amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Giuseppe Egidio Iacovino, Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 1/2024

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sánchez-Mesa Martínez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed il diritto alla salute, nuova evoluzione?

di Antonio Saporito

(Dottore di ricerca con tesi in diritto amministrativo, Docente a contratto di diritto pubblico presso l'Università degli Studi di Bergamo)

Sommario

1. Il Servizio Sanitario Nazionale e la sua (ri)organizzazione; 2. L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.: il regionalismo differenziato; 3. L'impatto sulla materia della «*tutela della salute*»; 4. La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; 5. Profili problematici; 6. Conclusioni.

Abstract

The essay aims to analyze the impact of the PNRR on the right to health.

** Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review.*

ISSN 2036-7821

1. Il Servizio Sanitario Nazionale e la sua (ri)organizzazione.

Con l'emergenza da SARS CoV-2 è ritornata in auge la discussione intorno al Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi anche "S.S.N."), della sua importanza e della necessità, considerato che da alcuni gli esiti di talune gestioni sono stati considerati negativi, di consolidare le competenze statali in campo sanitario[1].

Nonostante l'indubbia rilevanza del Servizio Sanitario Nazionale, la nostra Costituzione non lo menziona direttamente, né contiene una definizione di esso, ma ne pone solo le premesse, stabilendo, nell'art. 32 che è compito della Repubblica tutelare la salute, ritenuta diritto fondamentale dell'individui e interesse della collettività e garantire cure gratuite agli indigenti.

Un altro riferimento è l'art. 117 Cost.[2] che, inizialmente, affidava alle Regioni a statuto ordinario la competenza legislativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera; infatti le Regioni dovevano esercitare tale potestà osservando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi statali.

Si è dovuto attendere il 1978 affinché il S.S.N. venisse istituito con la legge n. 833[3] che ha dato attuazione ai principi sanciti dall'art. 32 Cost., garantendo una tutela universalistica e più ampia di quella prevista dalla stessa norma costituzionale che, riferendosi agli "indigenti", sembrava restringere troppo la cerchia dei destinatari delle prestazioni di cura[4].

In senso ampio sono state interpretate anche le locuzioni "assistenza sanitaria e ospedaliera" contenute nella versione del 1948 dell'art. 117 Cost., riferendole alla prevenzione, all'igiene ed alla sanità pubblica.

---

[1] R. BALDUZZI, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, in *Amministrazione in Cammino*, 10 aprile 2020; A. IANNUZZI – G. PISTORIO (a cura di), *La gestione dell'emergenza sanitaria tra diritto e tecnica*, Napoli, 2022.

[2] In dottrina cfr., tra gli altri, R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; ID (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004; ID (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005; D. MORANA, *Il riparto delle funzioni legislative: la fine della competenza concorrente? (art. 117 Cost.)*, in F.S. Marini, & G. Scaccia (a cura di), *Commentario alla riforma costituzionale del 2016* (pp. 241-255). Napoli, 2016; ID *Art. 117, comma 3-4-5 Cost.*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, & G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo* - Vol. II. Bologna, 2018;

[3] Prima dell'entrata in vigore di questa legge, la normativa nazionale in materia di sanità era contenuta nel R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, all'interno del quale il legislatore aveva posto le norme afferenti la struttura e le attribuzioni dell'amministrazione sanitaria, l'esercizio delle professioni e delle attività sanitarie in genere, l'igiene del suolo e dell'abitato, la tutela igienica dell'alimentazione, dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale. Il R.D. contemplava anche i provvedimenti contro le malattie infettive e sociali e regolamentava la polizia mortuaria, l'igiene e la sanità locale e la polizia veterinaria. G. VERONELLI, *Compendio di diritto sanitario*, Napoli, 2013, pag. 6.

[4] Sull'evoluzione del servizio sanitario italiano cfr. G. FRANCE, F. TARONI, *The Evolution of Health-Policy Making in Italy*, in *J Health Polit Policy Law* (2005) 30 (1-2): 169–188; P.PELEO, *Assistenza sanitaria e sistema sanitario*, in *European Journal of Public Health Studies*, 2019.

ISSN 2036-7821

Sotto il profilo organizzativo la legge del 1978 assegnava ai Comuni ed alle Unità sanitarie locali[5] funzioni di responsabilità e di erogazione dei livelli di assistenza nell'ambito della programmazione nazionale e regionale; il S.S.N. aveva il compito di produrre ed erogare interventi socio-assistenziali omogenei, accessibili da parte di ogni individuo, a cui era riconosciuto un diritto soggettivo di accesso al servizio stesso, su tutto il territorio nazionale.

La legge istitutiva si ispirava ai principi di universalità della tutela sanitaria, a quella di unicità del soggetto istituzionale referente e garante delle prestazioni, al principio di eguaglianza degli assistiti, a quello di globalità delle prestazioni ed a quello di socialità[6].

Prima dell'intervento legislativo il sistema era caratterizzato da un'eccessiva frammentazione e dallo scarso coordinamento tra i clienti.

Vi era, infatti, una insufficiente propensione alla prevenzione rispetto alla cura e un'accentuata disparità tra i trattamenti erogati, non solo sotto il profilo organizzativo e funzionale, ma anche economico.

Per garantire una gestione uniforme della tutela della salute su tutto il territorio nazionale, la legge ne affidava la gestione alle Unità sanitarie locali, concepite come strutture operative dei Comuni e delle Comunità montane, inizialmente prive di personalità ed articolate in distretti di base e di pronto intervento, per l'erogazione dei servizi di primo livello.

Il mancato conseguimento degli obiettivi perseguiti con la legge del 1978 ne ha reso necessaria la revisione, attuata con i d.lgs. 502/1992 e con il d.lgs. 517/1993. Con il primo intervento, il legislatore ha reso le USL delle aziende locali, dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, anche in un'ottica di efficientamento del Servizio sanitario, ottimizzazione delle risorse, controllo della spesa e di contenimento del disavanzo.

Con lo stesso intervento di riforma, le USL vennero trasformate in enti strumentali della Regione.

---

[5] In cui il S.S.N., pur essendo una struttura centrale, risultava articolato.

[6] Cfr. *ex multis*, B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984, n. 1, pp. 21-60. Sulla connessione tra costruzione dei sistemi sanitari e diritto alla salute v. M. D'ANGELOSANTE, *Sistemi universalistici e sistemi occupazionali a confronto*, in A. PIOGGIA -S. CIVITARESE MATTEUCCI -G. M. RACCA -M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011, pp. 21-55; C. CASONATO, *I Sistemi sanitari: note di comparazione*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti*, Torino, 2012, p. 10; P. BIANCHI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari. Alcune osservazioni in prospettiva comparatistica*, in C. COLAPIETRO -M. ATRIPALDI -G. FARES -A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, Roma, 2018, pp. 3-24; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2, pp. 121-125.

ISSN 2036-7821

Solo con la riforma del 1999[7] il legislatore ha elaborato una definizione di S.S.N., indicato come" complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari regionali e delle altre funzioni ed attività svolte dagli enti e dalle istituzioni di rilievo nazionale nell'ambito dei conferimenti previsti dal d.lgs. 112/98 e delle funzioni conservate dallo Stato in materia di:

- sorveglianza e controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali (art. 112, comma 3, lett.g);
- coordinamento delle attività finalizzate alla costituzione delle scorte di medicinali di uso non ricorrente, sieri, vaccini[8] e presìdi profilattici (art. 115, comma 4);
- adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di referenza o assistenza (art. 117);
- funzioni e compiti amministrativi concernenti le attività di informazione di cui all'art. 118;
- funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale, con particolare riferimento ai controlli igienico-sanitari alle frontiere, ai controlli sanitari delle popolazioni migranti, nonché ai controlli veterinari infra-comunitari e di frontiera.

Con il d.lgs. n. 229/99, le USL sono state trasformate, anche dal punto di vista nominativo, essendo designate con l'acronimo ASL, in vere e proprie aziende a cui, nel perseguire gli obiettivi, era consentito comportarsi come imprenditori privati, benché si trattasse di soggetti pubblici, facenti capo alle Regioni.

Permanevano, tuttavia, nei loro confronti una serie di limiti, caratteristici dei soggetti a carattere pubblico, quali il ricorso alle procedure di evidenza pubblica per i contratti di fornitura "sopra soglia", i vincoli di bilancio, l'equilibrio tra costi e ricavi, l'applicabilità della contabilità analitica per i costi.

Il loro operato doveva ispirarsi a principi di efficienza, economicità e diretta responsabilità dirigenziale.

I Comuni continuavano a svolgere un ruolo nella fase di programmazione. Il d.lgs. 229/1999 non sembrava, infatti, mortificare o sottovalutare quello degli enti locali, soprattutto nell'attuazione di tutte quelle decisioni e progetti che avessero coinvolto anche i livelli regionali.

---

[7] Per approfondimenti si veda, F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute* 2018, 3, pag.575.

[8] In materia di vaccini si vedano le sentenze Corte costituzionale, 18 gennaio 2018, n.5, in *Giurisprudenza Costituzionale*, fasc.1, 2018, pag. pag. 100, con nota di C. PINELLI, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblica*; *Corte Costituzionale, 18 luglio 2019, n.186*, in *Diritto & Giustizia*, fasc.134, 2019, pag. 1, con nota di G. MARINO, *Obblighi vaccinali ai fini dell'iscrizione ai servizi scolastici: la Regione è competente?*. Entrambe le sentenze hanno riconosciuto la competenza statale sia in relazione alla profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive, sia la competenza legislativa esclusiva statale in tema di profilassi internazionale.

ISSN 2036-7821

Il processo di riforma del S.S.N. è proseguito con il d.lgs. 517/99 che ha ridefinito i rapporti tra S.S.N. ed Università, prevedendo la possibilità di stipulare dei protocolli di intesa tra Regioni ed Università per definire i termini di partecipazione di queste ultime alla programmazione sanitaria regionale, al fine di individuare i livelli ottimali di attività, il numero dei posti letto, le strutture assistenziali, i criteri per l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato.
Il decreto prevedeva, inoltre, il riconoscimento delle aziende ospedaliero-universitarie, quali strutture attraverso le quali realizzare la collaborazione e la suddivisione delle aziende in dipartimenti e strutture semplici e complesse.
La sorveglianza dei Dipartimenti ad attività integrata[9] era affidata all'organo di indirizzo, cui competeva l'individuazione di misure per garantire la coerenza dell'attività integrata con la programmazione generale.
Con un decreto successivo (d.lgs. 254/2000) venne attribuito alle Regioni anche il compito di programmare la realizzazione di strutture sanitarie per consentire lo svolgimento dell'attività professionale intramuraria.
Con il successivo D.P.C.M. 29 novembre 2001 si è fatto, per la prima volta, riferimento ai LEA (Livelli essenziali di assistenza), definiti come complesso di prestazioni e servizi di prevenzione, assistenza distrettuale territoriale ed ospedaliera, che il S.S.N. deve fornire ai cittadini, elevati a rango costituzionale con la riforma del Titolo V Cost. ed il loro inserimento nell'art. 117, c.2, lettera m) e ritenuti dalla Corte costituzionale espressione di una «*competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale dei diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle*»[10].
La Corte costituzionale ha, quindi, ritenuto e riconosciuto come prevalente l'esigenza di eguaglianza nell'erogazione dei livelli di assistenza rispetto ad un'eventuale pretesa di differenziazione territoriale degli stessi.
Il riformato art. 117 Cost. ha ampliato le materie di competenza esclusiva dello Stato, sopprimendo la competenza concorrente tra Stato e Regioni rispetto a talune materie, assegnando anche alle Regioni una competenza esclusiva che ha dato origine ad un federalismo sanitario e ad un accesso diversificato e non sempre equo.

2. L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.: il regionalismo differenziato.

[9] L'espressione indicava l'attività assistenziale e quella didattica.
[10] In tal senso, Corte cost., 19 giugno 2002, n. 282, in *www.giurcost.org*; Corte cost., 7 luglio 2005, n. 285, *ivi*; Corte cost., 11 ottobre 2005, n. 383, *ivi*; Corte cost., 18 aprile 2007, n. 162, *ivi.*

ISSN 2036-7821

Con la riforma del Titolo V è stato introdotto il 3° comma dell'art. 116 Cost.[11], che, permettendo alle Regioni di ottenere ulteriori forme e condizioni di autonomia, pone le premesse per il c.d. regionalismo differenziato[12], da attuare, tuttavia, entro la cornice dello Stato unitario[13], che risulterebbe, pertanto, costituito da tre diverse tipologie di Regioni: quelle ordinarie, quelle a statuto speciale e quelle differenziate, caratterizzate da un adattamento del regime delle competenze, ma anche dalla conseguente adozione di politiche, rispondenti alle caratteristiche, agli interesse, alle istanze ed all'identità delle singole comunità regionali[14] e, quindi, presumibilmente più efficaci.

Per evitare che il regionalismo differenziato si trasformasse in un *vulnus* alle istanze unitarie del nostro ordinamento, sono stati individuati quattro limiti entro i quali il regionalismo deve realizzarsi, senza mai travalicarli:

- il rigoroso rispetto del ruolo e delle prerogative costituzionali di ogni soggetto istituzionale coinvolto nel processo stesso[15];
- il riconoscimento delle forme e condizioni di autonomia in ossequio ai principi di solidarietà, coesione sociale ed eguaglianza;
- rispetto dei principi espressi dall'art. 119 Cost., tra cui assume un particolare rilievo quello di solidarietà interterritoriale;

[11] Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei princìpi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata. Cfr. A. RUGGERI, *"Forme" e "tecniche" dell'unità, tra vecchio e nuovo regionalismo*, in G. Rolla (a cura di), *La definizione del principio unitario negli ordinamenti decentrati* (Atti del convegno dell'Associazione di diritto pubblico comparato ed europeo, Pontignano, Università degli Studi di Siena, 10-11 maggio 2002), Torino, 2003, 95 ss.

[12] Cfr. A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, 1/2007; O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, *Convegno Astrid-CRANEC, Autonomie regionali: specialità e differenziazioni*, Roma, 27 giugno 2017 in *www.sipotra.it*, pp. 5-8; L. VIOLINI, *L'autonomia delle regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3, Cost*., in *Rivista AIC*, 4/2018; S. STAIANO, *Autonomia differenziata, la lezione del 2001: no a riforme fatte per paura*, in *Diritti Regionali*, 3/2019; ID, *Il regionalismo differenziato. Debolezza teorica e pratica del conflitto*, in *Gruppo di Pisa*, n. 2/2019; A. MORELLI, *Le relazioni istituzionali*, in *Rivista AIC* n. 3/2019; D.GIROTTO, *L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario*, Torino, 2019; G.FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni ed equilibri di sistema: Le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, A. POGGI, *Qualche riflessione sparsa sul regionalismo differenziato (a margine del convegno di Torino)*, in *Diritti Regionali* n. 2/2019; ID *Il regionalismo italiano ancora alla ricerca del "modello plurale" delineato in Costituzione*, in *Federalismi.it*, n. 1/2020.

[13] Limite che il regionalismo differenziato non deve mai travalicare. Si veda, F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra unità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001,* in *Le Regioni*, 4, 2003, p. 606.

[14] Cfr. U. BANDINI, *Unità dello Stato e dinamiche delle autonomie territoriali*, in *Federalismi.it*, n. 13/2019, pag. 2

[15] Si veda, S. NERI, *Le ricadute organizzative al centro del regionalismo differenziato: quali raccordi interistituzionali?*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2019, n. 1, pag. 3.

ISSN 2036-7821

- il processo di attuazione dovrebbe svolgersi con modalità tali da garantire il rispetto della natura derogatoria dell'istituto e della sua *ratio* che è quella di favorire la transizione da un regionalismo dell'uniformità ad un regionalismo della differenziazione.

Il regionalismo differenziato, se adeguatamente attuato, potrebbe diventare uno strumento di sviluppo per le Regioni più deboli e di solidarietà da parte di quelle più ricche verso quelle economicamente più fragili[16].

Solo un'interpretazione di questo tipo può rendere il regionalismo delineato dall'art. 116, c.3, conforme alle restanti disposizioni costituzionali[17].

Non a caso, l'idea fondamentale che ispira il principio di differenziazione è quella di garantire una migliore efficienza sia nelle dinamiche di gestione economico-finanziaria che nella realizzazione delle politiche pubbliche: circostanze, queste, che potrebbero determinare un vantaggio non soltanto a favore dei territori interessati ma anche per l'intero Paese[18].

Le differenti caratteristiche di ciascuna Regione, intese sia come di forza che di debolezza, necessitano, infatti, di interventi differenziati, per attuare i quali alle Regioni devono essere riconosciute specifiche competenze[19].

I vantaggi ed i benefici ottenuti da tale gestione devono riguardare tutto il Paese, e devono essere condivisi, ad esempio, esportando *best pratice* in altri luoghi in cui risultino poste in essere pratiche diverse e meno efficaci,[20] utilizzando i risparmi conseguiti per effettuare investimenti per superare le criticità di alcuni territori o per soddisfare determinati diritti, garantendo lo stesso livello di prestazioni.

Quale sia il procedimento per dare atto al regionalismo differenziato, ce lo indica la parte finale della disposizione contenuta nel 3° comma, in cui si fa riferimento ad una legge dello Stato, approvata dalle Camere a maggioranza assoluta, sulla base di un'intesa tra Stato e Regioni.

Questa sottofase viene avviata su iniziativa degli organi regionali; il Presidente della Giunta regionale sollecita il Governo ad avviare i negoziati.

---

[16] S. MANGIAMELI, *I problemi della differenziazione e della omogeneità nello Stato regionale*, in ISSIRFA - *Studi ed Interventi*, 2 febbraio 2019.

[17] Cfr. F. GALLO, *L'incerto futuro del regionalismo differenziato sul piano finanziario,* in *Federalismi.it*, 9 maggio 2018, pp. 8 e 9.

[18] Così G. FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni ed equilibri di sistema: Le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, cit.

[19] Si vedano, A. RUGGERI, *Prospettive del regionalismo in Italia (nota minima su una questione controversa)* in *Le Regioni*, 1-2, gennaio-aprile 2017, pag. 26; R. BIN, *"Regionalismo differenziato" e utilizzazione dell'art. 116, comma 3. Alcuni tesi per aprire il dibattito*, in *Le istituzioni del federalismo*, 1, 2008.

[20] S. MANGIAMELI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, (novembre 2017), Indagine conoscitiva della Commissione regionale per le questioni regionali*, (audizione del 29 novembre 2017, h. 8.15) in *www.issirfa.cnr.it*,

ISSN 2036-7821

La formulazione del 3 comma dell'art. 116 Cost fa pensare che quella appena proposta sia l'interpretazione più corretta e che la legge approvata dalle Camere sia il solo strumento attraverso il quale alle Regioni possa essere riconosciuta una diversa e più ampia autonomia, rispetto alla quale l'intesa costituirebbe un antecedente non necessario, ma sufficiente[21].

Alcuni termini utilizzati nella norma (ad esempio "possono" ed "attribuire") sottolineano, inoltre, il carattere facoltativo ed eventuale dell'attribuzione alle Regioni dell'autonomia differenziata, frutto di una scelta politica del Parlamento[22] che, difficilmente e solo in modo incostituzionale potrebbe essere estromesso o relegato ad un ruolo secondario in un processo decisionale che comporta una ridefinizione delle competenze ed un mutamento ontologico dello status delle Regioni interessate dal processo di differenziazione.

Alle Camere, quindi, non si addice una mera funzione di controllo politico o di ratifica dell'operato del Governo o di acritico recepimento del contenuto dell'intesa stipulata con la Regione.

Al Parlamento si deve, invece, attribuire un ruolo attivo nella determinazione dei contenuti dell'autonomia differenziata e, quindi, di codecisione[23].

Tuttavia, anche nel caso in cui al Parlamento si riconoscano poteri modificativi nei confronti dell'intesa, non si deve dimenticare che l'approvazione definitiva deve essere concordata con le Regioni, in modo che l'atto finale sia il risultato di una trattativa tra le stesse parti[24].

Che il Parlamento debba avere un ruolo attivo, nei termini anzidetti, lo si può dedurre anche dai limiti che la legge di differenziazione deve rispettare; si tratta di quelli di bilancio, espressione di una finanza pubblica solidaristica ed organica che spetta al Parlamento garantire.

Il regionalismo differenziato, se attuato in questo modo, può, quindi, essere ritenuto uno strumento solidaristico, cooperativo e positivamente competitivo[25], anche se non si escludono del tutto dei rischi, dovuti all'incapacità delle Regioni più deboli di raccogliere la sfida, ma anche le opportunità insite nel regionalismo differenziato, e

---

[21] V. A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato, Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit..; D. MONE, *Autonomia differenziata, come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3 cost., conforme a Costituzione*, in *Rivista AIC*, n. 1/2019; A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *Federalismi.it*, n. 8/2019.

[22] Cfr. R. TONIATTI, *L'autonomia regionale ponderata: aspettative ed incognite di un incremento delle asimmetrie quale possibile premessa per una nuova stagione costituzionale del regionalismo italiano*, in *Reg.*, 2017, pag. 645

[23] A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato*, op. cit., pag. 17; D. MONE, *Autonomia differenziata, op cit.*, pag. 279

[24] G. BOGGERO, *Il referendum come "motore" della differenziazione*, in *www.dirittiregionali.it*, n. 2/2019.

[25] A. GIANNOLA, L. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul "federalismo differenziato"*, in *www.piolatorre.it*

ISSN 2036-7821

di competere con quelle più forti, in un processo di reciproco miglioramento ed innalzamento della qualità dei servizi erogati[26].
Il processo emulativo indotto dai risultati conseguiti potrebbe spingere anche altre Regioni a ottenere la stessa autonomia di quelle differenziate, innescando un positivo meccanismo di competizione che potrebbe ridurre il divario esistente tra Regioni più avanzate e Regioni più arretrate[27].
Affinchè il regionalismo differenziato possa essere un'opportunità per il Paese (per tutto il Paese) è necessario riconoscere un ruolo centrale al Parlamento, ossia all'istituzione politica più rappresentativa di esso; in caso contrario, il rischio non è solo quello che le più ampie forme di autonomia arrechino vantaggio solo alla Regione a cui siano riconosciute, ma che possano rivelarsi dannose per tutte le altre; solo un ruolo attivo, preponderante e correttivo del Parlamento può arginare tali effetti[28].
Per evitare, inoltre, una disapplicazione delle regole di riparo delle competenze contenute nel Titolo V Cost., il Parlamento dovrebbe preventivamente valutare se vi siano i presupposti per giustificare la richiesta e l'attribuzione di regimi differenziati di competenze.
L'interesse generale viene garantito anche dal tipo di maggioranza richiesta (assoluta dei componenti) per l'approvazione della legge, per la cui modifica si ritiene necessario un procedimento speculare che prenda le mosse da una nuova intesa e proceda nel modo anzidetto.
Deve, invece, escludersi che la legge di autonomia negoziata sia modificabile tramite leggi ordinarie o atti aventi forza di legge.
Il 23 gennaio 2024 il Senato della Repubblica ha approvato in prima lettura il disegno di legge di iniziativa governativa sul c.d. regionalismo differenziato. Il disegno di legge[29] approvato dal Senato contiene i principi generali per l'attuazione dell'autonomia differenziata, ai sensi dell'art. 116, terzo comma, Cost., nonché disposizioni sulla procedura di approvazione delle intese tra lo Stato e le Regioni. Il disegno di legge contiene i principi generali e disciplina la procedura per l'attuazione dell'autonomia differenziata, prevede il procedimento di approvazione delle "intese" (art. 2), una delega al Governo ad adottare, entro 24 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi per disciplinare della procedura per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni nelle materie

[26] Si veda, M. ROMEO, *Regionalismo differenziato: in Calabria è stata approvata una risoluzione per promuovere un regionalismo "solidale"*, in *Dritti Regionali*, 2019, n. 1.
[27] Cfr. D. MONE, *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3, Cost., conforme a Costituzione*, in *www.rivistaAIC*, 2019, n. 1, pag. 268. Parla di "competizione virtuosa" E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *www.forumcostituzionale.it*, n. 2/2019, pag. 3.
[28] R. TONIATTI, *L'autonomia regionale ponderata: aspettative ed incognite di un incremento delle asimmetrie quale possibile premessa per una nuova stagione costituzionale del regionalismo italiano*, in *Le Regioni* 2017, pag. 649 ss.
[29] A.S. n. 615-A; A.C. 1665.

ISSN 2036-7821

per cui l'articolo 116, terzo comma, della Costituzione (tale delega riguarda, inoltre, le modalità operative per monitorare che in ciascuna Regione siano garantiti i livelli essenziali delle prestazioni), prevede altresì i princìpi per il trasferimento delle funzioni e delle relative risorse (umane, strumentali e finanziarie), relative alle materie traferite (art. 4), che le funzioni trasferite alla Regione possano essere attribuite a Comuni, Province e Città metropolitane dalla medesima Regione (art. 6) e che la durata delle intese, stabilendo che queste non possano comunque superare un periodo non superiore a dieci anni (art. 7).

3. L'impatto sulla materia della «tutela della salute».

La legge di revisione costituzionale del Titolo V ha collocato la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente, dimenticandosi, almeno apparentemente, di dare una collocazione altrettanto chiara all'organizzazione sanitaria.

Il problema è stato risolto dalla Corte costituzionale, per la quale l'organizzazione sanitaria deve ritenersi inclusa " nella tutela della salute", essendo parte integrante di essa[30] e soggetta a legislazione concorrente[31], orientamento più volte ribadito dalla Corte costituzionale[32], riconoscendo alla materia (tutela della salute) un «*vis attrattiva*» ed inclusiva di tutti quei profili, o della maggior parte di essi, che si intersecano con il diritto alla salute e con la sua garanzia, pur afferendo alla mera dimensione organizzativa[33].

Sul rapporto in cui si pongono tra loro i LEA e l'organizzazione sanitaria, la dottrina ritiene che vi sia un collegamento bidimensionale: i LEA incidono sugli aspetti organizzativi sanitari e, a loro volta, le scelte organizzative incidono sulla effettività dei LEA[34], poiché nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza sono coinvolti anche tutti quegli aspetti dell'organizzazione finalizzati all'erogazione delle prestazioni[35], trattandosi anche di prescrizioni volte a favorire la creazione di idonee strutture organizzative di garanzia[36].

Gravi inefficienze a livello organizzativo possono incidere sulla qualità dell'erogazione del servizio, rendendone difficile o insoddisfacente la fruizione.

---

[30] Si veda Corte costituzionale, 14 novembre 2008, n. 371.

[31] Corte costituzionale, 20 novembre 2002, n. 510, in *www.giurcost.org*; in dottrina, si veda, R. BALDUZZI, a cura di, *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, pag. 334.

[32] Si vedano le sentenze 181/2006; 207/2010; 54/2015 della Corte costituzionale.

[33] Cfr. D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost*, in *Corti supreme e salute* 2020, 1, pag. 243.

[34] A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in Aa.Vv., *Regionalismo differenziato: un percorso difficile, Atti del Convegno, Milano, 8 ottobre 2019, in Centro Studi sul Federalismo*.

[35] Cfr. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni reg.*, 2002, pag. 65 ss.

[36] M. LUCIANI, *L'autonomia legislativa*, in *Le Regioni*, 2004, pag. 360

ISSN 2036-7821

Ulteriori chiarimenti in merito al riparto di competenze tra Stato e Regioni sono stati forniti dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 231/2017. Nella pronuncia, infatti, il giudice delle leggi ha precisato che la competenza statale può comprendere oltre alla determinazione dei livelli quantitativi e qualitativi delle singole prestazioni anche le procedure strumentali indispensabili ad assicurare che gli enti del S.S.N. siano in condizioni di garantirne l'erogazione[37], in modo che la dimensione organizzativa e la sua qualità siano coerenti con gli obiettivi.

Il mantenimento dei LEA quali limiti generali da rispettare anche in fase di attuazione dell'art. 116 Cost. è stata ritenuta garanzia sufficiente di uniformità di livelli su tutto il territorio nazionale; questa impostazione, però, denota un atteggiamento volto a minimizzare la reale incidenza degli aspetti organizzativi e di maggiore autonomia sulla qualità dei livelli delle prestazioni sanitarie.

Il regionalismo differenziato, permettendo teoricamente il trasferimento dell'intera materia 'tutela della salute' alla potestà legislativa esclusiva delle Regioni richiedenti, lascia, di fatto, allo Stato solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, mentre le nuove Regioni ad autonomia differenziata potranno sostanzialmente legiferare persino sui principi generali in materia di tutela della salute e quindi rivedere i fondamenti sui quali fu istituito, con la l. n. 833 del 1978, il S.S.N.

Con riferimento alla spesa sanitaria, si è previsto l'assoggettamento delle Regioni a un controllo centralizzato *ex post*, con applicazione del commissariamento in caso di violazione degli obiettivi minimi di contenimento della spesa pubblica. Questo sistema consente di affermare che almeno sotto tale profilo la differenziazione ha già trovato attuazione, ma con esiti non sempre positivi: solo alcune Regioni sono state in grado di contenere i livelli di spesa nei margini di sicurezza concordati, accrescendone gli standard qualitativi, mentre tutte le altre li hanno ampiamente superati, senza raggiungere standard qualitativi soddisfacenti.

Le criticità italiane sul tema oggetto di questo contributo non mancano. Vi è da sempre un enorme diseguaglianza fra le Regioni nell'accesso alle cure, che fanno dell'Italia il Paese europeo con la più grande differenza tra Regioni[38], e tali diseguaglianze purtroppo sono sempre in aumento. L'Osservatorio europeo afferma che «i cittadini delle Regioni meridionali, meno prospere, hanno più del doppio delle probabilità di riportare bisogni di cure mediche non soddisfatti rispetto a quelli delle Regioni settentrionali, più ricche, a causa di ragioni finanziarie, tempi d'attesa

[37] Anche quelle che si traducono nel coinvolgimento di organi che possono assicurare un'attività di verifica e monitoraggio sull'erogazione dei LEA.

[38] Cfr. i dati CREA, *Osservatorio sui tempi di attesa*, cit., citano quelli del Rapporto *EuroHealth Consumer Index* elaborato dall'Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) con il sostegno della Commissione europea. Sul problema L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2020, n. 1.

ISSN 2036-7821

oppure distanze di viaggio»[39]. Si evidenziano quindi sia disparità geografiche, sia disparità economiche. Ne è indice la significativa e crescente mobilità interregionale in prevalenza dal Sud verso il Nord.

A prescindere dall'impatto dovuto alla pandemia, circa un terzo di tutti i decessi registrati in Italia nel 2019 può essere attribuito a fattori di rischio comportamentali, come il tabagismo, i rischi alimentari, il consumo di alcolici, la scarsa attività fisica e questioni ambientali, come l'inquinamento atmosferico[40].

Quanto alla spesa sanitaria, quella italiana è da sempre storicamente inferiore alla media UE[41]. Nel 2019, anno precedente alla pandemia, l'Italia ha destinato alla sanità l'8,7 % del PIL, rispetto alla media UE del 9,9 %. Ancor più profondo è il divario per la spesa relativa all'assistenza residenziale e semiresidenziale, sempre più importante a causa del rapido invecchiamento della popolazione, in Italia è inferiore alla metà della spesa totale rispetto alla media UE. Per ciò che concerne i posti letto ospedalieri, prima della pandemia, tra il 2014 e il 2019, l'Italia ne registrava 3,2 per 1000 abitanti, laddove la media UE era pari a 5,3[42].

Per rispondere alle problematiche dovute alla SARS CoV-2 l'Unione Europea ha deciso di agire congiuntamente, con un bilancio comune, realizzando la Missione Next Generation UE. Il 30 aprile 2021 il Piano Nazionale Ripresa e resilienza (d'ora in poi PNRR) dell'Italia è stato trasmesso dal Governo alla Commissione europea (e, subito dopo, al Parlamento italiano). Il 22 giugno 2021 la Commissione europea ha pubblicato la proposta di decisione di esecuzione del Consiglio, fornendo una valutazione globalmente positiva del PNRR italiano. La proposta è accompagnata da una dettagliata analisi del Piano (documento di lavoro della Commissione).

Il 13 luglio 2021 il PNRR dell'Italia è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio, che ha recepito la proposta della Commissione europea. La Decisione contiene un allegato con cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi obiettivi e traguardi, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale. Il 13 agosto 2021 la Commissione europea, a seguito della valutazione positiva del PNRR, ha erogato all'Italia 24,9 miliardi a titolo di prefinanziamento (di cui 8,957 miliardi a

[39] G.RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2022.

[40] OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia. Profilo della sanità 2021*, cit., pp. 5 e 16.

[41] La percentuale di spesa pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale è stata del 74 % nel 2019, mentre la media UE è dell'80 %. Gli incrementi di spesa degli ultimi cinque anni sono dovuti soprattutto all'incremento della spesa privata (OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021*, cit., p. 9).

[42] G.RAZZANO, *op. cit.*

ISSN 2036-7821

fondo perduto e per 15,937 miliardi di prestiti), pari al 13% dell'importo totale stanziato a favore del Paese.
Sembra quindi opportuno ora valutare in che misura una parte del PNRR, ossia la missione 6, denominata " salute", nonché la missione n. 5, "inclusione e coesione", abbiano tenuto conto delle luci e delle ombre storiche del nostro S.S.N., delle fragilità che l'esperienza pandemica ha portato allo scoperto, e, altresì, dei rilievi e dei rimedi additati dalle stesse istituzioni UE, in procinto di assumere un nuovo ruolo nell'ambito della sanità pubblica, ai sensi del Regolamento n. 2021/522 del 24 marzo 2021, che istituisce un programma d'azione dell'Unione per il periodo 2021-2027 ("programma UE per la salute"), c.d. EU4Health.

4. La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La Missione salute del PNRR si propone di riorganizzare le politiche della salute attraverso riforme e investimenti basati sui fabbisogni assistenziali, puntando così a superare i divari tra i diversi sistemi sanitari regionali e a realizzare un percorso integrato che parta dalla casa come primo luogo di cura, per arrivare alle case della comunità e agli ospedali di comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari e socioassistenziali.
La Missione si articola in due componenti: la prima denominata Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1); la seconda, Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (M6C2).
Nello specifico:

- Casa della Comunità - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, almeno 1.038 Case della Comunità. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione;
- Centrale operativa 116117 - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale;
- Centrale Operativa Territoriale- COT - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
- Infermiere di Famiglia e Comunità - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con

ISSN 2036-7821

tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali;

- Unità di continuità assistenziale - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- Assistenza domiciliare - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana;
- Ospedale di comunità - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
- Rete delle cure Palliative - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza;
- Telemedicina - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri

ISSN 2036-7821

professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Trattasi di un tentativo di riforma del servizio sanitario, che ha il dichiarato obiettivo – che, ovviamente, deve essere valutato sui risultati - di rispondere al meglio ai bisogni ed alla dignità dei cittadini facendoli diventare veri e propri protagonisti dell'assistenza sanitaria, creando un rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Con i c.d. decreti Covid[43], va ricordato che l'Italia ha stanziato risorse per oltre 8 miliardi, di cui più di 3,5 miliardi affidati alla diretta gestione delle Regioni[44]. Emerge, tuttavia, che dei 1268 milioni attribuiti alle Regioni per il potenziamento dell'assistenza territoriale, oltre il 66% sia stato accantonato[45], cosicché sembra che l'utilizzo di buona parte delle risorse sia ancora in sospeso e che le misure che erano state previste per rafforzare l'assistenza territoriale potranno con ogni probabilità meglio definirsi anche alla luce degli interventi nel Recovery Plan. Ancora, per ciò che concerne il recupero dei ritardi accumulati nell'attività ospedaliera e ambulatoriale nei mesi più critici della crisi sanitaria, le misure finanziarie a ciò indirizzate sono state utilizzate dalle Regioni con variabilità interregionali molto forti, che sembrano trovare nei limiti già esistenti prima della crisi le ragioni più vere e su cui la fase che si apre dovrà certamente incidere.

Anche per quanto riguarda lo stanziamento disposto dal decreto-legge n. 34/2020 (vincolato alla validazione dei piani di riorganizzazione della rete ospedaliera presentati dalle Regioni, utilizzabile per interventi su costruzione nuova o già esistente e per l'acquisizione di attrezzature elettromedicali e gestito dal primo Commissario straordinario per l'emergenza Covid), la relativa attuazione, a fine aprile 2021, secondo il monitoraggio condotto dal Ministero della salute, risulta ancora parziale e molto disuguale da parte delle varie Regioni.

Questi rapidi cenni intendono mostrare come i ritardi e le omissioni non dipendano dall'assenza di finanziamenti e neppure dal mancato accordo fra lo Stato e le Regioni in ordine alle azioni e alla destinazione dei fondi. In dottrina è stato sostenuto che «*si è, piuttosto, dinanzi ad inerzie che trovano la loro causa in svariati motivi. Fra questi, fondamentalmente, la cattiva amministrazione, l'assenza di controllo da parte del livello centrale di governo, la carenza di personale amministrativo competente e la scarsità – anche dovuta a cattiva distribuzione sul territorio –dello stesso personale medico e infermieristico, senza il quale l'assistenza sanitaria non può essere assicurata come dovrebbe*» [46].

---

[43] Decreto-legge n. 14/2020, n. 18/2020, n. 34/2020, n. 104/2020.

[44] Corte dei conti, *Rapporto*, cit., p. 245

[45] Corte dei conti, *Rapporto* cit., p. 293. In particolare, «fatta eccezione per le regioni centrali che sembrano aver accantonato solo il 40 per cento delle somme (…), in media delle regioni del Nord e del Sud Italia la quota rinviata supera il 70 per cento.

[46] G.RAZZANO, *op. cit*.

ISSN 2036-7821

Quest'ultimo è un aspetto tanto elementare quanto essenziale, che non è sfuggito allo studio realizzato dalla Banca d'Italia intitolato «*La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in Piano di Rientro*»[47]. Vi si osserva che nelle Regioni in piano di rientro la riduzione del personale tecnico e infermieristico ha avuto ripercussioni «sia sulla possibilità di erogare servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati sia soprattutto sul processo di riorganizzazione della rete sanitaria verso un modello territoriale, caratterizzato da un più intenso utilizzo di queste figure professionali». Le "colpe", pertanto, sono addebitabili sia alle Regioni, sia allo Stato[48].

In questo contesto in dottrina ci si interroga se il rimedio non fosse la centralizzazione del servizio sanitario[49] e fare riforme costituzionali volte ad introdurre meccanismi di preminenza statale[50]. Altra parte della dottrina, al contrario, ritiene più appropriato utilizzare in modo consapevole gli strumenti che la Costituzione già fornisce allo Stato centrale per il coordinamento tra i livelli di governo. Si è ricordato che l'art. 120 Cost. consente al Governo il potere sostitutivo nei confronti delle Regioni, proprio a tutela dei livelli essenziali[51].

La centralizzazione delle competenze, inoltre, non è detto che implichi automaticamente una maggiore efficienza del sistema, posto che è proprio a livello statale che può osservarsi una carenza di impulso, di iniziativa, di monitoraggio, di controllo; in una parola di esercizio di responsabilità politica[52].

Le riforme proposte rischierebbero oltretutto di essere percepite come rivendicative, non favorendo, così, lo spirito di leale collaborazione, richiamato anche in questo

---

[47] L. AIMONE GIGIO (a cura di), *Questioni di Economia e Finanza,* n. 427" del marzo 2018, p. 40.

[48] Si considerino, ad es., le disposizioni sul contenimento della spesa del personale sanitario (blocco del turnover) nelle leggi finanziarie del 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296) e del 2010 (legge 23 dicembre 2009, n. 191).

[49] Di questo avviso G. ZAGREBELSKY, *La democrazia dell'emergenza*, in "*La Repubblica*" del 18 novembre 2020.

[50] Il riferimento è, in particolare, alla proposta di legge costituzionale Ceccanti ed altri: "*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*" (A.C. 2422). La proposta ha incontrato critiche e perplessità, in quanto ritenuta un rimedio non appropriato al problema, come posto in luce dai relatori del webinar organizzato il 10 giugno 2021 da ISSIRFA-CNR, *Emergenza sanitaria e ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni: analisi e prospettive* (interventi di L. CALIFANO, E. CATELANI, A. D'ATENA, T.E. FROSINI, S. MANGIAMELI, C. PINELLI, A. POGGI, G.M. SALERNO, L. VIOLINI).

[51] Così A. POGGI, *Tornare alla normalità dei rapporti Stato-Regioni. Errori da evitare e lezioni da meditare*, in *Federalismi.it*, Editoriale del 9 settembre 2020.

[52] Sul punto cfr. in particolare l'intervento di C. PINELLI al webinar ISSIRFA-CNR, *Emergenza sanitaria e ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni: analisi e prospettive*, cit. e, soprattutto, ID. *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, p. 4, dove l'A. stigmatizza «la rinuncia a deliberare del legislatore nazionale».

ISSN 2036-7821

ambito dalla Corte costituzionale[53] ma messo a dura prova dall'emergenza pandemica[54].

Altra cosa è, invece, auspicare che lo Stato eserciti le sue competenze legislative e amministrative; che il Governo assuma il suo ruolo di guida nazionale, in conseguenza della responsabilità politica di cui è investito, e che utilizzi, ove necessario, il potere sostitutivo. Allo stesso modo è fondamentale ottenere l'effettiva velocizzazione dei procedimenti, nonché la loro conclusione in tempi certi, tenuto conto della storica lentezza e di quella che è stata definita la «disperata situazione» che caratterizza i procedimenti amministrativi italici[55].

Il d.l. n. 77/2021 (Governance *del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*), convertito nella l. 29 luglio 2021, n. 108, ha disegnato una nuova metodologia di governo, sia con riguardo ai rapporti fra i diversi livelli di governo, sia con riguardo all'attività amministrativa, intervenendo a sua volta sulla legge 241/1990 in tema di potere sostitutivo, silenzio assenso e annullamento d'ufficio e puntando, ancora una volta, alla semplificazione.

Nella prospettiva costituzionale merita attenzione, in particolare, il titolo I della parte prima del d.l. n. 77/2021 convertito nella l. n. 108/2021, sulla "governance *per il PNRR*", denominato Sistema di coordinamento, gestione, attuazione, monitoraggio e controllo del PNRR. L'art. 1, nel definire «il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del

---

[53] Cfr. ad es. Corte cost., sentt. n. 197/2019 e n. 62/2020, su cui A. MORRONE, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 9 ss.; C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum Quad. cost.*, 2020, n. 2, 9 giugno 2020.

[54] Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 37/2021. Fra i tanti commenti cfr. B. CARAVITA, *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali*, in *Federalismi.it*, 21 aprile 2021; G. BOGGERO, *In pandemia nessuna concorrenza di competenze. La Corte costituzionale promuove un ritorno al "regionalismo della separazione"*, in *Forum di Quad. cost.*, 2021, n. 3, p. 102; A. POGGI, G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in *Osservatorio AIC*, 2021, n. 4.

[55] Cfr. ad es., già M.S. GIANNINI, *La priorità dei problemi di organizzazione*, in AA. VV., *Il motore immobile. Crisi e riforma della pubblica amministrazione*, Roma, 1980, p. 49, per il quale «una legge generale sul procedimento amministrativo sarebbe utilissima, ma la situazione di fronte alla quale ci troviamo non è disperata per il fatto che essa manchi; è disperata bensì perché l'amministrazione non vien riformata nelle strutture. Ciò significa veramente inoperatività, spesa irragionevole di denaro pubblico, duplicazione di competenze, omissione di provvidenze in materie che pure interessano tutta la collettività».

ISSN 2036-7821

Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021»[56], afferma che «*ai fini del presente decreto e della sua attuazione assume preminente valore l'interesse nazionale alla sollecita e puntuale realizzazione degli interventi inclusi nei Piani indicati al comma 1*». Sempre ai sensi dell'art. 1, comma 3, è in base ad un doppio titolo che trova fondamento la disciplina sulla *governance*: «*Le disposizioni contenute nel presente decreto, in quanto direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento (UE) 2021/241, sono adottate nell'esercizio della competenza legislativa esclusiva in materia di rapporti dello Stato con l'Unione europea di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera a), della Costituzione e definiscono, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*»[57].

Si può notare il riferimento all'«interesse nazionale», una nozione non più presente nel testo costituzionale con la riforma del titolo V, definita «priva di valore deontico» dalla Corte costituzionale[58], non più invocabile[59], e compensata dal meccanismo dell'attrazione in sussidiarietà[60] per salvaguardare le «esigenze di carattere unitario»[61].

---

[56] Nonché dal Piano nazionale per gli investimenti complementari di cui al decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, dal Piano Nazionale Integrato per l'Energia e il Clima 2030 di cui al Regolamento (UE) 2018/1999 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'11 dicembre 2018.

[57] Sulla governance del PNRR nella prospettiva regionale M. TRAPANI, *Il sistema delle conferenze e il regionalismo dimezzato: il difficile rapporto tra PNRR e regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 4, 26 ottobre 2021, p. 180.

[58] Cfr. Corte cost., sent. n. 380/2002, n. 303 e 370/2003 e n. 285/2005, per cui la sola allegazione dell'interesse nazionale non è più sufficiente a giustificare l'esercizio da parte dello Stato di una funzione di cui non sia titolare in base all'art. 117 Cost.: «Nel nuovo Titolo V l'equazione elementare interesse nazionale = competenza statale, che nella prassi legislativa previgente sorreggeva l'erosione delle funzioni amministrative e delle parallele funzioni legislative delle Regioni, è divenuta priva di ogni valore deontico, giacché l'interesse nazionale non costituisce più un limite, né di legittimità, né di merito, alla competenza legislativa regionale» (punto 2.2. sent. n. 303/2003).

[59] Non più invocabile, più precisamente, per adottare norme legislative o atti di indirizzo e coordinamento che incidono sulle competenze legislative ed amministrative delle Regioni, come sostenuto da G. FALCON, *Modello e "transizione" nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Reg.*, 2001, n. 6, pp. 1247 ss.; P. CAVALIERI, *Diritto regionale*, Padova, 2003, p. 141; A. ANZON, *Un passo indietro verso il regionalismo duale*, in *Forum Quad. cost.*, 2001; M. LUCIANI, *Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in sito AIC, 2002; C. PINELLI, *I limiti alla potestà legislativa statale e regionale e i rapporti con l'ordinamento nazionale e con l'ordinamento comunitario*, in *Foro It.*, 2001, V, p. 199.

[60] Cfr. G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2002, 90; A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*, in *Forumcostituzionale*, 8 ottobre 2003; A. RUGGERI, *Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare...) in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronunzia. Nota a Corte cost. n. 303 del 2003*, ivi, 29 ottobre 2003; P. CARETTI, *La Corte e la tutela delle esigenze unitarie: dall'interesse nazionale al principio di sussidiarietà*, in *Le Regioni*, 2004, nn. 2-3, pp. 381 ss.; C. PADULA, *Principio di sussidiarietà verticale ed interesse nazionale: distinzione teorica,*

ISSN 2036-7821

Il legislatore sostiene di intervenire per disciplinare la governance del PNRR non già in ragione di una competenza concorrente, che può eventualmente richiedere un'attrazione in sussidiarietà, ma in ragione di una competenza legislativa esclusiva dello Stato esercitata in base ad un doppio titolo: i rapporti dello Stato con l'Unione europea e la lett. m) dell'art. 117, comma 2 (i livelli essenziali).
Il PNRR rappresenta un atto generale di programmazione che incide non solo sui rapporti fra lo Stato e l'Unione europea, ma anche sull'unità, sulla tenuta e sullo sviluppo socioeconomico della Nazione. Non a caso molti hanno accostato il PNRR al piano Marshall, a motivo non solo dell'entità del finanziamento, ma anche della vastità del programma e degli obiettivi disviluppo sottesi[62].

5. Profili problematici.

La Missione 6 del PNRR rappresenta veramente un volàno per la tutela dei cittadini, sperando che non si commettano errori passati. Nella gestione sanitaria precedente alla pandemia da SARS CoV-2, ad esempio, si è avuta la tendenza ad occuparsi della cura delle patologie maggiormente remunerative, trascurando del tutto la sorveglianza epidemiologica. Questa scelta può aver determinato la scarsa attenzione verso i primi casi di SARS CoV-2, casi rilevati da strutture pubbliche di ricovero che, a differenza di quelle private, sono sempre state in prima linea nella lotta contro il virus[63], benché quelle private, convenzionate con il sistema socio-sanitario locale e, quindi, anch'esse beneficiarie di soldi pubblici[64], rappresentino, ormai, il 50% delle

sovrapposizione pratica, in *Federalismi.it*, 2006, p. 14; M. DUGATO, *Sussidiarietà e salute*, in *Sanità pubblica e privata*, 2006, 7. A. ANZON, *Istanze di unità e istanze autonomistiche nel "secondo regionalismo": le sentenze nn. 303 del 2003 e 14 del 2004 della Corte costituzionale e il loro seguito*, in *Reg.*, 2008, nn. 4-5, pp. 786 ss.; G. FALCON, *Riflessioni sulle sentenze della Corte costituzionale 303 del 2003 e 14 del 2004, ricordando Carlo Mezzanotte*, *ivi*, p. 771;

[61] Le medesime istanze unitarie, peraltro, sono sottese anche alla prassi di ricorrere massicciamente agli strumenti propri della legge sulla protezione civile, che consentono al governo di riportare al livello di governo statale, tramite la gestione commissariale e l'annesso potere di ordinanza anche in deroga alla legge, ogni ambito amministrativo, allorché si deliberi uno «stato di emergenza di rilievo nazionale». Sulla funzione di "supplenza" svolta dalla legge sulla protezione civile e dagli strumenti e dai poteri che consente di attivare, G. RAZZANO, *L'amministrazione dell'emergenza. Profili costituzionali*, Bari, Cacucci, 2010, pp. 53 ss. e 253 ss.

[62] J.B. GOSSÉ, A. SCHNEIDER, R. VICQUÉRY, *Lessons from the Marshall Plan for the European Recovery Plan*, in *Banque de France*, 29 ottobre 2021; E. BERNARDI, *Ripresa economica: tutte le analogie tra Piano Marshall e Next Generation EU*, in *Progresso Europa riforme*, 9 luglio 2021; L. D'AMBROSIO, *Recovery e Piano Marshall: differenze e somiglianze*, in *Diritto & Conti*, 15 gennaio 2021; M. BUTI, M. MESSORI, *NextGenerationEU: Una guida ragionata*, Luiss, School of EuropeanPolitical Economy, 2020.

[63] Cosi è stato deciso con la delibera regionale XI/2906 dell'8 marzo che ha individuato come Hub ospedalieri per i malati di SARS CoV-2 delle strutture pubbliche.

[64] Il 40% della spesa sanitaria corrente è stata, infatti, destinata al finanziamento delle strutture private a discapito di quelle pubbliche che si sono ritrovate prive di un numero sufficiente di posti letto nei reparti di terapia intensiva e senza dispositivi di protezione.

ISSN 2036-7821

strutture ospedaliere, ma essendo concepite e gestite come aziende, con metodo manageriale ed ispirate alla logica del profitto, non si sono rese immediatamente disponibili e sono rimaste estranee alla gestione dell'emergenza, non ritenendo le prestazioni rientranti nel settore dell'infettivologia e della terapia intensiva economicamente convenienti.

Occorrerebbe prevedere investimenti maggiori su un sistema di telemedicina e di biosorveglianza (ENG-DE BIOS), grazie al quale, ad esempio, con il *contact tracing*[65], l'indice di contagio, in meno di due mesi nel 2020 è calato da 3,4 ad un tasso di contagio R0 pari a 0,7.

Il sistema è stato in grado di risolvere e di prevenire alcune problematiche poste dalla pandemia e di mettere insieme i dati provenienti da lavoratori ed ospedali, acquisiti a seguito dell'analisi dei tamponi effettuati[66].

In questo modo, sono stati acquisiti dati anagrafici, ma anche informazioni sui luoghi frequentati dai soggetti contagiati e sui loro contatti, indicazioni che poste insieme hanno permesso di delineare una sorta di mappa dell'epidemia e di attivare tutti i controlli necessari per circoscrivere il contagio.

Il sistema di biosorveglianza ha consentito di monitorare, in tempo reale, la diffusione del virus, di prevederne in anticipo gli effetti e di predisporre le azioni preventive di contrasto, grazie alle quali si sono evitati nuovi contagi e si sono salvate vite umane[67].

Nella gestione della pandemia non vi è stata un'azione coordinata di cogestione dell'emergenza e nemmeno un effettivo coinvolgimento né delle Regioni, nell'adozione dei provvedimenti statali, né del Governo, per l'adozione di quelli regionali[68]. Ciò ha alimentato la tensione tra il principio unitario e quello autonomistico del sistema regionale[69]. Pertanto, i contrasti tra lo Stato e le Regioni, che si sono avuti in quei mesi, offrono lo spunto per compiere alcune riflessioni conclusive, di carattere generale, sul sistema regionale italiano.

Le Regioni non hanno agito tutte nello stesso modo e non hanno ottenuto gli stessi risultati durante la lotta pandemica.

---

[65] C. COLAPIETRO e A. IANNUZZI, *App di contact tracing e trattamento dei dati con algoritmi: la falsa alternativa fra tutela del diritto alla salute e protezione dei dati personali*, in *Diritti Fondamentali* n. 2/2020.

[66] Dati di monitoraggio sui test effettuati e sulla tipologia; sul numero di soggetti positivi; soggetti guariti e negativi sottoposti ai test; fasce di età; popolazione sotto screening e infetta; curve di evoluzione dell'epidemia; data di prelievo e di referto; georeferenziazione dei casi positivi aggregati ed incidenza territoriale.

[67] Si veda, *Biosorveglianza, il "modello Veneto" anti Covid-19 ha un cuore tecnologico, in* www.eng.it.

[68] Sottolinea questo aspetto, A. POGGI, *Tornare alla normalità dei rapporti Stato-Regioni. Errori da evitare e lezioni da meditare*, in *Federalismi.it*, n. 25/2020

[69] Si cfr., al riguardo, V. BALDINI, *Emergenza sanitaria nazionale e potere di ordinanza regionale. Tra problema di riconoscibilità dell'atto di giudizio e differenziazione territoriale delle tutele costituzionali*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1/2020, 885 ss.

ISSN 2036-7821

Il problema che resta sullo sfondo, del resto, è stato ben sintetizzato dalla Corte dei conti: «*La riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sono stati accompagnati, in questi anni, da un rafforzamento dell'offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte "più debole" della popolazione, cioè anziani, disabili, malati terminali. In molti casi non sono raggiunte le soglie richieste, pur se fissate a livelli molto contenuti*»[70].

Dobbiamo riflettere sul concetto di Servizio Sanitario se deve essere inteso ancora come Nazionale. Perché è nato come servizio pubblico al fine di garantire l'uguaglianza di tutti i cittadini che infatti pagano il ticket per usufruire delle prestazioni sanitarie, ha rappresentato da sempre un modello che ha conosciuto diffusione, è nato con riferimento a tre principi fondamentali: l'universalità, ossia che tutti i cittadini hanno uguale diritto ad accedere alle prestazioni; la solidarietà, ossia che tutti contribuiscono a finanziarlo; l'uniformità, ossia che le prestazioni fornite devono essere della stessa uniforme qualità, per tutti i cittadini, in tutte le Regioni. C'è il rischio che il S.S.N nel tempo sia diventato un sistema che ha contribuito ad aumentare le diseguaglianze[71] e non ha messo sempre al centro il paziente, sostituito dal profitto[72]. Attualmente nelle strutture pubbliche lo scopo principale e il vincolo più importante del Direttore generale è quello di avere in pari i conti. Gli irrinunciabili pilastri della funzione pubblica dello Stato moderno, inventato da Napoleone, cioè Istruzione, Giustizia, Polizia, Esercito, Carceri, Sanità, la cui azione positiva ribalta, a breve e lungo termine, i ricavi sull'intera società ed in altri comparti di spesa, non possono permettersi di puntare al pareggio di bilancio, ma solo all'economia di gestione, controllata con rigore. Si pensi all'assurdo: forse per ottenere il pareggio tra entrate e uscite le forze dell'ordine dovrebbero rivendere le sostanze illecite che sequestrano? O forse i vigili del fuoco, stabilito che siano pagati a prestazione, avrebbero interesse che aumentino gli incendi? Siffatta ricostruzione, del tutto assurda *ictu oculi*, mette in luce i limiti di una visione puramente aziendalistica del vincolo tra entrate e uscite. Ed anche per la mancanza di fondi o per aver superato il budget previsto, oggi mancano medici di base e medici nelle guardie mediche, dovendo ricorrere ad assumere personale sanitario dall'estero. Questo

[70] Corte dei conti, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 275.

[71] Il nostro Presidente della Repubblica, nel discorso di fine anno 2022, accessibile e consultabile sul sito *www.quirinale.it*, ha lanciato il seguente monito: "*Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne – creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza. Ci guida ancora la Costituzione, laddove prescrive che la Repubblica deve rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che ledono i diritti delle persone, la loro piena realizzazione. Senza distinzioni. La Repubblica siamo tutti noi. Insieme*».

[72] R. BALDUZZI – G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel D.LGS. 229/99, Quaderno n. 22 del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"*, Milano, 2001. Per un profilo storico circa il processo di aziendalizzazione in ambito sanitario, cfr., *ex multis*, E. MENICHETTI, *L'organizzazione aziendale: le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le azioni ospedaliero – universitarie*, in (a cura di) R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale d diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 232, ss.

ISSN 2036-7821

anche a causa della previsione del numero chiuso previsto per l'iscrizione al corso di laurea in medicina. Con la salute e la cura della persona che da pilastro costituzionale invidiato all'estero è passato da diritto a fortuna, perché se si va in guardia medica per un malore notturno e questa è chiusa per carenza di medici, non è detto che i primi soccorsi che si sarebbero potuti avere in tale sede possano essere compensati dal fattore tempo, talvolta essenziale. Oppure la chiusura di numerose guardie mediche che continuano ad allontanare lo Stato dai propri territori, abbandonando l'idea del *Welfare State* che invece sembra(va) predominante a seguito della pandemia. Tale riflessione è importante anche per le case della comunità e gli ospedali di comunità previsti dal PNRR, in quanto se non si risolve a monte la problematica della carenza dei medici, queste strutture fallirebbero la loro missione in partenza. Ci sono alcuni territori (del meridione soprattutto) dove il reparto di emodinamica più vicino dista molti chilometri[73], è assurdo pensare che si rischia la vita perché non si riesce ad intervenire in tempo.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 157 del 2020 ha sostenuto che il sistema sanitario non è un'azienda privata, la salute non è subordinata all'equilibrio finanziario. Infatti «*nell'ambito delle finalità del servizio, siano esse tanto di natura ordinaria, che di carattere eccezionale o emergenziale, sono impiegati sia beni di consumo corrente, sia i beni durevoli, e l'equilibrato impiego di tali componenti deve essere caratterizzato dalla leale cooperazione tra Stato e Regioni. In sede di programmazione finanziaria i costi unitari fissati devono essere sviluppati sulla base del fabbisogno storico delle singole realtà regionali e sulle altre circostanze, normative e fattuali, che incidono sulla dinamica della spesa per le prestazioni sanitarie*»[74].

In sostanza, quella che il giudice rimettente definisce come "ibridazione" delle regole di contabilità economica e di contabilità finanziaria è il portato del peculiare carattere del servizio delle cui risultanze rende espressione. In tale prospettiva non è dirimente la distinzione tra contabilità aziendale e contabilità finanziaria, delle quali effettivamente la norma in esame condivide alcuni caratteri, bensì l'attinenza di tale previsione all'organizzazione e al finanziamento del servizio sanitario, in relazione ai quali deve essere strutturata un'appropriata contabilità analitica. Quest'ultima – con riguardo ai beni durevoli e di investimento – deve essere rivolta a misurare i costi fissi dello specifico servizio sanitario in cui vengono impiegati. L'ammortamento avviene quindi all'interno del singolo ente in cui viene utilizzato il bene ma in una visione di finanza pubblica allargata, nella quale l'entità degli ammortamenti dei beni impiegati costituisce parte degli aggregati complessivi alla base della programmazione nazionale e regionale.

[73] Si veda l'ospedale di Crotone che non possiede il reparto di emodinamica, che invece è presente a Catanzaro, ma la distanza tra Crotone e Catanzaro è di 90 km. Il costo per l'apertura di detto reparto è stato stimato in 500.000,00 € ma sono anni che per esigenze di bilancio non viene aperto.

[74] Corte costituzionale sentenza n. 157 del 2020.

ISSN 2036-7821

Sarebbe opportuno iniziare a ragionare su una valorizzazione del principio di leale collaborazione e sull'esigenza di prevedere adeguati strumenti a ciò finalizzati. Se tutti litigano per intestarsi i risultati e si impegnano per scaricare gli insuccessi su qualcun altro è inevitabile una contrapposizione a danno delle persone che si attendono servizi più qualificati e accessibili; la leale collaborazione è qualcosa di diverso.

Sarebbe forse opportuno valorizzare un modello di regionalismo cooperativo, attraverso il principio di leale collaborazione, facendo in modo che le autonomie locali, le Regioni, possano avere un effettivo dialogo con lo Stato centrale.

Il regionalismo differenziato, se non è adeguatamente compensato dal regionalismo cooperativo e integrativo, non solo rischia d'indebolire le realtà regionali nel loro complesso rispetto al ruolo statale, ma alla lunga può perfino compromettere la stessa coesione repubblicana, d'indebolire l'intensità dell'unione statale. Non bisogna dimenticare che storicamente il principio autonomistico ha operato come un potente fattore di integrazione statale. Anche etimologicamente il federalismo richiama il *foedus*, il patto d'unione che sigla l'accordo e la coesione tra ciò che prima era separato e potenzialmente conflittuale. Se poi guardiamo al federalismo germanico e all'esperienza del *Bundesrat*, che non è organo di rappresentanza territoriale bensì organo di partecipazione diretta delle entità federate all'esercizio delle funzioni federali, la valenza integrativa del principio autonomistico, colto nella sua accezione "positiva", emerge con ancor più nettezza[75]. Lo stesso art. 116 della Costituzione era immaginato in questa chiave: poiché vi è consapevolezza del fatto che le "peculiarità di ciascun territorio e di ciascuna popolazione" possono riguardare – oltre a quegli specifici territori e popolazioni che nel 1946 avevano giustificato l'introduzione della specialità – anche altri territori e popolazioni, è bene prevedere la possibilità di ulteriori strumenti organizzativi, che consentano la differenziazione ai medesimi fini anche per altre Regioni. E poiché è opportuno coinvolgere le stesse Regioni nel processo di discussione e decisione relativo alla migliore allocazione delle funzioni, si introduceva un processo "partecipato", in cui fossero eventualmente le stesse Regioni interessate a chiedere – e contrattare – tali modalità differenziate di esercizio delle funzioni stesse[76]. Si tratta di un processo perfettamente compatibile con il principio di uguaglianza. Può ritenersi anzi addirittura funzionale alla sua più completa realizzazione, nella prospettiva secondo cui: a) gli ostacoli esistono (in natura); b) gli ostacoli vanno progressivamente ridotti e infine rimossi; c) una più efficiente gestione delle risorse ed un migliore esercizio delle funzioni cui tali risorse sono destinate contribuirebbe – nel tempo – a rimuovere gli ostacoli che impediscono

[75] O.CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, in *Diritto@Storia*, n. 15/2017.

[76] A.POGGI, *Editoriale. Qualche riflessione sparsa sul regionalismo differenziato (A margine del convegno di Torino), in Diritti Regionali*, 2/2019.

ISSN 2036-7821

di fatto la piena realizzazione dell'uguaglianza. Invece una diversa chiave interpretativa delle ragioni ispiratrici della differenziazione potrebbe investire prepotentemente la tenuta di tale principio. Si tratta di quelle impostazioni in cui la critica investe proprio la "sostenibilità" (ideologica) dell'uniformità come uguale trattamento. Qui la differenziazione è intesa come risposta a una domanda di distinzione anche "sociale" (e non solo istituzionale o organizzativa), a partire dalla contestazione del principio di universalità dello Stato sociale (e forse dello stesso principio solidaristico radicato nell'art. 2). Il parametro costituzionale di riferimento non può che essere l'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, che richiede che sia mantenuta «*la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*». Inoltre, le forme e le condizioni particolari di autonomia non esonerano la Regione che le ha ottenute dall'obbligo di dare il suo contributo solidale alle altre Regioni e alla Repubblica[77].

6. Conclusioni.

Il PNRR è certamente un punto centrale di sviluppo sanitario, ma dal monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento della Missione 6 Salute del Piano è impossibile non notare che la variazione della proposta di rimodulazione approvata il 24 novembre 2023 dalla Commissione Europea prevede, rispetto al piano originale, la riduzione del numero di case della comunità (-312), centrali operative territoriali (-120) e ospedali di comunità (-74) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. Se a venire meno saranno le strutture da realizzare, certamente ad essere penalizzate saranno le regioni del Sud, che sono le Regioni maggiormente penalizzate dalle politiche sanitarie degli ultimi anni e solo grazie ai finanziamenti del PNRR si sarebbe potuto colmare questa differenziazione territoriale. Questa nuova rimodulazione va ancora di più ad incrementare il divario sanitario tra Nord e Sud dell'Italia, penalizza la cura della persona e l'assistenza medica dei centri geograficamente distanti dai primi centri di soccorso. Basti pensare che oggi in alcune ambulanze non vi sono medici e quindi un problema sanitario grave diventa difficile da essere curato/risolto. Il S.S.N. dovrebbe prendersi cura della persona, a livello generale e nazionale, e non solo di alcune malattie, magari più remunerative. Nell'attuale momento certamente di trasformazione del settore sanitario, nonostante la regionalizzazione del sistema, frutto delle riforme costituzionali intervenute, l'effettiva programmazione e l'efficiente erogazione di talune prestazioni essenziali non può prescindere dall'unità ordinamentale, perché non esiste autonomia senza concetto o visione di unità, nell'assoluto rispetto di proporzionalità e ragionevolezza. Anche la Corte costituzionale, quando ha dovuto

[77] E. GROSSO, A. POGGI, *Il regionalismo differenziato: potenzialità e aspetti problematici*, in *Piemonte Autonomie*, 2018

ISSN 2036-7821

modellare il proprio sindacato sul bilanciamento tra interessi e valori costituzionalmente protetti, come il diritto a un ambiente salubre e l'interesse al mantenimento dei livelli occupazionali, ha riconosciuto che il "punto di equilibrio", in quanto dinamico e non prefissato in anticipo, deve valutarsi secondo criteri di proporzionalità e ragionevolezza[78]. Occorre il rispetto di canone generale di ragionevolezza, ossia la legittimazione del potere amministrativo in base al suo esercizio razionale, che, del resto, è da tempo affermata dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato, che attraverso il sindacato sull'eccesso di potere ha rivelato un obiettivo di adeguamento sostanziale dell'agire pubblico rispetto alla funzione esercitata. Tale sindacato sulla "accettabilità" della scelta schiude significativi spazi al giudice amministrativo, e ciò costituisce la ragione della "forza intrinseca" del giudizio sull'eccesso di potere che ha imposto una rilettura della teoria della validità provvedimentale con il passaggio dalla legittimità formale a quella sostanziale[79]. Il sindacato di legittimità diviene un giudizio di congruenza o di proporzionalità, ovvero di adeguatezza dell'azione amministrativa rispetto all'interesse pubblico concreto, sindacato sul corretto uso del potere e sulla ragionevolezza in riferimento alla consistenza e al peso delle situazioni di fatto e di diritto che il giudice amministrativo reputi meritevoli di tutela[80]. E quando il potere amministrativo incide su diritti fondamentali, il sindacato del giudice è più penetrante[81]. Il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, pur se in un sistema istituzionale plurale come quello italiano, impone sia al legislatore che alle varie amministrazioni regionali la ricerca di soluzioni razionali che considerino il diritto alla salute in maniera universale, come diritto – e quindi in maniera uniforme - dell'individuo, come previsto dalla Costituzione, in maniera omogenea con le stesse erogazioni di prestazioni senza discriminazioni territoriali, nel rispetto sì del raggiungimento degli obiettivi, anche finanziari, ma che non devono però minare e/o intaccare i principi di solidarietà, uguaglianza, inclusione e coesione, che devono prevalere sempre in quanto espressione della dignità della persona nonchè pilastri fondamentali della nostra Carta costituzionale ma che negli ultimi anni non sempre sono stati rispettati.

[78] Corte cost. 9 maggio 2013, n. 85

[79] G.A. PRIMERANO, *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, in *Nuove Autonomie*, 2/2023.

[80] A. POLICE (a cura di), *Principio di legalità e amministrazione di risultati* (Atti del Convegno, Palermo, 27-28 febbraio 2003), Torino, 2004, 342 ss.

[81] Sulla proporzionalità come componente della ragionevolezza, a livello monografico, P.M. VIPIANA, *Introduzione allo studio del principio di ragionevolezza nel diritto pubblico*, Padova, 1993, 82 ss.; D.U. GALETTA, *Principio di proporzionalità e sindacato giurisdizionale nel diritto amministrativo*, Milano, 1998; A. SANDULLI, *La proporzionalità dell'azione amministrativa*, Padova, 1998; S. VILLAMENA, *Contributo in tema di proporzionalità amministrativa*, Milano, 2008. Da ultimo Cfr. G.A. PRIMERANO, *Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale*, *cit*. La proporzionalità presuppone che ogni amministrazione, nell'assunzione delle proprie decisioni, deve adottare la soluzione idonea e adeguata che garantisca il "minor sacrificio" per gli interessati. In tal senso Cfr. G.D. ROMAGNOSI, *Principi fondamentali di diritto amministrativo onde tesserne le istituzioni*, Milano, 1837.

ISSN 2036-7821

Occorre promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 119 della Costituzione, princìpi che devono ispirare ogni azione pubblica e devono essere pertanto alla base delle politiche sanitarie nazionali, che devono essere basate sull'assistenza, sul benessere e sulla cura della persona in maniera omogenea.

ISSN 2036-7821