DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

PANDEMIA E RAPPORTI TRA STATO E REGIONI IN SANITÀ. RIFLESSIONI SU DI UN ANTICO TRAVAGLIO, LIMITI E CRITICITÀ DI ALCUNE PROPOSTE DI RIFORMA. *"TUTTO CAMBI AFFINCHÉ TUTTO RIMANGA COM'È"?*

MARIA PIA IADICICCO
(Professore associato di Istituzioni di diritto pubblico,
Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli")

Data di pubblicazione: 27 settembre 2021

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

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

MARIA PIA IADICICCO*

Pandemia e rapporti tra Stato e Regioni in sanità. Riflessioni su di un antico travaglio, limiti e criticità di alcune proposte di riforma. *"Tutto cambi affinché tutto rimanga com'è"?*

Abstract (It.): *il contributo analizza le relazioni tra lo Stato e le Regioni in sanità per come concretamente atteggiatesi nel corso dell'emergenza da Covid-19. Dopo aver riscontrato che molte delle criticità, emerse nel corso della pandemia, costituiscono un'amplificazione di problematiche in larga parte preesistenti, l'Autrice si interroga sull'utilità e sul possibile impatto di alcuni progetti di riforma.*

Abstract (En.): *the paper analyzes the relations between State and Regions in the Healthcare System during the emergency Covid-19. After having found that many of the critical issues emerged during the pandemic constitute an amplification of problems largely pre-existing the Author reflects on the usefulness and the possible impact of some reform projects.*

Parole chiave: Covid-19, Sistema sanitario italiano, Regioni, relazioni istituzionali, riforme.

Key words: Covid-19; Italian Healthcare System, Regions, institutional relations, reforms.

---

* Professore associato di Istituzioni di diritto pubblico, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

SOMMARIO: 1. Oggetto e campo di indagine. Le ragioni della scelta. – 2. Alle origini del nostro *welfare* sanitario. – 3. Il progressivo modellamento delle relazioni istituzionali nella gestione dell'emergenza Covid-19. – 4. Una necessaria contestualizzazione dei rapporti tra Stato e Regioni durante la pandemia per analizzarne i profili di criticità. – 5. Da dove venivamo? – 6. Verso dove andiamo? Avere chiaro il passato, per non sbagliare rotta ed evitare riforme "gattopardesche".

1. *Oggetto e campo di indagine. Le ragioni della scelta*

Il tema dell'emergenza, tutt'altro che estraneo alla tradizionale riflessione giuspubblicistica[1], ha assunto, da più di un anno a questa parte, una centralità inedita negli studi di diritto pubblico. Il contatto diretto e drammatico con la pandemia da Covid-19 ha imposto un approfondimento della tematica, compiuto soprattutto alla luce dell'esperienza concreta maturata sul campo[2].

[1] È pressoché velleitario richiamare in questa sede una letteratura a dir poco sconfinata. Nella dottrina italiana, si vedano almeno, tra i lavori monografici degli ultimi decenni, V. ANGIOLINI, *Necessità ed emergenza nel diritto pubblico*, Padova 1986; P. PINNA, *L'emergenza nell'ordinamento costituzionale italiano*, Milano 1988; G. MARAZZITA, *L'emergenza costituzionale. Definizione e modelli*, Milano 2003; A. CARDONE, *La «normalizzazione» dell'emergenza. Contributo allo studio del potere «extra ordinem» del Governo*, Torino 2011; E. RAFFIOTTA, *Norme d'ordinanza. Contributo a una teoria delle ordinanze emergenziali come fonti normative*, Bologna 2019.

[2] A cominciare dalla capitale questione teorico-generale relativa alla distinzione tra emergenza e stato di eccezione, per finire alla parimenti determinante valutazione della legittimità degli atti normativi e dei provvedimenti adottati e, quindi, della possibilità di ricondurre le forme di gestione di questa emergenza da Covid-19 alla legalità costituzionale.

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

Le riflessioni che seguiranno intendono focalizzare l'attenzione sull'assetto dei rapporti tra Stato e Regioni delineatosi nel corso della pandemia nello specifico ambito della sanità. Tale scelta di campo trova una prima, palese se non proprio scontata, giustificazione nella peculiare declinazione dell'emergenza, a tutt'oggi in corso, originata dalla diffusione planetaria di un nuovo coronavirus, che ha senza dubbio inciso soprattutto sui sistemi sanitari dei Paesi coinvolti, chiamati a fronteggiare un numero sempre crescente di persone contagiate con gravi sintomatologie, e perciò costretti a riprogrammare le proprie attività per garantire la tutela della salute anche di altri soggetti e dell'intera collettività. Pur essendo incontrovertibile e fin dagli esordi palese l'impatto dalla pandemia soprattutto sulla sanità e la necessità di gestire una crisi anzitutto sanitaria, la persistenza della stessa e la pervasività delle misure adottate per fronteggiarla hanno rivelato la complessa portata dell'emergenza da Covid-19, non limitata al solo campo della sanità, ma coinvolgente una molteplicità di settori che interessano ogni aspetto della vita politica, economica e sociale. Al contempo, se si è ricorrentemente, se non proprio unanimemente, affermato che tra i diritti, riconosciuti e garantiti nella Carta costituzionale italiana, il diritto alla salute sia stato quello maggiormente inciso dalla pandemia e al quale è stata assicurata prioritaria tutela, non si è mancato di evidenziare la necessità di confrontare quel diritto con altri interessi meritevoli di tutela, così come si è rimarcato come il coinvolgimento di molteplici competenze dello Stato e delle Regioni renda asfittica la riconduzione delle misure assunte in risposta all'emergenza al solo "contenitore" della materia «tutela della salute» (art. 117, co. 3, Cost.).

Tali precisazioni rivestono grande importanza non solo perché la preminenza e la priorità assicurate al diritto alla salute durante la pandemia sono state oggetto di critiche, non sempre adeguatamente argomentate (anzi talvolta strumentalmente utilizzate)[3], quant'anche perché il concorso di più

[3] In effetti, non sono mancate ricostruzioni volte a denunciare un sostanziale

competenze riconducibili allo Stato e alle Regioni ha reso più complesso e meno lineare il dipanarsi dei rapporti tra livelli di governo territoriale, finendo così per intercettare noti e risalenti dibattiti sui meccanismi di riparto delle competenze e sui raccordi istituzionali.

A suffragare ulteriormente la nostra scelta di campo e la peculiare prospettiva dalla quale osservare i rapporti tra livelli di governo stanno due ulteriori ragioni, la prima riconducibile alle origini del welfare sanitario e la seconda alla peculiare conformazione del nostro SSN. Sotto il primo profilo, è noto che la prima legislazione (non solo italiana) in materia sanitaria sia stata approvata, sul finire del XIX secolo, per venire incontro alla necessità di contrastare la crescente diffusione di malattie endemiche ed epidemiche; a essa retroagiva una peculiare concezione di salute, quale bene da tutelare prevalentemente per ragioni di ordine pubblico. La diversa e più complessa nozione di salute accolta nella Costituzione repubblicana consente di mettere meglio

---

"annullamento" di altri diritti ugualmente di rango costituzionale, come pure si sono avanzate, nel dibattito politico e pubblico, fantasiose ricostruzioni su presunti nuovi diritti costituzionali che avrebbero subito una negazione o anche solo una limitazione in ragione di una sorta di "tirannia sanitaria". Mettendo da parte affermazioni oltranziste e demagogiche, alcune critiche provenienti dalla dottrina costituzionalistica hanno offerto l'occasione per tornare a riflettere sulle tematiche basilari del bilanciamento tra interessi costituzionali (su cui v. almeno R. BIN, *Diritti e argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Milano 1992; A. MORRONE, *Il bilanciamento nello Stato costituzionale. Teoria e prassi delle tecniche di giudizio nei conflitti tra diritti e interessi costituzionali*, Torino 2014), sui nuovi diritti e sulle esigenze di tutela «sistemica e non frazionata» (così Corte cost., sentt. nn. 264/2012; 10/2015; 254/2020) dei diritti fondamentali. Al riguardo e sul carattere della fondamentalità espressamente riconosciuto nel testo costituzionale al solo diritto alla salute, si veda l'attenta riflessione di F. GRANDI, *L'art. 32 nella pandemia: sbilanciamento di un diritto o "recrudescenza" di un dovere?*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2021, *www.costituzionalismo.it*.

a tema il profilo dei rapporti istituzionali, considerato che l'atteggiarsi dei medesimi è condizionato dai principi e diritti costituzionali implicati. E di qui può esser di particolare interesse verificare quale concezione di salute sia stata accolta nella magmatica mole di atti emergenziali assunti, tanto dallo Stato quanto dalle Regioni, durante la pandemia.

Quanto poi all'assetto del nostro sistema sanitario è opportuno ricostruire le direttrici lungo le quali esso si è andato consolidando, evidenziando in particolare le dinamiche che hanno interessato l'articolazione delle competenze tra centro e periferia, il grado di differenziazione che è possibile rinvenire sotto il profilo organizzativo nei sistemi regionali, i nodi della spesa sanitaria. Lo scopo di questa ricostruzione diacronica è principalmente quello di mettere in luce che molte delle criticità, emerse nel corso della pandemia, costituiscono una radicalizzazione o comunque un'amplificazione di problematiche preesistenti, le quali se, per un verso, coinvolgono l'intera esperienza del regionalismo italiano, per altro verso, investono in particolare l'ambito sanitario. Quest'ultimo infatti vive da sempre in una situazione di forte fibrillazione, sollecitata da continui interventi riformatori, ispirati specie, ma non solo, dalla necessità di un ripensamento del ruolo dello Stato e delle Regioni in sanità. Queste dinamiche che, lo si ripete, attraversano tutta l'esperienza regionale, assumono tuttavia particolare interesse in campo sanitario, in quanto, poco prima dello scoppio della pandemia, erano stati tentati o erano in corso interventi riformatori volti a ridefinire il riparto costituzionale delle competenze e ad aprire nuovi spazi di differenziazione regionale. Occorre prestare attenzione a questi scenari, in quanto l'attivazione del regionalismo differenziato *ex* art. 116, co. 3, Cost. – che pur ha sollevato un ampio dibattito[4]

[4] Si vedano, tra i tanti, i contributi apparsi in questa *Rivista*, n. 1/2020; nonché in AA.VV., *Regionalismo differenziato e specialità regionale: problemi e prospettive*, Atti del 4° Convegno annuale della rivista *Diritti regionali: rivista di diritto delle autonomie territoriali*, a cura di C. Bertolino, A. Morelli, G. Sobrino, Torino 2020; A. PATRONI GRIFFI,

nel corso del quale si sono rilevate anche molte criticità (procedurali e sostanziali) – potrebbe essere un'ipotesi non del tutto accantonata nel post-emergenza e assumere nuove curvature. Così come deve poi registrarsi che, proprio nell'imminenza dell'espansione in Italia della epidemia, vi è stato il "ripescaggio" di parti di proposte di più ampie riforme costituzionali, limitatamente al riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute, la cui approvazione oggi si vorrebbe giustificare anche facendo leva sulla necessità di rimediare alle criticità emerse nel corso dell'emergenza sanitaria.

Più in generale, con riferimento non solo alle riforme costituzionali, ma a quelle che investono complessivamente il campo sanitario, deve sin d'ora evidenziarsi quanto è stato già efficacemente sostenuto in dottrina[5], e cioè che questo specifico comparto pare raffigurabile come un cantiere sempre aperto, attraversato dal moto perpetuo determinato non solo dalla progressiva definizione e dal graduale consolidamento di interventi riformatori, ma anche dalla progettazione di nuovi, pure di segno diverso. Ciò induce a scandagliare con attenzione questo moto, le sue direzioni e gli obiettivi perseguiti, specie e a maggior ragione se uno di questi risiede nel superamento delle criticità emerse nel corso della pandemia. I rischi di interventi riformatori non

---

Regionalismo differenziato, in *Dig./Pubbl.*, VIII agg., Milano 2021, 317 ss. Per un approfondimento sul versante precipuo del diritto alla salute R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC,* 2/2019, *www.rivistaic.it*; F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, in *Federalismi.it*, 15/2019, *www.federalismi.it*; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *www.nomos-leattualitaneldiritto.it*, 1/2020; A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza,* in *Istituzioni del federalismo*, 1/2020, 37 ss.

[5] R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità,* Torino 2020, 5 e 6, ma *passim*.

attentamente meditati sono molteplici e tra i tanti ci sembra di poterne evidenziare almeno uno, che si descriverà ricorrendo ad una delle frasi più celebri de "Il Gattopardo" di Giuseppe Tomasi di Lampedusa[6].

2. *Alle origini del nostro welfare sanitario*

Prima di ricostruire l'assetto dei rapporti tra Stato e Regioni in sanità e verificare quale coloritura e curvatura esso abbia assunto nella concreta esperienza del Covid-19, riteniamo opportuno risalire alle origini del *welfare* sanitario. È significativo infatti rammentare che, in Italia, le prime forme di assistenza ai malati affondano le loro radici negli interventi pubblici di ordine igienico-sanitario resisi vieppiù impellenti, a seguito delle trasformazioni determinate dalla rivoluzione industriale, per prevenire e contenere il radicamento endemico e la diffusione epidemica di malattie infettive. Come noto[7], è lungo questa fondamentale direttrice – affiancata da altre due: l'assistenza caritatevole ai malati e non abbienti, svolta dalle organizzazioni religiose e, più tardi, da quelle laiche di beneficenza; le primigenie forme di previdenza sociale e assistenza sociale ai lavoratori – che si sono sviluppate le prime misure di prevenzione e cura delle malattie.

Le istituzioni pubbliche dello Stato liberale ottocentesco assunsero tra i loro compiti la salvaguardia della salute pubblica, sempre più compromessa dalla diffusione di malattie, che davano luogo, tra l'altro e preminentemente, a problemi di incolumità e sicurezza collettiva. L'intervento pubblico in sanità, ben lontano da quello che si realizzerà successivamente nella cornice del

---

[6] G. TOMASI DI LAMPEDUSA, *Il Gattopardo*, Milano 1958.

[7] Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in AA.VV., *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. Balduzzi, G. Carpani, Bologna 2013, 13 ss.

welfare state, si sostanziò non solo in misure di sanificazione degli spazi urbani e di miglioramento delle condizioni di vita della popolazione ivi stanziata, ma anche nell'imposizione di trattamenti individuali rispondenti a una visione paternalistica e igienista degli stessi. Nell'orizzonte culturale dell'epoca, lo stato di morbilità era sostanzialmente considerato alla stregua di un fattore negativo per lo sviluppo economico della società[8], laddove i canali naturali o socialmente dati per garantire la sopravvivenza e la cura dei cittadini erano considerati la famiglia, le associazioni benefiche o le prime organizzazioni sindacali e di mutuo aiuto lavorativo (cd. welfare corporativo e familiaristico); specie nel Mezzogiorno furono le comunità di prossimità ad impegnarsi in forme di assistenza ai malati, a fronte di un più debole impegno delle autorità pubbliche e delle classi imprenditoriali[9].

È in questo solco che si andò a collocare anche la prima legislazione sanitaria dell'unificato Regno d'Italia[10] e quella dei primi anni del Novecento, volta a razionalizzare e consolidare una normativa sempre più ampia ma disorganica. In altre parole, lo Stato liberale assunse a sé principalmente il compito di tutelare l'incolumità pubblica, minacciata da antiche e nuove piaghe sociali, concedendo per questo ai poveri e ai malati una sorta di caritevole assistenza, resa pur sempre da un sistema in cui il grado di libertà dei cittadini era assai modesto, se non proprio assente, mentre massima era invece la rivendicazione dell'ordine pubblico.

Lungo le medesime direttrici si sviluppò poi anche la politica sanitaria del regime fascista, la quale, recando una normativa di riforma e riordino della

---

[8] R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 45.

[9] Cfr. G. VICARELLI, *Le politiche sanitarie*, in AA.VV., *Il welfare in Italia*, a cura di U. Ascoli, Bologna 2012, 80 ss.

[10] V. *ex plurimis* il R.D. 20 marzo 1865, n. 2284, che affidò i principali compiti in materia al Ministro dell'Interno, a livello centrale, e ai prefetti e sindaci, a livello periferico; la legge n. 2892 del 1885; la legge n. 5849 del 1888.

disciplina preesistente, si spinse a un'ancor più accentuata esaltazione meritocratica dell'assistenza sanitaria, dando luogo a più vistose differenziazioni, dipendenti anche dal tipo di lavoro svolto. In quegli anni, alla razionalizzazione e al rafforzamento delle tutele preesistenti si accompagnò comunque una generale repressione di ogni forma di critica e dissenso verso l'operato dei pubblici poteri, il massiccio ricorso a strumenti propagandistici e di manipolazione dell'opinione pubblica, nonché la perpetrazione di aberranti pratiche di intervento sul corpo umano, come l'imposizione di interventi sanitari coattivi svolti anche a fini sperimentali e di miglioramento della razza.

Profondamente distante, e anzi fortemente stimolato dalla volontà di segnare una rottura con questo infelice passato, è stato il confronto in Assemblea costituente sui contenuti di quello che diverrà l'art. 32 della Costituzione repubblicana. In quel dibattito, particolarmente animato, possono rinvenirsi tracce molto significative di quelli che erano e sarebbero continuati a essere, anche in futuro, i principali nodi problematici del diritto alla salute e della sanità nella Repubblica italiana. Sebbene il testo costituzionale non rechi precise indicazioni di tipo organizzativo sul sistema sanitario, costituirebbe un grave errore di prospettiva sostenere che le nuove disposizioni costituzionali avessero potuto continuare ad avallare il sistema mutualistico, ereditato dal corporativismo fascista; come pure parimente errato sarebbe ritenere che il riferimento contenuto nell'art. 32 Cost. alla salute come «interesse della collettività», oltre che quale fondamentale diritto dell'individuo, si ponesse in linea di continuità con il passato e costituisse una riedizione del concetto di salute pubblica, sviluppatasi nello Stato liberale.

Come si è già precisato, le modalità e le forme dell'intervento pubblico nell'Italia liberale seguivano un modello distante da quello contemporaneo, in quanto diversi ne erano i criteri ispiratori e diverso era l'orizzonte culturale, prima che giuridico, in cui si collocava l'impegno pubblico a tutela della salute. Con estrema limpidezza si è appunto chiarito che, fino «all'avvento dello Stato sociale novecentesco, il retroterra culturale per cui l'assistenza al

malato era concepita come un atto di liberalità verso "gli ultimi"» impediva il riconoscimento di un «diritto alla tutela della salute dell'individuo in quanto persona, a prescindere dalle condizioni sociali di indigente del titolare e dalla presenza di interessi collettivi "altri"»; come pure quel medesimo retroterra ostacolava sia la previsione di doveri inderogabili di solidarietà in capo ai consociati, sia la configurazione di un dovere delle istituzioni di assolvere a un'indefettibile funzione pubblica di tutela della salute.

Tali puntualizzazioni meritano di essere vieppiù rimarcate in questo momento storico e nel contesto odierno. In primo luogo, specie nel corso dell'emergenza Covid-19, si è stati capaci di comprendere e apprezzare, come mai in precedenza, le ragioni che spinsero i Costituenti a riconoscere il fondamentale diritto alla salute di ciascun individuo, non trascurando di configurare la tutela della salute anche come interesse della collettività: la riconosciuta essenzialità di quel bene della vita[11], presupposto per il godimento di altri diritti; la circostanza che, di fronte alle minacce alla salute, siamo tutti potenzialmente soggetti deboli[12]; la concretezza e socialità nelle quali è calata la tutela costituzionale della persona umana, sono tutti fattori che hanno inciso sulla formulazione della nuova disposizione costituzionale in materia.

In secondo luogo, e sempre stando alla lettera dell'art. 32 Cost., la configurazione della salute anche come interesse della collettività non può ritenersi una riaffermazione del concetto di sanità pubblica prefigurato nell'ordinamento prerepubblicano; dietro quella previsione costituzionale, innovatrice e anticipatrice, vi era ed è oggi pienamente visibile la consapevolezza che la Repubblica non possa limitarsi alla tutela della salute del singolo individuo, isolatamente inteso e che quest'ultimo non possa essere astratto dal contesto

---

[11] A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli 1999, 28.

[12] M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Studi in onore di Leopoldo Elia*, Milano 1999, 13.

sociale in cui vive, in quanto comportamenti individuali possano ripercuotersi anche sull'intera collettività. Pertanto, alla dimensione individuale della tutela deve affiancarsi, in un'ottica di completamento e non già di contrapposizione, la dimensione collettiva, dovendo il *welfare* sanitario trovare, nella nuova cornice costituzionale, una conformazione plasmata dai principi personalista, di eguaglianza e di solidarietà.

Ancora una volta, oggi più che mai, si può apprezzare pure questo profilo, che è parso senza dubbio recessivo in alcune ricostruzioni volte a rimarcare la dimensione individuale e il profilo libertario del diritto alla salute[13], fino a trasfigurarlo, nelle versioni più ardite, in un diritto assoluto ovvero una libertà priva di limiti. Simili letture non possono essere condivise anche perché esse muovono da una altrettanto non persuasiva interpretazione del carattere della fondamentalità del diritto alla salute[14]. È invece pienamente convincente quanto sostenuto da chi[15] ha rimarcato la riemersione, in occasione di questa emergenza pandemica, della dimensione collettiva della tutela della salute, una riscoperta, questa, che lungi dal rilevare aspetti di confliggenza

[13] Da ultimo sul tema si veda l'attenta ed equilibrata ricostruzione di questa dimensione, senza trascurare le altre, di L. CHIEFFI, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un valore costituzionale*, Torino 2019, il quale opportunamente rimarca anche il profondo legame e la coesistenza nel diritto costituzionale alla salute di aspetti riconducibili alla "classica" (e in parte fuorviante) categoria dei diritti di libertà e di quelli sociali.

[14] Su cui vedi, invece, la più persuasiva e recente riflessione di F. GRANDI, *L'art. 32 nella pandemia*, cit., 86 ss.

[15] V. ANTONELLI, *Salute e pandemia: il ritorno della tutela della salute come interesse della collettività*, in AA.VV., *Biopolitica, pandemia e democrazia*, a cura di A. Pajno, L. Violante, Bologna 2021, 173 ss.; M. NOCCELLI, *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in *Federalismi.it*, *Osservatorio Emergenza Covid-19*, 11 maggio 2020, *www.federalismi.it*, 4.

con la dimensione individuale o dal riproporre vecchi schemi concettuali, deve leggersi alla luce del principio di solidarietà, fondativo dell'ordinamento repubblicano. Con riserva di approfondire meglio nel prosieguo la portata delle misure assunte per fronteggiare l'emergenza da Covid-19, va anticipato che la risposta delle istituzioni pubbliche italiane, fin dagli esordi dell'epidemia, pur concretizzandosi nell'apposizione di limiti, anche particolarmente rigorosi, all'esercizio di altri diritti costituzionali, lungi dal riproporre un modello securitario di sanità, ha inteso proteggere prioritariamente i più deboli, coloro per i quali l'esposizione al virus si sarebbe e si è, purtroppo, rivelata fatale, talvolta anche all'esito di scellerate scelte[16]; quelle misure limitative, inoltre, sono state adottate nell'ottica di non saturare l'accessibilità ai servizi sanitari con conseguenze, ancora una volta, pregiudizievoli per tutti, ma in particolare per i più vulnerabili[17]. Ferma restando comunque la necessità di vagliare in concreto la legittimità delle misure adottate – alla luce dei criteri di proporzionalità, temporaneità e tollerabilità delle limitazioni imposte – e di operare un opportuno *distinguo* tra l'esordio della pandemia e il suo prosieguo, occorre nuovamente rimarcare che la risposta delle istituzioni italiane è da ascriversi all'interno della cornice propria di un ordinamento democratico, fondato sui principi personalista e di solidarietà. In esso, alla necessaria salvaguardia dell'autonomia individuale, deve accompagnarsi la previsione di doveri inderogabili e la fissazione di limiti funzionali a salvaguardare altri interessi costituzionali, e ciò affinché non si smarrisca «la consapevolezza delle connessioni tra diritti e doveri che la Costituzione allestisce quali condizioni per un esercizio responsabile della libertà e per evitare che questa si

[16] Il riferimento è a quanto si è drammaticamente verificato in alcune residenze sanitarie assistenziali.

[17] Sui diversi modelli di politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia, cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage" in emergenza pandemica*, 8 aprile 2020, 10.

riduca a rivendicazionismi individualistici»[18]. È pertanto questo l'orizzonte entro il quale occorre verificare la legittimità delle misure adottate dai vari livelli di governo deputati alla salvaguardia del diritto alla salute, tanto quanto diritto fondamentale dell'individuo, quanto come interesse della collettività.

3. *Il progressivo modellamento delle relazioni istituzionali nella gestione dell'emergenza Covid-19*

Nei tanti studi dedicati all'analisi critica dell'impatto della pandemia sui rapporti tra Stato e Regioni sono emersi almeno due dati comuni e costanti, assieme, ovviamente, a diverse considerazioni in ordine ad altri profili e alle prospettive future. In primo luogo, è stata da tutti evidenziata l'alta conflittualità riscontratasi specie, ma non solo, su questo versante delle relazioni istituzionali; in secondo luogo, si è diffusamente denunciata la profonda confusione, ingenerata dalla sovrapposizione di una ingente mole di atti normativi e provvedimenti di urgenza statali, regionali e comunali, dalla quale è a sua volta scaturita la difficoltà, per i comuni cittadini ma anche per gli studiosi più esperti, di comprendere le misure assunte e, in particolare, di coglierne esattamente la portata materiale (quali divieti ed entro quali limiti) e il regime temporale[19].

---

[18] Così G. BASCHERINI, *La doverosa solidarietà costituzionale e la relazione tra libertà e responsabilità*, in *Dir. pubbl.*, 2018, 272, richiamato, in senso adesivo, da M. NOCCELLI, *op. cit.*, 5. Ma più approfonditamente sul legame e sulla equiordinazione tra diritti e doveri, A. APOSTOLI, *Il consolidamento della democrazia attraverso la promozione della solidarietà sociale all'interno della comunità*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2016, *www.costituzionalismo.it*, 14 ss.

[19] F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato-Regioni*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 343.

Alla convergenza nell'individuazione di questi aspetti di criticità, non è corrisposta una condivisa identificazione delle cause scatenanti; al riguardo, v'è chi ha sostenuto che molti dei problemi palesatesi nel corso della pandemia siano da ricondurre al riparto di competenze tracciato nel Titolo V della Parte Seconda della Costituzione, così come modificato nel 2001, e sul quale si sono tentate (infruttuosamente) ulteriori modifiche negli anni successivi[20]; altri, pur non negando l'esistenza di problematicità legate al riparto costituzionale delle competenze, hanno precisato che il nuovo Titolo V presenti carenze specie sul piano della prevenzione dei conflitti tra livelli territoriali[21]; altri ancora[22], sempre riconoscendo alcuni difetti dell'impianto normativo vigente, hanno imputato maggiori e preminenti responsabilità alla politica, apparsa sovente troppo protesa, invece che alla ricerca di soluzioni condivise, a

[20] V. almeno S. CASSESE, *Le Regioni fanno troppe cose e male, il servizio sanitario dev'essere nazionale*, intervista pubblicata su *Il Messaggero*, 3 aprile 2020 (v. *infra* nt. 81); F. CLEMENTI, *Il lascito della gestione normativa dell'emergenza: tre riforme ormai ineludibili*, in *Osservatorio AIC*, 3/2000, *www.osservatorioaic.it*.

[21] Cfr., tra i tanti, C. CARUSO, *Il regionalismo autarchico è incostituzionale: dal Giudice delle leggi una pronuncia che mette ordine nella gestione territoriale della pandemia*, in *Questione giustizia*, 13 aprile 2021, *www.questionegiustizia.it*, il quale valuta con favore, anche alla luce dell'esperienza maturata durante l'emergenza pandemica, l'introduzione di una *clausola di supremazia*, che consenta al legislatore nazionale di conferire *forma giuridica a interessi unitari* attraverso la posizione, al ricorrere di questi, di una serie di limiti, diretti e indiretti, alla legislazione regionale, pervenendo per questa via a una più lineare composizione della «entropia pluralistica innescata dalla scomposta riforma del 2001, che ha scaricato sulla Corte costituzionale il difficile compito di garantire l'unità della Repubblica».

[22] V. almeno R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, *www.cortisupremeesalute.it*, 339 ss.; A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, in *Le Regioni*, 1-2/2021, 165-6.

far emergere nel dibattito pubblico responsabilità del livello centrale o regionale, di questo o quel Ministro, dei Presidenti del Consiglio e dei Governi che si sono succeduti, dei vertici della protezione civile e persino delle istituzioni dell'Unione europea. In effetti, è su ognuno di questi aspetti che occorre fare chiarezza, per verificare se effettivamente vi sia una carenza, nel diritto vigente, di competenze e poteri adeguati a fronteggiare una crisi sanitaria; o se, invece, competenze già esistenti non siano state esercitate o siano state esercitate illegittimamente[23].

Le sovrapposizioni e la (anche solo potenziale)[24] contraddittorietà tra atti statali e regionali sono state favorite, oltre che dal fatto che le misure di contrasto della pandemia intersecano diverse materie e, dunque, vari titoli di competenza normativa (esclusiva dello Stato, concorrente o residuale delle Regioni), anche dalla circostanza specifica che i poteri di ordinanza esercitati dal Governo e dalle Regioni presentano diverse basi legali. Gli atti adottati hanno infatti dato luogo a tre distinte, seppur collegate, catene o filiere di atti di produzione giuridica[25], tutte ovviamente fondate sulla Costituzione.

La prima catena è quella che muove dal Codice della protezione civile (d.lgs. n. 1/2018), sulla cui base il Consiglio dei ministri ha dichiarato, il 31 gennaio 2020, lo stato di emergenza di rilievo nazionale, di durata di sei mesi, termine poi più volte prorogato. L'art. 5 del d.lgs. n. 1 del 2018 attribuisce al Presidente del Consiglio i poteri di ordinanza in materia, da esercitarsi, salvo diversa previsione contenuta nella deliberazione dello stato di emergenza, per il tramite del Capo del dipartimento della protezione civile. Ciò che conta in particolare evidenziare è quanto disposto nell'art. 25 ovvero che, ai fini

---

[23] Così F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali*, cit., 338.

[24] Cfr. Corte cost., sent. n. 37 del 2021, punto 10 del *Cons. in dir.*, v. *infra*, nt. 66.

[25] M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Riv. AIC*, 2/2020, *www.rivistaic.it*, 109 ss.

dell'emanazione delle ordinanze di protezione civile, sia «acquisita l'intesa delle Regioni e Province autonome territorialmente interessate».

La seconda catena procede invece da fonti *ad hoc*, approvate per far fronte all'emergenza Covid-19; essa diparte da decreti-legge, per poi proseguire attraverso d.p.c.m., ordinanze regionali e locali. Questa seconda filiera[26] ha trovato la sua prima concretizzazione nel decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 (convertito con modificazioni in l. n. 13/2020), il quale ha individuato nei d.p.c.m. – da adottarsi «sentiti» i Presidenti di Regione o il Presidente della Conferenza delle Regioni a seconda della estensione territoriale delle misure adottate – lo strumento centrale per l'assunzione di misure di contrasto al Covid-19. Nello stesso decreto si prevedeva poi che «nelle more dell'adozione dei d.p.c.m.», e «in casi di estrema necessità ed urgenza» le misure di contenimento e gestione dell'emergenza potessero essere prese dal Presidente della Regione o dal Sindaco[27], conformemente a quanto previsto negli artt. 32 della l. n. 833/1978, 117 del d.lgs. n. 112 del 1998 e 50 del TUEL.

Prima di scandagliare i tanti aspetti di problematicità sollevati da tale previsione, va ricordato che, sempre a livello di legislazione ordinaria, la legge

---

[26] All'interno della quale dovrebbero ulteriormente distinguersi decreti-legge "originari", sui quali si fondano fonti non solo statali derivate, e decreti-legge che, seppure sempre motivati dalla pandemia, hanno invece un contenuto specifico. Così R. ROMBOLI, *L'incidenza della pandemia da Coronavirus nel sistema costituzionale italiano*, in *Consulta OnLine*, III/2020, *www.giurcost.org*, 516.

Come evidenzia poi F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali*, cit., 343, già da tempo la prassi ci ha «abituato ad episodi di intreccio tra poteri emergenziali di protezione civile ed utilizzo a fini necessitati della decretazione d'urgenza in una confusione di ruoli e, quindi, di effetti», su cui v. in particolare, A. CARDONE, *La «normalizzazione» dell'emergenza*, cit., 173 ss.

[27] In sede di conversione in legge si è precisato che le misure adottate perdono efficacia se non sono comunicate al Ministro della salute entro ventiquattro ore dalla loro adozione.

n. 833 del 1978[28] conferisce tanto al Ministro della salute quanto ai Presidenti di Regione e ai Sindaci il potere di emanare ordinanze di carattere contingibile e urgente in materia di igiene e sanità pubblica. E, in effetti, su questa base, già prima della dichiarazione dello stato di emergenza e della emanazione del d.l. n. 6/2020, si era attivata un'altra filiera regolativa costituita principalmente da ordinanze ministeriali.

Di queste tre catene regolative, la seconda è stata di gran lunga la più corposa e meno lineare. V'è da dire, infatti e al netto di molte altre questioni problematiche[29], che, facendo leva sul meccanismo di cui all'art. 3, co. 2, del

[28] Con riferimento alle ordinanze in materia di igiene e sanità pubblica *ex lege* n. 833/78, secondo F. BILANCIA, *op. ult. cit.*, 338, il quadro normativo «laddove correttamente applicato nel rigoroso rispetto delle competenze assegnate e di un corretto esercizio delle proprie funzioni in ossequio al principio di leale collaborazione non lascerebbe eccessivi spazi a confusioni o invasioni di competenze, né tanto meno genererebbe dubbi circa la necessità, oggi, di interventi di riforma per ristabilire equilibri».

Parzialmente diverso il giudizio di G. SCACCIA, C. D'ORAZI, *La concorrenza tra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione,* in *Forum* di *Quad. cost.*, 3/2020, 114, secondo i quali le difficoltà emerse sono imputabili «anche all'assenza di una disciplina costituzionale specifica delle crisi sanitarie che definisca chiarezza di ruoli e di responsabilità di ciascun attore coinvolto».

[29] Come la torsione del decreto-legge da strumento di risposta diretta all'emergenza a mezzo di delega (v. G. DELLEDONNE, C. PADULA, *Accentramento e differenziazione nella gestione dell'emergenza pandemica*, in *Le Regioni*, 4/2020, 759); la sostanziale delega in bianco conferita a non meglio precisate «autorità competenti» anche per misure diverse da quelle elencate nel decreto; la discussa natura dei d.p.c.m. e la loro riconduzione al sistema delle fonti del diritto, su cui si vedano Consiglio di Stato, sez. I, parere 13 maggio 2021 n. 850 e le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Giudice di pace di Frosinone e aventi ad oggetto i decreti legge n. 6 e n. 19 del 2020, entrambi convertiti in legge, i quali, secondo il

d.l. n. 6/2020, nelle more dell'adozione dei d.p.c.m., sono intervenute diverse ordinanze contingibili e urgenti approvate da Presidenti di Regione e Sindaci, ma non sempre in ambiti di sicura competenza regionale o comunale e neppure sempre giustificate da specifiche situazioni di aggravamento del rischio sanitario[30]; inoltre la sequela avviata con il d.l. n. 6 si è contraddistinta per una collaborazione tra centro e periferia più attenuata e fragile rispetto a quella configurata nelle altre due[31].

Per rimediare alle sovrapposizioni, determinate dal difficile coordinamento tra le previsioni del d.l. n. 6/2020 e i poteri di ordinanza esercitati sulla base delle altre fonti primarie richiamate, e alla confusione che tutto ciò aveva ingenerato nei cittadini, il successivo decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 (convertito con modificazioni in l. n. 35/2020), ha fissato più precise condizioni e limiti del potere di ordinanza regionale e sindacale. Oltre a prevedere che i d.p.c.m. dovessero essere assunti successivamente all'acquisizione del parere dei Presidenti di Regione, l'art. 3 ha consentito alle Regioni di introdurre, nelle more dell'adozione degli stessi e con efficacia limitata fino a tale momento, misure ulteriormente restrittive per far fronte a specifiche situazioni sopravvenute di aggravamento del rischio sanitario verificatesi nel loro territorio o in una parte di esso, ma esclusivamente nell'ambito delle attività

---

rimettente, avrebbero delegato al Presidente del Consiglio una funzione sostanzialmente legislativa pertanto in contrasto con gli articoli 76, 77 e 78 Cost.

[30] A. MORELLI, *I rapporti tra i livelli di governo alla prova dell'emergenza sanitaria*, in *Quad. cost.*, 4/2020, 749.

[31] Cfr. E. LONGO, *Episodi e momenti del conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da COVID-19*, in *Oss. sulle fonti*, fasc. spec. 2020, *www.osservatoriosullefonti.it*, 379, ma *passim*, il quale ha parlato di un assetto centripeto a ridotta leale collaborazione.

di loro competenza e senza incisione delle attività produttive[32] e di quelle di rilevanza strategica per l'economia nazionale.

Nonostante i tentativi di perfezionamento di questo sistema "a ventaglio", con automatico ma per nulla scontato esaurimento di efficacia degli atti regionali adottati «nelle more» dell'approvazione dei d.p.c.m., esso ha

[32] Particolarmente nota è stata la vicenda che ha preso le mosse dall'adozione da parte della Presidente della Regione Calabria dell'ordinanza 29 aprile 2020 n. 37 (adottata ai sensi dell'art. 32, l. n. 833/1978) con la quale, contrariamente a quanto disposto dal Governo, si permetteva la riapertura delle attività di ristorazione e somministrazioni di alimenti e bevande con servizio al tavolo all'aperto (Cfr. U. ADAMO, S. GAMBINO, W. NOCITO, *La Regione Calabria, il DPCM del 26 aprile e le "Ordinanze Santelli" nn. 37 e 38 alla luce di una non trovata leale collaborazione*, in *Astrid Rassegna*, 7/2020, *www.astrid-online.it*). Il giudice amministrativo (TAR Catanzaro, sez. I, 9 maggio 2020 n. 841) ha dichiarato l'illegittimità di questa ordinanza, in quanto emanata in carenza di potere per incompetenza assoluta, spettando al Presidente del Consiglio dei ministri individuare le misure necessarie a contrastare la diffusione del Covid-19, mentre alle Regioni è dato intervenire solo nei limiti delineati dall'art. 3, co. 1, d.l. n. 19/2020, che nel caso di specie non risultano integrati.

continuato a mostrare vistose crepe[33]. Riprova di ciò può trovarsi anche nel ricorrente ricorso alla "sanatoria" degli atti nel frattempo emanati[34].

È innegabile che l'atteggiamento assunto dallo Stato, specie nel corso della cd. prima ondata di contagi, sia stato caratterizzato da una logica fortemente uniformante. Nonostante l'iniziale impatto asimmetrico dell'epidemia nei territori delle diverse Regioni italiane, a partire dall'adozione del d.l. n. 6/2020, il Governo ha intrapreso un percorso di regolazione dell'emergenza epidemica, non solo creato *ad hoc*, ma anche fortemente centralizzato e a

---

[33] La casistica ci ha restituito un quadro fortemente frammentato: in molti casi alcune ordinanze regionali hanno superato i presupposti (tutt'altro che chiari) originariamente fissati nel d.l. n. 6/2020, già precisati in sede di conversione in legge e poi meglio specificati nel successivo d.l. n. 9/2020; altre ordinanze non sono state fondate su situazioni di aggravamento sopravvenute; o perché hanno conservano un'efficacia che ha superato il momento di adozione dei d.p.c.m. o perché hanno adottano misure non ricomprese nel catalogo dei decreti-legge "originari" o non hanno adottato misure ulteriormente restrittive, ma misure volte ad affievolire quelle di cui ai d.p.c.m.

Secondo G. DELLEDONNE, C. PADULA, *Accentramento e differenziazione,* cit., 771, nella prassi si è «fatta strada una lettura "generosa" dell'estensione temporale del potere, riconosciuto ai Presidenti delle Regioni, di adottare ordinanze per fronteggiare l'emergenza sanitaria. A tale strumento si è fatto ampio ricorso, in termini sia quantitativi sia qualitativi, per tutta la durata della fase acuta dell'emergenza. Si sono innestate su questo dato quelle ipotesi interpretative, sostenute da una parte della dottrina, secondo cui il periodo di mora menzionato all'art. 3, co. 2, del d.l. 6/2020 fa riferimento non a un singolo d.P.C.M., ma all'insieme dei decreti adottati per fronteggiare la pandemia». Sul punto G. BOGGERO, *Le "more" dell'adozione dei DPCM sono "ghiotte" per le Regioni. Prime osservazioni sull'intreccio di poteri normativi tra Stato e Regioni in tema di Covid-19*, in questa *Rivista*, 1/2020.

[34] Cfr. G. DELLEDONNE, C. PADULA, *op. ult. cit.*; F. RUGGIERO, A. BARTOLINI, *Sull'uso (e abuso) delle ordinanze emergenziali regionali*, in *Giustizia insieme*, *23* aprile 2020, *www.giustiziainsieme.it*.

direzione monocratica, sostanzialmente concretatosi nell'adozione di misure fortemente restrittive degli spazi di esercizio di molti diritti costituzionali. È senz'altro vero e nient'affatto trascurabile che tale impostazione abbia mortificato l'autonomia regionale e la capacità di queste di assumere misure calibrate sulla specificità della situazione epidemiologica in atto negli specifici territori di riferimento. Tuttavia, a noi sembra che varie ragioni[35] possano aver giustificato un'azione centralizzata e uniforme. In primo luogo, determinante è stata l'esigenza, costituzionalmente fondata, di salvaguardare la salute non soltanto degli individui colpiti dal Covid-19, ma anche dell'intera collettività nazionale. In secondo luogo, specie nel corso della prima ondata, l'azione di tutte le istituzioni politiche è stata resa più difficoltosa dalla assoluta novità (anche se non totale imprevedibilità[36]) del fenomeno. Le incertezze riguardo i successi sviluppi dell'epidemia[37], ma anche la constatazione

---

[35] E così anche 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*, 162.

[36] Cfr. R. DE MARIA, *Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Italia: una* défaillance *di sistema*, in *Riv. trim. sc. amm.*, 2/2020, 1 ss.

[37] C. PINELLI, *Il precario assetto delle fonti impiegate nell'emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti fra Stato e Regioni*, in *www.amministrazioneincammino.it*, 29 aprile 2020.

Invero aspetti di profonda incertezza e confusione sono stati determinati non solo dalle preesistenti scarse conoscenze scientifiche sul nuovo coronavirus, ma anche da difetti connessi all'uso dei canali comunicativi e informativi. Al riguardo si è correttamente parlato di una vera e propria «infodemia», su cui si veda F. MEOLA, *Sull'infodemia* "coronovirale", in AA.VV., *L'emergenza pandemica da Covid-19 nel dibattito bioetico*, a cura di L. Chieffi, t. II, Milano-Udine 2021, 323 ss.

In giurisprudenza, sul tema della trasparenza e della corretta comunicazione ai cittadini, v. TAR Lazio 22 luglio 2020 n. 8615 e il decreto del Presidente della Sezione III del

della carenza di strutture, personale e persino elementari dispositivi di protezione personale – non solo tra la popolazione, ma anche tra il personale sanitario e persino in quei sistemi che fino a quel momento si erano contraddistinti per capacità gestoria e organizzativa dei rispettivi servizi sanitari –, associati alla consapevolezza che qualora il coronavirus si fosse diffuso in Regioni con sistemi sanitari meno virtuosi le avrebbe portate al collasso più rapidamente e in termini ancora più drammatici, hanno spinto a una centralizzazione, la quale, almeno per queste ragioni, pare tutt'altro che irragionevole.

Ma soprattutto, va detto che la stretta sui poteri regionali, allentatasi molto lentamente, è stata mossa anche dalla volontà di evitare che l'efficacia delle misure statali potesse «essere "ridotta" da iniziative concorrenti delle Regioni»[38], il che è quanto effettivamente accaduto fin dai primi passaggi della catena regolatoria.

In effetti, la filiera inaugurata dal d.l. n. 6/2020 ha dato luogo a un'altissima conflittualità tra Stato e Regioni, talvolta sfociata in sede giurisdizionale. Ad alimentarla ha contribuito però non solo lo Stato, il quale ha certamente assunto un atteggiamento centripeto talvolta esplicitatosi in termini non chiari e lineari, ma anche le Regioni, molte delle quali si sono contraddistinte per l'assunzione di posizioni marcatamente "ribelli", tutt'altro che ispirate alla leale collaborazione o mosse dalla volontà di superare le criticità dell'impalcatura normativa eretta dallo Stato. Fin dagli esordi della epidemia si sono diffusi "proclami"[39] dei Presidenti regionali e sono state assunte

Consiglio di Stato (31 luglio 2020 n. 4574), in forza dei quali sono stati resi conoscibili, tramite accesso civico, i pareri adottati dal Comitato tecnico scientifico nominato ai sensi del decreto-legge 8 aprile 2020 n. 23.

[38] Così E. LONGO, *Episodi e momenti*, cit., 392.

[39] Si ricorderanno, anche per le modalità comunicative, le dichiarazioni di alcuni Presidenti che annunciavano di "chiudere le frontiere"; l'intenzione manifestata dal Presidente della Regione Puglia di "bloccare la vendita" a ospedali del Veneto di dispositivi e

concrete iniziative, compresa l'approvazione di vere e proprie «leggi di reazione»[40], che, osservate nel loro insieme e al netto di alcuni interventi regionali necessari e giustificati, paiono essere state mosse dalla sola volontà di contrastare e criticare *a priori* le decisioni assunte dal centro, rilevando però così una scarsa attenzione, da parte dei governi regionali, per le esigenze di unità della Repubblica e quelle della solidarietà.

Nel corso della cd. fase 1 della epidemia gli episodi di maggiore conflittualità sono stati originati più che dalla rivendicazione di spazi di differenziazione regionale, in vista della mitigazione delle misure restrittive assunte dal Governo, da una tendenza al loro inasprimento[41]. Si potrebbe sostenere, a tal riguardo, che i governi regionali si siano fatti portavoce di un'esigenza di prioritaria salvaguardia della salute collettiva; tuttavia, se ci si spinge ad una più attenta analisi, non sempre le più restrittive misure regionali paiono rispondere a fondate e concrete ragioni precauzionali e a finalità di prevenzione della salute collettiva. Piuttosto, in molti casi, esse sembrano

attrezzature sanitari prodotti da un'impresa locale; fino alla nota ordinanza del Sindaco di Messina di chiusura dell'omonimo Stretto e le delibere, poi annullate dal Prefetto, con cui i Sindaci di alcuni tra i Comuni di Ischia hanno ritenuto di adottare divieti di ingresso e circolazione nei confronti dei "cittadini del Nord".

[40] Come definite da R. BIN, *Sulle «leggi di reazione»*, in *Le Regioni*, 6/2004, 1374.

[41] Il meccanismo ha mostrato vistose crepe fin dall'inizio: si v. almeno il caso della Regione Marche e l'ordinanza "preventiva" del Presidente della Regione, approvata dopo solo due giorni dall'entrata in vigore del d.l. n. 6/2020 e successivamente annullata dal giudice amministrativo (la complessa vicenda è accuratamente ripercorsa da G. DI COSIMO, G. MENEGUS, *La gestione dell'emergenza coronavirus tra Stato e Regioni: il caso Marche*, in *Biolaw Journal - Rivista di Biodiritto*, 2/2020, *rivista.biodiritto.org*); il susseguirsi convulso di ordinanze recanti misure più stringenti di quelle disposte con i d.p.c.m. sul territorio nazionale o anche prima della adozione degli stessi, come accaduto nella Regione Campania, dove però tutte queste ordinanze regionali hanno superato il vaglio del giudice amministrativo.

rispecchiare soprattutto, se non solo, la volontà di protagonismo di questo o quel Presidente, funzionale alla captazione del consenso elettorale, se non proprio a rivelare più deprecabili egoismi locali.

Più diffuse rivendicazioni da parte regionale nella direzione dell'allentamento dei limiti fissati uniformemente al centro hanno iniziato a manifestarsi durante la progettazione della c.d. fase 2, quando, a fronte di una graduale, e per alcune forze politiche troppo timida, riapertura delle attività sociali, commerciali e turistiche, alcune Regioni hanno tentato di accelerare tale processo, anche se altre ancora, riprendendo o imitando iniziative o meri proclami già fatti nella c.d. fase 1 – e rispetto ai quali lo Stato ha, per lo più, assunto un atteggiamento di tolleranza[42] – hanno continuato a limitare l'ingresso e la circolazione nei propri territori[43]. Tutto ciò ci porta a sostenere che alla innegabile volontà dello Stato di accentrare si sia spesso accompagnata la mancata volontà di alcune Regioni di collaborare, con la paralisi delle sedi di confronto istituzionale.

Un primo e più significativo rimodellamento delle relazioni tra livelli di governo è stato realizzato con il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 (convertito in l. n. 124/2020), che, dando avvio alla fase 2 di allentamento delle misure restrittive, ha riconosciuto alle Regioni il potere di adottare anche misure ampliative e non solo restrittive (art. 1, co. 16), venendo così incontro alle richieste di allargamento degli spazi di differenziazione regionale e di maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione delle stesse nell'assunzione di risposte alla crisi sanitaria, ma anche economica e sociale. In particolare,

---

[42] V. *infra*, paragrafo successivo.

[43] Si v. le ordinanze del Presidente della Regione Sardegna che prevedevano tamponi molecolari obbligatori ai viaggiatori che sbarcassero in quella Regione autonoma della Sardegna con ogni mezzo, su cui Consiglio di Stato, decreto 10 marzo 2021 n. 1224; al riguardo cfr. anche T.E. FROSINI, *Editoriale. Le Regioni colorate e differenziate: come combattere la pandemia nei territori?*, in questa *Rivista*, 2/2021.

l'art. 1, co. 14, del d.l. n. 33/2020 ha fatto gravare proprio sulle stesse l'onere di adottare «protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio» per la ripresa delle attività economiche, produttive e sociali. Lo Stato centrale si è dunque ritratto, imponendo il rispetto di principi sanitari generalissimi entro i quali si è consentito alle autonomie territoriali, in ossequio al principio di differenziazione, di intervenire più incisivamente e tenuto conto delle specifiche esigenze locali.

Sul finire di una stagione estiva sostanzialmente priva di limitazioni e contraddistinta dall'emersione più massiccia di opinioni negazioniste e complottiste (nient'affatto da confondersi con posizioni di critica, anche forte, nei riguardi delle decisioni assunte dalle autorità pubbliche[44]) e soprattutto contrassegnata da un più celato, ma diffuso atteggiamento egoistico, poco attento a preservare i più fragili, all'inizio dell'autunno, la nuova repentina impennata dei contagi, questa volta su tutto il territorio nazionale e seppur in maniera sempre più forte in alcune parti di esso, ha indotto il Governo ad adottare nuove misure attuative dei decreti-legge nn. 19 e 33 del 2020 e di limitare la facoltà delle Regioni di adottare misure ampliative[45]. Con il d.p.c.m. 3 novembre 2020 l'Esecutivo nazionale ha però mutato l'approccio, consentendo l'adozione di misure volte al contenimento del contagio differenziate a seconda della gravità del livello di diffusione dello stesso e del relativo rischio, nonché della capacità dei singoli sistemi regionali di farvi fronte. Il sistema della "zonizzazione a colori"[46], oltre a perseguire l'obiettivo di

[44] Come avverte M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto,* cit., 141, è indispensabile tenere «alta la guardia» sulla protezione di tutti i diritti costituzionali, evitando di assuefarsi a rigorose limitazioni, per far sì che si possano prevenire e respingere misure, di vecchio o nuovo conio, volte al disciplinamento dei corpi e al controllo biopolitico della vita.

[45] V. D.L. 7 ottobre 2020 n. 125.

[46] Ancora operativo, ma con i nuovi criteri volti a definire lo scenario di rischio di cui al d.l. n. 65 del 2021.

salvaguardare l'esercizio di altri diritti, fortemente anche se non irragionevolmente limitati nel corso della prima ondata, avrebbe dovuto garantire maggiori spazi di differenziazione regionale, entro i limiti però in cui questi non avessero impedito un'efficace azione di contrasto alla pandemia. Un simile modello, in linea di principio più attento anche alla preservazione dell'autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni e conforme ai principi costituzionali di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, a loro volta espressione di principi supremi, avrebbe richiesto una genuina leale collaborazione tra livelli di governo, "a monte", e cioè in fase di definizione delle misure, e "a valle", in fase di attuazione. Questa collaborazione, invece, è parsa mancare anche in questo frangente, vuoi per il perpetrarsi di accuse reciproche tra attori politici e diversi livelli di governo, vuoi per il malfunzionamento della raccolta e valutazione dei dati necessari per la classificazione in zone, vuoi ancora per la scelta di ripetere, almeno durante le festività natalizie e pasquali, un uniforme sistema di rigorose restrizioni, nonché, infine, per il faticoso avvio della campagna vaccinale. Al netto delle tante criticità a quest'ultimo riguardo avanzabili – a cominciare dalla pessima modalità di comunicazione politica e di informazione scientifica ai cittadini su benefici e rischi connessi alla sottoposizione ai vaccini, ulteriore sintomo di un tormentato rapporto tra politica, diritto e scienza medica che, proprio in ambito vaccinale e sul versante dei rapporti tra Stato e Regioni, anche in un recente passato[47] non aveva mancato di manifestarsi –, merita di essere segnalato che pure le relazioni istituzionali indispensabili per lo svolgimento della

Su questo sistema v. P. COLASANTE, *La zonizzazione "cromatica" delle Regioni italiane a seconda del livello di rischio di contagio da COVID-19: quale ruolo per i Presidenti di Regione nella "anticipazione" dei provvedimenti di competenza del Ministro della Salute?*, in *Dirittoesalute*, 3/2020, *www.dirittoesalute.org*; e T.E. FROSINI, *Editoriale*, cit.

[47] Cfr. Corte cost., sent. n. 5/2018.

campagna vaccinale anti-Covid-19 sono state contrassegnate da accuse reciproche[48] (che hanno investito pure le istituzioni dell'UE), da una certa tolleranza da parte dello Stato nei riguardi di improvvide dichiarazioni dei Presidenti regionali – il cui «ruggito»[49] ha, nel caso di specie, accompagnato dichiarazioni di reperimento autonomo di alcuni vaccini, superando i limiti derivanti dalle procedure di validazione disposte a livello europeo e dagli accordi ivi stipulati con le aziende produttrici per l'approvvigionamento –, come pure da una protratta inerzia di fronte a manifeste e accertate incapacità da parte regionale di organizzazione e gestione delle vaccinazioni nei rispettivi territori, a cominciare dalla definizione dei meccanismi di prenotazione, per finire alla determinante questione della fissazione degli ordini di priorità nella somministrazione, passando per le alterne sorti che sono state

[48] Come si preciserà nel prosieguo, i toni si sono decisamente abbassati con l'insediamento del Governo presieduto da Mario Draghi, che ha provveduto tra l'altro a nominare un nuovo Capo del Dipartimento della protezione civile e un nuovo Commissario straordinario.

[49] Chiaro è il riferimento al noto lavoro di R. BIN, *Il ruggito del Governatore*, in *Le Regioni*, 3-4/2000, 467 ss.

Sembra del resto incontrovertibile che il protagonismo conflittuale manifestatosi specie nel corso della pandemia da parte molti Presidenti di Regioni – e pur con le dovute differenze non poco dipendenti anche da caratteristiche personali, oltre che dagli orientamenti partitici di appartenenza – sia da ricondurre, in un'ultima analisi, al meccanismo di elezione diretta degli stessi prefigurato nella legge costituzionale n. 1 del 1999 e confermato nei rispetti Statuti, seguendo un modello mai messo in discussione. Come argutamente sostiene A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, cit., 164: «Significativa è la circostanza che, in un momento come quello attuale, nel quale l'indice di gradimento delle Regioni è probabilmente al suo minimo storico, molti mettono in discussione la stessa esistenza delle Regioni, ma non l'elezione diretta dei loro presidenti».

riservate al vaccino della casa anglo-svedese AstraZeneca, tanto in occasione della somministrazione della prima dose, quanto della seconda.

Con l'insediamento del Governo Draghi, dopo una peculiare crisi di governo, nella quale il tema della gestione dell'emergenza è stato ovviamente al centro del dibattito, si è registrato un significativo raffreddamento dello scontro tra centro e periferia. Com'è stato giustamente notato[50], questa mitigazione dei toni è stata determinata non già da un sostanziale cambio di passo del Governo in carica sulle modalità di gestione della crisi e da una maggiore attenzione per le ragioni dell'autonomia territoriale, quanto piuttosto dal «fatto che la maggior parte delle forze politiche che durante il Governo Conte II facevano parte dell'opposizione a livello nazionale (e contemporaneamente amministravano alcune delle Regioni che più frequentemente erano state protagoniste di prove di forza con tale Governo), sono entrate a far parte della più ampia coalizione che sostiene il nuovo Esecutivo». Questa circostanza ha probabilmente inciso anche su un altro aspetto, che può, invece e a buona ragione, ritenersi un sostanziale cambio di passo nelle forme di gestione della emergenza da Covid-19, e cioè che, a partire dall'approvazione del d.l. 1° aprile 2021, n. 44, sia stata attratta nella sfera collegiale del Consiglio dei ministri, sottraendola ai d.p.c.m., la possibilità di adottare specifiche misure di contenimento della epidemia.

Peraltro, nel periodo più recente, anche la decisione di introdurre il *Green Pass*, che pure ha sollevato un animato dibattito, non pare invece aver incontrato una serrata e aprioristica opposizione da parte dei governi regionali e locali.

[50] P. MASALA, *I diritti fra Stato e Regioni*, cit., 166.

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

4. *Una necessaria contestualizzazione dei rapporti tra Stato e Regioni durante la pandemia per analizzarne i profili di criticità*

Osservate nel loro insieme e pur a fronte delle oscillazioni che le hanno attraversate nell'evolversi del quadro normativo e politico, le relazioni tra lo Stato e le Regioni appiano uno dei campi, investiti dalla pandemia, nel quale la confusione è stata «massima»[51]. Le ragioni sono evidentemente molteplici e complesse; tra queste a noi sembra che alcune meritino di essere rimarcate e approfondite, pur ribadendo che non si tratta delle uniche cause della rilevata confusione.

Ancor prima occorre evidenziare come il moto di accentramento, che ha caratterizzato in maniera particolarmente spiccata la prima fase dell'emergenza dando luogo a molti rilievi critici, sia stato comune a tutti gli Stati a struttura composta[52]. Esso ha trovato la propria giustificazione nell'eccezionalità del contesto di riferimento, nella necessità di svolgere un'efficace e tempestiva azione di contrasto alla pandemia – la quale, in molti casi, ha richiesto molto di più del coordinamento dell'azione svolta nei singoli territori–, nonché nella esigenza di evitare ulteriori differenziazioni tra cittadini a seconda della loro localizzazione territoriale, considerato che gli esiti del bilanciamento tra interessi costituzionali non possono che essere uniformi sull'intero territorio nazionale[53]. Inoltre, e come già sommariamente enunciato, la logica, pur fortemente restrittiva di altri interessi, ugualmente di rilievo costituzionale, che ha sorretto almeno la prima (ed efficace) risposta

[51] M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti*, cit., 130.

[52] Cfr. L. CUOCOLO (*a cura di*), *I diritti costituzionali di fronte all'emergenza Covid-19. Una prospettiva comparata*, in *Federalismi.it*, *Osservatorio emergenza Covid-19 n. 1*, 2020, *www.federalismi.it*.

[53] Così anche Corte cost., sent. n. 37/2021.

istituzionale alla diffusione del contagio e alle tante morti, è stata quella della solidarietà nazionale e della preservazione dei soggetti più deboli.

Deve però precisarsi che se questa risposta, pur di straordinario rigore e fortemente centripeta, è anche a noi parsa inevitabile e giustificata nei primi mesi della pandemia, ciò non può egualmente sostenersi con il protrarsi della crisi sanitaria, tanto per la maggiore (anche se ovviamente mai piena) consapevolezza sugli andamenti della epidemia, tanto per il fatto che alcune misure, eventualmente da perfezionare o correggere, erano già state assunte, quanto anche perché l'estensione di un'altrettanta virulenta crisi economica e sociale, avrebbe richiesto, non meno della prima, azioni conformi al principio di solidarietà. Evidentemente poi, anche le ragioni, costituzionalmente fondate, dell'autonomia, come quelle dell'unità, non possono continuare a essere sacrificate sull'"altare dell'emergenza", tanto più se si considera che esse, nel corso di un'altra recente crisi, quella economico-finanziaria del primo decennio del XXI secolo, avevano già subito considerevoli sacrifici; ed è questo uno scenario che molto probabilmente si ripeterà e protrarrà, quando, terminata l'emergenza sanitaria, si renderà necessario, per molti anni, rimediare alla crisi economica e sociale scatenata dal Covid-19[54].

Inoltre, la grande confusione e conflittualità manifestatasi tra Stato e Regioni nel corso della pandemia è il riflesso, per niente sfocato, dell'endemica incertezza che ancora contraddistingue l'esperienza del regionalismo italiano, ad oramai 50 anni dall'avvio della stessa, dopo il lungo ritardo nell'attuazione del Titolo V della Parte seconda della Costituzione. Se quello antecedente alle riforme degli anni '90 e di inizio secolo era stato autorevolmente definito un

[54] Cfr. F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali*, cit., 350, il quale osserva che «ogni esperienza di grave crisi finanziaria, soprattutto quando aggravata da fenomeni di interconnessione e dipendenza dai mercati e dalle istituzioni finanziarie europee e nella dimensione globale» conduce sempre a un riaccentramento.

regionalismo «senza modello»[55], tale condizione è perdurata anche dopo quelle riforme, oggetto di molte speranze, ma anche di critiche, le quali si sono vieppiù moltiplicate nel corso della loro "messa in opera", invero a oggi non conclusa. In effetti e non soltanto negli anni più recenti, in Italia è riscontrabile una marcata tendenza «all'uso congiunturale dell'autonomia»[56], che ha condotto a vistose oscillazioni del pendolo ma principalmente tra due poli estremi[57], impedendo così di trovare o almeno sperimentare punti di equilibrio tra le esigenze di unità e le istanze autonomistiche, coessenziali in un ordinamento costituzionale unitario, ma composto. Infatti, molti aspetti di incertezza relativi ai rapporti tra centro e periferia, rivelatisi nel corso nella gestione della pandemia, rispecchiano radicate ed endemiche difficoltà del sistema, oltremodo ricorrenti proprio in politiche complesse[58]. Specie in questi ambiti, nei quali può annoverarsi in termini emblematici la politica sanitaria[59], il riparto delle competenze legislative e i confini delle medesime

[55] M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, 5/1994, 1334 ss.

[56] A. MORELLI, *Le relazioni istituzionali*, Testo riveduto e aggiornato della relazione tenuta al XXXIII Convegno AIC su *La geografia del potere. Un problema di diritto costituzionale*, Firenze 16-17 novembre 2018, in *Riv. AIC*, 3/2019, *www.rivistaic.it*, 114 ss.; ID., *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, cit., 156.

[57] Così A. DEFFENU, S. PAJNO, *Il regionalismo italiano a vent'anni dalla riforma del Titolo V: prime riflessioni*, in *Le Regioni*, 1-2/2021, 86 ss.

[58] C. BUZZACCHI, *Le Regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Riv. AIC*, 1/2021, *www.rivistaic.it*, 284 s.

[59] Basti ricordare, a riprova di una connaturata complessità oggettiva e soggettiva, la definizione di SSN di cui all'art. 1, co. 3, della legge istitutiva, ai sensi del quale «l'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini», come anche la nuova formulazione dell'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992, introdotta dall'art. 1 del d.lgs. n. 229/1999 («il Servizio sanitario

scontano non solo le note difficoltà derivanti dall'applicazione del criterio rigido dell'elencazione materiale e della distinzione principio-dettaglio, ma anche quelle scaturenti dalla mancata istituzionalizzazione dei meccanismi di raccordo tra livelli di governo, senza contare che, anche sul piano delle funzioni amministrative, pesano i ritardi nell'attuazione dell'autonomia finanziaria delle Regioni.

Prima di esaminare più nello specifico se le relazioni tra Stato e Regioni, per come concretamente atteggiatesi nel corso di questa pandemia, siano fuoriuscite dai binari costituzionali, occorre poi considerare che, nello specifico ambito sanitario, quelle relazioni hanno un "pregresso", non sempre lineare e brillante, attraversato com'è da altri e più specifici aspetti di problematicità, rispetto ai quali occorre quantomeno domandarsi come essi abbiano reagito e si siano combinati con quelli venuti in rilievo durante l'epidemia da Covid-19.

Un momento di snodo nelle relazioni istituzionali è certamente rappresentato dalla sentenza n. 37 del 2021 della Corte costituzionale, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità di diversi articoli della legge della Regione Val d'Aosta 9 dicembre 2020 n. 11, che tracciavano un modello di gestione dell'emergenza da Covid-19 nel territorio regionale alternativo e anche solo potenzialmente confliggente con quello disegnato dallo Stato.

La decisione in parola rileva, in particolare, per le affermazioni ivi contenute quanto ai titoli di competenza statali e regionali determinanti per la gestione dell'emergenza sanitaria, ma, più a monte essa riveste una valenza sistemica rappresentando, a oggi, la più significativa occasione attraverso la quale la Consulta ha avuto modo di vagliare la compatibilità costituzionale

nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale»).

dell'impalcatura normativa eretta per far fronte alla pandemia[60], a fronte di una più copiosa e non meno significativa giurisprudenza amministrativa[61].

Con quella sentenza il giudice costituzionale ha difeso e giustificato la gestione unitaria della crisi pandemica, rimarcando la necessità di una «disciplina unitaria, di matrice nazionale» oltreché un'esigenza di coordinamento rispetto a ogni profilo gestionale. Cuore della decisione è la declaratoria di incostituzionalità della legge regionale valdostana derivante dall'invasione della sfera di competenza legislativa esclusiva dello Stato[62] e, precisamente, della materia «profilassi internazionale» (art. 117, co. 2, lett. *q*), di cui è fornita una lettura ampia[63], delineata in senso oggettivo (e non quale titolo

---

[60] C. CARUSO, *Il regionalismo autarchico è incostituzionale*, cit.

[61] Una sistematica raccolta della giurisprudenza in materia può consultarsi in *https://sites.google.com/uniurb.it/osscovid19/giurisprudenza*.

A ben vedere, rispetto alla mole delle ordinanze regionali (e locali) prodotte, il Governo ha impugnato poche di queste dinanzi alle competenti autorità giurisdizionali; il che potrebbe spiegarsi alla luce dell'automatica perdita di efficacia delle stesse al momento dell'entrata in vigore dei d.p.c.m. Tuttavia, non solo questo meccanismo ha mostrato vistose crepe, ma anche in alcuni casi di palese illegittimità degli atti regionali per esorbitazione degli ambiti di competenze, non è stata intrapresa la via giudiziaria, così come mai il Governo è ricorso al potere sostitutivo *ex* art. 120, co. 2, Cost.

Il Governo sembra aver voluto tollerare in molti casi ordinanze palesemente illegittime o comunque capaci di incrinare la gestione unitaria della pandemia. Difficile comprendere se questo atteggiamento sia dipeso da tatticismo politico, dalla volontà di non acuire gli animi, o anche da una certa confusione su rispettivi compiti che ha investito anche gli organi istituzionali.

[62] Come già affermato nella ordinanza 14 gennaio 2021 n. 4, con la quale la Corte aveva sospeso in via cautelare l'efficacia della legge regionale.

[63] Che ricomprende sia ogni azione legata a evitare la trasmissione della malattia oltre le frontiere nazionali, ma anche altre decisioni rimesse allo Stato, l'adozione di «misure di

competenziale di natura trasversale) e attraverso la ricognizione della legislazione vigente. E su quella base si è ricavato, tra l'altro, il divieto per le Regioni, anche speciali, di «interferire legislativamente con la disciplina dettata dal competente legislatore statale»[64]. Nel ragionamento della Corte a rilevare è non tanto, o meglio non solo, il contenuto della disciplina regionale, quanto l'adozione della legge in sé[65], la quale, surrogando la sequenza di regolazione tracciata dal legislatore statale, ne impone sul territorio valdostano un'altra, autonoma e alternativa (anche di lì a venire[66]), così ostacolando l'immediata applicazione delle misure statali, in un ambito nel quale «la tempestività della risposta all'evoluzione della curva epidemiologica è fattore decisivo ai fini della sua efficacia»[67].

---

quarantena e le ulteriori restrizioni imposte alle attività quotidiane, in quanto potenzialmente fonti di diffusione del contagio, ma anche l'approccio terapeutico; i criteri e le modalità di rilevamento del contagio tra la popolazione; le modalità di raccolta e di elaborazione dei dati; l'approvvigionamento di farmaci e vaccini, nonché i piani per la somministrazione di questi ultimi, e così via».

Criticamente sull'inclusione dell'approccio terapeutico nella materia profilassi internazionale D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *Forum* di *Quad. cost.*, 2/2021, *www.forumcostituzionale.it*.

[64] Punto 9.1. del *Cons. in dir.*

[65] Così C. CARUSO, *Il regionalismo autarchico*, cit., che, a buona ragione, richiamando R. Bin, parla di una legge di reazione.

[66] Come rileva la Corte, il contrasto tra le singole misure adottate dallo Stato e quelle regionali «potrebbe sorgere ad un dato tempo e venire meno in un tempo successivo, o viceversa, a seconda di come evolvano diacronicamente l'ordinamento statale e quello regionale per effetto dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri da un lato, e delle ordinanze del Presidente della Regione dall'altro» (punto 10 del *Cons. in dir.*).

[67] Punto 6.1. del *Cons. in dir.*

In sostanza, la Corte ha smontato la pretesa della Regione Valle d'Aosta – ma che, abbiamo visto, essere stata comune anche ad altre Regioni – di "poter fare da sé", di fornire una risposta alla crisi sanitaria in autonomia, o meglio, secondo una distorta concezione della autonomia. Pur non potendo negare l'esistenza di alcuni passaggi critici nella motivazione della decisione – specie con riferimento alla capacità della materia «profilassi internazionale» di assorbire gli altri titoli competenziali regionali, evidentemente coinvolti nella gestione della pandemia, e all'eccessiva compressione dell'autonomia organizzativa e gestionale regionale[68] –, essa non lascia dubbi in ordine all'esistenza, all'interno del quadro normativo vigente di rilevanti competenze ascrivibili allo Stato ed esercitabili per far fronte a una crisi epidemica[69]. Certo lascia molto perplessi, e lo si ripete, che la riconduzione alla competenza legislativa esclusiva dello Stato della disciplina emergenziale finisca per

[68] In questo senso potrebbe intendersi la riduzione delle strutture sanitarie, in presenza di una crisi pandemica, a mero mezzo attraverso il quale lo Stato può perseguire i propri scopi, anche imponendo loro modalità di conseguimento di obiettivi profilattici, come se si trattasse di autorità periferiche delle amministrazioni centrali e non già di enti autonomi aventi rilevanti competenze da esercitarsi all'interno di un quadro unitario.

[69] La Corte non solo riconosce che il modello di gestione delle emergenze, definito dalla l. n. 833/ 1978, dal d.lgs. n. 112/1998, dal TUEL e dal Codice della protezione civile, vigente al momento dello scoppio della pandemia da Covid-19, è conforme al disegno costituzionale, ma soggiunge che esso «non ne costituisce l'unica attuazione possibile» (punto 9 del *Cons. in dir.*). È, pertanto, consentito al legislatore di introdurre «nuove risposte normative e provvedimenti» tarati su «un'emergenza sanitaria dai tratti del tutto peculiari», quali quelli adottati per la gestione della pandemia ancora in corso. Risulta dunque altrettanto conforme al riparto di competenze sancito in Costituzione anche la catena normativa *ad hoc* elaborata per il contrasto al Covid-19, che muove da d.l., modulabili con d.p.c.m., con conseguente compressione dei poteri di ordinanza, la cui attivazione è limitata nelle more dell'adozione di tali d.p.c.m.

mortificare oltremodo l'autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni, le quali, fuori dai casi di inadempimento e di inadeguato svolgimento dei propri compiti, non possono essere ridotte a meri terminali decentrati dell'azione disposta dal centro. Altrettanti dubbi si nutrono poi sul fatto che il confronto con le Regioni, anche in un ambito riconducibile alla sì preminente competenza legislativa esclusiva dello Stato, possa essere «derubricato a mera "opportunità"»[70]. Infatti, sebbene non si possa negare che talvolta sia parsa molto limitata la stessa volontà di collaborare da parte delle Regioni, la più evidente carenza riscontrata anche nel corso dell'emergenza sanitaria risiede non già nella mancanza di poteri statali, quanto nei «difetti di funzionamento dei moduli di coordinamento tra i diversi livelli di governo, pur in presenza di adeguate disposizioni normative di riferimento»[71].

Con ciò, lungi dal sostenere che l'assetto costituzionale vigente in materia di organizzazione territoriale del potere possa ritenersi pienamente soddisfacente e privo di carenze e che esso sia capace di garantire una risposta adeguata a esigenze consustanziali a una forma di Stato sociale e a un tipo di Stato composto, ci sembra però che solo muovendo da quanto accaduto, si possa decidere dove e come intervenire per rimediare alla debolezza del coordinamento tra livelli di governo. Non si può del resto dubitare sulla necessità

---

[70] Punto 7 del *Cons. in dir.* Lo scadimento della leale collaborazione che si ricava da quella decisione è fortemente criticato da 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*, 16 ss., ma *passim,* che vedono in ciò la ragione principale dell'uso da parte della Corte del «bazooka» della materia «profilassi internazionale», a fronte di altre opzioni sul tavolo che però avrebbero, anche secondo la giurisprudenza della stessa Corte, necessitato del confronto tra Stato e Regioni nelle relative sedi istituzionali.

[71] Così F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali*, cit., 334, e, con altrettanta fermezza, R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare*, cit., 340-341.

di intervenire su questo fronte, considerato che il confronto tra Stato e Regioni è «espressione della leale collaborazione tra gli enti territoriali che è la proiezione istituzionale della solidarietà tra i cittadini»[72] e una condizione ineludibile per l'efficacia e l'effettività dell'azione delle istituzioni, specie in un settore come quello della sanità.

5. *Da dove venivamo?*

Le dinamiche innescate dal Covid-19, pur con le loro peculiarità, non possono essere adeguatamente colte e valutate se non si tiene parimenti conto delle contrapposte spinte e pulsioni centralistiche e autonomistiche che accompagnano tutta l'esperienza del regionalismo italiano, come pure, e in maniera particolarmente visibile, il nostro sistema sanitario[73]. E pertanto, senz'affatto cedere alla tentazione di sovrapporre il contesto emergenziale a

[72] E. D'ORLANDO, *Emergenza sanitaria e Stato regionale: spunti per una riflessione*, in *Oss. sulle fonti*, 2/2020, *www.osservatoriosullefonti.it*, 585; più ampiamente sulle diverse implicazioni del principio solidaristico A. APOSTOLI, *Il consolidamento della democrazia*, cit., *passim*, in risposta anche alla crisi che investe tale valore fondamentale della democrazia (ID. *La svalutazione del principio di solidarietà. Crisi di un valore fondamentale per la democrazia*, Milano 2021).

[73] Si è avanzata l'ipotesi da parte di S. NERI, *Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2/2020, 247 che queste spinte, sebbene contraddittorie, siano connesse tra loro; in particolare, la compressione dell'autonomia regionale cui ha teso, deliberatamente o meno, l'azione statale soprattutto dopo la crisi economica e finanziaria del 2008-09 può avere provocato una reazione da parte di quelle Regioni di per sé più propense a rivendicare i propri spazi di autonomia e che hanno garantito, nel corso degli anni, una condizione di equilibrio finanziario nel proprio servizio sanitario regionale.

quello ordinario[74], può rivelarsi particolarmente utile ripercorrere le principali tappe di evoluzione della sanità italiana, per comprendere se e quali deviazioni erano già in corso prima della pandemia e quali i problemi sul tappeto. Come rimarcato da attenta dottrina[75], non è possibile valutare l'assetto dei rapporti tra Stato e Regioni e l'impatto della pandemia sulla sanità italiana, prescindendo dal "prima" ovvero dallo *status quo ante* del sistema sanitario, dal quale occorre prendere le mosse per esaminare il "durante" e di lì provare a immaginare il "dopo". Solo percorrendo un simile tragitto è possibile risalire alle cause di alcune deviazioni e disfunzioni resesi più evidenti o acuitesi durante l'emergenza sanitaria.

Già all'indomani dello scoppio della pandemia, specie l'analisi dei rapporti tra Stato e Regioni ha registrato una più accentuata polarizzazione[76] tra quanti, pur con diverse sfumature, hanno caldeggiato un riaccentramento delle competenze in materia sanitaria e quanti, invece, hanno denunciato la debolezza o l'incompiutezza degli spazi entro i quali possa trovare esplicazione l'autonomia regionale, chiamando per questo ancora in causa tematiche come il federalismo fiscale e il regionalismo differenziato, le quali, già prima della pandemia, avevano occupato intensamente il dibattito politico, istituzionale e scientifico. Non si può, tra l'altro, sottovalutare la grande risonanza che queste letture hanno avuto in un'opinione pubblica, già largamente provata dalle misure restrittive adottate in risposta alla pandemia[77] ed esposta alla circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non

---

[74] A. MORELLI, *I rapporti tra i livelli di governo*, cit., 757.

[75] A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 395 ss.; P. MASALA, *op. cit.*, 151 ss.

[76] P. MASALA, *op. cit.*, 146-147, adesivamente a G. GARDINI, *La polarizzazione del dibattito pubblico dinanzi all'emergenza sanitaria*, in *Istituzioni del federalismo*, numero speciale/2020, 7 ss.

[77] Così anche P. MASALA, *op. et loc. ult. cit.*

vagliate con accuratezza e strumentalmente utilizzate, rendendo per questo «difficile alle persone trovare fonti affidabili e una guida sicura quando ne hanno bisogno»[78], ciò che appunto l'OMS annovera con il neologismo «infodemia».

Su alcune affermazioni, concernenti l'impianto costituzionale, è quanto mai opportuno tentare di fare chiarezza in quanto, sulla base di esse, si sono prefigurate diverse proposte di revisione della Carta costituzionale, con ciò intercettando una questione, quella del riformismo costituzionale, già attraversata da vistose lacerazioni, pure recentemente acuitesi. I conflitti non solo tra enti, ma pure tra visioni distanti, se non opposte, potrebbero oltremodo accentuarsi quando, a fronte dell'accentramento di poteri determinatosi in occasione della crisi pandemica e dell'ulteriore espansione della crisi economico-sociale, le spinte competitive e le rivendicazioni localistiche, se non proprio secessionistiche[79], dovessero riprendere piede, puntando alla «trasformazione del *tipo* di Stato al fine di mutare la forma di Stato»[80]

Con riserva di approfondire nel prosieguo il contenuto di alcune proposte di revisione costituzionale e in particolare di quelle che incidono sul riparto di competenza tra Stato e regioni in materia di tutela della salute e organizzazione sanitaria[81], occorre premettere che molte di esse muovano da

---

[78] Si veda la voce *infodemia* dell'Enciclopedia Treccani.

[79] M. VILLONE, *Italia, divisa e diseguale. Regionalismo differenziato o secessione occulta?*, Napoli 2019; G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari 2019.

[80] S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, *www.cortisupremeesalute.it*, 500.

[81] Considerato lo stretto legame esistente tra diritto alla salute e organizzazione sanitaria, ovvero il nesso tra il diritto soggettivo, l'interesse della collettività e l'organizzazione preposta alla tutela del bene salute, su cui v. almeno A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia*, cit., 385 ss. L'interdipendenza tra dimensione organizzativa ed effettività

considerazioni nient'affatto condivisibili, che fanno sorgere più di un dubbio sulla capacità di comprensione tanto delle dinamiche che da anni attraversano il nostro sistema sanitario, quanto di quelle venute in rilievo nel contesto emergenziale. Senz'altro da respingere è anzitutto la tesi per cui la confusione e le disfunzioni nei rapporti tra Stato e Regioni, venute alla luce eloquentemente nel corso della pandemia, siano in larga parte imputabili alla riforma costituzionale del Titolo V del 2001, la quale avrebbe rimesso alla competenza legislativa concorrente delle Regioni la materia della tutela della salute, privando lo Stato di competenze in materia e di poteri a garanzia di interessi unitari. Muovendo da questa convinzione, si è ipotizzata la "statalizzazione" della sanità ovvero un ritorno al centro delle competenze trasferite in materia

della tutela dei diritti è particolarmente evidente, se non proprio intuitiva, quando riferita alla declinazione del diritto alla tutela della salute come diritto sociale e quindi alla pretesa di ottenere prestazioni sanitarie (di prevenzione, cura, riabilitazione), la cui effettività richiede la preesistenza di un sistema organizzato in grado di erogarle. Ma si tratta, a ben vedere, di un legame altrettanto forte nella declinazione del diritto alla salute come diritto di libertà, essendo le decisioni individuali assunte in ordine al proprio stato di benessere psicofisico influenzate anche dalla disponibilità effettiva di accesso ad adeguati servizi di assistenza sanitaria (e socio-sanitaria). Cfr. da ultimo L. CHIEFFI, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica*, cit.

alle Regioni[82]. Tuttavia, come è stato prontamente evidenziato[83], nell'esperienza repubblicana il servizio sanitario non è mai stato accentrato, neppure nel previgente sistema mutualistico; il protagonismo delle Regioni in sanità, nonostante l'iniziale «debole regionalizzazione»[84] compiuta con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, costituisce oramai un dato acquisito e consolidatosi nel tempo, seppur oggetto di valutazioni discordanti.

Già la legge n. 833 del 1978 configurava un assetto di poteri in materia di tutela della salute diviso tra diversi livelli di governo territoriale, quello statale, ma anche quello regionale e comunale. A quest'ultimo, conformemente ai principi ispiratori della legge e, segnatamente, al principio di partecipazione, si affidava il fondamentale compito di assicurare la partecipazione democratica al funzionamento delle strutture del SSN, e in particolare alle Usl, dando impulso a un processo di trasformazione dell'intera organizzazione,

---

[82] V. S. CASSESE, *Le Regioni fanno troppe cose e male*, cit., il quale, pur negando l'assenza di competenze in materia già facenti capo allo Stato, sostiene che «finita questa vicenda, bisognerà trasferire il servizio allo Stato, o a una guida centrale assicurata da un organo composito Stato-regioni, ma che parli con una voce sola. È questa una proposta da tempo affacciata, che tiene conto anche del fatto che dopo il 1970 alle Regioni sono state assegnate troppe funzioni, che svolgono con notevole affanno. […] Bisogna ridisegnare il perimetro delle competenze. Mi pare naturale, dopo esattamente cinquanta anni di esperienza regionale in Italia, fare un "check up". Dopo tanti anni, compiti che una volta era bene svolgere in periferia vanno assegnati a organi nazionali, e viceversa».

[83] Cfr. R. BIN, *Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia*, in *laCostituzione.info*, 3 aprile 2020, *www.lacostituzione.info*; A. MORELLI, *Vaccinazioni e Regioni: quale lezione trarre riguardo al sistema delle autonomie?*, in questa *Rivista*, 1/2021; S. LOTTI, *Il Servizio Sanitario Nazionale: una struttura pandemica*, in *www.centroriformastato.it*.; G. FALCON, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni,* 3/2020, 453-4.

[84] R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, cit., 65.

improntata in senso meno gerarchico e non autoritario. Dopo il 1978, a causa della mancata attivazione di adeguati canali partecipativi, che hanno finito per mortificare oltremodo la capacità delle comunità locali di incidere sulla programmazione sanitaria e sulla gestione dei servizi attraverso i rappresentanti comunali[85], ha preso più vigore la spinta all'ulteriore rafforzamento del ruolo delle Regioni in sanità[86], seppur a discapito dei livelli di governo locale.

---

[85] La partecipazione si era, infatti, e per lo più ridotta a una ostinata contrapposizione nei riguardi di proposte di razionalizzazione dell'offerta, anche ove funzionali a rimediare a inefficienze e al miglioramento della qualità dei servizi.

Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. ult. cit.*, 65-66, i quali riconoscono le principali cause della debole regionalizzazione compiuta dalla l. n. 833 del 1978 soprattutto nella stasi della programmazione statale, ma anche nell'uso comprimente del potere di indirizzo e coordinamento e di quello di allocazione delle risorse da parte dello Stato. Anche i principi della partecipazione e del controllo democratico hanno rilevato palesi carenze, «poiché il livello comunale si mostrava troppo vicino alle istanze talora idiosincratiche dei territori e autoreferenziali della politica locale. Sotto il profilo della gestione finanziaria, quel sistema incline alla "eccessiva moltiplicazione dei centri di autonomia" [...] aveva comportato un andamento sostanzialmente incontrollato della spesa globale».

Anche in questo passaggio dell'analisi compiuta dai citati AA. possono rinvenirsi tracce di quella che può ritenersi, a buona ragione, un'altra antica piaga della sanità: il suo "sfruttamento" da parte della classe politica. Senza cedere a inappropriate generalizzazioni e all'assunzione di toni e argomenti venati da marcato populismo, pare difficile negare che diversi fattori abbiano favorito nel corso degli anni una concezione dell'intervento pubblico in sanità come strumento di captazione del consenso sociale, o meglio soltanto di alcune di esse. Si veda, più ampiamente F. TOTH, *Il costo del consenso*, Roma 2006.

[86] L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum* di *Quad. cost.*, 23 settembre 2013, *www.forumcostituzionale.it*; L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Riv. AIC*, 3/2020, *www.rivistaic.it*, 177 ss.

Se, a tal riguardo, non si può parlare di un vero e proprio cambio di passo dell'assetto della sanità – giacché, come noto, l'istituzione del SSN si lega non casualmente all'avvio del regionalismo e all'attuazione del disegno costituzionale sulle autonomie territoriali – è di estremo rilievo sottolineare che le riforme avviate nel corso degli anni '90, a differenza di quelle degli anni '70[87], sono maturate in un contesto politico e sociale profondamente diverso da quello che negli anni precedenti aveva accompagnato l'istituzione del SSN[88].

[87] La legge n. 833 del 1978, assieme ad altre coeve, è stata approvata in un clima particolare fecondo, di grande mobilitazione e rivolgimenti sociali, che hanno spinto alla trasformazione dell'assetto preesistente lungo percorsi più conformi agli innovativi principi costituzionali, in vista del superamento delle iniquità scaturenti dal sistema mutualistico-assicurativo, estesosi negli anni precedenti senza un disegno organico e in carenza di adeguata programmazione.

[88] A ben vedere se indubbiamente in Italia gli anni '70 sono stati caratterizzati, anche in ragione del forte fermento sociale, dalla più compiuta e importante stagione di riforme legislative in campo di diritti civili e sociali, un altro rilevante fattore ha inciso, specie su quest'ultimo versante, determinando ritardi anche nell'applicazione del modello prefigurato dalla l. n. 833/1978. Come sinteticamente ma efficacemente riporta G. VICARELLI, *Le politiche sanitarie*, cit., 83, l'Italia «porta all'apice delle possibilità istituzionali le istanze di tutela della salute», quando nella maggior parte degli Stati europei la crisi economica, apertasi a metà degli anni '70, investe il pilastro centrale del *welfare* accusato di essere la «vera e propria causa, non semplicemente uno dei tanti nodi di tale crisi». Così anche M. FERRERA, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna 1984, 4). Ed è proprio in questi anni – prosegue G. VICARELLI, *op. loc. ult. cit.*, – «che prende avvio il processo di trasformazione delle politiche del benessere accusate di minare gli equilibri finanziari dei paesi produttori, senza offrire risultati apprezzabili in termini redistributivi e di miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni. Il nuovo clima politico-culturale entro cui si pone tale stato di messa in mora dei sistemi di welfare, vede come protagonisti tanto i partiti conservatori che aspirano a nuove forme di liberalismo, quanto le classi

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

Specie gli interventi riformistici dei primi anni '90[89] si sono contraddistinti per l'essere marcatamente orientati a perseguire logiche concorrenziali e di "liberalizzazione" anche dei servizi sanitari. Ed è principalmente sotto questo profilo che la nuova ventata di riforme iniziata a spirare già nel decennio immeditatamente successivo a quello dell'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978 ha segnato il primo e decisivo allontanamento dai suoi principi ispiratori. Ed è fondamentale rimarcare questo passaggio giacché, come già accennato e si avrà modo oltre di approfondire, quanto verificatosi nel corso della pandemia non è dipeso tanto, o solo, dalla conformazione del nostro SSN e dalla sua articolazione su più livelli territoriali, quanto dalle spinte impresse da altre riforme. Quelle dei primi anni '90, facendo leva sull'esigenza sempre avvertita di rimediare alle molte disfunzionalità dell'assetto organizzativo e gestorio del sistema sanitario hanno puntato prevalentemente su percorsi e logiche diverse da quelle fatte proprie dalla legge del 1978, trascurando non soltanto il radicamento di molte criticità in atavici e mai superati divari tra diverse parti del Paese, ma anche che la carenza di procedure di governo del SSN fosse addebitale non solo all'incapacità degli enti periferici, quanto pure a un opprimente esercizio da parte dello Stato del potere di

imprenditrici che vedono nell'incipiente processo di globalizzazione la necessità di guadagnare spazi di competitività e flessibilità che appaiono negati dai vincoli stretti delle tutele welfaristiche. In questo senso, le esperienze neoliberiste messe in atto dai governi americani in ambito sanitario, costituiscono la base per la creazione di un comune senso riformatore di cui si fanno portavoce gli esperti dei grandi organismi internazionali, a partire dall'Organizzazione mondiale della sanità. È da questo modello culturale e dai suoi strumenti finanziari e organizzativi che si sviluppa il processo di riforma dei sistemi sanitari europei che procede di pari passo con l'implementazione del SSN in Italia».

[89] L. n. 421/1992; d.lgs. n. 502/1992; d.lgs. n. 517/1993. A una logica di maggior compromesso e di recupero dei principi fatti proprio dalla l. n. 833/1978 si è ispirata la riforma compiuta con il d.lgs. n. 299/1999.

indirizzo e coordinamento e, ancor di più, dal mancato esercizio dei propri poteri di programmazione e coordinamento, a cominciare dall'adozione del principale strumento rappresentato dal Piano sanitario nazionale, elaborato solo negli anni 1993-1994[90].

Il "vento nuovo" generato anche dalle correnti impresse dal diritto comunitario e dal richiamo ai principi di concorrenza e libertà economica, incrociando la grande crisi della finanza pubblica, si è combinato comunque con una direzione chiara a favore della regionalizzazione, ora forte, del SSN e, quindi, dell'ampliamento dei poteri di quel livello di governo territoriale. V'è da precisare però che la combinazione con l'aziendalizzazione o managerializzazione del sistema di gestione ed erogazione dei servizi ha fatto sì che anche il maggior decentramento si sia mosso verso il sempre più preminente obiettivo dell'efficienza allocativa, di per sé tutt'altro che criticabile – che fosse necessario un maggiore controllo della spesa sanitarie è innegabile –, se non fosse che la tendenza al contenimento della spesa, in molti casi sicuramente inefficiente, non ha consentito di riprogrammare e organizzare un'offerta di servizi efficiente, ma anche rispondente ai bisogni di salute provenienti dal territorio.

La regionalizzazione della sanità ha trovato poi conferma nella riforma costituzionale del 2001, la quale, più che innovare l'esistente (e in ispecie il processo riformatore compiuto "a costituzione invariata" con le c.d. leggi Bassanini) ha presidiato di più forti garanzie le Regioni.

Senza riprendere, in questa sede, l'ampio dibattito che ha accompagnato l'interpretazione in astratto e l'applicazione in concreto dei ridenominati titoli di competenza vantati in materia dallo Stato e dalle Regioni e la copiosa

---

[90] E approvato con D.P.R. del 1° marzo 1994.

Sulle conseguenze "a cascata" derivanti dal mancato esercizio di poteri programmatori, si v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. ult. cit.*, 60 ss.

giurisprudenza costituzionale che si è di lì formata[91], occorre ricordare che la legge costituzionale n. 3 del 2001, pur con le sue indubbie ambiguità o meglio carenze (alcune, tra l'altro, sinceramente ed esplicitamente palesate) e all'interno di un assetto sicuramente troppo rigido, contiene, comunque, previsioni che, ove opportunamente attivate e implementate, avrebbero potuto consentire di garantire esigenze unitarie, tanto più stringenti in situazioni emergenziali. Ci si riferisce in particolare al compito spettante allo Stato di fissare i livelli essenziali di assistenza (art. 117, co. 2, lett. *m*, Cost.) [92]; di dettare i principi fondamentali in materia di tutela della salute (art. 117, co. 3, Cost.)[93];

---

[91] V. almeno R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in AA.VV., *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, a cura di R. Balduzzi, G. Di Gaspare, Milano 2002, 11 ss.; A. CELOTTO, *La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost.*, in *L'Arco di Giano*, 32/2002, 31 ss.; C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in AA.VV., *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, a cura di A. Pioggia, L. Vandelli, Bologna 2006, 209 ss.; C. FASONE, *Tutela della salute (art. 117.3)*, in AA.VV., *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, a cura di R. Bifulco, A. Celotto, Napoli 2015, 283 ss.; D. MORANA, *Tutela della salute*, in AA.VV., *Le materie di competenza regionale. Commentario*, a cura di G. Guzzetta, F.S. Marini, D. Morana, Napoli 2015, 583 ss.

[92] Competenza legislativa esclusiva dello Stato che, secondo una parte della dottrina, con riscontri anche nella giurisprudenza costituzionale, è idonea a espandersi anche in spazi riservati alla legislazione regionale, in virtù della sua natura di competenza finalistica, consentendo, nello specifico campo sanitario, al legislatore nazionale di definire standards essenziali di organizzazione e funzionamento dei servizi.

[93] Una competenza, questa, a cui lo Stato «ha di fatto rinunciato». Come rileva C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, *www.cortisupremeesalute.it*, 4, se è vero che con la riforma costituzionale del 2001 si è sostanzialmente attratto a quel livello quanto già consolidatosi della legislazione ordinaria, riconoscendo spazi di differenziazione regionale nella tutela della salute, ma entro

di attrarre, in forza del principio di sussidiarietà (art. 118), compiti rimessi alle Regioni ma che richiedono un esercizio unitario e purché ciò avvenga nel rispetto del principio di leale collaborazione; infine, di intervenire in via sostitutiva a fronte di inadempimenti delle Regioni (art. 120, co. 2, Cost.).

Inoltre, specie sulla scorta delle sollecitazioni provenienti dalla Corte costituzionale, il modello costituzionale di riparto delle competenze, pur fondato su schemi e meccanismi troppo rigidi per assicurare il governo di una politica intrinsecamente attraversata da plurimi profili di complessità, qual è la politica sanitaria, ha comunque garantito il concorso dei diversi enti territoriali. Quel modello è stato reso più flessibile anche attraverso il recepimento di procedimenti e procedure a carattere pattizio, caratterizzate per lungo tempo, da ampi profili di informalità e fluidità, ma comunque forgiati sulla leale collaborazione[94].

Piuttosto v'è da considerare, che sotto la vigenza del nuovo Titolo V della Costituzione, si sono innescate dinamiche di più marcata differenziazione nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali[95], in virtù delle quali il rendimento delle stesse può sensibilmente variare dando luogo a esiti differenziati sull'effettività dell'accesso alle prestazioni di cura e assistenza socio-sanitaria. Ora, se molte scelte compiute nell'ambito dell'organizzazione regionale della sanità, anche quando non sottoposte agli stringenti limiti fissati per il rientro dai deficit sanitari, hanno indubbiamente influito sull'efficacia della risposta data da quei sistemi all'emergenza pandemica, deve

---

la cornice dei principi fondamentali fissati dallo Stato, quando il legislatore ha continuato a non esercitare questa competenza, sono cambiati i rapporti di forza «fra lo Stato, sempre più solo virtuale legislatore, e le amministrazioni regionali, coperte e protette da Presidenti elettivi».

[94] Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. ult. cit.*, 73.

[95] Cfr. soprattutto A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Giorn. dir. amm.*, 2019, 292 ss.

comunque osservarsi che, pure prima della pandemia e anche da parte statale, vi sono state notevoli carenze nell'assolvimento di compiti e nell'esercizio di competenze a esso già riconosciute. Alcune competenze statali, laddove esercitate, avrebbero potuto assicurare il superamento di irragionevoli differenziazioni su base territoriale nell'accesso alle prestazioni sanitarie; si pensi solo all'enorme ritardo con il quale si è provveduto dopo la riforma costituzionale del 2001 all'aggiornamento dei LEA e alla persistente carenza, ancora oggi non colmata, concernente la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LivEAS).

Inoltre, è fondamentale rammentare che dopo la diffusione della crisi economico-finanziaria, scoppiata nel 2008, e in risposta della quale si è ricorsi, sul versante europeo (*rectius*: dell'Euro zona), a meccanismi di assistenza finanziaria sottoposti a rigorosa condizionalità e, sul versante interno, alla riforma costituzionale del 2012 sull'equilibrio di bilancio, al sistema era già stata impressa una vistosa spinta verso l'accentramento. Tale spinta, seppur oggetto di rilievi critici, è stata sostanzialmente avallata dal giudice costituzionale. La Corte, specie a partire da quel frangente storico, ha offerto un'interpretazione "generosa" dei titoli di competenza statale e dei relativi spazi di estensione, ha fatto sempre più largo utilizzo del criterio della prevalenza, ha attribuito una particolare rilevanza alle esigenze di coordinamento della finanza pubblica per giustificare limiti imposti dal legislatore statale all'autonomia regionale in vista del superamento delle criticità della spesa e del debito pubblico, così non di rado giungendo a ridimensionare l'effettiva portata della leale collaborazione[96]. Al contempo occorre comunque rimarcare che quella più pervasiva azione centralizzata, anche in ambito propriamente sanitario, ha risposto prevalentemente se non esclusivamente a una logica di recupero dell'efficienza sul piano della riduzione della spesa. Anche il meccanismo dei piani di rientro dai deficit dei servizi sanitari regionali si è rivelato

[96] P. MASALA, *op. cit.*, 156.

funzionale all'obiettivo di "riportare in equilibrio i conti", conseguito attraverso una forte compressione della spesa e massimizzazione dei risparmi non sempre accompagnata da una riorganizzazione complessiva dell'offerta sanitaria e la creazione di una rete tra servizi territoriali e ospedalieri[97]. Come da ultimo rilevato anche dal Presidente della Corte costituzionale nella Relazione sull'attività della Corte nel 2020[98], la sanità italiana continua a presentare molte difficoltà «causate, da una parte, dai consistenti tagli dei finanziamenti statali e, dall'altra, da una gestione non sempre soddisfacente delle pur ingenti risorse. Ciò è testimoniato, fra l'altro, dalla entità del contenzioso relativo ai commissariamenti delle sanità regionali, spesso della durata di molti anni e quindi essi stessi dalla dubbia efficacia».

Alla luce di questo quadro, potendoci ora spingere a verificare meglio come si sia presentato il nostro sistema sanitario di fronte alla pandemia da Covid-19 – un evento, senz'altro sconvolgente, anche se non del tutto imprevedibile –, possiamo ribadire che molte erano le criticità preesistenti[99], le

---

[97] Secondo R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare*, cit., 342, nt. 17, sotto questo profilo andrebbe meglio valorizzata la disposizione, rimasta ancora largamente inattuata, contenuta nell'art. 1, co. 5, lett. *m*) del d.m. n. 70/2015, secondo cui le Regioni devono individuare «le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati».

[98] Tenuta nella Riunione straordinaria della Corte costituzionale del 13 maggio 2021 e reperibile in *www.cortecostituzionale.it*.

[99] Come evidenziato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020, 5, nt. 2, alcune criticità del sistema precedono lo scoppio della pandemia, tra questi «i finanziamenti inadeguati al Servizio Sanitario Nazionale, […]; un'erronea programmazione nella formazione e nel reclutamento di medici, soprattutto specialisti, connessa anche al blocco del turn-over del personale sanitario; un insufficiente finanziamento

carenze e le inerzie imputabili allo Stato e le inefficienze scaturenti da autonome ma inappropriate scelte regionali. Sebbene molteplici siano i motivi che hanno reso più difficile l'assunzione di risposte adeguate a fronteggiare la crisi pandemica, volendo schematizzare, senza per questo semplificare oltremodo un quadro evidentemente complesso e considerato il profondo legame intercorrente tra diritti, loro effettività e aspetti organizzativi[100], si può dire che la situazione di partenza è apparsa inficiata da almeno due condizioni critiche, ovvero l'impoverimento e le diseguaglianze presenti nel sistema sanitario.

Come può evincersi da ricerche condotte in diverse sedi, la sanità italiana si è presentata al cospetto della pandemia fortemente impoverita; volendo citare solo alcuni dei dati[101] che depongono a sostegno di questo assunto, basti ricordare la sostanziale riduzione subita dalla spesa sanitaria pubblica pro capite in questi ultimi anni[102]; le rilevate carenze nella dotazione di personale,

---

delle borse di studio per la frequenza di scuole di specializzazione medica; una struttura organizzativa con pesanti disomogeneità territoriali [...,] la progressiva separazione tra politiche sanitarie e politiche socio-assistenziali, con la conseguente svalutazione di queste ultime». Si veda anche Istat, *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese,* Roma 2020, spec. Cap. II: Sanità e salute di fronte all'emergenza COVID-19, reperibile in *www.istat.it*.

[100] La continuità e il nesso tra il piano del diritto e quello dell'organizzazione preposta alla sua tutela è costantemente evidenziata dalla dottrina; v. almeno R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, cit., 24; A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute*, cit. 29 ss.; ID., *La sanità italiana*, cit., 395 ss.

[101] Per un quadro più completo si veda il *Focus tematico: Lo stato della sanità in Italia*, Ufficio parlamentare di Bilancio, Roma, 2 dicembre 2019.

[102] Nel Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, la Corte dei conti ha rilevato che il protrarsi delle politiche di controllo della spesa sanitaria ha fatto registrare, tra il 2009 e il 2018, una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità particolarmente consistente, che ha acuito i divari in termini di spesa sanitaria pubblica pro

l'anzianità di questo, la pesantezza degli orari di lavoro (con notevole rischio quindi di *burnout*); la riduzione dei posti-letto senza efficace rafforzamento dei servizi territoriali; la presenza di lunghe liste d'attesa; l'obsolescenza di alcune strutture; le forti differenziazioni territoriali (quantitative e qualitative, anche nella dotazione di infrastrutture); l'incapacità di resistere alle pressioni della criminalità organizzata (e non soltanto in alcune aree geografiche dell'Italia). In un convegno di studi svoltosi nel 2019 presso l'Istituto Superiore di Sanità[103], si è rilevato che specie nel corso degli ultimi anni e in particolare dopo la crisi economico-finanziaria del 2008[104], si è incrementato il fenomeno della rinuncia alle cure per impossibilità di farvi fronte in termini economici o anche per altre difficoltà di accesso alle stesse. Ma quanto conta rimarcare è che le misure adottate in questi anni hanno puntato prevalentemente al contenimento della spesa sanitaria e al recupero dei deficit e che questi interventi di riduzione quantitativa non sono stati effettivamente capaci di eliminare sprechi, di avviare riorganizzazioni capaci di correggere le disfunzionalità del sistema sanitario pubblico[105]. Si è realizzata insomma una

---

capite. Solo a partire dal DEF 2019 è segnata una inversione di tendenza con riferimento al finanziamento del SSN rispetto alle precedenti annualità.

[103] *Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie*, 30 maggio 2019, organizzato da Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale per la Salute Globale e ASviS - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile.

[104] I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2/2019, *rivista.biodiritto.org*, 13 ss.; C. CIARDO, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19:il rischio di una sanità diseguale*, *ivi*, Special Issue 1/2020.

[105] Cfr. A. CAUDURO, P. LIBERATI, *Sull'emergenza (annunciata) del Servizio sanitario nazionale*, in *Giustizia insieme*, 28 marzo 2020, *www.giustiziainsieme.it*, per i quali il meccanismo dei piani di rientro «ha certamente sortito benefici effetti contabili, migliorando il bilancio delle strutture sanitarie, ma ha anche ampliato i divari regionali in termini di

semplicistica riduzione della spesa, condotta soprattutto attraverso tagli lineari.

Inoltre, come si è fatto opportunamente notare[106], questo impoverimento non è stato solo quantitativo, ma anche qualitativo e culturale, investendo il modo di concepire il servizio sanitario pubblico e questo mutamento di concezione può farsi risalire a tendenze già in atto molto prima, divenute preponderanti negli anni '90, quando si è proceduto a riorganizzare il settore sanitario sulla base di modelli aziendalistici, a privatizzare ed esternalizzare, a ridurre il ruolo dell'autorità pubblica, con ciò veicolando un messaggio piuttosto chiaro: il servizio pubblico, invece di essere al servizio della persona, è fonte di sprechi e malaffare; di converso il privato, per il suo modo di funzionare e la "filosofia" che lo ispira, brilla per efficienza, sicché il cittadino-consumatore non potrà che trarre vantaggio dalla concorrenza tra pubblico e privato e dall'assunzione di scelte organizzative in tal senso ispirate[107]. In queste concezioni, però e ben prima della crisi economica del primo decennio

---

personale sanitario attraverso il blocco del turn-over e ridotto al minimo gli investimenti di lungo termine, con conseguenze niente affatto trascurabili sulla qualità percepita, sulla mobilità sanitaria interregionale, e sul grado di adempimento nella fornitura dei livelli essenziali di assistenza».

[106] A. PIOGGIA, *op. ult. cit.*, 389 ss.

Come osserva poi la stessa A., anche molte valutazioni in merito alle diseguaglianze in sanità muovono da valutazioni strettamente efficientistiche (capacità di servizio e dei costi che genera) che indubbiamente costituiscono un primo e sicuramente importante fattore rilevante ma non l'unico. «Se, tuttavia, si cambia prospettiva e, pur non trascurando l'aspetto dell'erogazione e della quantità e qualità delle prestazioni, ci si interroga su quali siano le logiche alla base di alcune scelte organizzative, si intravedono i tratti di una diversa idea di persona, di società, di salute, e di un diverso modo di intendere il diritto fondamentale ad essa collegato» (ID., *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., 50).

[107] A. CAUDURO, P. LIBERATI, *op. ult. cit.*; A. PIOGGIA, *op. ult. loc. cit.*

del XXI secolo, si è conferito rilievo assorbente e trasbordante alla dimensione economica, o meglio alla logica *produttivistica*[108] di servizi e di prestazioni, mettendo in secondo piano il diritto e, quindi, il bisogno di salute del paziente.

[108] Cfr. R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare,* cit., 344, il quale, con richiami pure a sue precedenti riflessioni, fornisce precisazioni sulla scelta di aziendalizzazione contenuta nel d.lgs. n. 502/1992, confermata sia dal d.lgs. n. 517/1993, sia dal d.lgs. n. 229/1999 e non smentita dal d.l. n. 158/2012 e soprattutto ammonimenti circa la «inopportunità di un impiego di termini propri dell'attività di produzione di beni e servizi in forma imprenditoriale per qualificare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte dalle aziende del Servizio sanitario nazionale, le quali hanno per finalità quella di "produrre" salute attraverso tali attività, assicurando in capo alla popolazione di riferimento i livelli essenziali, cioè necessari e appropriati, delle prestazioni stesse: una finalità, dunque, che per sua intima natura male sopporta qualificazioni riferite ad organizzazioni nelle quali la produzione di beni e servizi in condizioni di efficacia, efficienza ed economicità costituisce l'unico e indefettibile, obiettivo aziendale, anche in relazione alla circostanza, mai sufficientemente sottolineata, che al maggiore raggiungimento degli obiettivi di salute corrisponde, almeno tendenzialmente, una minore necessità di interventi di cura e di riabilitazione».

V. anche A. PIOGGIA, *op. ult. cit.*, 390, la quale osserva che frutto "avvelenato" di una concezione prevalentemente produttivistica della sanità è la "dittatura" dei DRG (*diagnosis related group*), «che con la loro dimensione economica, sono passati da strumento di pesatura del costo dei servizi, a strumento di orientamento delle scelte organizzative. Questo è avvenuto soprattutto in alcune aziende ospedaliere pubbliche, dove, in termini di personale, strutture, macchinari, si è investito sui DRG più remunerativi, indipendentemente dalla valutazione dei bisogni di salute e dalla strumentalità delle prestazioni al complessivo benessere individuale e sociale della collettività servita».

Anche questo può spiegare quanto si è verificato durante l'emergenza sanitaria, ancora in corso. Quando l'epidemia è arrivata in Italia[109] – come noto, prima che in altri Paesi europei – si sono da subito verificate vistose asimmetrie. Anzitutto, nella c.d. fase 1, il virus ha aggredito soprattutto, se non esclusivamente, alcune parti del Paese e paradossalmente Comuni situati in Regioni con servizi sanitari diffusamente riconosciuti come virtuosi. Questa asimmetria si è poi attenuata già a partire dalla seconda ondata di contagi, aggravando però veri e propri divari nell'accesso a prestazioni sanitarie di qualità[110], determinando cioè più marcate diseguaglianze nell'accesso alle stesse a seconda della disponibilità economica individuale e del luogo di residenza, discriminazioni, queste, non sempre superabili attraverso la mobilità sanitaria interregionale, che negli ultimi anni si è notevolmente accresciuta. Si deve allora senz'altro ribadire che molti squilibri e iniquità preesistevano alla pandemia, la quale ha dato a essi una rinnovata visibilità, specie riguardo alla disponibilità di posti-letto in reparti di terapia intensiva[111]. Ora, se molto

[109] E oggi sappiamo che ciò è avvenuto prima dell'inizio ufficiale dell'epidemia (gennaio 2020).

[110] E determinando, più in generale, un aumento delle diseguaglianze e un maggiore rischio di diffusione della povertà tra più larghi strati della popolazione, come confermano recenti stime Istat e Eurostat.

[111] Avverte tuttavia R. BALDUZZI, *op. ult. cit.*, 342, che sarebbe errato pensare che il problema principale sia stato il *numero* dei posti letto: «il problema, per contro, di ieri, di oggi e (speriamo) di domani, sta nella necessità di rispettare, valorizzare e tenere periodicamente aggiornati gli standard relativi all'assistenza ospedaliera e di pervenire il più rapidamente possibile alla definizione dei relativi standard dell'assistenza sanitaria territoriale, nonché di superare il mito del posto letto, a favore di una considerazione reticolare dei servizi che non significa semplicemente, secondo un mantra ripetuto all'inverosimile in questi mesi, più servizi territoriali, ma proprio più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute».

si è fatto in risposta alla crisi pandemica per provare ad appianare almeno una parte di questi dislivelli, molto resta fare proprio perché si tratta di divari radicati[112], non adeguatamente colmati e, anzi, a rischio di accentazione in ragione di inerzie statali e pulsioni regionali, di cui si dirà oltre.

Non si può invece trascurare di considerare quanto abbiano influito negativamente sulla capacità di contenimento della epidemia e abbiano favorito invece la diffusione del virus pure differenti approcci organizzativi[113], ovvero, assieme ai tagli alla spesa sanitaria operati o subiti, le scelte compiute pure nel contesto delle Regioni virtuose, o meglio con bilanci "sani" (in grado cioè di erogare prestazioni sanitarie in condizioni di efficienza, potendo invece essere da verificare se anche in condizioni di appropriatezza clinica e organizzativa). Si pensi in particolare alle difficoltà riscontrate in sistemi incentrati

---

[112] Che, come precisa L., CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute*, cit., 20 ss., derivano da cause endogene, determinate dalle deficienze del governo locale, e cause esogene, conseguenti all'azione o inazione dello Stato.

[113] Cfr. quanto riportato anche da G. DELLE DONNE, C. PADULA, *op. cit.*, 769: «in Veneto un numero molto maggiore di test effettuati (anche sulle persone asintomatiche: sui conviventi e sui contatti dei malati) e una minore ospedalizzazione dei soggetti contagiati hanno permesso di contenere la diffusione del contagio, mentre la Lombardia ha mantenuto dall'inizio dell'emergenza ad ora il primato di contagi e di decessi. La quantità di dispositivi di protezione forniti ai medici e ai cittadini, l'acquisto dei mezzi necessari per i test, la scelta dei soggetti da testare e di quelli da ricoverare, i trasferimenti dei contagiati da una struttura all'altra, la capacità di potenziare le terapie intensive, la capacità di avere dati verosimili sui soggetti contagiati, l'attenzione alla medicina territoriale e all'igiene pubblica sono tutti aspetti che si sono rivelati decisivi per la salute dei residenti nelle diverse Regioni». E per questo non si può non concordare con gli AA. nel sostenere che anche nel corso dell'emergenza da Covid-19 più che una questione di riparto competenze, siano emerse problematiche anche in ordine alla formazione e selezione della classe dirigente politica e amministrativa; così anche P. MALSALA, *op. cit.*, 232.

sulla medicina ospedaliera, a discapito di quella territoriale[114]; alla scarsa valorizzazione della integrazione socio-sanitaria; agli errori compiuti, pur dove questa integrazione esisteva, nel non preservare in particolare i più vulnerabili (gli anziani nella RSA); all'ancora troppo scarso investimento nella prevenzione delle malattie[115].

6. Verso dove andiamo? Avere chiaro il passato, per non sbagliare rotta ed evitare riforme "gattopardesche"

Pur a fronte di aspetti di evidente impreparazione (si pensi in particolare alla carenza di presidi di protezione e, più in generale, a mancato aggiornamento del *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*[116]), dopo un iniziale e forse inevitabile sconcerto e alcuni contraddittori messaggi, almeno nella fase 1, la risposta del sistema sanitario italiano alla pandemia è parsa, nel suo complesso e al netto dei conflitti politici e istituzionali, adeguata, rivelando pure non trascurabili punti di forza: a cominciare dalla scelta di "aggredire" la pandemia puntando sulla prevenzione e sul contenimento del contagio attraverso misure riduttive dei contatti sociali (di

---

[114] A. PIOGGIA, *op. ult. cit.*, 396 ss.; C. CIARDO, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19: il rischio di una sanità diseguale,* in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, Special Issue 1/2020, *rivista.biodiritto.org*, 233; S. LOTTI, *Il Servizio Sanitario Nazionale: una struttura pandemica*, cit.

[115] R. BALDUZZI, *op. ult. cit.*, 349-50.

[116] V. R. DE MARIA, *Caratteristiche ed errori*, cit., 2 ss.

Già nel 2005 l'OMS aveva stilato delle raccomandazioni per gli Stati membri delle Nazioni Unite in previsione della possibilità di una pandemia influenzale dovuta a un virus persistente, come quello dell'influenza aviaria comparso nel 2003, invitandoli a preparare dei piani nazionali per mitigarne l'impatto.

distanziamento fisico), in luogo della scelta di attendere l'evoluzione "naturale" della malattia con interventi solo sui malati; una scelta che, come si è detto, è stata ispirata dal preciso e condivisibile obiettivo di salvaguardare i più deboli e che è stata assunta con estrema rigidità nella fase 1, dimostrandosi comunque efficace, sebbene gravosa, laddove, invece, quando queste misure sono state, in un secondo momento, assunte in altri Paesi non sembra che abbiano conseguito (e stiano conseguendo a oggi) gli stessi risultati. E, ancora, un altro punto di forza è stato ed è la natura pubblica del sistema sanitario italiano, il suo carattere nazionale, il quale ha fatto sì che si sia potuto contare sull'insieme delle strutture sanitarie del Paese e che si sia potuta realizzare una solidarietà tra territori, aiutando quelli più colpiti[117], al contempo procedendo al rafforzamento dell'intero sistema attraverso l'impiego di risorse straordinarie.

Considerazioni di gran lunga diverse possono avanzarsi riguardo all'approccio e alle risposte fornite di fronte alla seconda ondata di contagi[118]. Molto è stato trascurato o sottovalutato; di più si poteva prevedere e prevenire, ma non è stato fatto per svariate ragioni, tra le quali hanno pesato certamente l'acuirsi del conflitto tra le parti politiche (in particolare tra la regia governativa o, secondo alcuni, tecnico-governativa e le minoranze), tra lo Stato e le Regioni, e, all'interno della società civile, la sempre più marcata contrapposizione tra negazionisti e rigoristi.

---

[117] Così R. BALDUZZI, *op. cit.*, 342.

[118] E non solo sul versante statale, come rileva C. BUZZACCHI, *Le Regioni e le politiche*, cit., 280 ss., a fronte di ingenti risorse finanziarie straordinarie messe a disposizione dal Governo (anche se seguendo una logica non sempre condivisibile, le Regioni non sono state sempre capaci di innescare «processi virtuosi di rinnovamento radicale delle strutture sanitarie e assistenziali», ma hanno assunto scelte che riconfermano «uno scenario di scelte eterogenee che non sembrano esprimere i tratti virtuosi della sana differenziazione, ma appaiono piuttosto manifestazione di modalità un po' affannate di risposta»).

Pur dovendo ribadire che all'interno del quadro normativo vigente fossero presenti previsioni che, ove correttamente applicate, avrebbero consentito di rimediare almeno ad alcune delle problematiche riscontrate[119], va comunque nuovamente sottolineato che, specie (ma non solo) in questa emergenza, si è riscontrata la carenza di sedi e di moduli realmente collaborativi, i quali potessero garantire anche la visibilità del confronto che si svolge in quelle sedi, visibilità che rileva pure ai fini dell'assunzione delle responsabilità dei decisori pubblici dinanzi ai cittadini. Le più vistose carenze hanno riguardato infatti non già il piano delle competenze, ma l'organizzazione istituzionale[120] e forse in maniera ancora più forte molte distorsioni sono state determinate dall'atteggiamento della classe politica, ancora carente di un'autentica cultura dell'autonomia[121].

Insomma, è alquanto sterile barricarsi, al cospetto delle drammatiche vicende del Covid-19 dietro slogan a favore o contro il decentramento ponendo un'alternativa secca «più Stato» o «più Regioni»[122]; è evidente invece che l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari non possano essere – domani, ma come non sono mai stati ieri – centralizzati, attesa la natura complessa del sistema e le peculiarità delle realtà ove di volta in volta va a innestarsi l'organizzazione sanitaria. Così come è altrettanto sterile continuare a oscillare tra i due poli estremi del pendolo, quello dell'assoluta uniformità e del penetrante controllo statale e quello di una malintesa concezione dell'autonomia, come separatezza e voler fare "da sé" e "solo per sé".

Inoltre, e con riferimento precipuo allo stato della sanità italiana, si è già preso atto che molte disfunzioni erano già in corso prima della pandemia e

---

[119] Come limpidamente sostenuto da R. BALDUZZI, *op. cit.*, 340 ss., i poteri già ci sono, bisogna avere però la volontà e la capacità di esercitarli.

[120] Così A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, cit., 163.

[121] *Ivi*, 155, con ulteriori riferimenti dottrinali.

[122] In tal senso anche P. MASALA, *op. cit.*, 145.

rispetto a esse deve ammettersi che vi sia stato un "concorso di colpe" dello Stato e delle Regioni e soprattutto che altre logiche, preponderanti già da molti anni, hanno inciso negativamente sullo *status quo ante*.

E pertanto, se è senza dubbio necessario potenziare la capacità di coordinamento da parte del livello centrale, bisogna comunque avere cura di evitare che ciò non si traduca in una imposizione unilaterale di scelte alle Regioni o in un pretesto per alimentare conflitti e giustificare inerzie, né tanto meno questa auspicabile riforma del quadro istituzionale può diventare un alibi per alimentare ulteriormente pretese egoistiche[123]. Senza dimenticare infatti che alcune rivendicazioni di maggiore autonomia da parte regionale sono figlie di iniziali (e neppure tanto occultate) istanze di secessione, anche l'esperienza vissuta nel corso dell'emergenza sanitaria dovrebbe spingere a un ripensamento complessivo della concezione dell'autonomia regionale. Questa, ove attentamente calata all'interno di un quadro chiaro, che consenta di garantire istanze unitarie e di superare preesistenti divari, potrebbe dar luogo, anche sul piano strettamente sanitario, a sistemi più virtuosi, purché questi siano a loro volta concepiti sulla base della rispondenza ai bisogni di salute e non a logiche produttivistiche, rispecchiando così valori e principi che le singole Regioni rivendicano come particolarmente connotativi della propria autonomia politica e capacità di governo, senza per questo minare i principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale.

Provando quindi a guardare più concretamente al futuro, continuando però a tenere un occhio vigile sul passato e sul presente, e procedendo ad analizzare le proposte di revisione costituzionale depositate in Parlamento e volte a rimodulare competenze e funzioni di Stato e Regioni in materia di tutela

---

[123] Come esorta L. VIOLINI, *Il virus, il vaccino e il nuovo anno: centralizzazione, differenziazione e la leale collaborazione*, in *Le Regioni,* 5/2020, 1011, le difficoltà emerse nel corso della crisi da Covid-19 «dovrebbero essere viste come sfide al miglioramento e non come pretesti per la rinascita di egoismi nazionali o regionali».

della salute, non si può che esprimere un netto giudizio negativo nei riguardi delle stesse. Persino ammettendo che a molte delle criticità palesatesi, o meglio, manifestatesi più diffusamente nel corso della pandemia, debba rispondersi con una modifica costituzionale del riparto delle competenze in materia – cosa di cui, come detto, si dubita fortemente –, non si può trascurare che molti dei progetti depositati muovano da premesse errate (prima fra tutte la carenza di titoli competenziali statali) puntando, anche per questo, a soluzioni del tutto inappropriate. Tali ci paiono quelle che intervengono sul vigente art. 117 Cost. attraverso l'eliminazione della materia «tutela della salute» dall'elenco di quelle di competenza legislativa concorrente per inserirla tra le materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato[124]. Riprendendo anche se solo su questo versante precedenti e naufragati tentativi di riforma costituzionale – e perciò rimediando a una ricorrente critica rivolta alle proposte di riforma organica –, uno di questi progetti di legge di revisione costituzionale[125] riproduce comunque un errore di prospettiva dei precedenti nel momento in cui reintroduce una sorta di competenza concorrente "mascherata" giacché affida allo Stato il solo compito di dettare disposizioni generali e comuni in ambiti materiali comunque affidati alla competenza dei legislatori regionali.

[124] V. AC 528 («Modifiche agli articoli 116 e 117 della Costituzione concernenti le competenze dello Stato e delle regioni in materia di tutela della salute»), presentata alla Camera dei deputati il 18 aprile 2018 (quindi ben prima della crisi sanitaria Covid-19), ma si v. anche AS.1767 («Modifiche all'articolo 117 della Costituzione, concernenti l'attribuzione allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute»), presentato al Senato il 18 marzo 2020; AS. 1772 («Modifiche all'articolo 117 della Costituzione, concernenti l'attribuzione allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute»), presentato al Senato il 1° aprile 2020.

[125] AC 528, cit.

DIRITTI REGIONALI
Rivista di diritto
delle autonomie territoriali

Anche il pleonastico riferimento, contenuto in diverse proposte di revisione costituzionale[126] concernenti l'art. 117 Cost., al «rispetto del diritto dell'individuo», che dovrebbe presidiare l'esercizio delle competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute, solleva più di un dubbio, non solo sulla sua utilità (essendo ciò già chiaramente ricavabile dall'art. 32 Cost.), ma anche considerato che così procedendo si ripresenta contraddittoriamente uno degli argomenti critici più volte respinto dai fautori di ampie riforme costituzionali, i cui effetti si dicevano limitati alla sola seconda parte della Costituzione, laddove invece, e come è noto, non solo una recisione in parti del testo costituzionale è del tutto errata, ma, a prescindere da testuali richiami, ogni riforma della parte organizzativa deve tener conto delle ricadute di questa sui diritti e doveri dei cittadini, di cui alla prima parte, e deve conformarsi agli immutabili principi fondamentali.

Inoltre, suscita ulteriori perplessità anche la precisazione per cui la competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute debba esercitarsi «in coerenza con il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118»[127]; ad alimentarle contribuiscono in particolare alcune controverse letture del principio richiamato e, in ispecie, quelle riferite alla c.d. sussidiarietà orizzontale. Queste letture infatti hanno condotto, specie in alcuni sistemi regionali, non già a procedere «alla valorizzazione del privato sociale, bensì ad accrescere il ruolo del privato *tout-court* e ad indebolire la capacità del servizio pubblico di

[126] AC 529 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione concernente la competenza dello Stato in materia di tutela della salute») e, sempre prima della pandemia, AS. 365 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione in materia di tutela della salute»); AC 975 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione, concernente l'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute»); AS 1019 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione relativa alla tutela della salute»).

[127] AC 529, cit.

salvaguardare il diritto alla salute»[128], incidendo così sulla concezione dei doverosi compiti di tutela affidati a tutti gli enti che compongono la Repubblica.

Infine, un discorso più articolato meriterebbe l'inserimento della clausola di supremazia che consente al legislatore statale di intervenire su proposta del Governo in tutti gli ambiti materiali di competenza legislativa regionale «quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale»[129]. Al netto dei dubbi che derivano dalla genericità dei presupposti indicati per la sua attivazione, l'ampio raggio di estensione di ciascuno di essi aumenta il rischio che, attraverso quella clausola, si compia un non sempre necessario «processo di ricentralizzazione per interi corpi materiali» e «con difficile retrocessione successiva»[130]. Inoltre, non si può dimenticare che analoghi presupposti, insieme ad altri più precisi riportati nell'art. 120, co. 2, Cost., già consentono al Governo di intervenire, su altri piani, attraverso l'esercizio del potere sostitutivo, e proprio questo potere, già espressamente riconosciuto nel testo costituzionale, non è mai stato esercitato nel corso della pandemia, in circostanze che pur ne avrebbero giustificato il ricorso.

---

[128] P. MASALA, *op. cit.*, 208.

[129] AC 2422 («Introduzione dell'articolo 116-*bis* e modifica all'articolo 117 della Costituzione, in materia di conferenze per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le autonomie locali e di clausola di supremazia statale»); AC 2458 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione, concernente la clausola di supremazia statale per la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o dell'interesse nazionale»).

[130] Così F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali,* cit., 357, ma analoghe notazioni critiche si rinvengono in larga parte della dottrina e sono riferite anche a precedenti e analoghi progetti di riforma costituzionale recanti l'introduzione della c.d. clausola di supremazia.

Se si condividono questi rilievi critici mossi nei riguardi delle proposte in campo, si converrà sulla necessità di accogliere l'esortazione di chi invita a ragionare sul tema «a freddo», evitando di cadere nei «medesimi luoghi tematici strumentalmente sollevati nel conflitto politico»[131], e sulla parimenti rilevante esigenza di avere una chiara visione del pregresso nel progettare interventi di riforma. In quest'ottica a noi paiono inutili, se non addirittura controproducenti, le proposte di revisione costituzionale passate in rassegna e che investono prevalentemente (e semplicisticamente) i titoli di competenza legislativa dello Stato e delle Regioni, trascurando tra l'altro la dimensione attuativa invece cruciale e indispensabile in ogni riforma costituzionale[132]. Piuttosto ci sembra indispensabile ripuntare l'attenzione su altri fenomeni, a cominciare dalle criticità della spesa sanitaria, al modo di concepire il rapporto tra diritti e risorse e tra questi e l'apparato organizzativo, mirando in particolare a colmare i divari tra Regioni e a superare le diseguaglianze già presenti prima della pandemia e acuitesi nel corso della stessa. Anche le ingenti somme che saranno destinate al SSN e che trarranno alimento soprattutto dai piani finanziati dall'Unione europea dovranno essere investite e spese con una visione chiara e di lungo respiro; inoltre sarà necessario fornire una risposta congiunta e unitaria a bisogni sanitari e di assistenza sociale, considerato che i «problemi di salute si pongono in relazione di reciproca codeterminazione»[133]. In altre parole, e il punto è davvero cruciale, occorre ragionare sulle dinamiche istituzionali tra centro e periferia non perdendo di

[131] F. BILANCIA, *Ragionando "a freddo": gli effetti della crisi emergenziale sui rapporti istituzionali Stato-Regioni*, in *Istituzioni del federalismo*, numero speciale 2020, 29 ss. e testualmente 32.

[132] A. MORELLI, *op. ult. cit.*, 160.

[133] R. BALDUZZI, D. PARIS, *op. ult. cit.*, 74.

vista[134] le finalità che debbono essere perseguite in una forma di Stato sociale, non trascurando la connessione, o meglio, la strumentalità di ogni assetto organizzativo rispetto alla realizzazione dei principi e alla salvaguardia dei diritti di cui alla prima parte della Costituzione.

Infine, e può rivelarsi persino superfluo precisarlo ancora, è evidente che non basta intervenire sul solo versante dei rapporti tra Stato e Regioni; occorre piuttosto prendere le mosse dai diritti fondamentali e dalla concezione che sorregge ciascuno di essi per dare sostanza ai compiti di tutela delle istituzioni pubbliche; una rinnovata concezione del diritto alla salute, o meglio, un recupero della concezione che retroagiva alla legge istitutiva del SSN consentirà di rimodulare una più appropriata ed efficace azione di tutela di quel diritto calibrata soprattutto sui bisogni concreti dei singoli, senza per questo trascurare l'interesse collettivo, procedendo per questo a dare più spazio alla prevenzione e non solo alla cura in senso stretto dei malati. È poi quanto mai indispensabile ripensare e correggere l'approccio al tema divenuto dominante nel corso degli ultimi decenni, troppo incentrato sulla dimensione economico-finanziaria. Non basta, infatti, accrescere i fondi e aumentare la spesa sanitaria, bisogna recuperare i principi ispiratori del SSN e correggere gli errori compiuti in questi anni nella concretizzazione degli stessi (anche sul piano della programmazione, della previsione e allocazione delle risorse), rimediando agli squilibri e alle disfunzionalità che si sono prodotte. Per affrontare la crisi sanitaria ancora in corso, come quelle future, è opportuno poi migliorare la comunicazione, garantendo la completezza e la trasparenza delle informazioni sulle malattie e sugli stili di vita, rafforzando così la fiducia dei cittadini, prevenendo "negazionismi" e ipotesi complottiste, puntando altresì sulla consapevolezza dei consociati sul rilievo anche delle responsabilità

[134] Del tutto condivisibile, pertanto, l'approccio metodologico dell'ampio studio di P. MASALA, *op. cit.*, spec. 145.

individuali, oltre che di quelle delle istituzioni di governo, le quali per questo presuppongono chiarezza.

Se si condividono questi assunti, si comprenderà facilmente anche il senso più profondo nel nostro auspicio. Affinché molte delle lezioni drammaticamente impartite dal Covid-19 possano ritenersi effettivamente tali, bisognerà anzitutto evitare di ripetere in futuro errori già commessi in passato e, anche nel progettare riforme del quadro normativo vigente, occorrerà rifuggire dalla tendenza a muoversi in perfetto stile gattopardesco, orientato a che "tutto cambi affinché tutto rimanga com'è".