, la più recente e opportuna lettura della tutela della salute in un'ottica *One Health* sostenuta a livello internazionale¹³ potrebbe nei fatti portare all'applicazione di questa superata visione: collegando salute e ambiente, a sua volta legato alla gestione del territorio, un'Amministrazione poco attenta e sensibile ai cambiamenti potrebbe estendere l'uso di strumenti vecchi a fronte di obiettivi che, al contrario, si vogliono metodologicamente innovare.

Per quanto concerne l'organizzazione dei servizi sanitari, il ragionamento, si ritiene, deve rafforzare la concentrazione sulla *domanda* di utilizzo dei servizi forniti, da distribuire in modo efficiente in ambiti spaziali il più possibile di prossimità.

Si tratta, in definitiva, di assumere la stessa prospettiva che autonomamente adottano gli utenti del servizio, correggendo il vizio di fondo che non fa loro avvertire il dovuto collegamento con le strutture vicine, alla ricerca di prestazioni di che si ritengono di eccellenza, non necessarie nel caso, e che finiscono per perdere quel plusvalore qualitativo rispetto agli standard minimi – ma proporzionati – proprio in ragione dell'eccessivo e inappropriato ricorso anche nei casi meno significativi.

Questa prassi frustra la spinta al doveroso e continuo miglioramento cui tutte le strutture sanitarie si devono adeguare, sia per esigenze organizzative sia per corrispondere alla progressione delle scienze mediche da loro applicate. Sono sempre più di attualità le dichiarazioni di Presidenti regionali che evidenziano le difficoltà nascenti dall'accesso di un elevato numero di pazienti provenienti da altre Regioni, allungando i tempi di risposta alle richieste provenienti dall'ambito di propria competenza: si veda ad esempio l'accordo siglato tra Regione Emilia-Romagna e Calabria per regolare gli afflussi nel triennio 2025-2027¹⁴.

¹³ La metodologia citata evidenzia l'interconnessione tra salute dell'uomo, salute animale e tutela dell'ambiente, secondo quanto stabilito nel 2004 dai *Manhattan Principles one One Word, One Health* in occasione del simposio svoltosi presso la Rockefeller University, promosso da Wildlife Conservation Society – Wcs. Sul tema v. Aa.Vv., a cura di F. Aperio Bella, *One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, Report CesDirSan, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022; F. Gambardella, *La tutela integrata della salute e dell'ambiente per l'approccio one health. Piattaforme organizzative e soluzioni procedurali*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2025. Sul rapporto tra governo del territorio e tutela della salute cfr. T. Bonetti, *Le autonomie tra governo del territorio e tutela della salute*, in *Mumus*, 2019, 31 ss.

¹⁴ Il tema, di rilievo politico, è oggetto di attenzione a livello regionale: si può in proposito citare il recente accordo siglato tra la Regione Emilia-Romagna e la Calabria per regolare l'afflusso di pazienti fino al 2027, con previsione di tetti economici ma senza limiti per le prestazioni di alta complessità assunte dal servizio pubblico: v. *Accordo di regolazione della mobilità sanitaria tra Regione Calabria e Regione Emilia-Romagna ai sensi del comma 8 dell'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992*, in *Burc*, n. 232 del 24 novembre 2025.

2. Segue. *La necessaria convivenza – concorrenziale – tra strutture pubbliche e private*

Dato questo criterio, diventa conseguentemente essenziale concentrare l'attenzione anche sull'offerta esistente, includendo tutte le strutture e le risorse esistenti utili a contribuire alla soluzione della domanda attualmente in sofferenza, trovando nuovi modelli per garantire al contempo coordinamento e autonomia nella gestione e nella definizione delle prestazioni oggetto dei rapporti sanitari da garantire.

Il territorio, inteso come dimensione spaziale, assume dunque un'ulteriore, specifica valenza. In tempi non lontani l'Ocse, analizzando il sistema sanitario nazionale italiano, aveva evidenziato anche le carenze infrastrutturali legate alle riscontrate distanze tra un luogo e l'altro per l'accesso al servizio¹⁵.

La localizzazione dei presidi, rapportati a quella dei fruitori dei servizi sanitari, diventa indubbiamente un profilo di grande rilievo, tutt'altro che estraneo alla sistemica – appunto – del SSN come già ricordato con riferimento alle farmacie, articolazioni del servizio farmaceutico distribuite secondo criteri tradotti in una dettagliata pianificazione delle sedi. In quel caso, dato il riconoscimento della contestuale rilevanza imprenditoriale delle attività farmaceutiche, la scelta di razionalizzazione è nel senso del contingentamento, per distribuire adeguatamente vuoti e pieni dell'offerta garantendo la copertura e l'accessibilità del servizio sull'intero territorio nazionale ed evitare eccessive concentrazioni nelle zone economicamente più interessanti.

Diverso è certamente il caso dei servizi assistenziali, relativamente ai quali la natura imprenditoriale non è esclusa – oltre all'ovvia compresenza di strutture private, accreditate e non, si consideri l'impostazione manageriale data alla gestione delle aziende sanitarie, tutt'altro che incompatibile con la rilevanza sociale dei servizi offerti – ma rispetto ai quali non è prevista una pianificazione di riferimento, in assenza di limiti quantitativi all'accesso all'attività rispondente agli artt. 41 e 38 Cost. che la sanciscono libera. Le stesse ASL, si ricorda, hanno natura di ente pubblico economico.

Di certo la complessità normativa e l'entità dell'investimento iniziale, tra vincoli edilizi, impiantistici e sanitari rappresentano di per sé un filtro sufficiente per la realizzazione di queste tipologie di strutture, tanto per il settore pubblico, tanto per quello privato, considerando che con tale classificazione si comprende per esclusione ciò che non è dichiaratamente “pubblico”, accomunando realtà solo formalmente private, anche sostanzialmente private, con scopo di lucro o meno, di carattere

¹⁵ Sul punto si veda la valutazione dell'OCSE che evidenzia tra l'altro tra le criticità del nostro Paese la frammentazione eccessiva, compresa anche quella tra servizi sanitari e sociali, oltre alla necessità di una compattazione infrastrutturale: sul punto v. i risultati raggiunti in collaborazione con Agenas, *I voti dell'Ocse alla sanità italiana – Agenas (2020)*, in <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/568-ocse-sanita-italiana>; di recente (novembre 2025) v. diffusamente il focus OCSE, *Towards a structured and systemic integration of home care for the non-self-sufficient in Italy*, in https://www.oecd.org/en/publications/towards-a-structured-and-systemic-integration-of-home-care-for-the-non-self-sufficient-in-italy_a204ba8c-en.html.

religioso o laico: si tratta di una categorizzazione quindi tutt'altro che omogenea.

In tutte le declinazioni accennate, merita attenta valutazione la possibilità di realizzare ove possibili innovative forme di partenariato, anche istituzionali, in grado di soddisfare la crescente richiesta di accesso ai servizi, tenuto conto anche della rapidità attraverso la quale la domanda di fruizione degli stessi cambia anche nel merito di contenuti e risultati attesi. Per inciso, oggi vale la pena di considerare anche la rilevanza di questo progressivo cambiamento, evidente sul versante degli utenti ma non altrettanto recepito da parte dell'organizzazione dei servizi, che dovrebbe perciò trovare un ulteriore impulso alla valorizzazione di tutte le potenzialità di cura presenti e accessibili, purché rispondenti ai criteri di garanzia di sanità e sicurezza adeguatamente verificati. I risultati raggiunti possono quindi confluire nel resoconto degli obiettivi centrati e contribuire fattivamente al miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce già originariamente come costituito da strutture pubbliche e strutture private, senza che ci sia un'antinomia, un antagonismo tra le une e le altre¹⁶: a determinare l'appartenenza al sistema non è quindi la natura giuridica e la proprietà di queste organismi, la condizione per entrare a farne parte è costituita dall'ottenimento – in origine del “convenzionamento”, oggi – dell'accreditamento, previo riscontro della sussistenza di requisiti qualitativi comuni a tutte le strutture, come stabiliti da ultimo con d.m. 19 dicembre 2022 (rubricato *Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*)¹⁷, previa intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il quadro di riferimento si deve tuttavia ritenere dinamico, per corrispondere alla sua finalità di garanzia di qualità e sicurezza, tenendo conto dell'evoluzione del settore, caratterizzato da un'auspicabile dinamicità legata alle prestazioni da fornire e alle relative modalità operative.

Sul punto si deve ricordare che l'art. 36 della legge n. 193/2024 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2023) ha disposto la sospensione dell'applicazione

¹⁶ In proposito, è importante avere presente la dimensione del sistema che si sta esaminando: in base a quanto risulta dai dati – pur non aggiornatissimi – pubblicati sul sito del Ministero della salute, «nel 2022 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 996 istituti di cura, di cui il 51,3% pubblici e il rimanente 48,7% privati accreditati. Il 63,4% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10,4% da Aziende Ospedaliere e il restante 26,2% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. Il Servizio Sanitario Nazionale dispone di oltre 203 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,8% nelle strutture private accreditate, 11.906 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (89,1%) e di 8.253 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,9%). A livello nazionale sono disponibili 3,8 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,2 ogni 1.000 abitanti»: v. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/statistiche-sanitarie/strutture-di-ricovero-e-cura-pubbliche-e-private-accreditate/>. Il quadro che emerge è quindi di sostanziale parità tra le due tipologie giuridiche, la cui convivenza non può quindi essere posta in discussione. In dottrina v. ampiamente M. Conticelli, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.

¹⁷ Cfr. la documentazione pubblicata da Agenas, <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/accreditamento/monitoraggio-dm-19-dicembre-2022>.

dell'art. 15 della legge n. 118/2022 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021)¹⁸. Tale ultima norma ha apportato rilevanti modifiche agli artt. 8-*quater* (accreditamento istituzionale), 8-*quinqies* (accordi contrattuali), 8-*octies* (controlli) del d.lgs. n. 502/1992 e all'art. 41 (trasparenza del SSN) del d.lgs. n. 33/2013 in tema, appunto, di revisione dell'accreditamento sanitario e sociosanitario con riferimento ai soggetti erogatori privati, con i quali sono altresì stipulati gli accordi contrattuali con il SSN da parte delle Regioni e delle Province autonome.

In base alla disciplina richiamata, si prevede che l'accreditamento – atto di natura concessoria al quale si riconducono gli obblighi di servizio pubblico¹⁹ – sia concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, tenuto conto anche dei risultati già conseguiti con l'attività svolta, se sussistente, avendo come riferimento la compiuta rilevazione del fabbisogno da coprire, elemento di valutazione che trova quindi qui una corretta combinazione con l'offerta esistente. In particolare, spetta alle Regioni mettere periodicamente a gara la fornitura di servizi, sia nuovi sia già accreditati, sulla base delle accertate esigenze di programmazione e razionalizzazione della rete esistente.

Questo metodo, che valorizza l'incontro tra offerta e domanda e introduce una vera selezione tra aspiranti – a prezzo, si deve evidenziare, della temporaneità degli accreditamenti, ora privi di termini – costituisce un riferimento di grande importanza per valorizzare e incentivare la programmazione sanitaria regionale, responsabilizzata sia sul versante dell'adeguatezza del sistema attivato, sia della stabilità delle strutture che, tramite l'accreditamento, fanno parte del sistema stesso²⁰.

Il fatto che esso sia inserito nell'ambito della disciplina in tema di mercato e concorrenza è particolarmente significativo, ma la sua applicazione richiede un impegno fattivo delle Regioni e Province autonome nella revisione delle misure di accreditamento operanti all'interno del loro territorio, adeguamento non raggiunto nei ristretti

¹⁸ Ai sensi dell'art. 36, legge n. 193/2024 «al fine di procedere a una revisione complessiva della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale e la stipulazione degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, l'efficacia delle disposizioni di cui agli articoli 8-*quater*, comma 7, e 8-*quinqies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché del decreto del Ministro della salute 19 dicembre 2022, (*omissis*), è sospesa fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, istituito ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR), da sottoporre ad apposita intesa nell'ambito della medesima Conferenza permanente, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2026». Il Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC) è costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, di Agenas e delle Regioni e Province autonome e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome: cfr. <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/322-accreditamento-istituzionale-trac>.

¹⁹ In dottrina v. E. Caruso, *L'accreditamento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, in *Ist. fed.*, 2017, (1), 157 ss.; per i contenuti, v. cfr. la documentazione fornita da Agenas, <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/accreditamento/manuali-di-accreditamento>.

²⁰ In tema di strutture private accreditate v. l'analisi di C. Sereni Lucarelli, in questo volume.

termini originariamente indicati (9 mesi) e già rinviati al 12 gennaio 2017 dall'art. 4, lett. c), del d.l. n. 202/2024, convertito con legge n. 15/2025, c.d. "decreto milleprogrhe 2024", oggi sospesi fino al 31 dicembre 2026.

Per un corretto inquadramento, occorre inoltre evidenziare che il tema della concorrenza qui richiamato non comporta una liberalizzazione del settore, aspetto che potrebbe dare adito a timori di arretramento delle garanzie pubblicistiche di accesso al servizio pubblico. Se, da un lato non ci sono elementi validi a sostenere un'ipotetica riserva pubblica dell'assistenza (v. ancora artt. 33 e 38 Cost., opponibile al 43 nonostante l'essenzialità del servizio), dall'altro l'impegno affidato alle istituzioni repubblicane dall'art. 32 giustifica la presenza di un sistema autorizzatorio per la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, disciplinato dalle Regioni sulla base dell'art. 8-ter del d.lgs. n. 502/1992, precedente a quello, solo eventuale, dell'accreditamento, che le strutture private viceversa possono decidere di non accedere in base alla libera autonoma valutazione imprenditoriale loro riconosciuta dall'art. 41 Cost.²¹.

L'esito del cambiamento normativo dipende quindi dall'attivazione delle stesse istituzioni coinvolte, si intende con il concorso collaborativo dei rappresentanti delle strutture interesse a ottenere il riconoscimento qualitativo espresso dall'accreditamento, tenuto conto non solo dell'investimento da remunerare ma anche, comparativamente, della dimensione generalmente ridotta, rispetto a quella delle strutture ospedaliere pubbliche, che caratterizza il sistema assistenziale privato, comparativamente da tenere in debita considerazione per valorizzare la qualità dei servizi offerti. Per inciso, la presenza di queste realtà diffuse sul territorio compensa la tendenza alla riduzione dei piccoli ospedali, imposta per esigenze di contenimento della spesa pubblica, garantendo in parte significativa la vicinanza alle cure che sta alla base del modello di sanità territoriale di cui si discute.

Si deve infatti evidenziare che l'applicazione del modello concorrenziale deve risultare sostenibile anche per il settore privato, dato che si tratta di una soluzione non imposta dalla dir. 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, relativa ai servizi nel mercato interno, c.d. "direttiva Bolkestein".

L'atto europeo citato all'art. 2, lett. f) esclude espressamente dal proprio ambito di applicazione «i servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che vengano prestati o meno nel quadro di una struttura sanitaria e a prescindere dalle loro modalità di organizzazione e di finanziamento sul piano nazionale e dalla loro natura pubblica o privata». Ai fini della tutela del funzionamento del mercato interno la natura giuridica pubblica o privata delle strutture operanti nel settore non incide quindi sulle scelte organizzative degli Stati membri a garanzia della libertà di stabilimento dei servizi da esse forniti, privilegiando l'obiettivo condiviso della tutela della sanità pubblica²².

²¹ Sul contributo al sistema sanitario offerto dalle realtà non accreditate v. lo studio di R. Schneider, in questo *volume*.

²² Cfr. il Considerando 22 della "direttiva Bolkestein", ai sensi del quale «L'esclusione dei servizi sanitari dall'ambito della presente direttiva dovrebbe comprendere i servizi sanitari e farmaceutici

3. Le condizioni per il successo del modello. Le “3R” dell’organizzazione e l’educazione-informazione degli utenti del servizio

Per assicurare un livello elevato del servizio pubblico alla qualità dei servizi deve corrispondere quella delle riforme amministrative: alle già ricordate “3E” di derivazione aziendalistica si dovranno in particolare affiancare altri criteri, da ritenere essenziali per l’intero ambito delle pubbliche amministrazioni.

Ci si riferisce a quelle che, per utilizzare una terminologia analoga a quella precedentemente richiamata, si potrebbero definire le “3R”, intendendo con ciò richiamare l’attenzione su *risorse, risultati e responsabilità*.

Nonostante l’approccio proprio del diritto amministrativo sia già volto a valorizzare anche l’attività oltre al relativo prodotto, i criteri di valutazione nel settore sanitario devono essere ulteriormente arricchiti sviluppando l’esperienza maturata dalla contabilità pubblica.

Il tema della scarsità delle risorse non costituisce ragione per giustificare inefficienze del servizio – superata la ormai risalente lettura della Corte costituzionale che nella sent. n. 248/2011 aveva ritenuto il diritto alla salute “finanziariamente condizionato” – ma indubbiamente il loro uso corretto rappresenta una condizione essenziale per il miglioramento. La stessa riforma della sanità territoriale di cui si discute si basa sulla disponibilità di risorse straordinarie, aggiuntive e appositamente dedicate fornite dal PNRR, come contributo europeo al rilancio del Paese.

La Corte costituzionale, con sent. n. 195/2024, al punto 4.1 del *Considerato in diritto* ha dato un preciso indirizzo al legislatore, affermando che «alle spese destinate a fornire prestazioni inerenti ai diritti sociali, alle politiche sociali e alla famiglia, nonché alla tutela della salute, viene riconosciuta una preferenza qualitativa, idonea a distinguerle da quelle rilevanti ai fini del riparto del contributo»²³.

forniti da professionisti del settore sanitario ai propri pazienti per valutare, mantenere o ripristinare le loro condizioni di salute, laddove tali attività sono riservate a professioni del settore sanitario regolamentate nello Stato membro in cui i servizi vengono forniti». L’intervento pubblico in materia per la disciplina di queste prestazioni professionali ne ridimensiona quindi la riconducibilità al libero mercato, non esclusa ma specializzata rispetto ad altri ambiti di rilevanza economica.

²³ La stessa sentenza, *ibidem*, richiamando i propri precedenti che segnano un’importante evoluzione interpretativa, rispetto al precedente del 2011, del rapporto tra allocazione delle risorse finanziarie e tutela della salute afferma inoltre che «in reazione ad una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti “tagli lineari” (sentt. n. 63/2024 e n. 220/2021) anche sulla sanità (sent. n. 154/2017, punto 4.6.2.1. del *Considerato in diritto*), ha introdotto a partire dalla sent. n. 169/2017, la nozione di “spesa costituzionalmente necessaria” (ripresa poi nelle sentt. n. 220/2021, n. 197/2019 e n. 87/2018), funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il “fondamentale” diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket*».

Sulla stessa linea, la magistratura contabile si è spinta anche oltre: richiamando il principio espresso nella sentenza del Giudice delle leggi appena riportata, nella requisitoria orale del Procuratore generale

A una destinazione preferenziale, come deve oggi essere considerata quella finalizzata alla tutela della salute, si deve affiancare un sistema gestionale adeguato, alleggerito da inopportuni condizionamenti di natura politica o burocratica, specie a livello locale, dimenticando paradossalmente che la ragione del decentramento sta proprio nella ricerca della maggiore adeguatezza e differenziazione delle organizzazioni, nella fattispecie rese più complesse dalla già evidenziata presenza di un bacino di utenza non perfettamente coincidente con quello dell'ente territoriale responsabile. La stessa idea di sanità territoriale, in caso contrario, entrerebbe in crisi.

Si ritiene perciò opportuno insistere sulla necessità di elaborare, rinnovandoli anche nei contenuti, i tre criteri riferimento sopra proposti, cioè risorse, risultati e responsabilità, tutti insieme da considerare non come vincoli od ostacoli da superare, bensì come componenti essenziali per una gestione oggetto di costante perfezionamento. A questi si collega il *rischio*, oggetto di specifica attenzione non solo per gli aspetti scientifici che caratterizzano il settore – riconducibili al principio di precauzione – ma anche a quelli gestionali: il *risk management* è sistema proprio della dirigenza, che in ambito sanitario è oggetto della disciplina dettata dal d.lgs. n. 171/2016, differenziata rispetto quella degli altri comparti dell'amministrazione.

L'ambito sanitario, peraltro, si rimarca ancora, forse anche in ragione della sempre presente coesistenza con il "privato"²⁴ da cui ha potuto trarre spunti gestionali, ha spesso rappresentato quell'occasione di sperimentazione di nuovi modelli estesi poi all'intero ambito dell'organizzazione pubblica, come in precedenza sottolineato.

A questo proposito si potrebbe obiettare che la Costituzione all'art. 32 impegna testualmente la Repubblica a garantire cure gratuite ai – soli – indigenti: è tuttavia la stessa disposizione che, imponendo alla Repubblica l'obbligo di tutelare la salute, singola e collettiva, ponendo al base giuridica per l'assunzione del servizio pubblico a ciò finalizzato, lega il profilo finanziario ai principi dettati dall'art. 97 Cost., che includono ora nello specifico l'ulteriore obbligo, direttamente a carico delle Pubbliche amministrazioni, ad assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito

della Corte dei conti, P. Silvestri in data 26 giugno 2025, nell'ambito del *Giudizio sul rendiconto generale dello Stato 2024*, in cui alla luce del principio enunciato si dà ampio spazio all'attuazione del PNRR, con particolare riguardo al modello della sanità territoriale, o di prossimità. Nel testo si legge, aggiuntivamente, un'importante sottolineatura rivolta al ruolo del personale: «il punto più sfidante e qualificante del Piano, che dovrà essere attuato in sinergia con le Regioni, è rappresentato dalla rinnovata intenzione di valorizzare il capitale umano oggi sacrificato sull'altare dei deficit di budget. Ritengo il tema fondamentale e prioritario per ridare attrattività alla professione medica nel settore pubblico (in quello privato il problema non si pone) e affrontare, con un certo ottimismo, la perdurante carenza di personale. È necessario rimettere al centro del "villaggio salute" il professionista sanitario (il medico e l'infermiere) in modo che, adeguatamente remunerato, possa essere determinante nei processi decisionali e di gestione delle strutture deputate alla cura. La rivalutazione del capitale umano risulterebbe anche funzionale all'abbattimento del vergognoso, per un Paese civile, fenomeno delle liste di attesa, garantendo al contempo la migliore uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Proprio sul tema delle "liste d'attesa" si deve positivamente salutare l'accordo, che sembra finalmente raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni, finalizzato al superamento, si auspica definitivo, del problema». Così a p. 6, doc cit., consultabile al link <https://www.corteconti.it/Download?id=50f7c465-5e4d-4f20-8e06-a5126918b512>.

²⁴ Cfr. G. Corso, *Pubblico e privato nelle politiche sanitarie*, in *Nuove autonomie*, 2011, (1), 171 ss.

pubblico, integrando così il principio di buon andamento. La precisazione pare opportuna in quanto, anche sulla base di irragionevoli scelte passate, la sostenibilità finanziaria del servizio tende a sovrapporsi all'idea di gratuità delle prestazioni, ciò che non corrisponde alla realtà.

Si parte così dall'attenzione per le risorse, da non intendere solo in termini economici, di quantità di denaro assegnato, ma di uso corretto e proficuo delle stesse, come già indicava la legge di contabilità 22 aprile 1869, n. 5026 sull'amministrazione del patrimonio dello Stato e sulla contabilità generale. In quel contesto, la Ragioneria generale dello Stato assume un ruolo fondamentale: infatti, il r.d. 18 novembre 1923, n. 2440 attribuisce al Ministero del tesoro non solo i controlli di legittimità e contabile, ma anche quello sulla "proficuità" della spesa.

Nulla di nuovo, quindi, per l'ordinamento amministrativo, cui deve essere rinnovato l'impegno a valutare la convenienza della spesa stessa, con una comparazione tra le varie alternative, ivi compresi i modelli innovativi che si possono progettare anche in collaborazione con privati operatori del settore.

Non si deve inoltre dimenticare che il settore in questione ha una propria e marcata connotazione tecnica e soprattutto scientifica, caratteri che poco si accompagnano a una standardizzazione generalizzata dei servizi e della loro formula organizzativa e che accentua l'importanza della distinzione tra indirizzo politico e gestione amministrativa, cui si affianca la garanzia di libertà della scienza sancita dall'art. 33 Cost. che rappresenta un limite alla definizione pubblica dei contenuti delle attività e delle prestazioni offerte. Libertà che si estende anche alla sfera personale, come esplicitazione delle scienze mediche, la cui applicazione può comportare la libertà di scelta che riguarda non solo il medico e la struttura in cui opera ma anche il fruitore della prestazione, col solo limite dell'interesse tutelato della collettività.

Anche la rilevanza sociale della salute – questa volta avvicinandola all'ambito di intervento più tipico delle istituzioni pubbliche, affiancate dal terzo settore – richiede una rinnovata attenzione alla luce dei criteri indicati, a completamento di modelli gestionali dove la presenza attiva di privati è non solo acquisita ma spesso determinante: la rilevanza delle cure domiciliari e il ruolo primario della famiglia, da sostenere fattivamente, ne sono ampia testimonianza.

Più in generale, e oltre al raccordo tra servizi già confluenti in medesimi ambiti spaziali e offerti da organizzazioni anche operativamente non ancora ben collegate e disomogenee – le ASL, si ricorda ancora, sono enti pubblici economici, categoria giuridica che oggi trova pochi riscontri nell'organizzazione pubblica cui appartiene – deve essere valorizzata l'integrazione con il profilo sociale, così come merita di essere sviluppata anche la valutazione dell'impatto sociale dell'intervento sanitario, a partire dal rafforzamento di informazione e comunicazione pubblica su strutture e prestazioni presenti sul territorio. In quest'ambito devono essere logicamente comprese anche quelle private, la cui presenza, funzionalmente essenziale, rende oggi ancora più difficoltoso l'accesso e la circolazione delle conoscenze, stante la carenza di collegamento tra sistemi informativi che già si riscontra nell'ambito del sistema "chiuso" del "pubblico".

Senza dubbio è importante lavorare sulla formazione del personale sanitario²⁵, da aggiornare sul ruolo – compreso lo stretto rapporto diretto insito nella prestazione offerta – oltre che sui contenuti tecnici e professionali, ma occorre impegnarsi anche sulla istruzione di coloro che sono i destinatari delle prestazioni del servizio sanitario che, se il punto di partenza per l’organizzazione del servizio deve essere il territorio, sono parte integrante del servizio sanitario, concorrendo pur indirettamente alla determinazione delle prestazioni da offrire.

Occorre non solo fornire un’adeguata informazione sui servizi – concretamente – ottenibili ma anche relativa alla corretta modalità di accesso e fruizione, improntata al *rispetto* – e questa potrebbe essere un’ulteriore “R” della sintesi proposta – reciproco tra operatori della sanità e pazienti, accompagnatori compresi.

Al di là del completamente diverso fenomeno della “medicina difensiva”, da ricondurre all’ambito della responsabilità sanitaria oggetto di numerosi interventi²⁶ da trattare separatamente, le notizie di cronaca che riportano fatti di intolleranza, aggressività e violenza nei confronti del personale addetto all’assistenza, specie nei luoghi di pronto soccorso, sono frutto di disinformazione e mancata educazione anche civica cui è doveroso porre rimedio, non potendosi certamente classificare tali inaccettabili e incivili comportamenti come pur estreme manifestazioni di insoddisfazione. Il personale sanitario professionale è attore, e a volte vittima, principale del sistema caratterizzato da un quadro normativo non più adeguato alla complessità del settore e alla valorizzazione che il ruolo ricoperto merita.

L’art. 32, si deve ricordare, colloca la tutela della salute e il relativo diritto nell’ambito dei rapporti etico-sociali, dimensione che qualifica positivamente il rapporto che si instaura tra prestatore e fruitore del servizio ad essa connesso, sulla base della reciproca correttezza.

Un tema importante è infatti sicuramente quello dell’informazione e dell’orientamento dei pazienti, non ancora dotati di un livello di conoscenza sufficiente per rivolgersi alla struttura più adatta alla prima assistenza, sulla base della graduazione del bisogno di assistenza che non sempre individualmente si è in grado di misurare con consapevolezza e oggettività.

Legato a questo tema, è quello che basa la scelta della struttura sulla fiducia che la stessa riesce a raccogliere, anche sulla base dell’esperienza – nella prospettiva di riforma in corso inevitabilmente non ancora radicata, stante la più o meno relativa novità del modello.

²⁵ Sul ruolo del personale sanitario nella riforma v. A. Cicchetti, in questo *volume*.

²⁶ Sul tema, attualmente disciplinata dalla legge n. 24/2017, c.d. legge “Gelli-Bianco”, il Consiglio dei Ministri in data 4 settembre 2025 ha approvato un d.d.l. recante *Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, che limita la punibilità ai casi di colpa grave, a condizione che siano rispettate linee guida e buone pratiche e introduce specifici criteri per la valutazione della colpa in relazione alle condizioni operative: così il Provvedimento A36077704/09/253, che conferma lo “scudo penale” disposto nel corso della pandemia (*ex art. 3-bis*, legge n. 76/2021; cfr. anche art. 590-*sexies* c.p.). Cfr. il testo all’indirizzo <https://www.sanitainformazione.it/wp-content/uploads/2025/09/delega-professioni.pdf>.

Case della Salute o della Comunità, Centri di Assistenza e Urgenza²⁷, e altre realtà destinate ad affiancare il ben identificabile Pronto soccorso ospedaliero, già aggravati dalla possibile diversa denominazione assegnata dalla legislazione regionale che disorienta in caso di transito o soggiorno fuori dal proprio luogo di frequentazione abituale, non sono sufficientemente identificabili dalla popolazione, né il ruolo pur fondamentale riconosciuto a infermiere e medico di famiglia – figure basilari a loro volta ampiamente riformate nell’ambito della sanità territoriale – può assolvere a questa esigenza di “indirizzamento” che deve trovare ulteriori e più accessibili mezzi di comunicazione, prima che il bisogno di assistenza si manifesti.

Occorre che sia attivo un circuito in grado di realizzare la collaborazione tra istituzioni locali, operatori sanitari pubblici e privati (in base al rapporto giuridico che li lega al SSN tali sono, si ricorda, anche i medici di base), cittadini e fruitori dei servizi, anch’essi in via di cambiamento rispetto ai referenti originari del SSN in base a provenienza, cultura e condizione socioeconomica. Frammentazioni e interruzioni di questo collegamento determinano inefficienza dei servizi, mancato raggiungimento dei risultati e spreco delle risorse, accentuando la distanza tra sistemi che, come si è affermato in precedenza, oggi sono da ritenere in concorrenza: l’accezione positiva del termine dipende dalla capacità di cogliere la spinta al miglioramento connessa al confronto con le altre realtà.

Al momento le strutture tracciate dalla riforma della sanità territoriale rischiano di delineare meri contenitori.

²⁷ Queste figure organizzative, perno della riforma su base regionale, sono analizzate da C. Tubertini, E. Fidelbo, F. Muratori, tutti pubblicati in questo *volume*.