

**LA TUTELA DELLA SALUTE TRA STATO E REGIONI PRIMA,
DURANTE E OLTRE L'EMERGENZA SANITARIA
NELL'INTERPRETAZIONE DELLA CORTE COSTITUZIONALE**

MARIA CONCETTA D'ARIENZO

(Professore associato di Diritto amministrativo,
Università degli Studi di Napoli "Parthenope")

Data di pubblicazione: 8 aprile 2022

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

MARIACONCETTA D'ARIENZO*

**La tutela della salute tra Stato e Regioni prima,
durante e oltre l'emergenza sanitaria
nell'interpretazione della Corte costituzionale****

Abstract (It.): *l'articolo evidenzia i limiti di approccio della Corte costituzionale alla tutela della salute e alla gestione del rischio sanitario e del sindacato giurisdizionale che, rimettendo allo Stato la scelta in merito all'opportunità e alle modalità di coinvolgimento delle Regioni nella formazione degli atti che intercettano anche i loro interessi e le competenze, si pone in aperto contrasto con l'impostazione e gli obiettivi del PNRR che, valorizzando il ruolo delle Regioni, ne evidenzia l'importanza strategica all'interno della politica sanitaria e nel progetto di riforma del SSN, suscettibile di riflettersi anche sul progetto di riforma costituzionale.*

Abstract (En.): *the article highlights the limits of the Constitutional Court's approach to the protection of health and the health risk management and judicial review that leaves to the State the choice regarding the opportunity and methods of involvement of the Regions in the formation of acts that also intercept their interests and competences, stands in stark contrast to the approach and objectives of the National Recovery and Resilience Plan which, by enhancing the role of the regions, highlights their strategic importance within health policy and in the reform project of the National Health Service, which will probably also be reflected in the draft constitutional reform.*

* Professore associato di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Napoli "Parthenope".

** Il presente contributo costituisce una versione annotata e ampliata dell'intervento svolto al Convegno "Il Titolo V vent'anni dopo Speranze, disavventure e prospettive di una riforma", Università degli Studi di Palermo, Dipartimento di Giurisprudenza, 12 novembre 2021.

Parole chiave: *tutela della salute, emergenza sanitaria, assetti istituzionali e delle competenze, sindacato della Corte costituzionale, prospettive di riforma costituzionale.*

Key words: *health protection, health emergency, institutional order and competences, judicial review by the Constitutional Court, prospects for reform.*

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive e obiettivi dell'indagine. – 2. Rapporti istituzionali e ruolo delle Regioni in materia sanitaria tra incertezze dell'assetto costituzionale e della disciplina di contrasto alla pandemia. – 3. Dimensione degli interessi e livelli territoriali di gestione dell'emergenza attraverso l'analisi delle più recenti decisioni della Corte costituzionale. – 4. Conclusioni.

1. Considerazioni introduttive e obiettivi dell'indagine

Tra le materie di potestà legislativa concorrente la tutela della salute rappresenta la cartina di tornasole per analizzare i rapporti problematici tra lo Stato e i diversi livelli di governo territoriale che hanno alimentato il dibattito sugli esiti del progetto di regionalismo differenziato prima e dopo l'emergenza sanitaria¹.

¹ L'oggetto dell'indagine si innesta in «un tema “classico” degli studi di diritto pubblico [...] se non di teoria generale del diritto [...] inser(endosi) oggi in un contesto ormai comune a tutte le democrazie moderne mature (e focalizzando l'attenzione sulle) dinamiche di esercizio del(le) competenze legislative e delle funzioni amministrative contese tra accentramento e) decentramento autonomistico». Il virgolettato è tratto da F. ZAMMARTINO - A. CONTIERI, *Note sparse sul regionalismo differenziato: il caso delle città metropolitane*, in M. IMMORDINO, N. GULLO, G. ARMAO (cura di), *Le autonomie speciali nella prospettiva del regionalismo*

Esso ha radici piuttosto risalenti, collocandosi in una fase di molto precedente all'istituzione del SSN, avvenuta con la legge n. 833/1978 che coincide con l'avvento della Costituzione e, più precisamente in seno all'Assemblea costituente ove – in base al combinato disposto degli artt. 32 e 117 Cost. – emerse «l'esigenza di pervenire ad un ragionevole punto di equilibrio tra istanze autonomistiche, promozione della solidarietà tra i territori ed eguaglianza sostanziale tra individui»², per la necessità di coniugare differenziazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni.

Tale impostazione presente nella legge n. 833/1978 – confermata dal d.lgs. n. 502/92 e dal d.lgs. n. 229/99 che hanno posto le basi del protagonismo delle Regioni sulle questioni attinenti al diritto alla salute – ha anticipato per certi versi l'assetto delle competenze risultante dalla riforma del Titolo V Cost.

Di ciò ha preso atto anche la Corte costituzionale che infatti anche in tempi relativamente recenti ha riconosciuto che la riforma del 2001 ha definito «un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale decisamente accresciuto»³.

differenziato, Napoli 2021; M. INTERLANDI, *Autonomia differenziata e diritti fondamentali nel processo attuativo dell'art. 116, co. 3 Cost.*, *ivi*.

² L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1/2020, www.nomos-leattualitaneldiritto.it.

³ Corte cost., sent. n. 215/2015. Di recente, sul tema, L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato*, in *Riv. AIC*, 3/2019, www.rivistaaic.it, 574 ss.; A. SPADARO, *Appunti sul "regionalismo differenziato": una buona idea che può diventare un disastro*, in *Federalismi.it*, 19/2019, www.federalismi.it; A. CITRIGNO, *La dimensione regionale dei diritti sociali nella prospettiva del regionalismo differenziato*, in *Dir. fond.*, 1/2020, www.dirittifondamentali.it; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino 2021, spec. 131; C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino 2020; A. PATRONI GRIFFI, *Regionalismo differenziato*,

Essa costituisce, altresì, uno dei capisaldi del processo di differenziazione regionale volto alla creazione di un modello organizzativo fondato sul binomio sanità-regionalismo che tuttavia è stato a lungo osteggiato da parte della dottrina per il timore che l'attuazione dell'art. 116, co. 3, Cost. e, quindi, il riconoscimento delle forme e delle condizioni particolari di autonomia avrebbe finito per aggravare il divario tra i SSR e le conseguenze della parcellizzazione del SSN arrecando pregiudizio ai diritti sociali e, soprattutto, al diritto alla salute⁴.

Si riteneva, infatti, che quest'ultimo, «sulla strada della differenziazione (avrebbe rischiato di perdere) quei caratteri di universalità, essenzialità e fondamentale che si ergono a garanzia della unità e indivisibilità della Repubblica»⁵.

in *Dig./Pubbl.*, Agg., 2020; C. CARUSO, *Il regionalismo autarchico è incostituzionale: dal Giudice delle leggi una pronuncia che mette ordine nella gestione territoriale della pandemia*, in *Quest. giust.*, 13 aprile 2021, www.questionegiustizia.it.

⁴ Con la conseguenza che il SSN sarebbe risultato del tutto snaturato nelle sue caratteristiche essenziali (cfr., art. 1, co. 3, legge n. 833/1978). Di recente, cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianza*, in *Ist. fed.*, 1/2020.

⁵ L'espressione tra virgolette è di F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 15/2019, www.federalismi.it; M. INTERLANDI, *Autonomia differenziata, unità nazionale e diritti fondamentali nel processo attuativo dell'art. 116, c. 3, Cost.*, in F. PASTORE (a cura di), *Regionalismo differenziato*, Padova 2019, 120 ss.; R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, 2/2019, www.rivistaaic.it; P. BILANCIA, *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, in *Regionalismo differenziato: un percorso difficile*, Atti del convegno "Regionalismo differenziato: opportunità e criticità", Milano, 8 ottobre 2019, www.csfederalismo.it/images/attachments/atticonvegno/UniMi-CSF_RegionalismoDifferenziato_Dic2019.pdf, 9 ss.

Eppure, le premesse da cui muovevano le Regioni Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, firmatarie degli accordi preliminari con il Governo, sembravano essere ben altre. Sul presupposto del carattere dinamico del diritto alla salute, le iniziative erano finalizzate alla individuazione di una strategia comune in chiave collaborativa e solidaristica.

È noto, tuttavia, che successivamente – nelle bozze di intesa stipulate nel corso del 2019 – l'*iter* ha preso una piega parzialmente diversa rispetto alle posizioni espresse negli accordi preliminari, dando la stura all'avvio di iniziative autonome da parte di alcune Regioni decise a portare avanti il processo di differenziazione, approfittando, tra l'altro, dell'infelice formulazione dell'art. 116, co. 3, Cost.

E, infatti, l'assenza del necessario coordinamento tra il Governo e il Parlamento ha comportato che esso è stato estromesso dalla procedura di devoluzione di ulteriori competenze alle Regioni al fine di ricollocarsi nel panorama non solo nazionale, ma anche e soprattutto europeo⁶.

I rischi connessi a un'eccessiva regionalizzazione hanno accresciuto le riserve nei confronti del processo di differenziazione, che sono emerse soprattutto durante la pandemia, i cui esiti hanno fatto propendere per il riaccentramento delle competenze e il ritorno a un modello sanitario caratterizzato da indirizzi unitari elaborati a livello centrale.

Viviamo in una società liquida governata da leggi dai contenuti ampi, diversificati ed eterogenei; la precarietà ed estrema mutevolezza dei rapporti tra lo Stato (centro) e il complesso sistema delle autonomie territoriali (periferie), da sempre caratterizzati da un equilibrio instabile, frutto di un assetto della potestà legislativa, delle competenze amministrative e delle funzioni

⁶ A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *Federalismi.it*, 8/2019, www.federalismi.it.

istituzionali nelle materie trasversali piuttosto incerto, si è riverberata nella difficoltà dialettica e di gestione della emergenza sanitaria⁷.

Indubbiamente la pandemia ha comportato la proliferazione delle tensioni e, quindi dei conflitti centro-periferie con tutti i problemi che ne sono derivati e che, a ben vedere, affondano le radici nella perdurante inattuazione del modello organizzativo delineato dall'art. 5 Cost. e, quindi, nel mancato raggiungimento degli obiettivi delle riforme rimaste incompiute⁸.

Esse hanno dato la stura all'iniziativa di alcune Regioni (Veneto, Lombardia, seguite da Emilia-Romagna e Toscana), le quali anche prima della riforma del 2001 avevano dato l'avvio al processo di regionalismo differenziato *ex art. 116, co. 3, Cost.*, finalizzato, per quanto qui importa, alla valorizzazione e alla riorganizzazione delle autonomie in materia di tutela della salute, in ciò sollecitate altresì dalla emersione e rapida affermazione di un filone dottrinale e giurisprudenziale deciso a far valere la "prevalenza dell'interesse nazionale" a discapito delle potestà regionali favorendo così il riaccanamento delle competenze sanitarie.

Gli sviluppi successivi hanno confermato questa tendenza diretta a sancire la supremazia statale quale espressione di un diverso approccio strategico ai problemi della sanità, che si scontra, tuttavia, con «un governo politicamente molto debole» incapace di gestire l'emergenza in assenza, tra l'altro, di

⁷ E. D'ORLANDO, *Emergenza sanitaria e Stato regionale: spunti per una riflessione*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2020, www.osservatoriosullefonti.it, 580 ss.; S. MANGIAMELI, *Il riparto delle competenze tra vicende storiche e prospettive di collaborazione*, in questa *Rivista*, 3/2020, 215 ss.; P. CARETTI, M. MORISI, G. TARLI BARBIERI, «*La pandemia e il sistema delle fonti: uno sguardo comparato*», in *Osservatorio sulle fonti*, luglio 2021, www.osservatoriosullefonti.it.

⁸ M. CAMMELLI, *Centro e periferia: l'emergenza fa cadere il velo*, in *Il Mulino*, 3/2020, 396 ss.

pianificazione e risorse finanziarie e umane adeguate⁹. D'altronde, i fallimenti delle politiche sanitarie avrebbero dovuto indurre i più a riconoscere l'inadeguatezza e l'inefficacia degli interventi, specie nei settori nevralgici e più delicati in cui si condensano le maggiori criticità e dove l'assenza di coordinamento e cooperazione rende particolarmente evidente il divario tra le Regioni. Problema, questo, a oggi non compensato, ma anzi aggravato, dalle decisioni centralizzate¹⁰, i cui effetti palesano la necessità di intervenire su una materia in cui l'interesse pubblico non può che essere realizzato più efficacemente con il concorso di tutti i livelli di governo¹¹.

La dottrina recentemente ha riconosciuto che «lo sviluppo del sistema delle autonomie [...] potrebbe, se ragionevolmente governato, certamente promuovere le peculiarità dei territori locali»¹². Si è osservato, inoltre, «che piuttosto che scomodare il complesso processo ai sensi dell'art. 116 Cost. [...] sarebbe preferibile ragionare in termini di organica attuazione del Titolo V

⁹ F. BILANCIA, *Ragionando "a freddo": gli effetti della crisi emergenziale sui rapporti istituzionali Stato-Regioni*, in *Ist. fed.*, 2020, 29 ss.

¹⁰ R. BIN, *Il principio di leale collaborazione nei rapporti tra poteri*, in *Riv. dir. cost.*, 2002, 6.

¹¹ Non a caso, al fine di soddisfare tale esigenza, la Regione, a partire dagli anni '90, già nella legge n. 142/90, fu elevata al rango di «centro propulsore e di coordinamento dell'intero sistema delle autonomie locali» (Corte cost. 15 luglio 1991, n. 343) proprio al fine di favorire l'adozione di un metodo di collaborazione generale diffuso. A ciò, tuttavia, non è seguito un adeguamento a livello costituzionale che avrebbe dovuto portare alla costituzionalizzazione del principio di leale collaborazione. La riforma del Titolo V della Costituzione avrebbe dovuto rappresentare una svolta nel segno di un maggior grado di policentrismo confermato dall'introduzione del principio di leale collaborazione, che, tuttavia, non è assurto a principio generale, trovando applicazione limitatamente all'esercizio del potere sostitutivo *ex art.* 120 Cost.

¹² Così L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute*, cit.

della Costituzione, ai fini di una più avanzata gestione organizzativa funzionale delle regioni»¹³. Tale interpretazione, pienamente condivisibile, sembra confermata dal progetto di riforma del SSN come delineata dal PNRR, che puntando sul rafforzamento del ruolo delle autonomie intende favorire il passaggio a modelli cooperativi di gestione che prevedano il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati ottimizzando le risorse e con un sensibile risparmio di spesa.

L'obiettivo è di traghettare il Paese fuori dalla crisi, secondo una complessa strategia che attribuisce maggiore visibilità alle Regioni a livello europeo, frutto di una rinnovata impostazione che mira all'ottimizzazione dell'esercizio delle funzioni rispetto alla quale si intravedono (con l'auspicio che si realizzino) i possibili esiti della futura politica sanitaria e la riorganizzazione del SSN come delineati dal *Next Generation Eu*.

Il passaggio al nuovo modello collaborativo, cooperativo e diversamente competitivo è finalizzato a una più adeguata ed efficiente allocazione delle risorse e, quindi, alla erogazione di beni e servizi più conformi alle esigenze della collettività locale.

Nella fase post pandemica l'intervento statale si intende limitato a un ruolo di regia e coordinamento, ma non nel senso ipotizzato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 37/2021. Essa, infatti, agganciandosi alla profilassi internazionale, ha ritenuto che lo Stato fosse deputato alla «cura degli interessi che emergono dinanzi ad una malattia pandemica di larga distribuzione geografica, ovvero tale da dover essere reputata “internazionale” sulla base della diffusività che la connota», a prescindere da ogni valutazione delle singole situazioni, *bypassando* il ricorso agli strumenti della leale collaborazione e depotenziando il sistema delle conferenze, fino al punto di disconoscere il «fondamento (de)lla partecipazione delle autonomie al procedimento di formazione degli atti legislativi statali significativamente incidenti sulle loro

¹³ F. ZAMMARTINO - A. CONTIERI, *Note sparse sul regionalismo differenziato*, cit.

attribuzioni»¹⁴. Al contrario, questa nuova fase potrà e dovrà essere considerata come un'occasione di riscatto delle autonomie territoriali, di promozione del ruolo delle Regioni e di verifica delle loro capacità nell'attuazione delle azioni e degli obiettivi del PNRR e un'occasione irrinunciabile per gli attori della politica sanitaria di «fare sistema» nei diversi contesti territoriali in base alle rispettive competenze.

L'indagine si propone, quindi, di fare luce sugli equilibri incerti e instabili tra centro e periferie, ossia tra istanze di uniformità e differenziazione che connotano gli assetti istituzionali e le dinamiche competenziali, nonché sui limiti al sindacato della Corte costituzionale che si teme voglia spingersi fino al punto di creare nuove competenze esclusive, rimettendo allo Stato la scelta in merito all'opportunità e alle modalità di coinvolgimento delle Regioni nella formazione degli atti che intercettano anche i loro interessi e le competenze¹⁵.

2. Rapporti istituzionali e ruolo delle Regioni in materia sanitaria tra incertezze dell'assetto costituzionale e della disciplina di contrasto alla pandemia

L'esperienza fin qui maturata ci ha restituito alcune importanti certezze, tra cui la consapevolezza che affrontare la complessità significa individuare

¹⁴ P. MASALA, *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale "ribilanciamento" occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'uguaglianza sostanziale?*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2021, www.costituzionalismo.it, 137 ss.

¹⁵ *Amplius*, cfr. L. CUOCOLO - F. GALLARATI, *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, 1/2021, www.cortisupremeesalute.it.

sistemi, modelli e strumenti più idonei a gestire fino a dominare l'emergenza sanitaria (ossia la complicazione nella complicazione).

Benché, quindi, il flusso degli accadimenti e dell'evoluzione a livello sociale, politico, economico, sanitario e tecnologico rendano particolarmente difficile intuire quello che potrebbe accadere nel prossimo futuro, appare doveroso avviare una riflessione sul futuro e sugli assi portanti del SSN nell'attuale fase storica, così come è avvenuto in quelle che l'hanno preceduta.

Non è certamente questa la sede più opportuna per ripercorrere pedissequamente l'evoluzione del regionalismo sanitario e il dibattito dottrinale che ne è scaturito, alimentato dai conflitti istituzionali che si sono infittiti nel corso dell'emergenza sanitaria, la cui gestione, infatti, ha generato competizione e divisione politica tra livelli di governo¹⁶.

L'indagine, quindi, sinteticamente muove dalla constatazione della rapida *escalation* del ruolo delle Regioni dapprima nel sistema di governo con la legge cost. del 1999 e poi nel contesto istituzionale con la riforma del Titolo V, parte II, Cost., coincisa con l'acquisizione di nuove competenze legislative nelle materie di competenza residuale e in quelle di legislazione concorrente, tra cui, per quanto qui importa, in materia di "tutela della salute" e di funzioni amministrative, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza (art. 118 Cost.), nonché grazie alla previsione della possibilità di

¹⁶ F. CORTESE, *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, in *Le Regioni*, 1/2020, 4 ss.; M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Riv. AIC*, 2/2020, www.rivistaaic.it, 109 ss.; S. CASSESE, *È tempo di curare la sanità*, in *Il Corriere della sera*, 16 marzo 2021; G. NAPOLITANO, *I pubblici poteri di fronte alla pandemia*, in *Giorn. dir. amm.*, 2/2020, 145; G. SCACCIA, G. D'ORAZI, *La concorrenza tra Stato e autonomie locali nella gestione della crisi sanitaria tra unitarietà e differenziazione*, in *Forum di Quad. cost.*, 4 agosto 2020, www.forumcostituzionale.it; G. SILVESTRI, *Covid-19 e Costituzione*, in www.unicost.eu, 4 ottobre 2020; M. BELLETTI, *La "confusione" nel sistema delle fonti ai tempi della gestione dell'emergenza da Covid-19 mette a dura prova gerarchia e legalità*, in *Oss. cost.*, 3/2020, www.osservatorioaic.it.

«ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» in alcune materie *ex art. 116 Cost.*

La *ratio* che animava la riforma e che tutt'ora permea di sé le disposizioni testé richiamate era chiara nel valorizzare – rivalutandola – l'autonomia del ruolo delle Regioni e delle autonomie locali; dal punto di vista pratico, tuttavia, com'è noto, diversi ostacoli di natura prevalentemente economica e politica hanno impedito e/o ritardato l'attuazione del disegno costituzionale che è rimasto sostanzialmente inattuato, susseguendosi diversi tentativi falliti di riforma costituzionale.

Nel frattempo, le incertezze della riforma del 2001 hanno dato vita a un contenzioso per violazione delle prerogative e delle competenze statali e/o regionali rispetto al quale la Corte costituzionale ha svolto un ruolo fondamentale, sforzandosi di individuare una materia prevalente di competenza statale, a eccezione dei casi in cui ciò non fosse stato possibile a causa dell'«intreccio inestricabile» delle competenze nelle materie di legislazione concorrente.

In tale seconda ipotesi, la Corte ha più volte sottolineato l'ineludibilità del principio di leale collaborazione e del coinvolgimento delle Regioni e degli enti locali nelle scelte legislative, che si realizza attraverso l'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni o Conferenza unificata o mediante qualunque altra forma di concertazione o strumento «idoneo a realizzare un confronto autentico con le autonomie regionali»¹⁷, preservandone le competenze e le prerogative, specie in materia di tutela della salute¹⁸.

Il merito della Corte risiede soprattutto nella individuazione delle materie trasversali (c.d. materie-valore o materie non materie) con riferimento ai «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» *ex art. 117, co. 2, lett. m)*, Cost. (richiamati da ultimo anche negli artt. 43, 44 e 45 del

¹⁷ Così Corte cost., sent. n. 251/2016.

¹⁸ Sulla scorta di un indirizzo inaugurato da Corte cost., sentt. nn. 8,61,77 e 150/2011.

disegno di legge di bilancio 2022) su cui di recente si è pronunciata la Corte costituzionale¹⁹.

Essa, stigmatizzando «il perdurante ritardo dello Stato nel definire i LEP (che) rappresenta un ostacolo non solo alla piena attuazione dell'autonomia finanziaria degli enti territoriali, ma anche al pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti sociali», ne ha evocato la funzione²⁰, ha sottolineato l'importanza della “leale collaborazione” e il ruolo delle Regioni che, in virtù delle loro competenze esclusive e concorrenti, rispettivamente in materia di assistenza e servizi sociali e di tutela della salute, devono garantire agli aventi diritto l'effettività dei LEP su tutto il territorio nazionale in base a precise scelte organizzative e gestionali concernenti l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

In tale contesto, quindi, il principio in esame rileva quale principio cardine e imprescindibile nei rapporti tra lo Stato e le Regioni e, in particolare, nelle procedure di formazione degli atti legislativi su materie che investono competenze e interessi (anche) regionali.

Indubbiamente la “tutela della salute” e la gestione del rischio sanitario hanno alimentato le tensioni e i contrasti nei rapporti interistituzionali e ai fini dell'adozione di atti normativi e provvedimenti d'urgenza. Da un lato, quindi, la proliferazione e stratificazione di fonti multilivello ha generato una grande incertezza giuridica, frutto (anche) di un eccessivo interventismo regionale che ha alimentato il dibattito sulla gestione accentrata o decentrata dell'emergenza sanitaria²¹.

¹⁹ Corte cost. 26 novembre 2021, n. 220.

²⁰ Corte cost. sentt. nn. 142/2021 e 62/2020. Nello stesso senso in precedenza, *ex multis*, Corte cost., sentt. nn. 282/2002; 285/2003; 16 e 423/2004; 181/2006.

²¹ Cfr. S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in ID. (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni*

In realtà “uniformità” e “differenziazione” si nutrono di coordinamento, cooperazione e condivisione, come ripetutamente evidenziato dalla giurisprudenza costituzionale, la quale, infatti, di recente ha ribadito che «anche in situazioni di emergenza la regione non è comunque estranea, giacché, nell’ambito dell’organizzazione policentrica della protezione civile, occorre che essa stessa fornisca l’intesa per la deliberazione del Governo e, dunque, cooperi in collaborazione leale e solidaristica»²². Con ciò essa ha posto le basi per la proposizione della proposta di legge costituzionale volta a introdurre la clausola di supremazia statale e la costituzionalizzazione del sistema delle conferenze.

Tuttavia, nel confronto tra le ragioni a sostegno dell’uno e dell’altro modello di gestione, si rischia di perdere di vista l’obiettivo, e cioè la massimizzazione della tutela dei diritti fondamentali e non solo del diritto alla salute che infatti non è l’unico da tutelare, per quanto durante l’emergenza esso abbia avuto la prevalenza pur senza entrare mai di fatto nel bilanciamento con gli altri diritti.

Invero, la iperprotezione della salute ha comportato il progressivo svuotamento dei poteri regionali e provocato «il collasso del sistema economico e l’impoverimento di vastissimi strati sociali, ormai a rischio di indigenza, [...] la compressione delle attività produttive che si risolve in un pregiudizio per altri primari interessi collettivi, il cui apprezzamento complessivo (*è pur sempre*) affidato allo Stato»²³.

economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19, Napoli 2020, 11 ss.; M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell’emergenza*, in *Riv. AIC*, 1/2020, www.rivistaaic.it; A. LUCARELLI, *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza*, *ivi*, 2/2020, 109 ss.

²² Corte cost., sent. n. 246/2019, sent. n. 44/2019 e, in precedenza, Corte cost., sentt. nn. 1 e 8 del 2016.

²³ Così M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell’emergenza*, cit., 133.

D'altra parte, la propensione a riconoscere la supremazia statale si evince anche dal confronto tra le competenze risolto dalla Consulta a favore della gestione unitaria della crisi anche, eventualmente attraverso «la chiamata in sussidiarietà di funzioni amministrative mediante la loro allocazione a livello statale»²⁴, onerando tuttavia lo Stato di garantire la compartecipazione delle Regioni in ossequio al principio di leale collaborazione²⁵.

A ben vedere, dalla dichiarazione dello stato di emergenza a oggi, progressivamente il raccordo e l'intesa tra le parti è sempre stata debole o assente, quindi insufficiente a garantire una gestione in chiave collaborativa evidenziando i limiti della prassi concertativa e negoziale.

Tale squilibrio ha avuto delle ripercussioni sul piano della tutela dei diritti fondamentali sociali, specie del diritto alla salute, rispetto al quale la dottrina ha rilevato «la necessità di un rafforzamento delle sedi e degli strumenti della leale collaborazione (ed evitare l'insorgenza dei conflitti) ... attraverso il potenziamento del sistema delle conferenze»²⁶, quando ormai il progetto di regionalismo differenziato, specie in materia di sanità, sembrava essere se non superato, quanto meno temporaneamente accantonato in seguito all'avvento e alla rapida diffusione della pandemia²⁷, a eccezione di qualche timida apertura condizionata «al rispetto degli indirizzi elaborati

²⁴ Corte cost., sent. n. 246/2019.

²⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 1/2016 ha sottolineato che «le procedure volte a raggiungere l'intesa siano configurate in modo tale da consentire l'adeguato sviluppo delle trattative al fine di superare le divergenze (in modo che) l'assunzione unilaterale dell'atto da parte dell'autorità centrale (non) sia mera conseguenza automatica del mancato raggiungimento dell'intesa entro un determinato periodo di tempo [...] o dell'urgenza di provvedere».

²⁶ P. MASALA, *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria*, cit.

²⁷ S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2020, www.cortisupremeesalute.it; A. MORELLI - A. POGGI, *Le regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in questa *Rivista*, 2/2020, 1 ss.

dallo Stato centrale, soprattutto se riguardanti gli stati di eccezione, come ricavabili dall'intero disposto costituzionale»²⁸ che peraltro prevede il trasferimento di competenze e non interi blocchi di materie²⁹.

Dietro all'interpretazione "restrittiva" della clausola prevista dall'art. 116, co. 3, Cost. si cela il timore di parte della dottrina che «la pretesa di una maggiore autonomia per meglio "efficientare" i servizi sanitari (possa essere fonte di) ulteriori disuguaglianze [...] alimenta(ndo) un inedito antagonismo con le rimanenti Regioni ordinarie [...] in un settore delicato e centrale qual è quello dei diritti sociali e del welfare state»³⁰.

Ciò anche in considerazione del fatto che nel caso in cui le Regioni dovessero acquisire una competenza esclusiva in materia di tutela della salute, lo Stato non avrebbe automaticamente la possibilità di intervenire con la clausola di supremazia per la «tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica delle Repubblica, ovvero [...] dell'interesse nazionale»³¹, salvo che il trasferimento, come innanzi accennato, avesse a oggetto le sole funzioni. In ogni

²⁸ L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute*, cit.

²⁹ S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato. Debolezza teorica e pratica del conflitto*, in *Riv. Gruppo di Pisa*, 3/2019, www.gruppodipisa.it/rivista/la-rivista-gruppo-di-pisa.

³⁰ Così V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario/Verso una sanità a macchia di leopardo?*, in *Il Sole 24 Ore - Sanità*, 13 febbraio 2020; M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti supreme e salute*, n. 1/2020, www.cortisupremeesalute.it; D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020, www.cortisupremeesalute.it. Contra L. VANDELLI, *Regionalismo differenziato*, in *Riv. AIC*, 3/2019, www.rivistaaic.it; S. MANGIAMELI, *I problemi della differenziazione e della omogeneità nello Stato regionale*, in www.sipotra.it, febbraio 2019.

³¹ Cfr. M. VILLONE, *Introduzione di una supremacy clause nell'art. 117 e costituzionalizzazione delle Conferenze Stato-Autonomie*, in www.senato.it.

caso, non si potrebbe escludere a priori che le Regioni non dispongano di risorse sufficienti a coprire la domanda di prestazioni e servizi all'utenza, a maggior ragione di quelle non rientranti nei LEA, profilandosi il rischio di gravi inefficienze suscettibili di pregiudicare l'effettività del diritto alla salute a causa delle differenziazioni territoriali fonte di disuguaglianze e discriminazioni nell'accesso alle prestazioni e ai servizi.

Durante l'emergenza sanitaria, la proliferazione dei conflitti tra il Governo centrale e le Regioni che hanno riguardato la quasi totalità dei diritti fondamentali e, in particolare, le questioni attinenti alla salute pubblica – a cavallo tra competenze esclusive e concorrenti – hanno evidenziato i limiti del regionalismo in materia sanitaria facendo propendere per il rafforzamento del ruolo dello Stato.

Anche la giurisprudenza costituzionale ultimamente è sembrata mossa prevalentemente dall'intenzione di dissuadere iniziative autonome e autoreferenziali da parte delle Regioni piuttosto che dall'esigenza di incentivare «la leale collaborazione tra le istituzioni che (tuttavia) è la chiave per affrontare l'emergenza»³², l'antidoto contro le carenze e le disfunzioni del sistema, lo strumento per superare le inefficienze del modello sanitario statale e di quelli regionali e anche il mezzo più idoneo ad assicurare l'adozione di misure rapide ed efficaci sull'intero territorio nazionale tenendo conto delle specificità regionali, delle esigenze e dei bisogni di cura dei cittadini in base alle patologie da cui sono affetti nelle situazioni ordinarie e in quelle emergenziali.

Essendo ormai trascorsi oltre vent'anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione è tempo di fare un bilancio sull'evoluzione della giurisprudenza costituzionale e sull'impatto anche solo potenziale che esso potrebbe avere sul processo di assolutizzazione del ruolo statale e/o regionale all'esito del

³² M. CARTABIA, *L'attività della Corte costituzionale nel 2019 - sintesi* (28 aprile 2020), in www.cortecostituzionale.it; S. CASSESE, *Le quattro lezioni su Regioni e Stato*, in *Corriere della Sera*, 23 marzo 2021.

quale, come opportunamente evidenziato dalla dottrina, «a riuscire sempre “vincente” non è (lo Stato o le Regioni), ma il conflitto per l’egemonia politica, dapprima territoriale, quindi nazionale»³³.

3. Dimensione degli interessi e livelli territoriali di gestione dell’emergenza attraverso l’analisi delle più recenti decisioni della Corte costituzionale

La Corte di recente ha mostrato una certa «deferenza» nei confronti dello Stato fino al punto di dequotare il principio di leale collaborazione riducendo l’apporto partecipativo e decisionale delle Regioni, con ciò omettendo di considerare «che la dimensione di talune questioni e la trasversalità di molti bisogni sociali impone azioni di governo a livelli “più alti”»³⁴.

Il riferimento è alla sentenza n. 5/2018 – con cui la Corte ha respinto le questioni di legittimità costituzionale sollevate dalla Regione Veneto in relazione al d.l. 7 giugno 2017, n. 73, recante «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale», nella sua interezza e con riguardo a singole

³³ F. CORTESE, *Un check-up per il regionalismo italiano*, in *Ist. fed.*, 1/2021, 120-122. L’A. ha chiarito che «è indispensabile riprendere senza timori la logica del *progetto*, dell’attuazione articolata di un disegno complessivo [...] nel quale ciò che conta è recuperare un rapporto di *relazione strategica* tra Stato, Regioni ed altre autonomie territoriali; dunque tra le *parti* della Repubblica che sono chiamate a dare vita a quello stesso disegno» in vista del raggiungimento di obiettivi comuni e in quest’ottica è auspicabile che essi impostino «la relazione (che) possa fisiologicamente condurre ad una dinamica di *vasi comunicanti*, nella quale l’allargamento dell’una o dell’altra possa essere diversificato a seconda della capacità che ciascuna ha di compiere il proprio ruolo».

³⁴ Così F. CORTESE, *Un check-up per il regionalismo italiano*, cit., 107; ID., *La burocrazia «incolpevole». Gli intrecci di competenze tra Stato, Regioni ed enti locali*, in *Analisi Giuridica dell’Economia*, 1/2020, 100 ss.

disposizioni – richiamata dalla decisione 12 marzo 2021, n. 3735 (preceduta dall’ordinanza di sospensione n. 4/2021) che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, 2 e 4, co. 1,2 e 3 della L.R. Valle d’Aosta n. 11 del 2020³⁶. Ad avviso della Corte essa, dettando una regolamentazione «autonoma e alternativa» rispetto a quella statale, avrebbe invaso la sfera di competenza legislativa esclusiva dello Stato.

A tal fine, la Corte ha imperniato il ragionamento sulla “profilassi internazionale” che comprende ogni misura per contrastare la pandemia o per prevenirla, e include la prevenzione o il contrasto delle malattie pandemiche, fino al punto di assorbire ogni profilo della disciplina.

Così facendo, apparentemente, essa si è allineata a un orientamento “consolidato” volto a precludere alle Regioni l’esercizio di poteri costituzionalmente garantiti nelle materie concorrenti della “tutela della salute” e della “protezione civile”, dal momento che la «natura globale della malattia [...] pandemica di larga distribuzione geografica [...] impone di ri(conoscere) [...]

³⁵ Tra i primi commentatori della decisione, cfr. D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all’emergenza pandemica tra Stato e Regioni, a margine della sent. 37/2021*, in *Forum di Quad. cost.*, 2/2021; L. CUOCOLO - F. GALLARATI, *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, 2021, www.cortisupremeesalute.it.

³⁶ Recante «Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d’Aosta in relazione allo stato d’emergenza». In tale occasione la Corte richiamando la motivazione della sentenza n. 5/2018 chiama in causa la profilassi internazionale per fronteggiare «[...] malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, (rispetto alle quali) “ragioni logiche, prima che giuridiche” (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell’ordinamento costituzionale l’esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l’uguaglianza delle persone nell’esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l’interesse della collettività».

(la prevalenza del)la competenza esclusiva (ai fini della gestione dell'emergenza sanitaria)».

All'uopo, la Corte ha precisato che le strutture sanitarie regionali possono operare a fini di igiene e profilassi a condizione che «esse si inseriscano armonicamente nel quadro delle misure straordinarie adottate a livello nazionale, stante il grave pericolo per l'incolumità pubblica»³⁷. Nella specie le caratteristiche della malattia giustificherebbero la gestione centralizzata dell'emergenza sanitaria che, ad avviso della Corte, sarebbe l'unica in grado di rispecchiare l'unità di approccio nei confronti di una questione avente rilevanza sovranazionale e globale che richiede un coordinamento a livello internazionale, nonché la dimostrazione della compattezza, credibilità e affidabilità dello Stato nel contesto internazionale e nel confronto con gli altri Stati.

L'elemento unificante è rappresentato dal fatto che in ciascuno dei giudizi cui si è accennato venivano in rilievo «una pluralità di materie, alcune delle quali anche di competenza regionale» che tuttavia sono state assorbite dalle prevalenti competenze legislative esclusive statali nelle materie attinenti alla salute *ex art. 117, co. 2, Cost.*³⁸.

In questi casi, infatti, la Corte ha indicato lo Stato come il livello di governo “più adatto” ad assumere l'iniziativa (e la responsabilità) delle azioni e delle misure necessarie a tutelare in maniera uniforme sul territorio la salute dei cittadini preservando il nucleo essenziale del diritto alla salute (come, ad esempio, si è verificato in seguito all'adozione del piano vaccinale nazionale), in un'ottica di prevenzione dei rischi connessi a risposte differenziate e interventi normativi diversamente impattanti sulla salute e sui diritti e le libertà fondamentali.

³⁷ Corte cost., sent. n. 37/2021, p.to 7.2 e 8 cons. dir.

³⁸ Il virgolettato è tratto da Corte cost., sent. n. 5/2018, preceduta dalle sentenze nn. 72/2013 e 270/2016.

Nell'interpretazione della Corte, quindi, le esigenze di unitarietà e uniformità in materia di salute e sanità pubblica sono diventate “immanenti” – attraverso il richiamo ai «principi fondamentali in materia di tutela della salute», ai «livelli essenziali di assistenza», alla «profilassi internazionale» – «in assetti costituzionali fortemente pervasi da pluralismo istituzionale», riconoscendosi, in particolare, fin dal 2004 alla profilassi internazionale il significato e il valore di «clausola di supremazia implicita» a detrimento delle competenze regionali³⁹.

In tal modo, la Corte – ponendosi in netta controtendenza rispetto agli sviluppi e ai possibili esiti del regionalismo differenziato – ha finito per “riassumere” la formula dell'interesse nazionale, che, invero, da tempo «non costituisce più un limite, né di legittimità, né di merito, alla competenza legislativa regionale [...] attraverso l'assegnazione al potere normativo statale delle questioni che [...] rivelino l'esigenza di un trattamento uniforme su tutto il territorio dello Stato»⁴⁰.

Nel far ciò, essa ha introdotto surrettiziamente limiti inespressi alla potestà legislativa e alle funzioni amministrative regionali all'interno di un sistema in cui, tra l'altro, la dinamicità intrinseca del diritto alla salute costantemente mette a dura prova la tenuta degli equilibri istituzionali e la vincolatività dei principi nei confronti dello Stato «come ultimo responsabile del mantenimento della unità e indivisibilità della Repubblica garantita dall'art. 5 della Costituzione»⁴¹.

A ben vedere, quindi, il principale *vulnus* delle decisioni della Corte sta nel fatto che essa è apparsa «ancora essenzialmente centrata sul vecchio modello della concorrenza tra Stato e Regione, per giunta applicato a materie di incertissima determinazione e nelle quali le c.d. esigenze unitarie sono spesso

³⁹ Cfr. Corte cost., sent. nn. 12/2004, 406/2005, 72/2013 e 270/2016 cit.

⁴⁰ Corte cost., sent. n. 303/2003, p.to 2.2 cons. dir.

⁴¹ Corte cost., sent. n. 43/2004.

esistenti per così dire *in re ipsa* e non richiedono alcuna espressa dichiarazione a posteriori»⁴².

La Corte, quindi, ha allargato le maglie della profilassi internazionale – che infatti non è più limitata all’attività di controllo alle frontiere rispetto a malattie infettive e diffusive, a eccezione di alcune misure sovranazionali di profilassi, come i vaccini obbligatori – facendo emergere dei profili innovativi suscettibili per il futuro di ridurre i poteri attribuiti alle Regioni anche in ambiti diversi dalle materie attinenti al diritto alla salute.

Di conseguenza c’è concretamente il rischio che la Corte estenda il ragionamento anche a situazioni che difettano del carattere di transnazionalità o che non richiedono l’applicazione uniforme e omogenea della disciplina stabilita a livello internazionale, espropriando o limitando l’autonomia regionale che sarà, quindi, costretta a esplicitarsi sotto il diretto ed esclusivo controllo statale per l’esigenza di salvaguardare interessi che esulano i confini territoriali regionali e statali⁴³.

Di conseguenza, le materie concorrenti, come la “tutela della salute” e la “protezione civile”, avranno un’incidenza sempre più ridotta e, quindi,

⁴² Così P. CARETTI, *L’assetto dei rapporti tra competenza legislativa statale e regionale, alla luce del nuovo Titolo V della Costituzione: aspetti problematici*, in *Le Regioni*, 6/2001, 1223; ID., *Una seconda riforma peggiore della prima: note e critiche sulla riforma del Titolo V della Costituzione*, *ivi*, 4/2004, 775. La Corte propone un «modello fortemente centralizzato nel quale i confini delle materie regionali sono segnati più che dalle norme costituzionali di competenza, dalla volontaria autolimitazione del legislatore statale, di cui risultano il mero “effetto riflesso”. Dalla garanzia giurisdizionale si passa insomma alla garanzia politica e lo stesso principio di leale collaborazione pare destinato a ridurre il proprio raggio di azione al cospetto di strumenti di esercizio unilaterale della supremazia statale, che si impone in chiave gerarchica, piuttosto che consensuale» (G. SCACCIA, *I tipi di potestà legislativa statale e regionale nella riforma costituzionale*, in *Ist. fed.*, 1/2016, 87 ss.).

⁴³ Corte cost., sent. n. 5/2018, p.to 6 cons. dir.

saranno recessive rispetto all'interesse prevalente a cui va ricondotta la disciplina della materia. Anzi, a tal fine non è affatto escluso che nel prossimo futuro, la Corte, come già si è verificato, ometterà ogni riferimento all'intreccio o sovrapposizione tra competenza esclusiva e concorrenti, evitando così di dover individuare l'interesse prevalente di competenza esclusiva statale, così come il richiamo (superfluo) all'attrazione in sussidiarietà, attirando tutta la materia alla gestione esclusiva statale, potendo le Regioni intervenire solo in presenza di situazioni particolarmente critiche che devono essere fronteggiate con misure più restrittive di quelle statali.

Il monopolio attribuito al legislatore statale andrà inevitabilmente a “conformare” i rapporti con le Regioni, gettando le basi di un modello di gestione alternativo in cui, presumibilmente, ci sarà sempre meno spazio per il principio di leale collaborazione e che anzi, annichilendo progressivamente i poteri e le prerogative regionali, alimenterà i contrasti e, di conseguenza, il contenzioso.

4. Conclusioni

Le suesposte considerazioni fanno emergere un problema di approccio alle questioni di salute e il difetto di impostazione della Corte la quale, evidentemente, non ha ancora compreso che ragionare in maniera complessa di problemi complessi comporta che essi non possano essere ricondotti a logiche binarie o duali, tra ordine competenziale e dei servizi sanitari nazionale e regionali e dei rispettivi modelli organizzativi.

Il ragionamento seguito dalla Corte sembrerebbe aver posto una pietra tombale sull'«endemica incertezza del regionalismo italiano»⁴⁴, concretizzando così il rischio, più che paventato, che per il futuro essa alimenti questa tendenza di attrarre nell'alveo della competenza esclusiva statale materie o blocchi di materie per il carattere transfrontaliero delle stesse, incrementando esponenzialmente la conflittualità del rapporto tra Stato e Regioni sfociante in giudizi di legittimità delle leggi.

Al contrario, restando fedele al suo ruolo chiarificatore, la Corte dovrebbe evitare di creare altre ambiguità nel testo costituzionale sancendo la supremazia della gestione statale anche quando non vi siano specifiche norme o programmi sanciti a livello internazionale cui dare attuazione, e cioè anche quando la competenza esclusiva statale non sia pertinente. Ci si intende riferire ai casi in cui «le norme impugnate non costituiscono attuazione di misure di profilassi dettate a livello internazionale»⁴⁵, ma che la Corte vorrebbe a tutti i costi giustificare rappresentando una non meglio precisata necessità di adeguarsi a obblighi vincolanti assunti sul piano internazionale non previsti e, quindi, insussistenti o comunque indimostrati.

Occorrerebbe, quindi, quanto meno stabilire a quali condizioni sia configurabile la competenza esclusiva dello Stato tale da giustificare l'uniforme applicazione della disciplina «e (l')attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale»⁴⁶, laddove invece la Corte omette sistematicamente di specificarli e di chiarirne la portata.

⁴⁴ A. MORELLI, *Il Re del Piccolo Principe ai tempi del Coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in questa *Rivista*, 1/2020, 527.

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 5/2018.

⁴⁶ Corte cost., sent. n. 5/2018, p.to 7.2.3 cons. dir. e Corte cost. sent. n. 37/2021, p.to 7 cons. dir.

Ove così non fosse, si dovrebbe dedurre che, ad avviso della Corte pur in assenza di un appiglio a livello internazionale, le misure anche quando facilitano anziché imporre ai destinatari determinati comportamenti, devono essere attuate in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale esclusivamente dallo Stato legittimato a esercitare in maniera esclusiva il controllo.

A ben vedere, invece, l'esigenza di garantire la protezione a livello centrale, unitaria e uniforme, dei diritti e delle libertà fondamentali si rivela una scelta affatto scontata e densa di conseguenze tutt'altro che trascurabili dal punto di vista dei rapporti interistituzionali, circostanza, questa, che evidentemente è sfuggita alla Corte costituzionale. Invero, la scelta di agganciarsi alla materia della "profilassi internazionale" lascia trasparire una certa ansia di provvedere che, di fatto, ha offuscato il ragionamento della Corte, al punto che essa non ha affatto considerato che l'attuazione della strategia nazionale non può prescindere dal ruolo e dal coinvolgimento delle Regioni.

Essa, infatti, non si è limitata a sancire la supremazia legislativa statale che, «tene(ndo) conto del contesto, del momento congiunturale in relazione ai quali l'accertamento va compiuto e della peculiarità della materia»⁴⁷, può estendersi anche alla determinazione delle specifiche misure di gestione dell'emergenza sanitaria (da cui discende, altresì, la piena assunzione di responsabilità da parte dello Stato nella fase di emergenza sanitaria).

La Corte ha, quindi, inteso progressivamente ridurre le competenze regionali in favore della creazione di una nuova categoria di competenze esclusive, rimettendo allo Stato la scelta in merito all'opportunità e alle modalità di coinvolgimento delle Regioni nella formazione degli atti che intercettano anche i loro interessi e le competenze, benché esse negli ultimi anni sembrassero aver acquisito maggiore autonomia (anche) nella gestione delle crisi⁴⁸.

⁴⁷ Corte cost., sent. n. 10/2016.

⁴⁸ *Amplius*, sull'argomento, L. CUOCOLO - F. GALLARATI, *op. cit.*

Al contrario, invece, lo Stato non può autonomamente decidere di rinunciare all'apporto, sotto forma di consultazione, regionale quale espressione della leale collaborazione che è al contempo un principio e una garanzia ineludibile.

Da questo punto di vista è pienamente condivisibile l'opinione di autorevole dottrina la quale ha chiarito che «è inutile pensare [...] di riaccentrare in capo allo Stato l'intera gestione della sanità; vanno riaccentrati la direzione, anche lasciando spazi di sperimentazione regionale, come già succedeva nella legislazione statale degli anni '90, e il controllo; ma anche per la sanità la gestione non può che essere vicina ai territori (come dimostra anche la polemica – giusta – contro l'eccesso di ospedalizzazione e l'abbandono di efficienti politiche sanitarie sul territorio)»⁴⁹.

L'obiettivo, quindi, è quello di favorire il passaggio a modelli di gestione che prevedano il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati ottimizzando le risorse e con un sensibile risparmio di spesa preservando così l'unità nella diversità.

Tale intuizione, benché piuttosto risalente⁵⁰, non ha finora trovato attuazione presupponendo, infatti, una svolta epocale, la quale implica diversi cambiamenti sfidanti a livello (anche) giuridico, tra cui la necessità costante, da parte delle amministrazioni statali e regionali, di ponderare nel caso specifico i diritti e gli interessi dei cittadini, esercitando il proprio diritto (e dovere) di seguirne gli effetti attraverso la costruzione di nuovi impianti normativi e modelli teorici.

⁴⁹ B. CARAVITA, *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali*, in *Federalismi.it, Paper*, 21 aprile 2021, www.federalismi.it; A. POGGI - G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in *Oss. cost.*, 4/2021.

⁵⁰ Corte cost., sent. n. 219/1984.

Ciò anche grazie alla capacità di leggere e interpretare le sfide e le trasformazioni in atto che investono le amministrazioni, nel tentativo di indirizzarle, governarle e gestirle al meglio e, quindi, di pensare e progettare in maniera integrata e unificata il cambiamento istituzionale e organizzativo.

Con essa si intendeva lanciare un monito alla politica e al legislatore che anziché concentrarsi sulla riforma costituzionale tesa a modificare i processi, le prassi e le regole dall'alto, ora come allora dovrebbero rivolgere l'attenzione a un'inversione di prospettiva e di approccio ai problemi in base alla consapevolezza che sono le amministrazioni e, quindi, le istituzioni, attraverso le loro dinamiche organizzative e reciproche relazioni, a guidare e a realizzare il cambiamento, rimodulando, altresì parallelamente il rapporto con i cittadini al fine di renderli parte attiva dello stesso e responsabilizzandoli⁵¹.

In tale contesto il principio di leale collaborazione assume un rilievo centrale portando a ridimensionare lo strapotere dello Stato e a rivalutare il ruolo

⁵¹ La cooperazione di tutti i centri decisionali richiede flessibilità e adattamento delle norme a un contesto fattuale in rapida evoluzione (cfr. A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, in *Le Regioni*, 1-2/2021, 155 ss.; R. BALDUZZI, *Indicazioni per un'agenda del 'dopo'*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020, www.cortisupremeesalute.it; E. D'ORLANDO, *Emergenza sanitaria e stato regionale: spunti per una riflessione*, in www.osservatorio-sullefonti.it, fasc. spec. 2020, 593 ss.; B. CARAVITA, *L'Italia ai tempi del coronavirus: rileggendo la Costituzione italiana*, in *Federalismi.it*, 6/2020, www.federalismi.it, IX ha chiarito che «rimettere ordine nei rapporti stato-regioni, passata la crisi, sarà necessario: ma ciò non significa pensare di buttare a mare tutta l'esperienza del regionalismo italiano; occorrerà invece porre mano ad un ripensamento profondo di tutta l'organizzazione territoriale del Paese, tirando le somme delle riforme effettuate in questi primi venti anni del millennio, a partire dalla riforma del Titolo V fino alla legge Delrio». V. M. CARTABIA, *L'attività della Corte costituzionale nel 2019*, cit., spec. 18-19.

delle autonomie e coinvolgendo anche l'Unione europea in vista dell'auspicato maggiore coordinamento con gli Stati membri⁵².

Questa è la sfida del PNRR e l'obiettivo delle strategie messe in campo confluite nel *Next Generation Eu (Recovery Fund)* che valorizza il ruolo delle Regioni e degli enti locali responsabilizzati e tutelati nel processo attuativo («realizzazione operativa») del PNRR⁵³ nel quale, per la prima volta, a distanza di oltre vent'anni dalla Riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione, il peso della sanità nelle politiche regionali e l'importanza strategica delle Regioni all'interno della politica sanitaria hanno ricevuto un esplicito riconoscimento e un ruolo di primo piano.

In particolare, si richiede allo Stato centrale e alle autonomie locali di cooperare per il raggiungimento degli obiettivi e per l'attuazione delle riforme previste dal Piano dimostrando la capacità di coglierne le opportunità, responsabilità nell'esercizio delle rispettive competenze, capacità di coordinamento e collaborazione, per un uso efficace delle risorse e ciò, indubbiamente, avrà dei riflessi sullo sviluppo e gli esiti del progetto di riforma costituzionale.

In quest'ottica, al fine di ridurre i tempi stretti di utilizzazione dei fondi europei e massimizzare i risultati, lo Stato e le Regioni, d'intesa tra loro, in linea con l'impianto generale del PNRR, dovrebbero adottare una strategia più puntuale e dettagliata, specificando le linee guida e le modalità attuative e prevedendo che la ripartizione delle risorse tra le Regioni avvenga, tra

⁵² In base agli interventi indicati dalla Commissione nella *Communication on the early lesson from the Covid-19 pandemic* del 15 giugno scorso indirizzata al Parlamento Europeo, al Consiglio d'Europa, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni.

⁵³ Ai sensi dell'art. 9 (*Attuazione degli interventi del PNRR*), le Regioni e gli Enti locali sono chiamati ad attuare le previsioni del Piano «sulla base delle specifiche competenze istituzionali, attraverso le proprie strutture, ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati con le modalità previste dalla normativa nazionale e comunitaria vigente».

l'altro, in considerazione dei *gap* o degli obiettivi attesi da ciascuna di esse rispetto alla singola linea di intervento prevista dal PNRR.

Le Regioni, quindi, di concerto con le aziende sanitarie e con il supporto e il coordinamento da parte del Ministero della salute e dei suoi centri di competenza (Agenas, ISS, AIFA, ecc.), dovrebbero pianificare gli interventi scegliendo, eventualmente, di investire in ambiti politicamente prioritari, a condizione però che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Lo Stato, a sua volta, deve promuovere l'equilibrio istituzionale attraverso la cooperazione tra i livelli di governo che si attua attraverso il principio di sussidiarietà in senso sia verticale che orizzontale, valorizzando il modello di gestione collaborativo tra gli attori e le competenze nazionali, regionali e unionali attraverso la individuazione di forme di collaborazione più efficaci.