

ISSN 1971-9892

**Diritto alla salute:
alla ricerca di un'uguaglianza sostanziale**

fascicolo
2026/III

CONSULTA ONLINE

GIULIA BELFIORE

19 OTTOBRE 2026

GIULIA BELFIORE

Diritto alla salute: alla ricerca di un'uguaglianza sostanziale

TITLE *The Right to Health: In Search of Substantive Equality*

ABSTRACT Il contributo intende indagare il rapporto tra diritto alla salute e principio di uguaglianza, mettendo in luce come le persistenti disuguaglianze territoriali compromettano l'effettività dell'art. 32 Cost. A tale fine, il lavoro assume la mobilità sanitaria quale indicatore delle differenti capacità dei SSR di assicurare livelli uniformi di tutela, per poi soffermarsi sull'impatto della trasformazione digitale in ambito sanitario. Muovendo da tali premesse, il contributo propone una riflessione sul regionalismo sanitario, prospettando un rafforzamento della leale collaborazione tra Stato e Regioni quale strumento per promuovere un SSN più equo, sostenibile e capace di garantire un'effettiva uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

This article examines the relationship between the right to health and the principle of equality, highlighting how persistent territorial disparities undermine the effective enjoyment of the right enshrined in Article 32 of the Italian Constitution. To this end, the analysis considers interregional patient mobility as an indicator of the differing capacities of Regional Health Services to ensure uniform standards of healthcare provision, before turning to the impact of digital transformation on the healthcare sector. Building on these premises, the article offers a reflection on regionalism in healthcare, advocating stronger cooperation between the State and the Regions, in accordance with the constitutional principle of loyal cooperation, as a means of fostering a more equitable and sustainable National Health Service, capable of ensuring substantive equality in access to healthcare services.

KEYWORDS Diritto alla salute; principio di uguaglianza; regionalismo sanitario; mobilità sanitaria, Servizio sanitario nazionale; divari territoriali, divari individuali, sanità digitale.

Right to Health; Principle of Equality; Regionalism in Healthcare; Interregional Patient Mobility; National Health Service; Territorial Disparities; Individual Inequalities; Digital Healthcare.

AUTHOR Dottoranda di ricerca in Scienze giuridiche – Università degli Studi di Messina.



Contributo scientifico sottoposto a referaggio.

Il contributo amplia e approfondisce le considerazioni svolte in occasione del *Doctoral Workshop* di Diritto costituzionale "Territorio e Territori", tenutosi a Bari, presso il Consiglio regionale della Puglia e l'Università di Bari, nei giorni 22 e 23 maggio 2026, i cui Atti sono in corso di pubblicazione.

SOMMARIO 1. Una breve premessa. – 2. La mobilità sanitaria quale indicatore delle disuguaglianze regionali. – 3. Oltre il divario territoriale: ulteriori disuguaglianze nell'accesso alla salute. – 4. La digitalizzazione della sanità: nuove opportunità o nuovi fattori di disuguaglianza? – 5. Ripensare il regionalismo sanitario per una maggiore sostenibilità del SSN. – 6. Osservazioni conclusive.

1. Una breve premessa

La pluralità di diritti e di interessi costituzionali coinvolti nello studio della tutela della salute richiede un approccio complesso e integrato, tanto più se si analizza il rapporto intercorrente tra l'art. 32 Cost. e l'art. 3 Cost. La prospettiva di analisi dell'art. 32 Cost. non può difatti essere limitata alla salute intesa come valore a sé stante¹, poiché solo attraverso una lettura del precetto costituzionale in combinato con altri valori fondamentali², il suo significato può pienamente dispiegarsi.

Molteplici sono le intersezioni tra il principio di uguaglianza e le proiezioni sostanziali che esso assume nel contesto della sanità, dove la disparità di trattamento nelle prestazioni sanitarie incide direttamente sull'effettività del diritto alla salute e sulla capacità di ogni individuo di godere di una tutela equa e completa.

In questa prospettiva, il Servizio sanitario nazionale, istituito con la l. n. 833 del 23 dicembre 1978 e concepito per dare concreta attuazione al dettato costituzionale dell'art. 32 Cost., risponde all'esigenza di garantire un accesso generalizzato e uniforme alle cure. Attraverso la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento fondato sulla fiscalità generale, il SSN persegue il fine di "promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle"³.

Tuttavia, raggiungere l'uguaglianza sostanziale e il pieno sviluppo della persona umana, così come la protezione della salute, richiede la continua rimozione di ostacoli e l'adozione di politiche attive: si tratta di un'attività permanente, sempre *in fieri*, volta a garantire l'effettività dei diritti fondamentali⁴.

¹ C.M. D'ARRIGO, voce *Salute (diritto alla)*, in *Enc. dir.*, Agg. V, Giuffrè, Milano, 2001, 1018 ss.

² M. Fierro, R. Nevola, D. Diaco (a cura di), Servizio studi della Corte costituzionale, *I diritti fondamentali nell'ordinamento comunitario e negli ordinamenti nazionali*, Quaderno predisposto in occasione dell'incontro quadrilaterale tra Corte costituzionale italiana, Tribunale costituzionale spagnolo, Corte costituzionale portoghese e Consiglio costituzionale francese, Siviglia, 2017.

³ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in [Rivista AIC](#), 2/2019, 8. Nello stesso senso, cfr. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in [Corti supreme e salute](#), 3/2018, 473.

⁴ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in [BioLaw Journal](#), 2/2019, 13.



Per siffatte ragioni, la riflessione si focalizzerà su una delle forme più risalenti e radicate di disuguaglianza, quella territoriale, nel tentativo di porre l'accento sulle criticità derivanti dalle disparità di risorse e di infrastrutture sanitarie tra le diverse Regioni e, al contempo, proporre soluzioni orientate a ripensare e rafforzare la tutela del diritto alla salute⁵.

2. La mobilità sanitaria quale indicatore delle disuguaglianze regionali

La disuguaglianza territoriale costituisce una delle manifestazioni più evidenti delle disuguaglianze in ambito sanitario. In Italia, Paese contraddistinto da significative differenze regionali, persistono profonde disparità territoriali che non soltanto limitano l'accesso ai servizi sanitari, ma compromettono anche la qualità e tempestività delle prestazioni cliniche, con rilevanti ripercussioni sul benessere della popolazione e sull'equità del SSN⁶. Lo stesso principio di equità nell'accesso alle cure, sancito già dalla l. n. 833/1978 e oggi ulteriormente valorizzato nel quadro del diritto e delle politiche dell'UE, è strettamente connesso al concetto di equità sostanziale, sicché ogni circostanza in cui il luogo di residenza del paziente condiziona negativamente le prestazioni sanitarie risulta manifestamente iniqua.

Con riguardo alle difficoltà legate al piano territoriale, paradigmatica è la situazione che caratterizza le Regioni del Mezzogiorno, tradizionalmente meno dotate di risorse e infrastrutture sanitarie: i loro residenti sono spesso costretti a spostarsi verso strutture ospedaliere del Centro-Nord per usufruire di prestazioni sanitarie adeguate⁷. Secondo i più recenti dati disponibili, sette sono le Regioni del Paese⁸ in cui si registrano minori livelli di soddisfacimento degli standard definiti a livello nazionale e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative nella gestione del servizio sanitario. Ne emerge una marcata differenziazione tra Regioni maggiormente virtuose e Regioni che presentano persistenti criticità organizzative e finanziarie, alcune delle quali risultano, o sono risultate, sottoposte ai piani di rientro, circostanza che conferma il carattere strutturale di tali divari. Ciò evidenzia l'esigenza di rafforzare e migliorare la qualità dei servizi sanitari al fine di rendere più equo

⁵ Sul punto, cfr. D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in [Rivista AIC](#), 1/2018, 1 ss.; L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), 23 settembre 2013, 1 ss.

⁶ In tal senso, l'equità in sanità – ossia la capacità del sistema sanitario di garantire una distribuzione equa dell'accesso, dell'utilizzo e della qualità delle cure – costituisce un principio cardine per la piena realizzazione dell'equità in salute e per la tutela del diritto fondamentale alla salute nel contesto del SSN.

⁷ L. BIANCHI, S. CARAVELLA, C. PETRAGLIA, *Un paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute*, in [Informazioni SVIMEZ](#), 1/2024, 3.

⁸ Il riferimento è qui alle seguenti Regioni: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

l'accesso anche per le fasce di popolazione che risentono maggiormente delle barriere di accesso al sistema⁹.

Ulteriori conferme del divario territoriale emergono dai dati del Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune per il 2025¹⁰, il quale mostra un aumento del disavanzo tra le Regioni e indica che la sfida, nell'immediato futuro, consisterà nel trovare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica, vale a dire tra i fattori che più di altri determinano *gap* crescenti tra Nord, Centro e Sud Italia.

Dal punto di vista sanitario, un pilastro per garantire l'equità nell'accesso alle cure è certamente ravvisato nella mobilità ospedaliera tra Regioni, che permette di individuare alcuni aspetti sociali potenzialmente critici. Perché, se vero è che la mobilità sanitaria¹¹ è intrinseca al SSN, è altrettanto vero che il tema dello spostamento dei pazienti dai bacini naturali delle aziende di riferimento ha assunto, in alcuni casi, dimensioni rilevanti al punto da diventare un tema critico di politica sanitaria. Al riguardo, si noti come l'ordinamento riconosce e garantisce la mobilità sanitaria interregionale¹², ovvero consente ai cittadini di recarsi presso strutture situate al di fuori dell'ambito territoriale della propria ASL, in forza di un diritto che trova fondamento non solo nell'art. 32 Cost., ma anche nella libertà personale e di circolazione, oltre che espressamente disciplinato dalla legislazione sanitaria di settore.

Lo stesso SSN, da un lato, garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali della propria Regione di residenza, dall'altro, dà la possibilità di recarsi in un'altra Regione per usufruire di prestazioni di qualità superiore. Ciò può contribuire a migliorare l'equità orizzontale, consentendo ai residenti di Regioni con un'offerta sanitaria meno attrattiva di accedere a strutture di eccellenza¹³. Tuttavia, la mobilità sanitaria solleva questioni di equità verticale: i costi economici e l'impegno psicologico connessi agli spostamenti possono limitare l'accesso alle strutture più performanti per i pazienti e le famiglie appartenenti a contesti socioeconomici più svantaggiati.

⁹ Ministero della Salute, [Documento metodologico di accompagnamento al Programma Nazionale Equità nella salute](#), Versione 1.1 del 30 settembre 2022.

¹⁰ Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, [Rapporto Osservasalute 2025. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane](#), Vita e Pensiero, Milano, 2025.

¹¹ Con il termine "mobilità attiva" si identifica l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate da ciascuna Regione a cittadini non residenti, mentre con il termine "mobilità passiva" si esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in Regione diversa da quella di residenza. Sul punto, già C. ZOCCHETTI, *La mobilità sanitaria tra regioni: Quanto, Dove, Per far cosa?*, in [Statistica&Società](#), 2/2012, 27 ss.

¹² Sul punto, *ex plurimis*, cfr. C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?*, in [Corti supreme e salute](#), 3/2022, 1 ss.

¹³ C. EQUIZI, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di "sistema"*, in [Corti supreme e salute](#), 2/2023, 440.



Se da un lato, quindi, la mobilità tra le Regioni rappresenta un ampliamento delle opzioni a disposizione dei pazienti e un meccanismo in grado di stimolare percorsi virtuosi nei rapporti tra le stesse, dall'altro riflette l'inadeguatezza, reale o percepita, dell'offerta sanitaria regionale¹⁴.

Presupposto logico di quanto affermato è la considerazione secondo cui quanto migliore è la qualità dei servizi offerti dal sistema sanitario locale di riferimento, tanto più improbabile risulta che un paziente scelga di rivolgersi a strutture di un'altra Regione. Da questa prospettiva, la mobilità sanitaria costituisce un parametro utile per cogliere le disomogeneità esistenti.

Non ci si può, difatti, limitare a garantire semplicemente una presenza uniforme di strutture sanitarie con standard qualitativi adeguati, ma sarebbe opportuno andare oltre e costruire una rete assistenziale calibrata al contesto locale, in modo che le prestazioni siano concretamente vicine ai cittadini¹⁵. Allo stesso modo, gli interventi di prevenzione dovrebbero adattarsi alla dimensione territoriale, così da potenziarne l'efficacia per renderli realmente utili a chi ne ha bisogno. In tale scenario, l'universalità e l'equità dell'accesso alle cure – principi cardine del SSN – assumono una chiara connotazione territoriale, nella misura in cui la protezione della salute non dovrebbe essere condizionata, men che meno in senso peggiorativo, dal luogo di residenza o di dimora del singolo individuo.

3. Oltre il divario territoriale: ulteriori disuguaglianze nell'accesso alla salute

La riflessione sull'accesso alle cure ed all'effettivo esercizio del diritto costituzionalmente garantito, non può prescindere da alcune brevi considerazioni sulle altre possibili discriminazioni che vengono in superficie e che possono tradursi in ostacoli rilevanti nella fruizione di servizi sanitari: siano esse, di genere, orientamento sessuale, religione, provenienza geografica, livello di istruzione o condizioni socioeconomiche.

Tali discriminazioni si manifestano già nella fase di accesso alle cure: chi ha limitate possibilità economiche rischia di ammalarsi di più e prima, aggravando un divario sociale già profondo. I più svantaggiati affrontano maggiori ricoveri, spesso d'urgenza e in stadi di malattia più avanzati, a dimostrazione che la malattia, nelle fasi iniziali, viene gestita peggio. Queste persone sono anche più esposte a ricoveri inappropriati e hanno un accesso ridotto a procedure innovative e sicure, subendo così una doppia disparità: quella della malattia e quella delle disuguaglianze.

¹⁴ C. EQUIZI, *Mobilità interregionale*, [cit.](#), 443.

¹⁵ D. MORANA, *Introduzione. La complessità del diritto alla salute nella dimensione territoriale: problemi vecchi e nuovi*, in D. Morana (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Giappichelli, Torino, 2025, XIV.

La relazione tra cittadini e SSN rivela le difficoltà strutturali del sistema e le conseguenze sociali che ne derivano, tra cui una crescente tendenza a una “sanità per censo”¹⁶. Chi dispone di risorse economiche riesce spesso ad accedere più rapidamente alle cure grazie alla sanità privata, mentre le fasce più vulnerabili devono affrontare tempi di attesa molto più lunghi nel settore pubblico. In questo contesto, i limiti nell’espansione dell’offerta sanitaria contribuiscono ad accentuare le disuguaglianze sociali e territoriali nel Paese. In linea con le considerazioni che precedono, emerge come la frammentazione territoriale e la regressività sociale si intreccino quali esiti di un progressivo depotenziamento strutturale del SSN.

Tali discriminazioni mostrano quanto sia ancora distante la piena realizzazione dei principi di universalità e uguaglianza che ispirano il SSN, non solo formalmente, ma anche nella pratica, dove si riscontra un perpetuarsi e amplificarsi delle disuguaglianze sociali esistenti.

4. La digitalizzazione della sanità: nuove opportunità o nuovi fattori di disuguaglianza?

Le disuguaglianze territoriali non esauriscono, tuttavia, le criticità che caratterizzano il sistema sanitario. Tra i fattori che oggi incidono sull’effettività dell’art. 32 Cost. assume un ruolo centrale la relazione tra sviluppo tecnologico e tutela della salute.

La crescente diffusione di tecnologie digitali in sanità ha, fuor di dubbio, fatto emergere nuove possibili forme di disuguaglianza. L’ambiente digitale, difatti, pur presentandosi, nella sua apparente immaterialità, come uno spazio neutro e potenzialmente idoneo a favorire relazioni improntate all’uguaglianza e alla non discriminazione¹⁷, è attraversato da dinamiche che possono incidere significativamente sull’effettività dell’art. 3 Cost., mettendo in luce gli ostacoli e le insidie che ancora si frappongono al suo pieno godimento.

Tali tecnologie, se non accompagnate da adeguate misure di inclusione e di riequilibrio, rischiano di trasformarsi da fattori di uniformazione della tutela in elementi di selezione indiretta, idonei a riprodurre o ad accentuare disparità legate – per citarne alcune – all’età, al livello di alfabetizzazione digitale, alle condizioni socioeconomiche e, non da ultimo, al contesto territoriale.

Le riflessioni sin qui compiute mostrano come le categorie più vulnerabili – che già subiscono gli effetti delle disuguaglianze in salute – siano le stesse che traggono minori

¹⁶ Censis, *21° Ospedali & Salute - Ventunesimo Rapporto annuale 2023*, FrancoAngeli, Milano, 2024, 11 ss.

¹⁷ Sul punto, cfr. S. VANTIN, *I divari digitali nell’epoca della rete globale*, in T. Casadei, S. Pietropaoli (a cura di), *Diritto e tecnologie informatiche. Questioni di informatica giuridica, prospettive istituzionali e sfide sociali*, Cedam, Milano, 2024, 297 ss.



benefici dalla digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Per converso, chi dispone di adeguate competenze digitali e beneficia già di un'offerta sanitaria efficiente riesce a sfruttare con maggiore consapevolezza le potenzialità offerte dal progresso tecnologico per una migliore gestione della propria salute¹⁸.

Accanto alla disuguaglianza territoriale emergono, pertanto, nuove forme di disuguaglianza individuale, connesse alle concrete possibilità di accesso agli strumenti digitali¹⁹. Conseguenza diretta di un simile scenario è la formazione di un doppio binario nella tutela della salute: da un lato, coloro che – grazie ad un maggiore livello d'istruzione e alle maggiori risorse – possono beneficiare di un più ampio spettro di servizi sanitari digitali; dall'altro, coloro che, per i fattori sopra richiamati, si trovano esclusi o comunque ostacolati nell'utilizzo di tali strumenti.

Le discriminazioni, in ogni caso, precedono l'innovazione tecnologica: quest'ultima non ne costituisce la causa originaria, ma può limitarne gli effetti ovvero, se non adeguatamente governata, contribuire in modo significativo a riprodurle e accentuarle²⁰. Ne consegue che l'obiettivo di rendere i servizi sanitari più accessibili – che rappresenta il motore della digitalizzazione nel sistema salute – non implica automaticamente una maggiore equità nell'accesso alle cure. Al contrario, il rischio concreto è che la digitalizzazione sanitaria finisca per amplificare o addirittura aggravare le disparità, anziché ridurle.

5. Ripensare il regionalismo sanitario per una maggiore sostenibilità del SSN

Tali considerazioni non intendono tradursi in una sterile critica alle Regioni, cui imputare automaticamente ogni inefficienza riscontrabile nel sistema sanitario. La questione centrale non riguarda la soppressione dell'autonomia regionale in materia, bensì il suo corretto esercizio, funzionale alla tutela della salute pubblica, in un contesto di uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie e solidarietà tra i territori, nel rispetto delle peculiarità locali.

L'esigenza di garantire un livello omogeneo di tutela del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale non appare pienamente conciliabile con una mera riconduzione del modello sanitario a una gestione centralizzata²¹, in quanto la popolazione residente nelle diverse Regioni italiane si articola in plurime "sottopopolazioni", ciascuna delle quali portatrice di bisogni sanitari differenti, ai quali i servizi socio-sanitari regionali e provinciali

¹⁸ C. BOTRUGNO, *Transizione digitale e diritto alla salute: sfide attuali e future*, in [Diritto e salute](#), 1/2022, 2.

¹⁹ European Commission, [Italy 2025 Digital Decade Country Report](#), 18 giugno 2025.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ D. MORANA, *Introduzione. La complessità del diritto alla salute*, cit., XIV.

dovrebbero fornire risposte adeguate. Ricondurre ad unità un sistema così articolato finirebbe per compromettere i principi di sussidiarietà e decentramento, oltre a rischiare di vanificare il patrimonio di esperienze, anche virtuose, che il SSR ha generato in quasi cinquant'anni di attività.

L'autonomia, per lo Stato come per le Regioni, non costituisce uno spazio da rivendicare, ma uno strumento al servizio di uno scopo chiaro e costituzionalmente definito. Il diritto alla salute non è solo un principio astratto, ma il metro con cui va misurata l'autonomia degli enti territoriali e la qualità del modo in cui essa viene esercitata sul territorio²².

In questa prospettiva, appare necessario rafforzare l'applicazione del principio di leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni, considerato che quando si parla di tutela della salute sono chiamati in causa molteplici titoli competenziali che quasi sempre si condizionano reciprocamente. Interventi isolati di Stato o Regioni non bastano a ridurre i ritardi nelle cure né a prevenire il perpetuarsi delle disuguaglianze territoriali: misure potenzialmente idonee a facilitare l'accesso alla sanità rischiano di risultare inefficaci – o addirittura controproducenti – se non sono accompagnate da azioni incisive volte a rimuovere le disuguaglianze strutturali che attraversano il sistema.

Da tali considerazioni discende la necessità di un intervento articolato, volto ad incidere sulle principali cause delle disuguaglianze sanitarie. Anzitutto, occorrerebbe migliorare la distribuzione delle risorse sanitarie sul territorio, potenziando l'offerta di servizi specialistici e diagnostici nelle Regioni che presentano maggiori criticità²³, anche attraverso il potenziamento del personale sanitario, l'ammodernamento delle strutture e l'introduzione di tecnologie avanzate. In questa prospettiva, appare auspicabile che lo Stato provveda a una prioritaria allocazione di risorse finanziarie in favore delle Regioni che registrano ritardi nell'implementazione delle tecnologie digitali, al fine di colmare il divario infrastrutturale e tecnologico rispetto alle realtà più avanzate. Parallelamente, occorrerebbe rimuovere le barriere economiche e organizzative che limitano la concreta fruizione delle prestazioni sanitarie, intervenendo sia sul contenimento dei costi gravanti sui cittadini più vulnerabili, sia sul miglioramento dell'efficienza dei servizi, con particolare riguardo alla riduzione delle liste d'attesa mediante una revisione dei modelli organizzativi e dei sistemi di prenotazione e monitoraggio.

Alla luce delle differenze rilevate, occorre distinguere le situazioni in cui la diversificazione costituisce un fattore di efficienza da quelle in cui risulta problematica, valutando caso per caso quale grado di uniformità e quale di differenziazione siano utili o

²² D. MORANA, *Introduzione. La complessità del diritto alla salute*, cit., XV.

²³ C. PIAZZONI, M. TERRANEO, *Il sistema sanitario italiano tra divari territoriali e disuguaglianze socioeconomiche*, in F. Perocco, G. Pirina (a cura di), *Le disuguaglianze territoriali in Italia. Cause, forme, conseguenze*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2025, 176.



tollerabili in un sistema efficiente. In questo senso, ripensare il regionalismo sanitario non significa ridurre l'autonomia, ma ricondurla alla sua funzione strumentale all'obiettivo costituzionale di cui all'art. 32 Cost. Ciò potrebbe favorire un progressivo miglioramento del SSN, facendo sì che il modello sanitario nel suo complesso risponda concretamente alle esigenze locali, le quali non possono essere adeguatamente soddisfatte se le decisioni in materia vengono allontanate dai territori cui si riferiscono.

6. Osservazioni conclusive

Le disuguaglianze che caratterizzano il SSN non costituiscono fenomeni isolati, bensì rappresentano fattori strutturali capaci di alimentare ulteriori disparità in un circolo vizioso di iniquità e con ripercussioni persistenti sull'equità complessiva del sistema.

Un sistema sanitario realmente efficiente non deve limitarsi ad assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma deve essere orientato alla riduzione delle disuguaglianze, garantendo a ciascun individuo pari opportunità di accesso a percorsi di prevenzione, cura ed assistenza. Il diritto alla salute, pertanto, non può dirsi pienamente garantito finché il luogo di residenza, le condizioni economiche o il livello di competenze digitali continuano a determinare differenze apprezzabili nell'accesso alle cure.

In questa prospettiva, si impone l'esigenza di ripensare e rafforzare la capacità dell'ordinamento di soddisfare i bisogni di salute della collettività e di farlo in modo continuativo, stabile, uniforme sul territorio nazionale. Ciò richiede servizi sanitari idonei non soltanto a erogare prestazioni, ma anche a prendersi cura, in modo adeguato, della salute dei singoli e della comunità, nella sua totalità²⁴. Per tali ragioni, ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure non è solo un obiettivo tecnico: è una questione di giustizia sociale²⁵.

²⁴ A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, 3/2024, 732.

²⁵ J.P. MACKENBACH, *The Epidemiologic Transition Theory*, in [Journal of Epidemiology and Community Health](#), 4/1994, 329 ss.