

ANIELLO FORMISANO

# A COSA SERVONO LE REGIONI? CONSIDERAZIONI SUL REGIONALISMO SANITARIO ALLA LUCE DELLA EMERGENZA IN ATTO

## 1. *Premessa*

L'emergenza Covid-19, connotata da una convulsa stratificazione normativa in grado di accentuare il fenomeno della *crisi della legge*<sup>1</sup>, ha rappresentato un terreno fecondo per la dottrina, nell'arduo tentativo di rilevare e risolvere le possibili sfocature e distorsioni che ha portato nel nostro sistema costituzionale. Accanto al riemergere di antichi temi già discussi quali la corretta qualificazione del concetto di emergenza<sup>2</sup>

- 
- 1 Che l'incertezza sia uno degli effetti in grado di portare l'emergenza, è un aspetto già rilevato tempo addietro da S. Staiano, *Normatività e dintorni. Riflessioni sull'incertezza delle regole dal punto di vista costituzionale*, in *Diritto e Società*, n. 4/2015, p. 683, il quale osserva che siamo di fronte a una grave incertezza delle regole e che di fronte alla complessa, frammentata e mutevole produzione normativa non è più sufficiente realizzare una semplice mappa ma sarebbe necessario un vero e proprio atlante. L'Autore, dopo attente riflessioni, giunge alla conclusione che "neppure un atlante può essere concepito, ma, nelle grandi trasformazioni in atto, sono concepibili solo indicazioni sui modi di disegnarlo, che sono, a loro volta, molti e controversi, sicché anche di essi occorrerebbe un atlante, un meta-atlante *de modis*"; E. Longo, *La legge precaria: Le trasformazioni della funzione legislativa nell'età dell'accelerazione*, Milano 2017, pp. 9 ss. Con riferimento al periodo dell'emergenza e sulla scarsa qualità della normazione si v. *ex multis* L. Di Majo, *La tecnica normativa nel contesto della crisi epidemiologica da COVID-19*, in *Diritti Regionali*, n. 2/2020, pp. 141 ss.
  - 2 Sulla etimologia del termine emergenza e della sua differenza rispetto al termine necessità si v. A. Fenucci, *Necessità, emergenza e diritti fondamentali*, in *Rassegna Parlamentare*, n. 3/2014, pp. 2-3, dove osserva che "in particolare necessità ed emergenza sembrano essere diventate figure autonome e scindibili solo con il passaggio dall'ordinamento liberale a quello democratico. Si è fatto notare che anche su un piano terminologico vi è differenza tra i due concetti, visto che la necessità può essere ricondotta al latino *necessitas*,

ed il rischio di una possibile degenerazione della stessa in una forma di *stabilizzazione* dell'emergenza<sup>3</sup>, il dibattito si è incentrato sugli sforzi ricostruttivi tra chi ha cercato di rinvenire una linea *giustificazionista* alla vasta proliferazione di atti normativi<sup>4</sup>, discorrendo che non vi è stata alcuna *rottura* della Costituzione, e chi, invece, ha posto in rilievo che il modello costituzionale sia *saltato*<sup>5</sup>, rilevando la necessità di un riforma costituzionale<sup>6</sup>.

---

intesa quindi come qualcosa che si collega ad un evento inevitabile, mentre l'emergenza richiama il latino emergere, come qualcosa che affiora". Sulla nozione di "emergenza" si è insistito nei tempi del Covid-19 in particolare sul fatto che le emergenze non sono tutte uguali ma diverse tra loro e ve ne sono alcune per il *tempo ordinario* e altre che emergono nel *tempo straordinario*. Al riguardo si v. A. Ruggeri, *Autonomia e unità-indivisibilità della Repubblica: il modello costituzionale alla prova dell'emergenza*, in *Diritti Fondamentali*, n. 3/2020, pp. 136 ss.

- 3 Per l'analisi del fenomeno della *stabilizzazione dell'emergenza* si v. S. Staiano, *Brevi note su un ossimoro: l'emergenza stabilizzata*, in *Giurisprudenza costituzionale e principi fondamentali. Alla ricerca del nucleo duro delle Costituzioni*, Torino 2006, pp. 649 ss., secondo cui l'emergenza è destinata a cessare e le previsioni normative emanate per far fronte a simili situazioni sono destinate ad avere vigore temporaneamente; l'Autore nota, tuttavia, che si è verificato un fenomeno di "stabilizzazione dell'emergenza", per cui esistono situazioni qualificate dal legislatore come stati di "necessità" o "emergenze" ma che in realtà costituiscono problemi strutturali e che vengono affrontate con una legislazione che tende a perdere la caratteristica della provvisorietà e a diventare *permanente*. L'analisi svolta dallo studioso è stata rielaborata e riletta ai tempi odierni dell'emergenza da U. Ronga, *Il Governo nell'emergenza (permanente). Sistema delle fonti e modello legislativo a partire dal caso Covid-19*, n. 1/2020.
- 4 Sulla legittimità della *catena normativa* adottata dal legislatore per fronteggiare l'emergenza si v. ex multis M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista Aic*, n. 2/2020, pp. 109 ss.; S. Staiano, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in Id. (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, Napoli 2020, pp. 11 ss.; G. Silvestri, *Covid-19 e Costituzione*, in *Unità per la Costituzione*, n. 4/2020; A. Lucarelli, *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista Aic*, n. 2/2020, pp. 558 ss.
- 5 A. Ruggeri, *Autonomia e unità-indivisibilità della Repubblica: il modello costituzionale alla prova dell'emergenza*, cit., p. 146
- 6 A. Ruggeri, *Il coronavirus, la sofferta tenuta dell'assetto costituzionale e la crisi palese, oramai endemica, del sistema delle fonti*, in *Consulta Online*, n. 1/2020, p. 213; A. Morelli, *Il Re del Piccolo Principe ai tempi del Coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, pp. 532-533; S. Ceccanti,

Accanto a detto scenario, con l'emergenza Covid-19 si è assistito ad una progressiva conflittualità tra amministrazioni centrali e territoriali, portando non solo un ampio novero di studiosi ma lo stesso legislatore ad interrogarsi sul giusto approccio da adottare al fine di gestire la pandemia<sup>7</sup>.

Ci si è domandati se la strada giusta sia una gestione decentralizzata<sup>8</sup>, come sta accadendo attualmente nella *fase 3*, oppure vada prediletta una gestione centralizzata<sup>9</sup>.

Su un aspetto vi è un punto di contatto in dottrina, ossia la necessità di una *cooperazione istituzionale* per la gestione dell'emergenza, cooperazio-

---

*Verso una regolamentazione degli Stati emergenziali per il Parlamento: proposte a regime e possibili anticipazioni immediate*, in *Bio-law Journal*, n. 1/2020, pp. 79 ss.

- 7 Al riguardo si vedano i vari contributi scritti durante questo periodo *ex multis* M. Betzu – P. Ciarlo, *Epidemia e differenziazione territoriale*, in *Bio-law*, n. 1/2020, pp. 582 ss.; E. Balboni, *Autonomie o centralismo contro il coronavirus*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 2/2020; A. Morelli, A. Poggi, *Le Regioni per differenziare, Lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, Editoriale, in *Diritti Regionali*, n. 2/2020.
- 8 Tanto che la dottrina con riferimento alle prime due fasi della pandemia, fino alla adozione del dpcm 3 novembre 2020, ha definito con l'espressione *approccio uniformante* la modalità di gestione dell'emergenza da parte del governo. Sul punto si v. M. Betzu – P. Ciarlo, *Epidemia e Mezzogiorno: la differenziazione necessaria*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, p. 582; M. Mandato, G. S. Stegher, *La Repubblica al bando di prova più difficile: cronaca costituzionale di un'emergenza sanitaria*, in *Nomos*, n. 1/2020, p. 16. Sembra quasi che il legislatore abbia ascoltato le critiche della dottrina sostituendo all' *approccio uniformante* un *approccio differenziato* nella gestione della pandemia, come è accaduto con il dpcm 3 novembre del 2020 che ha introdotto "ulteriori misure di contenimento del contagio su alcune aree del territorio nazionale caratterizzate" rispettivamente "da uno scenario di elevata gravità e da un livello di rischio alto" (art. 2) e "da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto" (art. 3). Si tratta delle cosiddette Regioni "arancioni", le une, e "rosse", le altre, successivamente individuate dal Ministro della salute con ordinanza 4 novembre 2020, prevista dal comma 1 dell'art. 2 e dell'art. 3 del d.p.c.m. Per un'analisi sulle misure adottate recentemente dal governo si v. G. S. Stegher, *Dal lockdown totale al lockdown selettivo regionalmente differenziato. Italia Covid-19 documentazione normativa*, in *Nomos*, in corso di pubblicazione.
- 9 *Ex multis* S. Staiano, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, cit., pp. 24-27; M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, cit., pp. 133-134; F. Cortese, *Stato e Regioni alla prova del coronavirus*, Editoriale, in *Le Regioni*, n. 1/2020.

ne<sup>10</sup> che, dall'analisi delle note vicende giudiziarie, che hanno coinvolto Stato-Regioni<sup>11</sup>, sembra non esservi effettivamente stata<sup>12</sup>.

L'acuirsi del dibattito tra regionalisti e anti-regionalisti ha fatto riecheggiare, anche se in termini anche un po' provocatori, una domanda sulla quale, già in altre occasioni, la dottrina tempo addietro ha focalizzato la propria attenzione.

A che cosa servono le Regioni? Forse è il caso di abolirle?<sup>13</sup>

Detto interrogativo posto nel dilagante conflitto Stato-Regioni, individua la premessa della breve disamina che si andrà a svolgere.

10 Sul punto si legga il comunicato reso dal Presidente Sergio Mattarella in occasione del cinquantesimo dalle prime elezioni regionali dove afferma che: "La libertà dei territori e l'autonomia delle comunità sono un contributo all'unità nazionale, nel quadro di una leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali. Le intese tra Stato, Regioni, Comuni, Province sono parte qualificante dell'azione di governo", visionabile al seguente link <https://www.quirinale.it/elementi/49449>

11 Al riguardo sia consentito rinviare a A. Formisano, *La gestione dell'emergenza durante il Covid-19 tra uniformismo e decentralismo. Considerazioni sull' A.S. 1825 e effetti sul regionalismo differenziato*, in *Nomos*, n. 2/2020.

12 Come afferma M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, cit., p. 130 dove osserva che "Questo è il terreno sul quale la confusione, purtroppo, è massima e insoddisfacente è la cooperazione interistituzionale".

13 La domanda parte dalla provocazione di G. Zagreblesky, *La democrazia dell'emergenza*, in *La Repubblica*, 18 novembre 2020, il quale sostiene che le Regioni non hanno dato buona prova di sé nella loro storia e pertanto è il caso di abolirle. Alla provocazione del Professore non sono mancate risposte da parte della dottrina. Al riguardo si v. E. Balboni, *Ma davvero Zagrebelsky vorrebbe abolire le Regioni? O invece il tarlo che lo rode è un altro*, in *laCostituzione.info*, 21 novembre 2020.

Non è la prima volta che tra i costituzionalisti viene invocata l'abolizione delle Regioni. In altre occasioni se ne è ampiamente discusso ad esempio riguardo al tema degli scandali della politica che ha investito le varie Regioni, spingendo il legislatore statale ad adottare una riduzione del numero dei consiglieri regionali velata dal tema delle esigenze di bilancio. Al riguardo si vedano i vari contributi pubblicati dopo la riforma sul n. 4/2012 della rivista *Le Regioni*. Sul punto sia consentito rinviare a A. Formisano, *Riduzione del numero dei consiglieri regionali: evoluzione normativa e progressiva affermazione del centralismo della Corte*, in G. Tarli Barbieri, P. Caretti, M. Morisi (a cura di), *La dimensione dei parlamenti: logiche politiche e questioni costituzionali*, in *Osservatorio sulle Fonti*, Ricerca Seminario Tosi 2020, pp. 110 ss.

## 2. La Regione come laboratorio della democrazia: opportunità di una centralizzazione o decentralizzazione del sistema sanitario regionale

I dati allarmanti dell'*Economist Intelligence Unit* presentati nel giugno di quest'anno<sup>14</sup> mostrano chiaramente che l'Italia, in termini di qualità di assistenza prestata durante la pandemia, si pone all'ultimo posto tra i 21 paesi OCDE, insieme alla Spagna, con il tasso di mortalità più alta tra tutti i paesi considerati.

C'è da chiedersi cosa non ha funzionato nel sistema sanitario italiano.

È vero che l'Italia, insieme alla Spagna, è stato uno dei paesi più colpiti dalla pandemia. Tuttavia, l'analisi non può fermarsi a questo assunto dovendo individuare se la responsabilità sia da attribuire alle Regioni e se le notevoli differenze dei sistemi regionali, tanto da aver portato a sostenere che esistono 21 diritti di salute diversi<sup>15</sup>, pongano la necessità di una ricentralizzazione del sistema sanitario e un ripudio delle Regioni.

Accanto alla rigida dicotomia riassumibile nello slogan il *virus è centralista*<sup>16</sup> o il *virus è regionalista*<sup>17</sup>, non sono mancate posizioni assunte da parte di chi ha rilevato come ciò che andrebbe fatto, non è tanto quello di svolgere un recupero dell'uniformismo che nel vecchio sistema non riusciva a garantire l'eguaglianza<sup>18</sup>, quanto piuttosto mettere in atto degli

---

14 *Economist Intelligence Unit, How well have countries responded to the coronavirus crisis?*, june 2020.

15 In tal senso si v. ex multis A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 1/2020, pp. 45 ss.; L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1/2020; F. Taroni, C. Giorgi, *I regionalismi sanitari in Italia nel contesto internazionale*, in *Costituzionalismo*, n. 2/2020, pp. 56 ss.; A. Spadaro, *Riflessioni sparse sul regionalismo italiano: il caso delle Regioni meridionali*, in *Le Regioni*, 2017.

16 F. Palermo, *Il virus è centralista?*, in *Il Mulino*, 26 febbraio 2020.

17 F. Musella, *I poteri di emergenza nella Repubblica dei Presidenti*, in S. Staiano (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, cit., p. 705.

18 A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, cit., p. 64; R. Bin, *Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia*, in *laCostituzione.info*, 3 aprile 2020, che rievoca l'esperienza positiva degli ospedali della mutua, grazie al quale il sistema italiano è "uno dei migliori al mondo"; L. Vandelli, *Sovranità e federalismo interno: l'autonomia territoriale al tempo della crisi*, in *Le Regioni*, 2012, p. 869; F. Taroni, C. Giorgi, *I regionalismi sanitari in Italia nel contesto internazionale*, cit., p. 55, i quali rievocano la felice esperienza fruttuosa dei Consulitori, istitui-

strumenti volti ad operare una giusta armonizzazione e coordinamento da parte del Governo centrale con la Regione.

L'esigenza di coordinamento è stata avvertita sia dalla dottrina<sup>19</sup> che dal legislatore<sup>20</sup> con riferimento all'organizzazione del sistema di emergenza sanitario, in particolar modo riguardo l'assistenza distrettuale, in considerazione dei messaggi di allarme che già da tempo provengono dalla Commissione d'inchiesta sul sistema di emergenza-urgenza del SSN<sup>21</sup>.

ti nel 1975, che ben esprimevano l'aspetto innovativo dei modelli organizzativi regionali.

- 19 Al riguardo si v. R. Balduzzi, *Cinque cosa da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme della Salute*, n. 2/2020, pp. 346-349; Id., *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, in *Corte Suprema della Salute*, n. 1/2020, pp. 69-70; L. Buscema, *Emergenza sanitaria (inter)nazionale e regionalismo (differenziato): un ossimoro?*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, pp. 412-413. Critico nei confronti di questo approccio cooperativo nel sistema sanitario è A. Morrone, *La visione trascendente dei Lea e la realtà del Ssn*, in *Corte Suprema della Salute*, n. 1/2020, p. 27, che definisce *indeciso*, il modello sanitario dualista e paritario, caratterizzato, a causa della Corte costituzionale, da una parità istituzionale tra istituzioni nazionali e statali avendo alimentato "i peggiori egoismi territoriali, come ha palesato, da ultimo, la patetica querelle sul regionalismo differenziato". I fattori di "incertezza" vengono analizzati e sviluppati nella riflessione di R. Balduzzi, *Indicazioni per un'agenda del "dopo"*, in *Corti Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 5-6.
- 20 Proposta di legge n. 603 dei deputati Labriola ed altri avente per oggetto "Istituzione del Sistema di emergenza sanitaria territoriale '118'", presentata il 10 maggio 2018; Disegno di legge n. 1534 dei senatori Stabile ed altri avente per oggetto: "Disposizioni in materia di revisione del modello organizzativo del Sistema di emergenza sanitaria territoriale '118'", comunicato il 3 dicembre 2019 e Disegno di legge n.1715 d'iniziativa dei senatori Castellone ed altri, avente per oggetto "Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale '118'" comunicato l'11 febbraio 2020. Per un commento riguardante questo disegno di legge si v. F. Brugnola, *Il sistema dell'emergenza sanitaria territoriale ad una svolta*, in *Corte Suprema della Salute*, n. 2/2020, pp. 422-426.
- 21 Relazione conclusiva della Commissione Parlamentare d'inchiesta sul sistema di emergenza-urgenza nel SSN approvata nella seduta del 6 aprile 2005. Sul punto si legge nella relazione che per realizzare un valido funzionamento del sistema di emergenza risulta necessario una attività di coordinamento dei modelli organizzativi regionali. L'esito della indagine mostra come "Il quadro complessivo è quello di un territorio che sebbene esprima realtà di eccellenza ed una complessiva crescita di sensibilità, di competenze gestionali e specialistiche, si muove in 'disordine sparso' rispetto ai modelli organizzativi, alla creazione di sistemi informativi e, in modo davvero critico, rispetto alla costruzione di protocolli di comunicazione fra le realtà coinvolte nel sistema integrato di emergenza".

Questa esigenza di coordinamento si è posta in varie occasioni sia prima che dopo la riforma del titolo V, ad esempio riguardo la determinazione dei livelli essenziali di prestazione e assistenza per i quali la Corte valorizza le sedi di confronto inter-istituzionale tra Stato e Regioni<sup>22</sup>. Di questo avviso si è mostrato anche il legislatore, il quale continua a confidare nella leale collaborazione anche nella determinazione dei LIVEAS<sup>23</sup>, in quanto proprio su questo si gioca il superamento del *mito dei posti letto*. Tramite la fissazione dei livelli di assistenza ospedaliera, infatti, si riuscirebbe a garantire non semplicemente più servizi territoriali, ma “più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute”<sup>24</sup>.

- 
- 22 In particolar modo la necessità di una cooperazione Stato-Regione per la definizione dei LEA è un dato che è stato considerato una necessità da parte della Corte costituzionale in varie sue pronunce. In particolare, si v. Corte Cost., sent. n. 134/2006; Corte cost., sent. n. 19/2017. Da ultimo si v. Corte Cost., sent. n. 62/2020, paragrafo n. 3.1, nella parte in cui afferma che “la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti Stato-Regioni in tema di competenza legislativa, impongono una visione teleologica e sinergica della dialettica finanziaria tra questi soggetti, in quanto coinvolgente l'erogazione di prestazioni riconducibili al vincolo di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. [e che] che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma che la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività”. L'approccio adottato dalla Corte sulla collaborazione tra Stato e Regioni viene particolarmente criticato da A. MORRONE, *La “visione trascendente” dei Lea e la realtà del Ssn*, cit., 24, nt. 41, il quale osserva come la determinazione dei livelli essenziali sia una competenza *esclusiva* (art. 117, c. 2 lett. m e c) dello Stato, derivandone un'assenza di condizionamento da parte del legislatore statale nei confronti del legislatore regionale.
- 23 Sulla nozione di Liveas si v. A. Gualdani, *Liveas (livelli essenziali di assistenza sociale)*, in <https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/liveas-livelli-essenziali-di-assistenza-sociale/>, 2011; A. Marzanati, *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano: l'assistenza sociale*, in *La tutela multilivello dei diritti sociali*, in E. Balboni (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli 2008, pp. 257 ss.; F. Pizzolato, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in E. Balboni (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, cit., pp. 309 ss.
- 24 In tal senso R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, cit., pp. 342 ss. L'Autore rileva l'opportunità di definire prima definire i LEA e poi i LIVEAS. Al riguardo l'Autore svolge una disamina dell'opportunità offerta dal d.l. n. 34/2020, convertito nella legge n. 77/2020 con cui si prevede la sperimentazione coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-

Il continuo negazionismo del regionalismo, accentuato dalla differente risposta, talvolta insoddisfacente, dei sistemi sanitari regionali non è che una chiara espressione dell'uso *congiunturale dell'autonomia* presente nella storia del regionalismo italiano<sup>25</sup>.

Contro la tendenza centralista e uniformante va richiamata la *ratio* della istituzione delle Regioni.

Le Regioni nascono per differenziare, se non si auspicasse un esercizio differenziato di funzioni legislative, amministrative non sarebbero state istituite<sup>26</sup>. Sono un banco di prova di sperimentazione di nuovi programmi, piani, modelli migliorativi di quelli stabiliti a livello centrale. Si potrebbero definire come una sorta di *laboratorio di democrazia*<sup>27</sup>, assumendo un ruolo fondamentale per garantire una uniforme godimento del diritto alla salute attraverso la valorizzazione della dimensione locale<sup>28</sup>. Non si può *sic et simpliciter* ripudiarle per le disfunzioni riscontrate.

---

Regioni, di "strutture di prossimità" ispirate "al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro" al fine di garantire il "massimo livello di assistenza" e "tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso", potendo rappresentare una grande opportunità di garantire una standardizzazione delle prestazioni.

- 25 Sull'uso "congiunturale" delle riforme ossia la continua tendenza a progettare riforme in una prospettiva del tutto incentrata su esigenze politiche contingenti si v. ex multis S. Staiano, *Art. 5 Costituzione italiana*, cit., p. 11, dove afferma che la Regione apparirebbe come "valore da esaltare" o come una "diseconomia"; M. Luciani, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, 1994, pp. 131 ss.; A. Ruggeri, *Il federalismo all'italiana e l'uso "congiunturale" della Costituzione*, in *Forum Quaderni Costituzionali*, 9 luglio 2001. Un esempio dell'uso congiunturale dell'autonomia viene rappresentato dalla discussione sviluppatasi in dottrina sul tema della riduzione dei costi della politica regionale, rinviandosi alla nota 14 del presente contributo.
- 26 In tal senso si v. M. Cosulich, *Le differenziazioni come sfide dell'uniforme regionalismo italiano*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 3/2020, p. 123; per una riflessione a livello europeo sull'importanza di differenziare e sperimentare nuovi modelli tenendo delle diverse esigenze presente nei vari territori si v. L. Vandelli, *Il regionalismo differenziato*, in *Quaderni del Seminario Studi e Ricerche Parlamentari Silvano Tosi*, 2019, p. 104.
- 27 Per una analisi storica del doppio volto assunto dalle Regione, espressione sia di sperimentazione e democrazia che di clientelismo e mala-affare, si v. F. Taroni, C. Giorgi, *I regionalismi sanitari in Italia nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia*, cit., pp. 51 ss.
- 28 In tal senso A. Ruggeri, *Prospettive del regionalismo in Italia (nota minima su una questione controversa)*, in *Le Regioni*, n. 1-2/2017, 2017, p. 26; R. Bin, *Il valore delle autonomie: territorio, potere e democrazia. Considerazioni conclusive*,



Nemmeno di recente autorevoli studiosi che discorrono del nostro modello dualista fondato sulla cooperazione Stato e Regione, nei termini di un modello *incerto*, salvato costantemente dalla giurisprudenza della Corte<sup>29</sup>, si sono azzardati ad affermarne l'abolizione ma, semmai, una revisione del nostro ordinamento regionale<sup>30</sup>.

Il dibattito tra regionalisti e anti-regionalisti emerso in questo periodo non è tanto dissimile a quello sorto in Assemblea Costituente<sup>31</sup>. Le pulsioni anti-regionaliste espresse dell'Onorevole Rocca nell'affermare che l'economia nazionale non esiste più e che le grandi riforme spetterebbero allo Stato, essendovi il rischio che le Regioni avrebbero potuto essere portatrici di "una politica antinazionale non facilmente sanabile"<sup>32</sup>, furono visionarie e anticipatorie della fenomeno della globalizzazione.

Accanto a questa idea, le Regioni furono considerate come un *fattore di democratizzazione* e in grado di superare la debolezza degli attori istituzionali delle classi dirigenti meridionali<sup>33</sup>.

Ebbene, ora come allora, i problemi che hanno determinato la crisi del regionalismo e il venir meno della felice ideologia bertiniana sulla concezione dello "*Stato sociale delle autonomie*"<sup>34</sup>, si ripresentano in termini

---

in B. Pezzini, S. Troilo (a cura di), *Il valore delle autonomie: territorio, potere e democrazia*, Napoli 2015, p. 461.

- 29 Con riferimento al tema del suprematismo giudiziario si v. A. Morrone, *Suprematismo giudiziario. Spunti su sconfinamenti e legittimazione della corte costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 2019, p. 251; a ravvisare il ruolo centrale da parte della Corte costituzionale in grado di dominare le sorti dell'autonomia, si v. S. Staiano, *Art. 5 Costituzione italiana*, cit., p. 145.
- 30 Al riguardo si v. A. Morrone, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn*, cit., p. 28.
- 31 Il dibattito sui lavori in Costituente e sui vari sentimenti emergenti favorevoli e contrarie all'istituzione delle Regioni sono ben delineate da S. Staiano, *Art. 5 Costituzione italiana*, cit., pp. 11-37; L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., pp. 3-5, il quale rileva le forti preoccupazione emergenti nei lavori costituenti sul rischio che le Regioni avrebbero potuto incrementare il divario tra Nord e Sud.
- 32 A.C., Seconda Sottocommissione, 13 novembre 1946, 55. Ulteriore argomento contrario al regionalismo che sembra opportuno richiamare è espresso da Einaudi che intravedeva nel regionalismo il rischio di portare un aggravamento delle diseguaglianze territoriali e "si faranno vivere quelle regioni che hanno maggiore influenza politica e quindi vi saranno sempre regioni arretrate che si troveranno in condizioni sfavorevoli" (cfr. AC, Seconda Sottocommissione 31 luglio 1946, 56).
- 33 E' il quadro dato da Ambrosini nella Relazione sulle autonomie regionali. Al riguardo si v. A.C., Seconda Sottocommissione, 13 novembre 1946, pp. 137 ss.
- 34 G. Berti, *Art. 5*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della Costituzione. Principi fondamentali*, Bologna-Roma, 1975, p. 277.

alquanto simili<sup>35</sup>. Nonostante i vari fattori che ne hanno provato il fallimento, non è possibile abbandonare una idea così ambiziosa “trattandosi di un processo, che tocca ricostruire”<sup>36</sup>, dove la coordinata sul quale muoversi per tentare quest’opera di ricostruzione, è la valorizzazione dell’art. 5 Cost. come temperamento tra autonomia e centralismo, una “valvola di ritegno di potere verso le autonomie locali”<sup>37</sup>.

### 2.1 *Quanto differenziare? Perché farlo? Con quante risorse? Le ineludibili domande da rispondere per far ripartire le Regioni*

Se le Regioni quindi esistono per differenziare e sperimentare, risulta necessario rispondere a 3 interrogativi: *quanto differenziare, perché differenziare e con quante risorse farlo.*

La risposta al primo quesito si ricollega all’ampio dibattito sul regionalismo differenziato che, oramai, durante la pandemia sembra abissato. Rivolgendo l’attenzione alle varie richieste delle Regioni sull’attuazione del regionalismo differenziato in ambito sanitario, la dottrina sostanzialmente indica come la differenziazione dei sistemi sanitari regionali debba avvenire allo scopo di preservare l’unità del sistema sanitario nazionale<sup>38</sup> poiché

---

35 Al riguardo si rinvia all’analisi svolta da S. Staiano, *Art. 5 Costituzione italiana*, cit., che individua nella regressione del partito politico regionale il fattore di regressione del sistema regionale. Sempre con riferimento alla concezione di autonomia come *fattore di democratizzazione* del sistema, per l’Autore questo concetto sarebbe stato lesa dall’esordio del partito regionale personale, proiezione del protagonismo dei Presidenti di Regione indicata con l’espressione *torsione monocratica*. L’emergere del fenomeno è ascrivibile nel contesto emergenziale “alle debolezze del decisore centrale, che avrebbe auto tutti gli strumenti istituzionali per contrastarla” (cfr. S. Staiano, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, cit., p. 40).

36 S. Staiano, *Art. 5 Costituzione italiana*, cit., p. 11.

37 *Ibid.*

38 Sul punto si v. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9, i quali osservano come la differenziazione debba avvenire facendo ricorso a strumenti di tenuta unitaria del sistema “necessari per adempiere all’obbligazione costituzionale di protezione della salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività”. Gli strumenti di tenuta unitaria del sistema vengono messo in luce da L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., p. 18, il quale, con riferimento al tema del regionalismo asimmetrico, riconosce che “i possibili sviluppi della capacità di autogoverno dei territori locali, potrebbe rappresentare una importante occasione di razionalizzazione e rivitalizzazione dell’esperienza regionale diretta a “rimuovere le condizioni di persistente disparità sociale tra i diversi territori”. Affinché un simile risultato venga raggiunto,

la differenziazione, se non governata, tende “ad espandersi, con effetti negativi in termini di eguaglianza nel godimento del diritto alla salute”<sup>39</sup>, tramutandosi in realtà il rischio di una “destrutturazione del servizio sanitario nazionale” e, quindi, una lesione del diritto alla salute.

Nello specifico i rischi, che una attuazione del regionalismo differenziato si ponga in contrasto con il principio di unità del sistema sanitario, sono stati individuati dalla dottrina con riferimento alle richieste di maggiore autonomia in ambito sanitario da parte delle tre Regioni settentrionali (Veneto, Lombardia e Emilia Romagna), con particolare riguardo alla disciplina del personale dipendente dal Servizio sanitario regionale e delle professioni sanitarie<sup>40</sup>, di cui stiamo avendo una eccezionale applicazione durante il periodo della pandemia con le misure di reclutamento straordina-

---

l'Autore, nel prosieguo dello scritto, delinea le coordinate e le condizioni per la realizzazione di un regionalismo differenziato in senso cooperativo (tra queste: la necessità di individuazione dei LEA e superamento della spesa storica, istituzione di un fondo perequativo, evitare che lo scopo sia il c.d. residuo fiscale); 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, 7; F. Pastore, *Brevi considerazioni su unità e indivisibilità della Repubblica italiana*, in *Diritti Fondamentali*, n. 2/2019,

39 R. Balduzzi, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme della Salute*, n. 3/2018, p. 473.

40 Accanto alle varie perplessità sollevate dalla dottrina sulla possibilità di ricondurre alla materia “tutela della salute” la disciplina del personale sanitario vengono sollevate da G. Colapietro, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario*, in *Corte Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 189 ss. il quale ritiene che detta disciplina risulterebbe ascrivibile al settore del pubblico impiego e quindi rientrante nella materia dell’ “ordinamento civile”, di competenza esclusiva dello Stato. Pertanto, la disciplina del personale sanitario non potrebbe essere oggetto del procedimento di differenziazione di cui al 116, comma 3 Cost. Dello stesso avviso è R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 10.

I rischi riguardanti l’attuazione del regionalismo differenziato riguardante la disciplina del personale medico sanitario sono messe in evidenza da E. Catelani, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle Fonti*, n. 2/2018, p. 4, l’Autore, in primo luogo, rileva il rischio di “una totale diseguaglianza (di trattamento e dei diritti) dei medici professionisti che lavorano in regioni diverse”, che finirebbe per dar luogo ad “un regime ingovernabile e fonte di continue diseguaglianze”. L’effetto di questa diseguaglianza vengono rilevate dall’Autore a pagina 8 del suo scritto, rappresentata dalla tendenza “di medici professionisti a migrare da una regione all’altra, dove si trovano delle condizioni più vantaggiose di autonomia professionale”.

rio degli specializzandi<sup>41</sup>, alla disciplina della farmacovigilanza<sup>42</sup>, in tema di valutazione e appropriatezza dei farmaci, alla disciplina dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria<sup>43</sup>.

Affinché il regionalismo differenziato si ponga in aderenza al principio di unità statale, vi è la necessità di adottare meccanismi perequativi (es. istituzione del fondo perequativo)<sup>44</sup> e superare del c.d. principio della spesa storica attraverso l'individuazione dei livelli essenziali di prestazione<sup>45</sup>.

Con riferimento alla seconda domanda (“*perché trasferire?*”), come insegna la migliore dottrina<sup>46</sup>, dovrebbe porsi antecedentemente a quella “*quanto trasferire?*”.

41 Sul punto si v. L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., p. 9, il quale osserva che le misure d'urgenza adottate dal governo per fronteggiare la crisi sanitaria, con la possibilità di reclutamento e attribuzione di incarichi provvisori agli specializzandi “rappresentano provvedimenti adottati in presenza di circostanze eccezionali, giustificati dalla carenza del personale sanitario, di competenza esclusiva dello Stato centrale”.

42 I rischi sono ben messi in rilievo da Guerino Fares in due contributi: G. Fares, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: farmaci e farmacovigilanza*, in *Corte Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 213 ss.; Id., *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni ed equilibri di sistema: le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, pp. 29 ss., al quale si rinvia.

43 Al riguardo si v. F. Gallarati, *La libera professione intramuraria nella prospettiva del regionalismo differenziato*, in *Corte Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 232 ss., rilevando come il rischio di una differenziazione in quest'ambito possa incidere sull'unitarietà del sistema sanitario nazionale. Sul punto si v. R. Balduzzi, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, cit., p. 474, il quale rileva che tra i fattori di “destrutturazione del sistema sanitario nazionale” vi sarebbe l'adozione di *regole ammorbidite* riguardo l'attività professionale intramuraria.

44 Ex multis A. Patroni Griffi, *Regionalismo differenziato e coesione territoriale*, in AA.VV., *Regionalismo differenziato: un percorso difficile*, cit., p. 18.

45 Sul punto l'intreccio tra livelli essenziali delle prestazioni e “contenuto minimo essenziale dei diritti” è un aspetto che è stato messo in rilievo da tempo dalla dottrina. Al riguardo si v. I.M. Pinto, *La discrezionalità politica del legislatore tra tutela costituzionale del contenuto essenziale e tutela ordinaria caso per caso dei diritti nella più recente giurisprudenza della Corte Costituzionale*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1998, pp. 1309 s; M. Belletti, *I “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali...” alla prova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile...*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 3-4/2003; A. D'Aloia, *Diritti e stato autonomistici. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, n. 6/2003, pp. 1063 ss.

46 Ex multis S. Staiano, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, in *Corti supreme della Salute*, n. 2/2020, pp. 489 ss.; G. Tarli Barbieri, *L'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost.: procedure e prospettive*, in *Corte Supreme della Salute*, n.

La storia del regionalismo italiano ci insegna che una risposta seria a quest'ultima domanda non sia stata data, in quanto non risulta essere stata svolta una seria analisi delle funzioni, se non nella prima fase del regionalismo italiano con la commissione Giannini. Chiara espressione di una simile riflessione è rappresentata dall'attribuzione alla competenza concorrente ripartita tra Stato-Regioni di materie come l'ambiente, le infrastrutture che andrebbero conservate nella competenza statale<sup>47</sup>. Pertanto, prima di chiederci quanto differenziare bisognerebbe capire perché farlo, valorizzando il *principio di sussidiarietà*, contenuto nell'art. 118 Cost., il quale non può essere messo all'ombra<sup>48</sup>.

Giungiamo, infine, all'ultima delle domande poste “con quante risorse differenziare?”.

La risposta a questa domanda assume un rilievo fondamentale soprattutto in ambito sanitario (che rappresenta ben l'80% del bilancio regionale), visto che bisognerebbe capire il giusto ammontare di risorse da attribuire alle Regioni per esercitare adeguatamente le proprie funzioni. Infatti, se si trasferiscono alle Regioni tante competenze ma senza dotarle delle adeguate risorse per poterle esercitare, sembra ragionevole ritenere che differenziare non abbia alcun senso.

Anche per rispondere a questa domanda è opportuno svolgere un serio studio delle analisi delle funzioni, che permetterebbe anche l'individuazione della corretta quantificazione delle risorse da attribuire. In campo sanitario ciò non può che avvenire tramite la determinazione del livello es-

---

1/2020, p. 135; G. Mobilio, *Differenziazione e specialità. Nella incerta evoluzione del regionalismo italiano*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, in corso di pubblicazione.

La domanda “*perché trasferire?*” è una esigenza che viene richiesta altresì dal DAGL, ai fini dell'attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost., secondo cui “vanno dimostrati gli interessi peculiari da soddisfare per ogni singola regione”. Al riguardo si v. Presidenza Del Consiglio Dei Ministri, Dipartimento Per Gli Affari Giuridici E Legislativi, *Appunto per il Presidente del Consiglio dei Ministri. Oggetto: Applicazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione – Schemi di intesa sulle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia nelle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna*, 19 giugno 2019, 2, disponibile <http://dirittifondamentali.it/wpcontent/uploads/2019/06/Appunto-su-116-COST.pd>

47 In tal senso si v. S. Staiano, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, cit., p. 38.

48 Tanto che la dottrina ha osservato come l'art. 118 Cost. sia stato messo nell'oblio. Al riguardo si v. M. Cammelli, *Flessibilità, autonomia, decentramento amministrativo: il regionalismo oltre l'art.116.3 Cost.*, in *Astrid rassegna*, n. 10/2019, p. 6; M. Carli, *Il regionalismo differenziato come sostituto del principio di sussidiarietà*, in *Federalismi*, n. 21/2019, pp. 9 ss.

senziale di prestazioni<sup>49</sup>, con il superamento della spesa storica, garantendo alle Regioni le adeguate risorse per assicurare i servizi essenziali.

Affinché in ambito sanitario le Regioni dispongano delle risorse adeguate, è opportuno mutare quel paradigma concettuale, teso ad identificare le Regioni come dei *centri di spesa*, un costo da abbattere, dovuto alla sfiducia verso la classe politica regionale da parte del legislatore nazionale, avallato dalla Corte<sup>50</sup>.

La riduzione delle risorse è stata indotta, come è noto, dalla crisi economica già dagli anni novanta. In particolare, le misure di austerità adottate dall'Unione Europea<sup>51</sup>, hanno portato un severo ripensamento sui diritti sociali e sul generale tema del "*costo dei diritti*"<sup>52</sup>, i quali hanno assunto sempre di più una connotazione di diritti *finanziariamente condizionati*<sup>53</sup>, come

49 S. Staiano, *Autonomia differenziata, la lezione del 2001: no a riforme fatte per paura*, in *Diritti Regionali*, n. 3/2019, pp. 6-7.

50 Al riguardo si v. ex multis G. Ferraiuolo, *Poteri e livello di governo statale e regionale*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 2/2014, p. 67. Sull'atteggiamento da parte del legislatore statale, avallato dalla Corte costituzionale, di ricorrere alla competenza del "coordinamento della finanza pubblica" al fine di comprimere l'autonomia regionale. Sul punto si v. a A. Formisano, *Riduzione del numero dei consiglieri regionali: evoluzione normativa e progressiva affermazione del centralismo della Corte*, in G. Tarli Barbieri, P. Caretti, M. Morisi (a cura di), *La dimensione dei parlamenti: logiche politiche e questioni costituzionali*, cit., pp. 114-117.

51 In particolar modo per una accurata analisi della *governance economica europea* durante il periodo di crisi economica e per una analisi dell'introduzione del principio di equilibrio di bilancio all'interno della nostra Costituzione, si v. M. Troisi, *Le pronunce che costano. Poteri istruttori della Corte costituzionale e modulazione delle conseguenze finanziarie delle decisioni*, Napoli 2020, pp. 45-62.

52 Per svolgere uno studio sul "*costo dei diritti*", è imprescindibile svolgere una disamina sul ruolo assunto dalla Corte costituzionale di bilanciamento dei diritti fondamentali con le esigenze di bilancio. Accanto al tema dei "*costi dei diritti*" si è discusso, infatti, anche di "*costo delle decisioni*". Al riguardo si v. M. Troisi, *Le pronunce che costano. Poteri istruttori della Corte costituzionale e modulazione delle conseguenze finanziarie delle decisioni*, cit.; Id., *La quantificazione del costo delle pronunce della Corte costituzionale in materia di diritti*, in *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, n. 2/2019, pp. 353-366.

53 Ex multis M. Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista Aic*, n. 3/2018; D. Morana, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, cit.; E. Furno, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *Consulta Online*, n. 1/2017, pp. 105 ss.; A. Ruggeri, *Per uno studio sui diritti sociali e sulla Costituzione come "sistema" (notazioni di metodo)*, in *Consulta Online*, n. 2/2015, pp. 538-553; C. Salazar, *Crisi economica e diritti fondamentali*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013, p. 8.

è avvenuto per il diritto alla salute<sup>54</sup>. Malgrado sia l'unico diritto qualificato come *fondamentale* della nostra Carta costituzionale, non può assumere la configurazione, come ci insegna sia la giurisprudenza costituzionale<sup>55</sup> che la dottrina<sup>56</sup>, di *diritto tiranno*, dovendo esservi un tendenziale bilanciamento di volta in volta con “gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti *oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento*”<sup>57</sup> (corsivo mio).

Seppure agli albori della giurisprudenza della crisi, il diritto alla salute risultava intimamente connesso alle esigenze di bilancio, si è assistito ad una progressiva inversione di tendenza della Corte, che l'ha portata ad

54 L'espressione di diritto alla salute come “*diritto finanziariamente condizionato*” la si deve a F. Merusi, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, p. 30, per poi essere adoperato solo successivamente dalla giurisprudenza costituzionale con riferimento alle prestazioni sanitarie (sul punto Corte cost., sent. n. 248/2011, par. 6.1. considerato in diritto).

Il filone giurisprudenziale diretto a considerare il diritto alla salute, strettamente legato alle disponibilità delle risorse finanziarie, è stato inaugurato con la sentenza n. 455/1990 della Corte costituzionale. Per una ricostruzione sull'evoluzione del diritto alla salute quale *diritto finanziariamente condizionato* e del ruolo generale assunto dalla Corte nel garantire una tutela effettiva dei diritti nei periodi di crisi economica si v. M. Troisi, *Le pronunce che costano. Poteri istruttori della Corte costituzionale e modulazione delle conseguenze finanziarie delle decisioni*, cit., pp. 199 ss., rinviandosi alla bibliografia dell'Autrice

55 Sul punto si richiama la giurisprudenza formatasi sul caso Ilva (Cfr. Corte costituzionale, sent., n. 85/2013, n. 58/2018, dalle quali emerge con chiarezza come il diritto della salute non può essere considerato alla stregua di un *diritto tiranno* ma *dinamico* il quale va bilanciato con gli altri diritti secondo il criterio di ragionevolezza e proporzionalità. Per una rilettura delle suddette sentenze durante il periodo della pandemia si v. R. Romboli, *L'incidenza della pandemia da coronavirus nel sistema costituzionale italiano*, in *Consulta Online*, n. 3/2020, pp. 536-537; M. D'Amico, *I diritti fondamentali alla prova dell'emergenza sanitaria da Coronavirus: profili costituzionali*, in *Bio-law*, n. 3/2020, pp. 41-42.

56 Primo tra tutti si v. G. Zagrebelsky, *Il diritto mite*, Torino, 1992, p. 130, dove afferma che “la proclamazione dei diritti in Costituzione non si traduce in un automatico ordine gerarchico tra gli stessi. Se così fosse si darebbe luogo ‘a una minacciosa tirannia del valore’”, ove occorre invece prudenza nel loro bilanciamento. In tal senso con riferimento al periodo della pandemia in corso si v. G. De Minico, *Costituzionalizziamo l'Emergenza?*, in G. De Minico, A. Ruggeri (a cura di), *Stato di diritto emergenza tecnologica*, *Consulta online*, 2020, pp. 35-36. Non sono mancate posizioni da parte di studiosi che hanno cercato di identificare il diritto alla salute con un diritto posto su un gradino superiore agli altri. Sul punto si v. A. Mazzola, *Il sistema delle fonti e i provvedimenti adottati per contenere l'emergenza epidemiologica da Covid-19*, in *Nomos*, n. 1/2020.

57 Corte cost., sent. 203/2016.

affermare in più occasioni come la compressione di questo diritto per esigenze di bilancio non può assumere “un peso talmente preponderante da comprimere il *nucleo irriducibile* del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”<sup>58</sup> (corsivo mio).

Una tendenza, che prosegue fino ad oggi la Corte, è il tentativo di rintracciare quel *nucleo irriducibile* del diritto alla salute, identificandolo sempre più strettamente connesso al concetto di individuazione dei LEA, che rappresenterebbero quei “*costi necessari*”<sup>59</sup>. Pertanto, quando i LEA saranno determinati, questi rappresenteranno una prescrizione non più *finanziariamente condizionata*, dovendo essere garantiti in maniera effettiva. Ne risulta progressivamente un cambio di prospettiva da parte della Consulta che l’ha portata ad affermare che “è la garanzia dei *diritti incompressibili* ad incidere sul *bilancio*, e non l’equilibrio di questo a *condizionarne* la doverosa erogazione”<sup>60</sup>.

Con la sentenza n. 62/2020, il cambio di prospettiva è radicale essendo sostenuto in modo chiaro la *primazia* della tutela della salute rispetto a tutti gli altri interessi sottesi tra Stato e Regione, imponendosi “una *visione trascendente* della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell’organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario”<sup>61</sup> (corsivo mio).

Il cambio di rotta riguardo la concezione del diritto alla salute, non più, come *diritto finanziariamente condizionato*, risulta anche con riferimento ai vincoli contenuti nei piani di rientro sottoscritti dalle Regioni con lo Stato<sup>62</sup>, tesi a ridurre il *deficit* finanziario, prevedendosi che la spesa sanitaria deve essere compatibile con “la limitatezza delle disponibilità finanziarie che an-

58 Corte cost., sent. 203/2016, punto 8 del considerato in diritto.

59 *Ex multis* Corte cost., sent. n. 10/2016; 169/2017, Corte cost., sent. n. 62/2020.

60 Corte cost., sent. n. 257/2016. Sentenza che ha suscitato particolarmente l’attenzione della dottrina. Sul punto si vedano i commenti *ex multis* di A. Lucarelli, *Il diritto all’istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 6/2016; E. Furno, *Pareggio di bilancio e diritti sociale: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all’istruzione dei disabili*, cit.

61 Sulla quale si v. oltre al commento di A. Morrone, *La “visione trascendente” dei Lea e la realtà del Ssn*, cit.; 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 Quaderni Costituzionali*, n. 2/2020, pp. 669 ss.

62 S. Calzolaio, *Il mondo dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell’equilibrio di bilancio*, in *Federalismi*, n. 23/2014.



nualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario”<sup>63</sup>.

La domanda che allora ci si pone è se le Regioni in piano di rientro, in considerazione dell'emergenza pandemica, possano discostarsi dal contenuto degli accordi sottoscritti, provvedendo ad una maggiore spesa. La risposta può essere data in senso positivo, facendo leva sulla natura *dinamica* e non *statica* del piano di rientro, desumibile dall'art. 1, comma 180, l. n. 311/2004<sup>64</sup>, da cui si apprende che lo scopo finale dei Piani di rientro è sempre quello di garantire una piena attuazione del diritto alla salute in tutto il territorio nazionale oltre che quello di ridurre il *deficit* economico. Nel periodo emergenziale che stiamo vivendo, se occorre nel breve periodo intensificare la spesa regionale per garantire l'attuazione di cui all'art. 32 Cost., non si potrà parlare di violazione del contenuto del piano di rientro, dovendosi dare prevalenza allo scopo di garanzia della salute.

### 3. *La pandemia come una opportunità per rilanciare il regionalismo italiano e ridurre il divario tra Nord e Sud. Verso una visione globalizzata del diritto alla salute?*

In conclusione, occorre osservare, in considerazione delle ampie risorse che già il legislatore statale ha messo a disposizione che l'Europa stanzierà anche per fronteggiarla<sup>65</sup>, come la pandemia potrebbe astrattamente rappresentare una occasione importante per rilanciare il ruolo del regionalismo e una finestra di

63 Corte cost., sent. n. 111 del 2005. Come è noto la consolidata giurisprudenza costituzionale ravvisa l'indubbia ingerenza dei piani di rientro nell'ambito dell'autonomia regionale nella fase di predisposizione che di attuazione e il mancato rispetto da parte della Regioni dei piani di rientro è stata ricondotta alla violazione del principio costituzionale di leale collaborazione (si veda *ex multis* Corte cost. n. 91 del 2012; Corte cost. n. 193 del 2007; Corte cost., sent. n. 141 del 2010; Corte cost., sent. n. 100 e 141 del 2010; Corte cost. n. 123 e 163 del 2011).

64 L'Art. 1 prevede che la Regione interessata “elabora un programma operativo di riorganizzazione, di *riqualificazione* o di *potenziamento* del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio” (corsivo mio). Al riguardo è interessante notare come la disposizione non fa riferimento solo al tema della riduzione del *deficit* ma impiega le espressioni *potenziamento* e *riqualificazione* indicando chiaramente come lo scopo ultimo deve essere quello della salvaguardia della salute, apparendo chiaro come il contenimento della spesa pubblica sia uno degli interessi che viene in gioco ma non l'unico.

65 Per una analisi degli stanziamenti adottati per fronteggiare la pandemia si v. G. Di Gaspare, *L'impatto del coronavirus sulle risorse del servizio sanitario nazionale. Qualche spunto di riflessione*, in *Corte Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 85 ss.;

opportunità per sviluppare un sistema territorializzato in grado di combattere efficacemente le future emergenze che si potranno ripresentare.

Un nodo fondamentale da sciogliere riguarderà anche la distribuzione territoriale dei Fondi, che saranno stanziati dall'Unione Europea, e altresì comprendere se la fase della post-pandemia rappresenterà un prosieguo del forte *egoismo territoriale*<sup>66</sup> delle Regioni settentrionali, che ha connotato i progetti di attuazione del regionalismo differenziato<sup>67</sup>. Ebbene, un rischio simile non appare semplicemente astratto in considerazione della letteratura scientifica<sup>68</sup> che considera il Sud come una pandemia, un virus per cui non c'è vaccino. I dati riportati dallo Svimez<sup>69</sup> mostrano chiaramente uno scenario particolarmente infausto per il Sud, risultando che, malgrado l'emergenza abbia colpito maggiormente il Nord, gli impatti sociali ed economici si riverseranno in particolar modo sul versante dell'occupazione, essendo penalizzato anche dal peso dell'indebitamento e delle lungaggini burocratiche<sup>70</sup>. Molti studiosi

---

E. Jorio, *Interventi normativi d'urgenza in tema di contrasto al coronavirus: una rassegna ragionata*, in *Corti Supreme della Salute*, n. 1/2020, pp. 89 ss.

66 Al riguardo si v. M. Villone, *Autonomia rischio doppio per il Sud*, in *La Repubblica di Napoli*, 10 ottobre 2020.

67 Rischio paventato oltre che da Massimo Villone anche da S. Staiano, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, cit., p. 497.

68 G. Galli, G. Gottardo, *La mancata convergenza del Mezzogiorno: trasferimenti pubblici, investimenti e qualità delle istituzioni*, in *Osservatorio sui conti pubblici italiani*, 2 ottobre 2020.

69 Associazione Per Lo Sviluppo Dell'industria Nel Mezzogiorno, *L'impatto economico e sociale del Covid-19: Mezzogiorno e Centro-Nord*, 9 aprile 2020, in [http://lnx.svimez.info/svimez/wpcontent/uploads/2020/04/svimez\\_impatto\\_coronavirus\\_bis.pdf](http://lnx.svimez.info/svimez/wpcontent/uploads/2020/04/svimez_impatto_coronavirus_bis.pdf), 30

70 Tra i commentatori sui dati allarmanti riportati dallo SVIMEZ si v. M. Betzu, P. Ciarlo, *Epidemia e Mezzogiorno: la differenziazione necessaria*, cit., p. 595, dove rilevano che "Per l'epidemia in corso, il Mezzogiorno e le Isole, pur essendo stati meno coinvolti del Nord, pagheranno un prezzo sociale altissimo. Quando tutto sarà finito le aziende del Nord, più strutturate e con una maggiore capacità finanziaria, riusciranno in qualche modo a riprendersi. Nel Sud, invece, le micro-aziende che caratterizzano il suo tessuto produttivo saranno spazzate inesorabilmente via, lasciando alle loro spalle un deserto economico e un inferno sociale"; G. Coco, C. De Vincenti, *Premessa. Il mezzogiorno dopo il Covid-19*, in Id. (a cura di), *Una questione nazionale. Il mezzogiorno da «problema» a «opportunità»*, Bologna 2020, pp. 9 ss.; G. Viesti, *Che Italia sarà? I possibili impatti settoriali, occupazionali e territoriale dell'emergenza Covid e gli interventi di politica economica*, in S. Staiano (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, cit., pp. 636-638; A. Giannola, *Il sud in bilico. La fine del blocco e le (non incoraggianti) prospettive*, in S. Staiano (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e*

hanno messo in rilievo le potenzialità del mezzogiorno, il quale può diventare il “secondo motore” in grado di far ripartire il nostro Paese<sup>71</sup>.

Altresì la pandemia ci fornisce due ulteriori indicazioni per il futuro.

La prima riguarda il ruolo delle risorse stanziare dall’Europa e l’importanza delle determinazioni assunte dalla comunità europea e internazionale, che sembrano portare al superamento della visione della tutela della salute come prospettata dalla Corte costituzionale fino a farci approdare ad una concezione del diritto alla salute quale *diritto pubblico globale*<sup>72</sup>.

Le sfide che si prospettano come quella sui vaccini, lo stanziamento delle risorse (se queste saranno sufficienti o meno a garantire una accessibilità a tutti i cittadini del vaccini anti-covid) richiedono decisioni che non possono essere assunte né dallo Stato né dalle organizzazioni regionali ma necessitano di decisioni globali, accompagnate da una adeguata cooperazione internazionale da parte dei singoli Stati, assumendo particolare rilievo il ruolo assunto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

La seconda indicazione è connessa alla disponibilità delle risorse stanziare per fronteggiare la pandemia, che ci porta a interrogarci se nel caso, per i vincoli di bilancio, non sarà possibile garantire un accesso universale a tutti i cittadini al vaccino, il legislatore statale potrà discostarsene<sup>73</sup>.

---

*produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, cit., pp. 641-658; A. Giannola, *La SVIMEZ sul Quadrilatero ZES nel Mezzogiorno continentale*, in *Rivista Economica del Mezzogiorno*, n. 1-2/2020, pp. 3 ss.

71 *Ex multis* C. De Vincenti, *Mediterraneo e nuovo contesto geoeconomico: un’occasione per i Mezzogiorno*, in G. Coco, C. De Vincenti (a cura di), *Una questione nazionale. Il mezzogiorno da «problema» a «opportunità»*, cit., pp. 33-43.

72 T. Sandler, *Global and regional public goods. A prognosis for collective action*, in *Fiscal Studies*, n. 19/1998, pp. 221-247.

73 Al riguardo si v. *ex multis* D. Mone, *La costituzionalizzazione del pareggio di bilancio ed il potenziale vulnus alla teoria dei controlimiti*, in *Rivista Aic*, n. 3/2014. La questione dipende anche se la vaccinazione rientri o meno nei LEA. Al riguardo parte della dottrina ritiene che rientrino. Sul punto si v. M. Plutino, *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in *Diritti Fondamentali*, n. 1/2017, p. 8; D. Morana, *Diritto alla salute e vaccinazioni obbligatorie*, in *Diritto e Salute*, n. 4/2017, pp. 48 ss. Perplexità vengono poste da F. Corvaja, *La legge del Veneto sulla sospensione dell’obbligo vaccinale per l’età evolutiva: scelta consentito o fuga in avanti del legislatore regionale?*, in *Osservatorio sulle Fonti*, n. 1/2008, p. 3, laddove osserva che “un (...) dubbio (...) in relazione al fatto che le vaccinazioni obbligatorie sono ricomprese nei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie di cui al d.P.C.M. del 2001 che fissa i LEA e si direbbero quindi coperte dalla competenza statale di cui all’art. 117, secondo comma, lett. m), Cost.”.