

Il principio di buona amministrazione nella gestione integrata del servizio di procreazione medicalmente assistita tra interesse pubblico e interessi privati

di Alessandra Piconese

SOMMARIO: 1. Il diritto alla genitorialità. – 2. L'imparzialità nell'organizzazione amministrativa del servizio pubblico di procreazione assistita. – 3. L'assistenza territoriale e il PNRR. Misure regionali per la fertilità a fini sociali. – 4. Le innovazioni digitali e il potenziamento della rete europea di dati sanitari. – 5. La buona amministrazione e l'etica del diritto alla procreazione di tipo tecnologico. – 6. Riflessioni conclusive.

1. *Il diritto alla genitorialità*

Il diritto fondamentale alla genitorialità è strettamente correlato all'organizzazione sanitaria del servizio essenziale di assistenza. Un'affermazione che sente il bisogno di fare cenno ad almeno due aspetti centrali attualmente problematici: la portata del diritto in parola e la qualificazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita come trattamenti sanitari per la protezione della salute.

Rispetto all'inizio della vita umana e alla scelta di procreare occorre innanzitutto chiedersi se sia possibile riconoscere un diritto alla piena autodeterminazione, che è riconducibile al più generale diritto di libertà oppure se ciò debba essere escluso¹.

Definita la natura occorre poi domandarsi se possa riconoscersi un diritto alla procreazione secondo le tecniche di riproduzione assistita².

Gli interrogativi assumono una dimensione costituzionale per il riferimento non solo al carattere fondamentale o meno del diritto a diventare genitore, ma anche per la sua riconducibilità alla salute umana e alla sua tutela³.

¹ A. RUGGIERI, *Cosa sono i diritti fondamentali e da chi e come se ne può avere il riconoscimento e la tutela*, in *Consultaonline*, 2016, 263-279. Inoltre, M.P. IADICICCO, *Promozione umana e diritti fondamentali*, Torino, 2021.

² A. MANTOVANI, *La fecondazione assistita tra il 'diritto alla prole' e il 'diritto ai due genitori'*, in *Ind. Pen.* 1990, 416-432.

³ G. GEMMA, *Non diritti "insaziabili" ma microdiritti costituzionali circa l'uso del proprio corpo*, in *Diritto e società*, 2014, 207-235.

Il dibattito investe inoltre i limiti di ordine generale che sono correlati all'impatto dell'evoluzione scientifica, da cui possono attendersi pretese (e diritti) sempre nuovi e il cui soddisfacimento non può che essere legato a decisioni politiche.

Tra l'altro il temperamento delle posizioni giuridiche dei singoli involge aspetti connessi all'etica del diritto entro cui si intrecciano interessi pubblici e interessi privati, che riguardano le generazioni presenti e quelle che verranno⁴.

Le condizioni di accesso stabilite dalla legge risentono innanzitutto della dimensione relazionale del processo procreativo posto a salvaguardia del concepito e del futuro nato⁵, ma anche delle necessità che emergono dai contesti demografici di riferimento⁶.

Sotto entrambi i profili la qualificazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita come trattamento sanitario afferisce piuttosto alla dimensione costituzionale del diritto alla genitorialità inteso come aspetto di una più ampia tutela del diritto costituzionale alla salute.

Sul primo punto condividiamo l'idea degli studiosi che rimettono i diritti procreativi all'apprezzamento discrezionale del legislatore⁷, accogliendo allo stesso tempo quel dubbio circa la piena autodeterminazione rispetto alle vicende che si riferiscono ai momenti di inizio e fine vita, definiti come «cruciali della esistenza umana»⁸.

Sul secondo aspetto riteniamo di poter esplorare la procreazione medicalmente assistita all'interno dell'attuale interpretazione estensiva del diritto costituzionale alla salute⁹. In questo senso intendiamo procedere con l'analisi delle scelte del legislatore che sono destinate a garantire le relative prestazioni nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

I diritti e le condizioni per l'accesso alle tecniche di PMA sono stabiliti dalla legge 19 febbraio 2004, n. 40, che prenderemo in considerazione

⁴ A. D'ALOIA, voce *generazioni future (diritto costituzionale)*, in *Enc. Dir.*, Annali IX, 2016.

⁵ Corte costituzionale 18 giugno 2019, n. 221.

⁶ Istat, *Report Indicatori demografici anno 2024*, in *www.istat.it*.

⁷ A. RUGGERI, *Ancora in tema di procreazione medicalmente assistita (chiose minime a margine di un corposo studio recente)*, in *Consultaonline*, 2021, 1, nota n. 15, 196.

⁸ A. RUGGERI, *Ancora in tema di procreazione medicalmente assistita (chiose minime a margine di un corposo studio recente)*, cit., nota n. 15, 196.

⁹ M.P. IADICICCO, *Prospettive problematiche della riconduzione della PMA al diritto costituzionale alla salute*, in *Corti supreme e salute*, 2021, 2, 420.

solo per i profili strettamente connessi alla presente analisi ossia per i principi generali indicati. Riguardo alle finalità il legislatore chiarisce che il ricorso alla procreazione assistita è consentito per risolvere i problemi riproduttivi che derivano dalla sterilità o infertilità umana (art. 1, comma 1). Quale «metodo terapeutico» il ricorso alla PMA è consentito solo in assenza di altri metodi destinati a rimuovere le cause di sterilità o infertilità (art. 1, comma 2). Inoltre, è il Ministro della salute che può promuovere ricerche sulle cause (patologiche, psicologiche, ambientali e sociali) della sterilità e infertilità e allo stesso tempo favorire gli interventi per la rimozione e riduzione dell'incidenza. Può, inoltre, incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e può promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e infertilità (art. 2, comma 1). Per questa specifica finalità è prevista una spesa a carico del bilancio pubblico (art. 2, comma 2 e 3) e istituito un apposito Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita (art. 18). Lo stesso è ripartito tra le Regioni e le province autonome, secondo criteri che sono determinati con decreto del Ministero della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Solo a partire dal 1° gennaio 2025 è stata data attuazione all'inserimento della procreazione medicalmente assistita nei livelli essenziali di assistenza realizzata con l'aggiornamento ai LEA, operato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Il decreto del Ministro della salute 25 novembre 2024 ha, infatti, provveduto a determinare le tariffe relative all'assistenza specialistica, ambulatoriale e protesica, adottando per la PMA quelle applicate dalla Regione Emilia Romagna.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce oggi l'accesso alla procreazione assistita a quelle coppie con diagnosi di infertilità su tutto il territorio nazionale e alle medesime condizioni anche in termini di uniformità di *ticket* e integrazione tariffaria.

Siamo in grado di affermare un terzo elemento peculiare che si riferisce alla procreazione assistita ovvero che si tratta di una metodologia terapeutica che pretende una diagnosi di infertilità (evidente condizione di salute). Inoltre, viene annoverata tra i livelli essenziali di assistenza, sanitaria, con accesso universale garantito sulla base della disciplina nazionale contenuta nella legge 23 dicembre 1978, n. 833 e alle condizioni specificamente previste (vi sono limiti che si riferiscono all'età della donna e al numero di tentativi) dalla disciplina sulle prestazioni ambulatoriali.

Possiamo inoltre dire che l'effettiva realizzazione del diritto alla genitorialità si confronta con decisioni pubbliche che hanno non solo natura politica, ma soprattutto amministrativa¹⁰: abbiamo fatto riferimento ad una questione prioritaria che è quella delle risorse economiche necessarie a garantire la domanda di prestazione e che finisce per aver un impatto sull'individuo, ma soprattutto sulla collettività¹¹.

Sul punto vedremo come le Regioni hanno un ruolo attivo ben definito, non solo per ciò che riguarda il profilo legislativo, ma soprattutto amministrativo del servizio nazionale¹².

Precisiamo infine che siamo dinanzi a bisogni cui lo Stato sociale deve fornire una risposta¹³, nel rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e buona amministrazione.

Sulla base di queste premesse intendiamo verificare secondo quale modalità e approccio il servizio territoriale di assistenza sanitaria garantisce l'accesso alla procreazione medicalmente assistita. Dal punto di vista del metodo prenderemo in considerazione e analizzeremo specifiche modalità attuative delle amministrazioni regionali, attraverso cui viene reso possibile l'esercizio del diritto alla genitorialità.

L'analisi diventa ancor più sfidante alla luce delle innovazioni digitali che stanno interessando l'amministrazione pubblica¹⁴ e della necessità di uniformità richiesta a livello europeo per la gestione dello spazio giuridico europeo dei dati sanitari¹⁵. Il nuovo regolamento (UE) 2025/327 sull'uso dei dati sanitari (EHDS) stabilisce le condizioni a partire dalle quali vengono gettate la basi per la comparabilità delle informazioni raccolte. Ciò con tutte le garanzie previste per il trattamento dei dati personali alla

¹⁰ A. POLICE, *La predeterminazione delle decisioni amministrative*, Napoli, 1997.

¹¹ F. PALLANTE, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Diritto Amministrativo*, 2024, 3, 703.

¹² Sulla disomogeneità territoriale e le criticità gestionali v. Corte dei conti, sez. autonomie, 4 dicembre 2025, *Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali*, spec. 198.

¹³ M.S. GIANNINI, *Diritto Amministrativo*, Milano, 1993.

¹⁴ L. DEL CORONA, A. GIUBILEI, M. LADU, V. MONTOSI, *Intelligenza artificiale, sanità digitale ed esigenze di regolazione: l'intreccio tra soggetti pubblici e privati, in federalismi. it*, 17 dicembre 2025; S. DEL GATTO, *Nuove tecnologie, pubblica amministrazione e rapporto con gli atti amministrativi. Brevi note sulle tendenze in atto*, in *Diritto Pubblico*, 2025, 1, 155-180.

¹⁵ Sul tema generale della sanità digitale v. I. GLENN COHEN, D.B. KRAMER, J. ADLER-MILSTEIN, C. SHACHAR (edited by), *Digital health care outside of traditional clinical settings. Ethical, legal and regulatory challenges and opportunities*, London, 2024.

luce del regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR)¹⁶.

2. *L'imparzialità nell'organizzazione amministrativa del servizio pubblico di procreazione assistita*

Nell'organizzazione e nell'attività amministrativa di gestione del servizio sanitario, destinato alla procreazione medicalmente assistita, occorre che non sia discriminata la posizione dei soggetti coinvolti nel perseguimento dell'interesse pubblico alla salute, che è in cura alla pubblica amministrazione¹⁷.

L'organizzazione e l'attività amministrativa devono essere poste al riparo da indebite interferenze¹⁸.

L'imparzialità, inoltre, deve sussistere nei diversi livelli di attuazione dell'azione amministrativa¹⁹ e per questo si pretende che l'amministrazione sia strutturata in modo da assicurare una condizione oggettiva di imparzialità²⁰.

Il precetto costituzionale si rivolge anche all'amministrazione quando regola la propria organizzazione e adotta le concrete misure di organizzazione²¹; in questo senso la norma costituzionale conterrebbe una riserva di organizzazione in capo all'esecutivo²². Ciò significa che le amministrazioni devono erogare i servizi pubblici a favore di tutti i soggetti che ne abbiano titolo, senza distinzioni e discriminazioni²³.

La pubblica amministrazione dovrebbe garantire l'accesso in condizioni di non discriminazione e parità, nel rispetto dell'ulteriore principio costituzionale di uguaglianza e solidarietà.

Nelle prospettive recenti si fa inoltre riferimento alla cura e alla spiritualità, alle vicende dell'esperienza umana oltre che alla storia della

¹⁶ B. PONTI, *Trattamento dei dati personali e standard di legalità: elementi di preminenza delle esigenze di circolazione*, in *Rivista italiana di informatica e diritto*, 2025, 2, 1-11.

¹⁷ M.A. SANDULLI, F. APERIO BELLA, A. COIANTE, C.F. IAIONE (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità*, Napoli, 2024.

¹⁸ M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Milano, 1966.

¹⁹ U. ALLEGRETTI, *L'imparzialità amministrativa*, Padova, 1965.

²⁰ E. CASSETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, 2024.

²¹ E. CASSETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, 2024, 44.

²² M. NIGRO, voce *Amministrazione pubblica (organizzazione giuridica dell')*, in *Enc. Giur., Treccani*, II, Roma, 1988.

²³ A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Dir. Amm.*, 2024, 3, 721.

malattia del paziente²⁴. Riflessione da cui emerge l'importanza della collaborazione tra discipline cliniche che si occupano della salute mentale, quindi anche della psicologia e della psichiatria, e altre prospettive, ad esempio spirituali e antropologiche, che insieme alle prime e in un approccio multidimensionale conducono il sistema di cura nel bilanciamento tra etica del diritto e bisogni degli individui e consentono la mediazione tra aspetti economici e logiche di profitto²⁵.

Il modello di cura, quest'ultima intesa come «approccio al benessere collettivo», e quindi anche la cura riferibile agli aspetti medici della persona e del suo essere umano, solleva oltre alla questione dei bisogni anche quella della vulnerabilità e della «reciproca interdipendenza» all'interno di una comunità²⁶. Una prospettiva che riscopre il concetto di solidarietà presente nella nostra Carta costituzionale e che è anche «espressione di un sentimento di appartenenza alla collettività»²⁷ ovvero del concetto di sussidiarietà. Sulla base della sussidiarietà riconosciuta nell'art. 118 della Costituzione sussiste il dovere delle amministrazioni pubbliche di favorire «la libera espressione dell'atteggiamento di cura che i cittadini singoli o associati esprimono nella disponibilità a svolgere attività di interesse generale»²⁸.

Per non perdere di vista l'organizzazione sanitaria e la complessità delle sue funzioni si sottolinea l'importanza della stessa non solo di «erogare prestazioni, ma prendersi cura delle persone, della collettività e della loro salute». Una logica, quella della relazione pubblico-privata nell'amministrazione condivisa, che è «fondata invece sulla indipendenza e scomposizione della persona nei suoi bisogni, da soddisfarsi in maniera singolare e standardizza-

²⁴ M.A. SANDULLI, *Spiritualità nella cura*, in *federalismi.it*, Osservatorio di diritto sanitario, 2 novembre 2022, 2-7.

²⁵ Idem, 3.

²⁶ A. PIOGGIA, *La cura nella Costituzione. Prospettive per una amministrazione della cura*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, Trento, 2022, 52.

²⁷ Idem, 56.

²⁸ Idem, 56.

ta. Una amministrazione che si organizza in maniera efficace e sostenibile, ma che non opera come una azienda produttiva»²⁹.

In relazione ai tratti delineati possiamo a questo punto individuare gli elementi caratteristici indicati nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale 23 dicembre 1978, n. 833 e ss.mm. e integrazioni³⁰.

L'organizzazione amministrativa del servizio sanitario, che «arriva a prendersi cura, in maniera completa ed esauriente, delle esigenze più vive della vita delle persone»³¹, è basata sul principio della universalità, ciò in corrispondenza con i principi di giustizia sociale, uniformità e di globalità³².

Il successivo riassetto dell'organizzazione è avvenuto con decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e con decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che hanno dapprima avviato e poi rafforzato il processo di aziendalizzazione e privatizzazione su base regionale, che eroga servizi nel rispetto delle risorse finanziarie messe a disposizione dal SSN e integrate dalle entrate connesse alla prestazione (*ticket*)³³. Ciò sempre nell'ottica del soddisfacimento del diritto all'universalità³⁴ e nel rispetto dei principi di sostenibilità, appropriatezza ed efficienza³⁵. Il secondo dei due interventi normativi ha rafforzato il ruolo di programmazione da parte dello Stato attraverso la previsione del Piano Sanitario nazionale triennale e l'attribuzione alle Regioni di una responsabilità più ampia per la gestione dei servizi a livello locale. L'imposizione dei vincoli di bilancio alle aziende sanitarie e la verifica periodica del sistema costituiranno le basi per una maggiore trasparenza e controllo della spesa pubblica sanitaria³⁶.

²⁹ Idem, 60.

³⁰ F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, in *Nuove autonomie*, 2024, 1-2, 79-121.

³¹ A. CATELANI, *La sanità pubblica*, Padova, 2010, 45.

³² F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Roma, 2015, 547.

³³ A. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, 705.

³⁴ A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di nodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 299.

³⁵ Cfr. il d.lgs. n. 229/1999, che contiene le *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*.

³⁶ C. FELIZIANI, *Sostenibilità finanziaria e servizi pubblici. Corsi e ricorsi storici nel*

Le esigenze di universalità devono perciò essere temperate con una «inevitabile limitatezza delle risorse», poiché «non è pensabile di spendere senza limiti, avendo soltanto riguardo ai bisogni». Difatti il Consiglio di Stato ha affermato che è «la spesa a dover essere commisurata alle rispettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie»³⁷.

Nella complicata relazione tra soddisfacimento del diritto alla salute, inteso anche come diritto sociale, esigenze di bilancio ed effettività nell'esercizio dei diritti si ritiene di poter «nutrire un certo ottimismo», che deriverebbe da quella sensibilità del giudice amministrativo «nell'ammettere la giustiziabilità dei LEA» o del giudice costituzionale nel ritenere «inconcepibile» l'oltrepassare da parte del legislatore «il recinto dei beni incompressibili»³⁸ tra cui rientra il «servizio di trasporto scolastico e di assistenza» allo studente disabile, come garanzia «di effettività del medesimo diritto»³⁹.

Attualmente i temi del finanziamento e del livello delle prestazioni sanitarie costituiscono l'oggetto del confronto⁴⁰ su cui dovrà fondarsi il riordino del governo della sanità. Ciò nell'ambito della discussa riforma del cd. regionalismo differenziato, di cui è stata ritenuta l'illegittimità costituzionale parziale da parte della Suprema Corte⁴¹.

Accanto ai temi finanziari e a quelli delle condizioni minime del servizio reso vi sono altre questioni del diritto sanitario che meritano conside-

finanziamento del servizio sanitario, in *Munus*, 2017, 2, 369-400.

³⁷ Consiglio di Stato, sez. III, 22 febbraio 2017, n. 836.

³⁸ F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, cit., 86.

³⁹ Corte costituzionale 19 ottobre 2016, n. 275.

⁴⁰ La revisione del modello organizzativo del SSN è contenuta attualmente nel d.d.l. recante la delega al governo per l'adozione di misure in materia di organizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera, approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio 2026 e preceduto dalla legge 30 dicembre 2025, n. 199.

⁴¹ Corte costituzionale 3 dicembre 2024, n. 192 con commento di G. GARDINI, *La Corte costituzionale riscrive il regionalismo differenziato, ma molte questioni restano ancora senza risposta*, in *Istituzioni del federalismo*, 2025, 1, 7-16 e C. TUBERTINI, *Prime osservazioni sul Disegno di legge recante delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Astrid*, 2025.

razione e sui cui occorre intervenire per evitare che le innovazioni seguite alla crisi sanitaria possano essere vanificate⁴².

Ci riferiamo in particolare alla dimensione territoriale del servizio e alle cure di assistenza primaria che mettono al centro del sistema la relazione tra medico e paziente.

Nell'ambito delle condizioni descritte possiamo immaginare che all'interno del servizio territoriale – l'unico in grado di garantire una capillare azione di informazione ed educazione⁴³ – si possa avviare un percorso per l'individuazione, tra i propri assistiti, di potenziali soggetti interessati (sommministrazione di test di indagine e avvio, su base volontaria, di un percorso di educazione e informazione sui rischi di infertilità; screening destinati alla prevenzione).

Il servizio medico di base dovrebbe essere supportato, coerentemente con l'attuale tendenza alla gestione integrata degli interventi pubblici in materia sanitaria, da figure che abbiano adeguata formazione e siano il più possibile diversificate⁴⁴.

Questo presuppone uno studio approfondito delle nuove tendenze che riguardano l'organizzazione dell'assistenza territoriale anche nella logica della rete europea. A questo proposito può essere prezioso spunto di approfondimento la risoluzione del Parlamento europeo del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti nell'Ue, nel quadro più ampio della salute delle donne. Molto interessante è il riferimento alla strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità «per la salute e il benessere delle donne per il periodo 2017-2021» e il relativo «piano di azione per la salute sessuale e riproduttiva» del 2016. Allo stesso modo di sicuro rilievo è il «concetto generale di salute sessuale e riproduttiva e relativi diritti» (Considerando B) e la loro tutela in quanto «diritti umani» per esempio nel Patto internazionale relativo ai diritti politici e civili (Considerando C). Per gli aspetti dell'organizzazione prendiamo in considerazione il riferimento

⁴² R. DONINI, *Il Servizio Sanitario Nazionale, Una storia da continuare*, Milano, 2024.

⁴³ L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 2023, 26, 18-39. Tra le misure più recenti vi è il reclutamento dello psicologo di base con legge regionale Puglia 15 giugno 2023, n. 11 in <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/-/psicologo-di-base-la-asl-di-bari-avvia-il-reclutamento-dal-1-dicembre>.

⁴⁴ B. GAGLIARDI, *Il modello a rete come principio d'organizzazione per l'adeguatezza in sanità*, in *Diritto amministrativo*, 2024, 3, 761.

alla promozione della salute sessuale da parte dell'Unione europea, che però non ha una competenza diretta e tuttavia si pone l'obiettivo di favorire «la cooperazione tra gli Stati membri» [...] con il «metodo del coordinamento aperto» (Considerando D). Ancora il richiamo ai «servizi per la salute sessuale e riproduttivi» quali «servizi sanitari essenziali» da rendere «disponibili a tutti» e che comprendono «attività di educazione in materia di sessualità e relazioni esaustive, basate su dati concreti e adeguate all'età; attività di informazione, consulenza riservata e imparziale e servizi per la salute e il benessere sessuali e riproduttivi; attività di informazione e consulenza in materia di contraccezione moderna» (Considerando J).

Di assoluto rilievo, infine, il riferimento dell'OMS alla «infertilità come una patologia dell'apparato riproduttivo, caratterizzata dall'incapacità di raggiungere uno stato clinico di gravidanza dopo un periodo di 12 mesi o più di regolari rapporti sessuali non protetti» (Considerando M).

In questo senso e per il perseguimento dell'obiettivo di «creare un consenso e affrontare le sfide in materia di salute sessuale e riproduttiva» l'Unione europea invita gli Stati membri a «salvaguardare il diritto di tutte le persone [...] di compiere scelte informate riguardo alla salute sessuale» e «promuovere l'accesso universale ai servizi concernenti la salute sessuale e riproduttiva».

Con riferimento specifico alle «terapie per la fertilità» l'invito agli Stati è nel senso di «garantire che tutte le persone in età riproduttiva abbiano accesso alle terapie per la fertilità, indipendentemente dalla situazione socio economica, dallo stato civile, dall'identità di genere o dall'orientamento sessuale» (lett. e n. 39).

3. *L'assistenza territoriale e il PNRR. Misure regionali per la fertilità a fini sociali*

Riteniamo a questo punto necessario approfondire l'evoluzione del quadro normativo che è derivato dagli interventi successivi alla crisi pandemica.

Il riferimento è al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e al successivo decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 sulla definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Prenderemo infine in considerazione alcuni provvedimenti di attuazione di Regioni italiane per verificare se sono in linea con le prospettive innovative descritte in termini di imparzialità, non discriminazione e accesso universale, ma anche per comprendere le ragioni di alcune scelte politico-amministrative.

Accenneremo soltanto alle prospettive indicate nell'ultimo disegno di legge di delega approvato recentemente dal Consiglio dei ministri.

Cominciamo dal riferimento al PNRR⁴⁵ e alla missione destinata al rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e dei servizi domiciliari⁴⁶.

Suddivisa in due componenti la prima Missione 6 è intitolata alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e comprende (1) le case di comunità e presa in carico della persona; (2) la casa come primo luogo di cura; (3) l'implementazione delle centrali operative territoriali; (4) il rafforzamento della telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici; (5) il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità)⁴⁷.

La seconda componente – che tratteremo di seguito – è intitolata innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario e comprende (1) l'aggiornamento tecnologico e digitale (2) la formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico⁴⁸.

Il DM n. 77/2022 individua gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza territoriale sulla base dei quali le Regioni e province autonome sono tenute ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale (art. 1).

Il monitoraggio semestrale è affidato ad Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, anche nella sua attuale competenza di

⁴⁵ Il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021 ha provveduto alla assegnazione delle relative risorse finanziarie.

⁴⁶ C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del medico di medicina generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *federalismi.it*, Osservatorio di diritto sanitario, 10 agosto 2022.

⁴⁷ Si v. C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 2024, 2, 393-412. Agenas ha avviato la formazione manageriale sullo sviluppo dell'assistenza territoriale che è reperibile all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-supplementi-alla-rivista/2408-corso-di-formazione-manageriale-agenas-i-project-work-dei-discenti-sullo-sviluppo-dell-assistenza-territoriale>.

⁴⁸ Per gli aspetti innovativi della sanità digitale v. N. POSTERARO, *Sanità digitale. Fascicolo sanitario elettronico e PNRR*, in *Sanità pubblica e privata*, 2023, 2, 19-25.

Agenzia per la sanità digitale. Lo strumento sviluppato da Agenas è una mappa interattiva, dedicata al monitoraggio e alla visualizzazione dei progetti di investimento previsti dal PNRR – Missione salute 6 nella sua prima componente. Organizzata per contesti geografici, essa offre la possibilità di visualizzare i progetti e i dati che si riferiscono a case e ospedali di comunità; centrali operative territoriali (per l'assistenza da remoto e la telemedicina). Nella versione consultabile, che è quella aggiornata al 21 luglio 2025, possiamo stimare la realizzazione di 1.350 case delle comunità hub costruite su base demografica (ovvero ogni 40.000-50.000 abitanti), secondo una struttura che è capillare sul territorio, in cui si opera in gruppo multiprofessionale (medico di base e pediatra di libera scelta; medici specialisti; infermieri, assistenti sociali)⁴⁹.

Allo stesso modo è consultabile la realizzazione di 400 ospedali di comunità (la previsione riguarda 1 OdC da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti) con un modello organizzativo che si basa su una continuità assistenziale nelle 24 ore e 7 giorni su 7⁵⁰.

Riguardo all'implementazione delle centrali operative territoriali è possibile stimare la realizzazione nel numero di 300 (sulla base del riferimento di una CoT ogni 100.000 abitanti in cui è presente un coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto). La struttura dovrebbe essere in grado di favorire il coordinamento tra i servizi e i professionisti in attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza⁵¹.

Occorre inoltre tener conto di quelle che sono le linee di tendenza adottate nel disegno di legge delega approvata dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio 2026, che riguarda la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e ridefinisce il modello organizzativo del SSN.

È previsto l'aggiornamento della classificazione delle strutture ospedaliere, l'individuazione degli ospedali elettivi (privi di pronto soccorso), il miglioramento dell'appropriatezza tramite standard minimi per l'attività di ricovero; il potenziamento delle buone pratiche clinico-

⁴⁹ I dati sono disponibili all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/case-della-comunita-cdc>.

⁵⁰ I dati sono disponibili all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/images/agenas-imgs009pdf.pdf>.

⁵¹ I dati sono disponibili all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/implementazione-delle-centrali-operative-territoriali-cot>.

assistenziali e organizzative; l'aggiornamento dell'assistenza per persone con patologie croniche; la valorizzazione della bioetica clinica come strumento di umanizzazione delle cure; il riordino della disciplina dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

La riorganizzazione è volta a «garantire la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, ai livelli essenziali di assistenza dei cittadini agendo in prevenzione prima ancora che in cura, nonché di rafforzare l'investimento in capitale umano debitamente formato, attraverso l'ampliamento della rete formativa in medicina e chirurgia e la revisione del relativo trattamento economico, il potenziamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie in tecnologia e innovazione e lo sviluppo dei servizi digitali, garantendo l'interoperabilità dei dati e il controllo degli erogatori mediante rating prestazionale nonché potenziando la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare, per un sistema globale di valutazione del benessere dell'utente» (art. 1, comma 1).

Le finalità descritte saranno perseguite mediante «disposizioni in tema di digitalizzazione dei servizi sanitari, di abbattimento delle liste di attesa e di valutazione e monitoraggio delle prestazioni, volte a garantire a tutti i cittadini l'equo e sostenibile accesso alle cure, la personalizzazione e l'umanizzazione delle stesse nell'ambito dell'assistenza territoriale primaria, dell'emergenza-urgenza, della cura delle malattie mentali, delle malattie croniche, in particolare quelle oncologiche, nonché della prevenzione e dell'educazione sanitaria, secondo principi di congruenza clinico-organizzativa e assistenziale» (art. 1, comma 2).

All'interno del disegno di legge sono previsti termini alle Regioni per l'adeguamento del sistema di regolazione (per es. 60 giorni dall'entrata in vigore per la definizione del modello di regolazione contrattuale dei professionisti, art. 2, comma 1).

I decreti di attuazione del disegno di legge delega dovranno essere adottati entro il 31 dicembre 2026.

Il ruolo delle Regioni sarà fondamentale per la definizione dei modelli di regolazione, per la garanzia sull'equità nell'accesso, sul rafforzamento della rete pubblica e la stipula delle convenzioni con i privati anche e soprattutto con riferimento alle tecniche di fertilità.

Secondo la relazione in materia di procreazione medicalmente assistita (PMA), trasmessa al Parlamento dal Ministro della salute il 19 dicembre 2025 e relativa all'attività dei centri nel 2023, è innanzitutto confermata

una maggiore incidenza dei centri pubblici in alcune Regioni del Nord.

I centri di PMA di II e III livello che offrono un servizio privato sono in numero superiore rispetto all'insieme dei centri che offrono servizi di tipo pubblico e privato convenzionato: «il 35,7% dei centri è pubblico ed effettua il 36% dei cicli; l'8,7% è privato convenzionato ed effettua l'8,6% dei cicli; il 56% è privato ed effettua il 55,4% dei cicli. Dunque, complessivamente il 62,6% dei cicli di trattamenti di II e III livello con gameti della coppia si effettua nell'ambito del SSN (in centri pubblici e privati convenzionati)».

Nelle sue conclusioni il Ministro auspica il miglioramento dell'«accessibilità alle tecniche di PMA garantendo alle coppie l'offerta dei percorsi nelle strutture pubbliche e private convenzionate, annullando o riducendo le differenze regionali nell'offerta»⁵².

Tra le misure regionali si segnala per l'anno 2025 quella conosciuta come *social freezing* della Regione Puglia. Sulla base della legge regionale del 31 dicembre 2024, n. 42, che contiene le «disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025–2027 della regione Puglia», è stato adottato l'atto dirigenziale 17 marzo 2025, n. 352 da parte del Dipartimento Welfare, Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà, che contiene le «norme in materia di preservazione della fertilità per fini sociali. Riparto risorse e impegno di spesa in favore delle aziende Sanitarie Locali pugliesi»⁵³.

La misura prevede la possibilità di presentare domanda per ottenere un contributo destinato al sostegno economico per la prestazione erogata da centri pubblici e privati di procreazione medicalmente assistita, che siano autorizzati dal Ministero della sanità e inseriti nel registro nazionale PMA presenti sul territorio nazionale.

La prestazione non deve rientrare tra quelle gratuite, che sono invece inserite nei livelli essenziali di assistenza, garantiti dal SSN ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017.

Devono sussistere le condizioni di residenza (ininterrotta nella Regione Puglia da almeno 12 mesi alla data di presentazione della

⁵² La relazione è disponibile all'indirizzo https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-01/Relazione_PMA_2025%20portale%20i%2012%2001%202026%20%284%29.pdf.

⁵³ Sono reperibili le delibere e le sedi presso cui la misura è fruibile all'indirizzo https://sist.sanita.puglia.it/web/asl-taranto/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/36057/avviso-pubblico-anno-2025-per-il-contributo-social-freezing-preservazione-della-fertilita-per-fini-sociali.

domanda); età anagrafica (compresa tra i 27 e 37 anni alla data di presentazione della domanda); di situazione economica (attestazione Isee che riporti un valore pari o inferiore a euro 30.000), importo massimo del contributo (euro 3.000) viene erogato per una sola volta.

La misura costituisce esempio di sostegno pubblico al diritto alla genitorialità volto a riequilibrare il disagio economico affrontato nelle pratiche di procreazione medicalmente assistita.

4. *Le innovazioni digitali e il potenziamento della rete europea di dati sanitari*

Abbiamo fatto riferimento alla seconda componente della Missione 6 che riguarda l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del servizio sanitario.

Gli strumenti per la sanità digitale sono la telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico, l'intelligenza artificiale, l'ecosistema dei dati sanitari. Tutti sono oggetto di progetti strategici dell'Agenzia per la sanità digitale⁵⁴.

Con la telemedicina l'erogazione dei servizi sanitari avviene attraverso l'utilizzo di strumenti digitali⁵⁵. Le cure tradizionali vengono offerte attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina per consentire il superamento di barriere geografiche e temporali. La tecnologia diviene strumento per l'equità e l'accessibilità del diritto alla salute.

Agenas gestisce l'infrastruttura e le Regioni provvedono alla sua implementazione con lo scopo di fornire il servizio di televisita (cioè la consultazione medica a distanza), teleconsulto (confronto tra i medici su casi clinici), teleassistenza (per il supporto ai pazienti che necessitano di assistenza continua), telemonitoraggio (per il controllo dei parametri della salute).

La dotazione di postazioni di lavoro dedicate alla telemedicina dovrebbe agevolare la diffusione capillare del servizio, che è strumentale alla tecnologia per il FSE, il sistema tessera sanitaria e l'ecosistema dei dati sanitari⁵⁶.

⁵⁴ Cfr. l'art. 21 del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito con modificazioni in legge 28 marzo 2022, n. 25 che ha attribuito competenze per la sanità digitale all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari con il preciso obiettivo di «garantire omogeneità a livello nazionale ed efficienza delle politiche di prevenzione nell'erogazione dei servizi sanitari, ivi inclusi quelli della telemedicina».

⁵⁵ F. APERIO BELLA, *Il ruolo del diritto nella prevenzione della medicina difensiva a distanza: sfide e prospettive nell'uso della telemedicina*, in *federalism.it*, 2023, 1, 305-318.

⁵⁶ Le informazioni sul funzionamento del sistema sono reperibili all'indirizzo

Il fascicolo sanitario elettronico permette di tracciare la vita storica sanitaria e allo stesso tempo consente la consultazione dei dati in esso contenuti, quindi la sua condivisione con i professionisti sanitari. Il servizio che si basa sulla condivisione dei dati clinici assicura continuità assistenziale e personalizzazione della cura su tutto il territorio⁵⁷.

Il servizio si avvale di una piattaforma online che consente l'archiviazione dei dati e dei documenti su un'unica posizione, anche quelli relativi alla scelta e revoca del medico di medicina generale. L'accesso ai dati è consentito agli operatori sanitari con l'eccezione dei dati oscurati. La struttura è decentralizzata perché gestita dalle singole Regioni, sulla base di un coordinamento nazionale garantito dalle specifiche tecniche che sono dettate dal Ministero della salute e dall'Agenzia per l'Italia digitale⁵⁸. Con la Missione 6 del PNRR il servizio è passato ad una fase più avanzata (FSE 2.0)⁵⁹ per consentire la interoperabilità con l'ecosistema dei dati sanitari.

L'ecosistema dei dati sanitari è stato istituito con decreto del Ministero della salute del 31 dicembre 2024. Il progetto è parte di un disegno europeo più ampio nell'ambito degli obiettivi generali dell'Unione europea per una salute più forte⁶⁰. Inserito nel programma *Eu4Health* esso persegue il miglioramento dell'efficienza delle risorse attraverso l'implementazione di *best practices* e la condivisione di dati, nonché la trasformazione digitale⁶¹. Ci si propone inoltre di rafforzare i dati sanitari, gli strumenti e i servizi digitali sanitari; inoltre, di migliorare l'accesso ai servizi sanitari; sviluppare e implementare la legislazione sanitaria europea e il processo decisionale basato sull'evidenza, promuovere il lavoro integrato tra i sistemi sanitari degli Stati membri⁶².

<https://www.agenas.gov.it/pnrr/componente-1/telemedicina> e <https://www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanità-digitale/progetti-strategici/telemedicina>.

⁵⁷ N. POSTERARO, *Sanità digitale. Fascicolo sanitario elettronico e PNRR*, in *Sanità pubblica e privata*, 2023, 2, 19-25.

⁵⁸ I dati sono disponibili all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanità-digitale/progetti-strategici/FSE>.

⁵⁹ S. CORSO, *Il Fascicolo sanitario elettronico 2.0. Spunti per una lettura critica*, in *Le nuove leggi civili commentate*, 2024, 2, 334-362.

⁶⁰ Commissione europea, *Unione europea della salute. Proteggere insieme la nostra salute*, in https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union_it.

⁶¹ Cfr. l'obiettivo generale n. 4 e gli approfondimenti contenuti in *Funding Public Health, EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union*.

⁶² Cfr. gli obiettivi specifici 6, 7, 8, 10 e i programmi di monitoraggio e valutazione

Nel nostro paese il supporto tecnico per l'implementazione e il coordinamento dell'infrastruttura è stato affidato ad Agenas. La banca dati centralizzata è destinata a raccogliere, organizzare ed elaborare i dati sanitari. Interagisce con le altre infrastrutture digitali sanitarie e cioè il fascicolo sanitario elettronico, il sistema di tessera sanitaria e l'anagrafe degli assistiti.

I dati provengono dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, dagli enti del Servizio sanitario nazionale, dal sistema di tessera sanitaria e del fascicolo elettronico. Gli *standard* di sicurezza per il trattamento – il cui titolare e responsabile sono rispettivamente il Ministero della salute e l'Agenas – sono garantiti dalle regole dettate dal Garante per la protezione dei dati personali nel rispetto delle norme interne e del regolamento europeo.

I benefici connessi all'assistenza riguardano la continuità delle cure (per il tramite dell'accesso sempre disponibile ai dati anche fuori Regione), la storia clinica completa e il *Patient summary* (che permette attraverso la consultazione dei dati completi di personalizzare e ottimizzare la cura prescritta), la sicurezza e protezione dei dati mediante applicazione degli standard nazionali ed europei di protezione⁶³.

Dal lato del cittadino è garantito il consenso per la condivisione dei dati, la consultazione regolare attraverso l'infrastruttura regionale, l'accesso ai nuovi servizi digitali⁶⁴.

L'infrastruttura rientra tra i modelli di gestione integrata delle prestazioni, attraverso la disponibilità continua per una assistenza continuativa e aggiornata.

Da ultimo tra i principali strumenti innovativi vi è l'uso dell'intelligenza artificiale, come supporto complementare per l'ampliamento delle

contenuti in Commissione europea, *Commission Staff Working document. EU4Health Programma. Performance Monitoring and Evaluation Framework*.

⁶³ Le informazioni sono reperibili all'indirizzo [https:// www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanita-digitale/progetti-strategici/](https://www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanita-digitale/progetti-strategici/) eds.

⁶⁴ Per una recente riflessione B. PONTI, *Trattamento dei dati personali e standard di legalità: elementi di preminenza delle esigenze di circolazione?*, in *Rivista italiana di informatica e diritto*, 2025, 2, 11.

competenze, la velocizzazione dei processi decisionali⁶⁵ e il miglioramento della qualità dell'intervento clinico⁶⁶.

La prospettiva è quella di «ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali nell'accesso alle cure», attraverso l'affiancamento dei professionisti sanitari, ferma restando la responsabilità umana e il profilo della riserva di umanità nell'uso delle tecnologie digitali⁶⁷.

Cosa che ci proietta verso la riflessione sulla buona amministrazione digitale.

5. *La buona amministrazione e l'etica del diritto alla procreazione di tipo tecnologico*

Occorre che la pubblica amministrazione agisca nel modo più adeguato e conveniente possibile⁶⁸. Il principio del buon andamento contenuto nell'art. 97 della Costituzione si riferisce all'azione amministrativa nel suo complesso. Sul piano giuridico pretende «mezzi giuridici elastici»⁶⁹ con la finalità di «proporzionamento dell'azione amministrativa» anche e soprattutto in riferimento alla prospettiva del «modo di farsi» dell'amministrazione, cioè della sua autoorganizzazione⁷⁰.

Inoltre riguardo alle funzioni e ai compiti conferiti a regioni ed enti locali sembra di poter «ricollegare al buon andamento il principio di adeguatezza “in relazione all'idoneità organizzativa dell'amministrazione ricevente, a garantire...l'esercizio delle funzioni” (v. art. 4, comma 3, lett. g,

⁶⁵ Sui limiti per l'opacità e la discriminazione possibile v. S. WATCHER, *The Theory of artificial immutability. Protecting algorithmic groups under anti-discrimination law*, in 97 Tul. L. Review XX, 2022-2023, 1-50.

⁶⁶ Le informazioni sono disponibili all'indirizzo <https://www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanita-digitale/progetti-strategici/intelligenza-artificiale>.

⁶⁷ G. GALLONE, *Riserva di umanità e funzioni amministrative. Indagine sui limiti dell'automazione decisionale tra procedimento e processo*, Padova, 2023; J. PONCE, I. MARTINEZ CERRILLO (Eds.), *The Eu Artificial intelligence act and the public sector. Human and Ai systems in Public administration in the light of the european regulation on artificial intelligence of 2024* (with Foreword by C. COGLIANESE), 2025, Eplo. Infine, C. COGLIANESE, *Administrative Law in the Automated State*, *Daedalus*, 2021, vol. 150, 3, 104. U of Penn Law School, *Public Law Research Paper* No. 21-15.

⁶⁸ E. CASETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, 48.

⁶⁹ M. NIGRO, voce *Amministrazione pubblica (organizzazione giuridica dell')*, in *Enc. giur. Treccani*, II, Roma, 1988.

⁷⁰ E. CASETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, cit., 48.

legge 15 marzo 1997, n. 59). Esso è stato costituzionalizzato dalla l. cost. legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che, sostituendo l'art. 118 Cost. c.1, stabilisce che l'attribuzione delle funzioni tra comuni, province, città metropolitane, Regioni e Stato avvenga sulla base anche del principio di "adeguatezza"⁷¹.

Forte è il richiamo al principio di appropriatezza in relazione anche alla qualità delle prestazioni erogate a livello regionale⁷² e al più generale soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza⁷³. Ad esempio, i contenuti di appropriatezza «clinica e organizzativa», ma anche di «accessibilità» e «continuità assistenziale» sono previsti con riguardo alla definizione degli accordi e dei contratti da stipularsi tra regione ed enti locali e strutture pubbliche (ed equiparate), private e professionisti, in attuazione di procedure per «l'accreditamento istituzionale» delle «strutture autorizzate, pubbliche o private» e dei relativi accordi contrattuali⁷⁴.

Il riferimento poi alla sussidiarietà esalta il ruolo regionale e locale⁷⁵ in relazione ai profili dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria, anche con riferimento all'adeguatezza delle medesime strutture sanitarie accreditate⁷⁶. Senza dimenticare il profilo recente del principio di sussidiarietà in relazione alla prospettiva della condivisione dell'azione nel rapporto tra privato e pubblica amministrazione⁷⁷ in special modo nell'amministrazione della cura⁷⁸.

Proprio dal lato del rapporto tra potere e cittadino la diversa nozione di buona amministrazione è riferibile non all'ente (come per il buon

⁷¹ E. CASSETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, cit., 48-49.

⁷² M. D'ANGELOSANTE, *I sistemi sanitari alla prova della differenziazione "ordinaria"*, in *Osservatorio costituzionale*, 2024, 1, 106-128.

⁷³ Cfr. il d.lgs. n. 229/1999.

⁷⁴ Cfr. artt. 8-*quater*, comma 1, e 8-*quinqies*, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 229/1999.

⁷⁵ A. PIOGGIA, *I principi come limite dell'organizzazione degli enti locali*, in P. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE (a cura di), *Principi generali del diritto amministrativo ed autonomie territoriali*, Torino, 2007, 83-96; G. MIELE, *I principi di diritto amministrativo*, Padova, 1966.

⁷⁶ C. CIARDO, *Le competenze della Regione in sede di verifica di appropriatezza delle strutture accreditate anche alla luce della recente giurisprudenza*, in *GiustAmm.it*, 2021, 2.

⁷⁷ G. ARENA, *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Bari, 2006; ID., *I custodi della bellezza. Prendersi cura dei beni comuni. Un patto per l'Italia fra cittadini e istituzioni*, Milano, 2020. Di recente F. GIGLIONI, *Il diritto dell'amministrazione condivisa*, Milano, 2025.

⁷⁸ A. PIOGGIA, *La cura nella Costituzione. Prospettive per una amministrazione della cura*, op. cit., 52-78.

andamento) ma ai funzionari, più precisamente ai doveri funzionali posti a carico degli stessi: l'art. 78 del testo unico degli enti locali prevede appunto il dovere della buona amministrazione insieme a quello di imparzialità a carico degli amministratori locali. Nella Carta di Nizza troviamo il riferimento specifico al diritto ad una buona amministrazione⁷⁹, che riguarda i rapporti tra istituzioni e organi dell'Unione⁸⁰.

Gli studi recenti sul diritto ad una buona amministrazione⁸¹ e sul buon andamento si preoccupano della individuazione delle garanzie necessarie per le innovazioni digitali introdotte a supporto dell'azione amministrativa e della sua organizzazione e dei procedimenti amministrativi.

L'introduzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione ha come obiettivo una maggiore efficienza e celerità e tuttavia resta il dubbio circa l'effettivo mantenimento del modello di buona amministrazione indicato dal diritto europeo, sia pur negli *standard* minimi, (comunicazione di avvio del procedimento, imparzialità, equità, diritto di ascolto, diritto di accesso al fascicolo, motivazione)⁸². Persistono i dubbi tra l'altro anche in relazione alla capacità del diritto di assicurare equilibrio tra efficienza e garanzie dell'azione⁸³.

La questione rileva la sua complessità anche nel settore sanitario e in special modo nella materia della procreazione assistita dove le interazioni tra diritto ed etica, sotto il profilo della buona amministrazione, probabilmente risultano ancora poco esplorate.

Il tema che abbiamo scelto di trattare infatti è legato a doppio filo all'etica del diritto: per un verso l'etica nella scelta che riguarda una prestazione medica per il soddisfacimento del diritto a essere genitore e per l'altro l'uso della tecnica – e quindi della tecnologica – in ambito sanitario⁸⁴. L'inclusione nei LEA della PMA è un evidente passo verso

⁷⁹ Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000/C 364/01) disponibile in www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf.

⁸⁰ E. CASETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, op. cit., 49.

⁸¹ D.U. GALETTA, *Digitalizzazione e diritto ad una buona amministrazione (il procedimento amministrativo, fra diritto Ue e Tecnologie Ict*, in R. CAVALLO PERIN, D.U. GALETTA (a cura di), *Il Diritto dell'Amministrazione Pubblica digitale*, Torino, 2020, 85-115.

⁸² D.U. GALETTA, *Digitalizzazione e diritto ad una buona amministrazione (il procedimento amministrativo, fra diritto Ue e Tecnologie Ict*, cit., 115.

⁸³ E. CARLONI, *Critica dell'amministrazione artificiale*, Bologna, 2026.

⁸⁴ S. FOÀ, *Il nuovo diritto della scienza incerta: dall'ignoto irriducibile come noumeno al mutamento di paradigma*, in *Dir. Amm.* 2022, 3, 813.

il riconoscimento della stessa come diritto e come prestazione da garantire⁸⁵. Il riconoscimento del diritto alla salute riproduttiva mette in evidenza l'importanza di bilanciare i diritti fondamentali con le libertà fondamentali⁸⁶.

Restano gli ostacoli nell'accesso che possono derivare da ragioni economiche (abbiamo riportato il caso della regione Puglia e il riconoscimento del contributo economico) e anche strutturali-organizzative dettate dal sistema regionale (e dalla disparità della distribuzione dei centri sul territorio nazionale). Infine, lo stesso regolamento sull'intelligenza artificiale adottato dall'Unione europea costringe gli studiosi del diritto ad affrontare il problema della discriminazione e della fallacia nell'accesso alle prestazioni⁸⁷.

6. *Riflessioni conclusive*

Nel tentativo di fornire la risposta alla nostra domanda iniziale che riguarda il modo in cui la pubblica amministrazione può intervenire a livello territoriale per tutelare il diritto alla genitorialità (in che modo e secondo quale approccio) abbiamo cercato di contestualizzare lo studio all'interno delle attuali tendenze generali per la pubblica amministrazione, cioè la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale e le garanzie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il principio del buon andamento immediatamente riferibile all'autoorganizzazione e il dovere funzionale di buona amministrazione, anche nella sua declinazione in ambito europeo, hanno guidato la nostra riflessione e la configurabilità in termini di diritto, ossia di pretesa azionabile, nel rapporto tra potere e cittadino.

Il tema della procreazione medicalmente assistita che sul piano giuridico possiede delicate implicazioni di natura etica richiede uno sforzo giuridico notevole da parte dell'amministrazione anche regionale.

⁸⁵ Di recente Camera dei deputati, Dossier XIX Legislatura *Modifiche e integrazioni la D.P.C.M. 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario*, 20 gennaio 2026, in *federalismi.it*.

⁸⁶ Corte costituzionale 22 maggio 2025, n. 68.

⁸⁷ S. WATCHER, *Limitations and Loopholes in the EU AI Act and AI Liability Directives: What This Means for the European Union, the United States, and Beyond*, in *Yale Journal of Law & Technology*, 26, 3, 2024, 1-48.

L'organizzazione sanitaria richiede un'adeguata conoscenza del fenomeno che non è solo giuridico, poichè riveste anche una rilevanza sociale.

La misura regionale cd. *social freezing*, destinata al contributo economico per il trattamento terapeutico presso strutture accreditate, pubbliche e private, rappresenta un approccio che ha certamente una duplice importanza: la presa di coscienza di un fenomeno sociale diffuso e la necessità di abbattere le barriere dell'accesso al servizio, secondo la prospettiva dell'universalità che è propria della legge generale istitutiva del SSN.

Esiste poi un altro aspetto che non può essere sottovalutato e cioè la prospettiva della innovazione digitale e della interoperabilità dei dati sanitari in una rete che non è solo nazionale, poichè dedicata alla interconnessione europea per il miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'organizzazione del servizio sanitario.

Abbiamo a che fare con dati sensibili, per i quali occorre un elevato livello di competenza nella gestione a livello pubblico⁸⁸, e abbiamo necessariamente a che fare, proprio in questa specifica materia, con scelte e decisioni complesse.

Il calo demografico⁸⁹ e la crescita della infertilità giovanile⁹⁰ sono oggetto di studio da diverso tempo.

Riteniamo, perciò, che sia necessario un servizio sanitario diffuso a livello territoriale, che sia in grado di affrontare il problema sul piano della conoscenza, della comunicazione e della raccolta di informazioni. Possiamo immaginare che lo stesso possa essere in grado di assumere una funzione di guida nel percorso alla genitorialità e che sia in grado di prevenire, anche a livello medico, quei rischi destinati ad impattare sulla fertilità.

Dobbiamo pretendere che l'accesso alla prestazione debba essere non

⁸⁸ F. C. RAMPULLA, G. C. RICCIARDI, A. VENTURI, *Digitalizzazione delle amministrazioni e accesso ai dati e ai documenti informatici sanitari*, in *federalismi.it*, 2024, 2, 132-175.

⁸⁹ ISTAT, Report "Natalità e fecondità della popolazione residente" relativo all'anno 2024 in cui emerge che il numero medio di figli per donna raggiunge il minimo storico, in *www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2024/*.

⁹⁰ Ministero della salute, *Principali risultati Progetto "Studio Nazionale Fertilità". Indagini sulle conoscenze, comportamenti e atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo di adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile e dei professionisti sanitari* in *www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/principali-risultati-del-progetto-studio-nazionale-fertilita/*.

discriminatorio anche per il caso in cui venga fatto uso dell'intelligenza artificiale.

Pensiamo, infine, che possa essere utile l'istituzione di un Osservatorio attraverso cui raccogliere i dati essenziali, monitorare l'andamento del processo e con questo costruire un percorso di effettivo soddisfacimento del diritto alla genitorialità.

La disponibilità dei dati e delle informazioni specialistiche potrebbero essere molto preziose nel percorso di salute anche basato sulla previsione del rischio di infertilità a livello generale.

Abstract

Muovendo dai principi costituzionali di imparzialità e buona amministrazione, il saggio esamina come lo Stato sociale debba rispondere ai nuovi bisogni riproduttivi, bilanciando l'inevitabile limitatezza delle risorse pubbliche con le esigenze di universalità della tutela rispetto alla prestazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. L'indagine si sofferma sull'inserimento della PMA nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e sull'impatto delle riforme del PNRR volte a potenziare la sanità di prossimità e l'assistenza territoriale. Viene approfondito il ruolo delle autonomie regionali, esaminando misure di sostegno economico come il *social freezing* e le criticità legate alle disparità distributive sul territorio nazionale. Il lavoro esamina inoltre la transizione digitale, analizzando l'interoperabilità dei dati sanitari nello spazio europeo e l'impiego della telemedicina e dell'intelligenza artificiale quali strumenti per l'equità di accesso. Emerge la necessità di un modello di cura integrato che coniughi innovazione tecnologica ed etica del diritto, garantendo una gestione dei dati sensibili conforme ai parametri di trasparenza e personalizzazione terapeutica.

Drawing on the constitutional principles of impartiality and good administration, the essay examines how the welfare state must respond to emerging reproductive needs, balancing the inevitable scarcity of public resources with the imperative of universal protection regarding the provision of medically assisted reproduction techniques (ART). The investigation focuses on the inclusion of ART within the Essential Levels of Care (LEA) and on the impact of the NRRP (National Recovery and Resilience Plan) reforms aimed at enhancing community-based healthcare and territorial assistance. The role of regional autonomies is explored in depth, examining financial support measures such as social freezing, as well as the critical issues linked to distributive disparities across the national territory. Furthermore, the paper investigates the digital transition, analyzing the interoperability of health data within the European space and the implementation of telemedicine and artificial intelligence as instruments for equitable access. Ultimately, the study highlights the need for an integrated model of care that harmonizes technological innovation with legal ethics, ensuring that the management of sensitive data complies with the standards of transparency and personalized therapy.