

DONATELLA MORANA

*Introduzione. La complessità del diritto alla salute
nella dimensione territoriale: problemi vecchi e nuovi*

1. Sono raccolti in questa pubblicazione i risultati di un'attività di ricerca sviluppata dall'Unità di Roma Tor Vergata nell'ambito del Progetto di rilevante interesse nazionale – PRIN 2020 avente ad oggetto «Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia» («*The pandemic and the constitutional law studies on health rights and healthcare organization*») ¹.

È appena il caso di avvertire il lettore che, soprattutto se rapportata alla vastità e alla complessità dell'argomento, la presente opera non coltiva alcuna pretesa di esaustività: gli scritti che la compongono, lungi dal collocarsi in una dimensione sistematica di ampio respiro, intendono perseguire il più modesto obiettivo di confrontarsi con alcuni profili problematici che il multiforme tema della tutela della salute continua a porre sul tavolo della riflessione costituzionalistica. L'intento di fondo è restituire, sia pure attraverso l'esame di frazioni dell'intero, il senso della polivalenza che, proprio dal punto di vista del diritto costituzionale, la salute è in grado di esprimere: ambito di garanzie soggettive e insieme titolo per la distribuzione di competenze tra enti territoriali, terreno di confronto privilegiato tra diritto e sapere scientifico e al contempo crocevia di non semplici questioni di matrice organizzativa e finanziaria, e altro ancora.

Di questa pluralità di piani che risultano coinvolti nell'attuazione del diritto alla salute gli studiosi sono consapevoli da tempo, certamente da ben prima che nel 2020 si precipitasse nella crisi pandemica. È però oramai di-

¹ Il PRIN è coordinato a livello nazionale dal prof. Renato Balduzzi (Università Cattolica di Milano), in veste di PI, e coinvolge, quali ulteriori Unità di ricerca, l'Università di Genova (prof.ssa Arianna Pitino), l'Università dell'Aquila (prof. Fabrizio Politi) e l'Università Roma Tre (prof. Paolo Carnevale).

venuta ovvia la constatazione che da quella crisi è provenuto anche un brutale richiamo alla centralità di alcuni aspetti la cui importanza, già non dubbia nelle analisi teoriche, non sempre ha ricevuto la necessaria considerazione da parte dei decisori pubblici, anzitutto sotto il profilo normativo.

Una posizione di determinante rilievo, tra tali aspetti, è senz'altro occupata dalla declinazione territoriale della protezione della salute: anche lungo questo versante, l'esperienza pandemica ha drammaticamente reso evidente che una reale salvaguardia di questo diritto postula un accesso alle cure che, tenendo conto della specificità dei territori, possa corrispondere al meglio ai bisogni sanitari della persona. In quest'ottica, lo sforzo che si richiede non va indirizzato soltanto nel senso di garantire in modo geograficamente uniforme la presenza di strutture sanitarie caratterizzate da adeguati *standard* qualitativi. Altrettanto indispensabile è, ad esempio, assicurare un accettabile grado di prossimità delle prestazioni attraverso una rete assistenziale calibrata al livello locale, anche allo scopo di evitare che l'ospedalizzazione del paziente venga effettuata non in quanto soluzione curativa ottimale ma esclusivamente per ovviare alla mancanza di più confacenti alternative. Come pure è essenziale modellare sulla dimensione territoriale gli interventi finalizzati alla prevenzione, in modo da potenziarne l'utilità e l'efficacia.

Indicare nell'assetto territoriale il punto nevralgico per una più congrua erogazione dei servizi pubblici a tutela della salute impone, contestualmente, di non trarre da ciò conclusioni corrive o semplicistiche. È indubbio che una rinnovata azione di *governance* finalizzata a ottenere prestazioni soddisfacenti nelle varie realtà geografiche debba chiamare in causa un ripensamento del rapporto tra Stato e Regioni, quali enti costituzionalmente coinvolti nell'attività normativa e amministrativa in questa materia. Ma sarebbe quanto meno affrettato individuare in automatico nella scelta regionalistica la causa unica o prevalente delle inadeguatezze che il sistema ha avuto occasione di mostrare (non solo durante l'emergenza pandemica) e in una reazione centralistica l'espedito per superarle.

In altre parole, una risposta ponderata agli interrogativi generati dai numerosi profili critici che il regionalismo in sanità ha lasciato trasparire in questi anni difficilmente potrebbe consistere nel sollecitare una indiscriminata "fuga verso il centro". Si tratterebbe di una via d'uscita più apparente che reale, per la ragione che – a tacerne altre – sembra alquanto improbabile che possa pervenirsi a un modello sanitario più rispondente alle esigenze che emergono sul piano territoriale allontanando le relative decisioni dagli stessi territori interessati. Senza contare che una sistematica azione statalizzatrice in questo settore non potrebbe che avvenire in spregio alla vigente disciplina costituzionale delle competenze notoriamente improntata a una opzione di

segno contrario, oltre a disperdere il patrimonio di esperienze anche virtuose che la configurazione in chiave regionale del Servizio sanitario nazionale ha generato in quasi un cinquantennio.

L'impegnativa sfida che si ha davanti, dunque, non è tanto quella di accantonare il regionalismo sanitario ma di adoperarsi per "aggiustarlo", in modo da renderlo sempre più conforme alla sua essenziale funzione strumentale rispetto al compito assegnato alla Repubblica dall'art. 32 Cost. Sul terreno operativo, gli interventi politico-normativi che intendano muoversi nel senso anzidetto dovranno misurarsi con i principali nodi irrisolti dell'attuale modello, su cui la riflessione giuridica (e non soltanto giuridica) non ha mancato di richiamare l'attenzione nel corso del tempo.

È quasi superfluo sottolineare che le questioni che richiedono di essere affrontate non sono affatto semplici, implicando tra l'altro la necessità di coniugare equità e sostenibilità nel rispondere ai bisogni sanitari locali, di assicurare che l'autonomia dei territori non venga disgiunta dalla loro responsabilità, di stabilire quale sia la misura di differenziazione regionale compatibile con l'eguaglianza nei diritti. Del resto, è ben noto che l'attuale situazione di fatto presenti elementi in qualche caso più che allarmanti, solo a considerare le aree geografiche nelle quali l'erogazione delle prestazioni sanitarie, dal punto di vista quantitativo o qualitativo, è totalmente deficitaria, con conseguente frustrazione del diritto alla salute considerato anche soltanto nella sua estensione più ristretta. In aggiunta, sotto la pressione pandemica anche modelli regionali in precedenza ritenuti perlopiù solidi si sono invece rivelati estremamente sofferenti nel fronteggiare l'emergenza.

In un quadro siffatto, riarticolare in senso migliorativo le azioni e le relazioni degli enti territoriali nella materia sanitaria rappresenta una prova di valore capitale per lo stesso regionalismo italiano nel suo insieme, che proprio in questa materia ha storicamente trovato uno dei primi e precipui ambiti di affermazione. Condizione irrinunciabile per la riuscita di qualunque mossa in questa direzione è, ancora una volta, che l'autonomia sia assunta, tanto dallo Stato quanto dalle Regioni, non come sterile e padronale rivendicazione di uno spazio di intervento riservato, ma quale mezzo asservito a uno scopo costituzionalmente ben definito, il quale rappresenta quindi anche il criterio per la sua valutazione. Il fondamentale diritto alla salute è, insomma, il metro di misura dell'autonomia degli enti territoriali e del modo in cui essa nei territori viene esercitata.

Un segnale incoraggiante – almeno in parte – indirizzato nel verso di cui si discorre proviene dal d.m. n. 77/2022, uno degli esiti finora più significativi della Missione 6 – Componente 1 («Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale») fissata nel Piano nazionale di

ripresa e resilienza (PNRR). La decisione, fatta propria dal decreto, di costruire al centro dell'impalcatura sanitaria una rete di strutture idonee a fornire un'assistenza territoriale di prossimità, dopo il mancato successo di precedenti tentativi mossi da analogo intento, non può che essere salutata con favore, considerando che – si è già detto – è questa una componente cruciale per una valida organizzazione assistenziale. L'obiettivo quindi è senz'altro apprezzabile, ma resta in ogni caso da vedere quanto ne deriverà in termini di risultati finali, a seguito dell'attuazione del decreto da parte delle Regioni (le quali, peraltro, non sono state coinvolte nella fase della elaborazione di esso, sollevando giustificate perplessità).

2. Le parziali e cursorie considerazioni che precedono possono essere sufficienti a fornire, se non altro, un'idea della problematicità del contesto con cui gli studi qui raccolti vengono a confrontarsi, nel tentativo di dipanare alcuni dei fili di una matassa tanto intrecciata.

In certo modo emblematico del grado di interconnessione tra i diversi risvolti compresenti in questa materia è il tema della salute psichico-psicologica. L'esperienza pandemica, anche sotto questo riguardo, lo ha purtroppo mostrato con chiarezza: le conseguenze emergenziali di un virus che aggredisce il sistema respiratorio si sono negativamente e diffusamente riverberate in modo grave anche sul benessere mentale dei cittadini. Non è dunque casuale la scelta di aprire il volume con il contributo di Concetta Giunta dedicato, per l'appunto, all'ampiezza e all'effettività della protezione di cui è fatta oggetto nell'ordinamento costituzionale la dimensione psichica. Si tratta di un aspetto del diritto alla salute la cui delimitazione non è esente da margini di incertezza e che ha dato luogo nel corso del tempo a una varietà di approcci sul piano culturale, prima ancora che giuridico. Peraltro, il raffronto tra gli interventi normativi nazionali a salvaguardia della salute mentale – con l'inclusione di molteplici prestazioni a essa relative nei livelli essenziali di assistenza (LEA) – e il grado effettivo di erogazione delle cure psichiatriche nei sistemi sanitari regionali rende evidente l'esistenza di significative differenze tra i diversi territori. Differenze che finiscono per tradursi in vere e proprie disuguaglianze nella tutela. Nel contributo viene anche evidenziato come un qualche impulso verso una maggiore attenzione per la componente non fisica del diritto alla salute possa derivare dal PNRR. Infatti, benché il Piano non dedichi esplicite previsioni all'argomento, il rilievo che in esso si riserva al potenziamento della telemedicina e alle cure di prossimità potrebbe finalmente agevolare anche la realizzazione, mai integralmente compiuta, della visione della malattia psichica sottesa alla riforma operata, nel 1978, dalla c.d. legge Basaglia. Si tratta, in definitiva, di dare concretezza all'indi-

rizzo fatto proprio da questo intervento legislativo, che, ispirandosi a una visione personalista, promuove un approccio terapeutico che non allontani il paziente psichiatrico dal suo contesto sociale.

Il problema della ricerca del punto di equilibrio tra le esigenze di una eguale garanzia del diritto alla salute e quelle dell'esercizio dell'autonomia regionale in questo settore fa da sfondo ai saggi di Valentina Tamburrini e di Arianna Pitino, che si occupano, rispettivamente, dei poteri sostitutivi statali e dei limiti che le Regioni assoggettate ai cosiddetti Piani di rientro dal disavanzo di spesa sanitaria incontrano nell'erogazione di prestazioni eccedenti i LEA nazionali.

In particolare, l'esercizio da parte dello Stato dei poteri sostitutivi (ai sensi dell'art. 120, co. 2, Cost.) può rappresentare una misura, in certo modo estrema, finalizzata ad assicurare il rispetto da parte regionale dei livelli essenziali delle prestazioni. Non c'è dubbio che il ricorso ai poteri sostitutivi determini l'apertura di una fase per così dire patologica dei rapporti tra lo Stato e le Regioni, che si sostanzia nel trasferimento temporaneo all'ente centrale dell'esercizio delle competenze regionali (l'esempio più tipico in ambito sanitario è quello dei commissariamenti). Allo stesso tempo, tuttavia, tale rimedio si presenta come irrinunciabile, tanto più quando si tratti di affermare il principio unitario in rapporto alla garanzia di un diritto costituzionale in condizioni di uguaglianza su tutto il territorio nazionale. Ciò che va salvaguardato è, semmai, che l'utilizzo del potere sostitutivo non si traduca in un annientamento delle prerogative regionali: pertanto, il suo esercizio può dirsi legittimo solo se è assistito da meccanismi procedurali che assicurino il rispetto del principio di leale collaborazione. Da quest'ultimo punto di vista lo scritto non manca di sottolineare come la fuga dal metodo collaborativo si sia invece spesso tradotta in scelte accentratrici: ne rappresentano eloquenti esemplificazioni le principali decisioni adottate dallo Stato in ambito sanitario nel corso della pandemia da Covid-19.

Anche il Piano di rientro – frutto di uno speciale accordo tra lo Stato e una Regione gravata da disavanzo nella spesa sanitaria – dovrebbe teoricamente atteggiarsi non solo a misura di contenimento delle uscite regionali, ma anche a strumento volto a garantire il rispetto dei LEA nei territori regionali interessati. Il saggio che affronta il tema evidenzia, tuttavia, come nella prassi si sia registrata una prevalente interpretazione dei Piani quali mezzi di garanzia dell'equilibrio di bilancio, piuttosto che modalità di tutela dei LEA. Ne costituisce testimonianza la questione delle prestazioni cosiddette *extra* LEA, vale a dire quelle non rientranti nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza individuato al livello statale. Queste prestazioni ulteriori, la cui definizione è normalmente rimessa alle singole autonomie regionali, risultano

interdette alle Regioni in Piano di rientro. Infatti, secondo una giurisprudenza consolidata della Corte costituzionale (fatta salva qualche recente limitata apertura, di cui nel saggio si dà conto), la necessità di ripianare i debiti delle Regioni in condizione di crisi finanziaria è sufficiente ad escludere la possibilità di prevedere prestazioni *extra* LEA. Una simile impostazione, però, finisce per pretermettere l'obiettivo della tutela della salute, considerandolo del tutto recessivo davanti alle preminenti esigenze di bilancio. Si tratta di una conseguenza che, nella sua rigidità, non può non destare perplessità alla luce del quadro costituzionale. Il bisogno di individuare un più equilibrato approdo nel contemperamento degli opposti interessi in gioco, pertanto, induce a ritenere auspicabile un aggiornamento della normativa o, in alternativa, un cambiamento di rotta della giurisprudenza costituzionale sull'argomento.

3. I successivi tre saggi prendono in esame il ruolo svolto dalle Regioni in rapporto allo Stato relativamente a tematiche specifiche comunque riconducibili, nella loro diversità, ad alcune sfaccettature del diritto a cure appropriate e sicure, conformate alle necessità sanitarie della singola persona: l'accesso ai farmaci, le malattie rare e le medicine non convenzionali.

Lo studio di Stefania Mabellini esplora i tentativi messi in atto dalle Regioni di tratteggiare una propria politica del farmaco. Gli interventi principali in quest'ambito si sono indirizzati verso il contenimento della spesa, ma non solo, potendosi riscontrare anche casi in cui gli enti regionali hanno mirato direttamente alla sfera delle opzioni terapeutiche. Si tratta tuttavia di incursioni che si muovono su un terreno non favorevole, per un doppio ordine di ragioni. In primo luogo, tali interventi – oltre a scontare le difficoltà di un rapporto complesso, e talvolta conflittuale, quale è quello tra legislatore (che sia statale o regionale) e scienza medica – possono condizionare, anche pesantemente, le possibilità di scelta terapeutica. Non deve quindi sorprendere che, in difesa degli spazi di scelta del medico, nonché del diritto alla cura del paziente, si siano erette (non di rado con successo) le aziende farmaceutiche, il cui interesse a rimuovere i limiti alla prescrivibilità dei medicinali ha finito per convergere con quello di medici e pazienti. Inoltre, è da ricordare che si verte in un settore nel quale il riparto costituzionale delle competenze legislative assegna al legislatore regionale uno spazio limitato. Sull'assistenza farmaceutica, riconducibile alla materia di potestà concorrente “tutela della salute”, incidono, infatti, i principi fondamentali rimessi alla competenza del legislatore statale, al quale spetta, secondo la giurisprudenza costituzionale, anche classificare i farmaci e regolare il relativo regime di dispensazione, allo scopo di garantire in modo uniforme sul territorio nazionale le loro modalità di prescrizione e impiego. Più esattamente, preso atto della “tecnicità” del

settore farmaceutico, è all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) che è stato affidato dal legislatore statale il compito di valutare e approvare i farmaci. Sicché, posta l'inderogabilità per le Regioni delle indicazioni di dettaglio contenute nell'atto con il quale l'AIFA autorizza l'immissione in commercio del farmaco o principio attivo, assai angusti risultano i margini per eventuali interventi al livello regionale. A ciò bisogna aggiungere che tra i titoli di intervento del legislatore statale sull'assistenza farmaceutica gioca un ruolo di primo piano quello relativo alla determinazione dei LEA, dal momento che tra questi ultimi, come chiarito dalla giurisprudenza costituzionale, rientra anche l'erogazione di farmaci. Si tratta di un punto particolarmente delicato, in quanto, con i livelli essenziali di assistenza farmaceutica, viene chiamato in causa anche l'impatto economico-finanziario della cura con le complesse questioni di bilanciamento che ne conseguono. In questo scenario, emerge, ancora una volta, la scarsa incisività dell'attore regionale. Sul fronte del contenimento della spesa farmaceutica, non può dirsi che le Regioni – di fatto, l'ultimo anello di una complessa e articolata catena – siano in grado di esercitare un apprezzabile controllo. Cosicché ad esse non resta che agire eventualmente sulla domanda di farmaci (da parte del paziente, ovvero del medico prescrittore), con le controverse ricadute, già accennate, a carico degli spazi di scelta terapeutica. Le Regioni, infine, sono abilitate a introdurre discipline differenziate di maggiore garanzia, soprattutto in tema di rimborsabilità dei farmaci, rispetto a quanto fissato nei LEA statali, ma in questo caso a rimanere in campo è il problematico tema dei vincoli in materia di prestazioni *extra* LEA per le Regioni sottoposte al Piano di rientro.

Con riferimento alle malattie rare, il contributo di Camilla Petrillo segnala anzitutto una sorta di bipartizione che interessa il ruolo regionale in materia, dovendosi distinguere tra gli aspetti organizzativi e quelli di disciplina sostanziale. Per un verso, infatti, la tutela della salute delle persone con malattia rara si articola secondo una regolazione speciale che richiede, sotto il profilo organizzativo, l'esistenza di reti dedicate che devono essere presenti in ogni Regione. Mediante tali reti viene gestito ogni aspetto della malattia rara, dalla prevenzione alla sorveglianza (attraverso il sistema dei registri), dalla diagnosi alla terapia: si tratta di attività demandate principalmente ai centri di riferimento individuati in ciascuna Regione. Per l'altro verso, invece, l'introduzione della disciplina sostanziale sulle malattie rare, a partire dalla loro individuazione, viene rivendicata dallo Stato come competenza a esso riservata. Nei confronti di tale pretesa statale di esclusività, nello scritto vengono avanzate osservazioni critiche alla luce del quadro normativo costituzionale. Resta comunque la possibilità per le autonomie regionali di prevedere prestazioni *extra* LEA anche relative alle malattie rare, con riguardo ad esempio

agli *screening* e alla rimborsabilità dei farmaci, ma in questo caso a rilevare è il fattore distorsivo, già in precedenza evidenziato, rappresentato dai limiti che in proposito pesano sulle Regioni in Piano di rientro. Si tratta di limiti che determinano, al solito, un differente livello di tutela della salute delle persone a seconda della Regione in cui risiedono, ma i cui effetti deformanti sono ulteriormente amplificati dalla particolarità della malattia. Evidente è la frizione che in una situazione siffatta viene a prodursi con il diritto alla salute di chi sia affetto da una patologia rara (oltre che con il principio di eguaglianza). Una frizione che, tenendo conto della specialità che connota questa tipologia di malattie, richiede di essere superata garantendo ai pazienti, senza riguardo alla Regione di residenza, il più ampio ed effettivo livello di tutela possibile, ad esempio assicurando una piena mobilità interregionale a spese dello Stato o ricorrendo alle risorse offerte dalla telemedicina.

Intorno al tema delle medicine non convenzionali, affrontato nel saggio di Luca Pirozzi, si incontrano – e sovente si scontrano – una pluralità di prospettive di diversa natura, che danno luogo a uno scenario estremamente articolato e non esente da problematicità, anche dal punto di vista costituzionale. Nonostante la non esigua diffusione sociale del ricorso alle medicine non convenzionali, è anzitutto sul piano strettamente tecnico-sanitario che si palesano i dissidi più profondi al riguardo, dal momento che un'ampia parte della medicina c.d. ufficiale manifesta verso tali pratiche terapeutiche posizioni di scetticismo o di ostilità, contestandone, in tutto o in parte, il fondamento scientifico e l'efficacia. D'altro canto, questo dato non ha impedito che al livello internazionale o sovranazionale emergessero nel corso degli anni, massimamente da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità, prese di posizione decisamente favorevoli a una integrazione delle discipline non convenzionali – o di alcune di esse – nei sistemi sanitari degli Stati aderenti. Per quel che concerne l'ordinamento italiano, risalta in primo luogo la scelta del legislatore statale – al quale pure non difetterebbero le competenze per intervenire – di non occuparsi della materia, se non in maniera assai parziale ed episodica. In alternativa a un intervento normativo, lo Stato ha di fatto preferito seguire due strade: lasciare spazio all'autoregolazione dei professionisti sanitari da una parte, dall'altra parte avallare le iniziative regionali in quest'ambito ricorrendo al mezzo – non privo di tratti di singolarità – di un accordo varato in sede di Conferenza Stato-Regioni. La mancanza di un indirizzo legislativo unitario ha inevitabilmente determinato uno stato di notevole disomogeneità normativa, nella quale alcune autonomie regionali hanno addirittura inserito pratiche non convenzionali nel relativo sistema sanitario mentre altre sono rimaste del tutto inerti, non procedendo neppure all'attuazione dell'accordo. Il quadro complessivo che ne emerge è estremamente

frastagliato, non solo in ragione del diverso grado di attivismo regionale, ma anche in considerazione del fatto che tra le numerosissime medicine non convenzionali potenzialmente praticabili, soltanto per alcune il relativo esercizio viene rivendicato in via esclusiva dai professionisti medici. Di fronte a questa situazione normativamente composita, la giurisprudenza, soprattutto penale, ha tentato di tracciare una linea di demarcazione tra l'esercizio lecito e quello illecito di tali attività. Nel saggio si evidenzia come però rimangano ancora aperte alcune rilevanti questioni, soprattutto in riferimento alla tutela costituzionale del diritto alla salute, che la giurisprudenza costituzionale, nei pochi casi in cui ha avuto occasione di confrontarsi con l'argomento, non ha finora risolto.

4. Due scritti del volume sono poi dedicati a profili connessi alla digitalizzazione, all'uso dell'intelligenza artificiale in sanità e alla telemedicina, che rappresentano senza dubbio uno dei fronti tecnicamente più innovativi e in costante evoluzione con cui devono attualmente misurarsi gli interventi normativi e organizzativi nell'ambito della tutela della salute.

In particolare, Teresa Balduzzi si occupa di analizzare, nella prospettiva del riparto di funzioni normative e amministrative tra livelli territoriali, il tema degli algoritmi di stratificazione del bisogno di salute e di predizione della sua evoluzione. Si tratta di strumenti volti ad attuare la c.d. medicina di popolazione, garantendo una programmazione sanitaria più aderente ai reali bisogni di salute e la presa in carico proattiva degli assistiti. L'esame di tale peculiare declinazione della sanità digitale prende le mosse da una critica alle posizioni dottrinali secondo cui la digitalizzazione costituirebbe *in re ipsa* un fattore di erosione delle competenze delle autonomie territoriali a vantaggio dell'istanza centrale. In via di prima approssimazione, infatti, la creazione e il rispetto di *standard* comuni di sicurezza e interoperabilità, la tendenza a sfruttare le economie di scala, i costi – spesso insostenibili per un ente decentrato – delle risorse infrastrutturali e umane connesse alla trasformazione digitale e i crescenti vincoli sovranazionali sembrerebbero in effetti giocare in favore di una maggiore centralizzazione. Non bisogna tuttavia trascurare l'operatività di fattori in senso contrario, come, ad esempio, la possibile presenza di esigenze territoriali diversificate con riguardo alla trasformazione digitale, il ruolo abilitante delle piattaforme telematiche nello svolgimento da parte dei comuni della funzione di sportelli unici, la necessità di tenere distinte la creazione di piattaforme centralizzate per il primo contatto con il cittadini e l'effettiva erogazione delle prestazioni da parte degli enti decentrati, la circostanza che la fase prodromica di sviluppo dei sistemi possa giovare di approcci iterativi e sperimentali in contesti più piccoli. Questi

fattori consentono di ritenere che, per quanto non sia negabile una spinta alla standardizzazione, rimanga sostanzialmente praticabile tanto una scelta centralizzata e uniformante, quanto un approccio orizzontale o distribuito. Sulla base di questi chiarimenti, è possibile inquadrare l'esaminato profilo della sanità digitale alla stregua del riparto di competenze tra enti territoriali, mettendo in luce la complessità che contraddistingue tale assetto. Un assetto in cui, ad esempio, le materie legislative concorrenti in tema di salute e di ricerca scientifica e tecnologica si intrecciano a molteplici titoli competenziali esclusivi statali (tra i quali, il coordinamento statistico e informativo, la tutela dei livelli essenziali, l'ordinamento civile), senza trascurare il ruolo di dinamismo e flessibilità giocato dal principio di sussidiarietà verticale. Nell'analisi delle metodologie di stratificazione e predizione dell'evoluzione del bisogno di salute, è poi indispensabile distinguere tra le iniziative regionali o locali e quella ministeriale (ora parte del PNRR), nonché tra la fase di sviluppo e quella di impiego dei risultati forniti dai modelli. Ciò porta a confrontarsi con una serie di ulteriori questioni non chiuse, tra cui la necessità di coordinamento tra la disciplina in tema di protezione dei dati e quella relativa alla programmazione sanitaria, l'impatto del d.m. n. 77/2022 in tema di *standard* ospedalieri sull'autonomia regionale in materia di stratificazione dei bisogni di salute, le modalità di inserimento del modello predittivo ministeriale all'interno delle attuali procedure di programmazione sanitaria e il grado di vincolatività dei suoi risultati.

Lo studio di Francesca Morganti mira invece a indagare quali siano gli spazi di utilizzo delle risorse della telemedicina in relazione all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), anche nella logica di temperare i divari su base territoriale che si registrano in materia. I più recenti dati ministeriali riguardanti l'attuazione della l. n. 194/1978, infatti, mostrano con chiarezza che l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza – che pure rientra tra i livelli essenziali di assistenza e nel c.d. «nucleo irriducibile» del diritto alla salute – è spesso difficoltoso e, soprattutto, non avviene in condizioni di fatto uniformi sull'intero territorio nazionale, anche in conseguenza del tasso di ricorso all'obiezione di coscienza da parte dei professionisti sanitari, che in alcune Regioni è particolarmente elevato. A partire da riferimenti alle esperienze maturate in altri ordinamenti europei (tra cui Regno Unito e Francia) con riguardo alla gestione da remoto dell'IVG farmacologica, nel contributo si esamina anzitutto la possibilità di erogare le prestazioni in questione ricorrendo agli strumenti della telemedicina come rimedio a talune delle criticità evidenziate; vengono poi valutate, più in generale, le potenzialità presenti nella mobilità sanitaria virtuale (realizzata, cioè, mediante la telemedicina e gli altri strumenti della sanità digitale) al fine di colmare o ridurre le dispari-