

IL RIPARTO DI COMPETENZE IN MATERIA SANITARIA ALLA PROVA
DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA*

SILVIO ROBERTO VINCETI**

Sommario

1. Introduzione. — 2. La parabola della competenza legislativa regionale in materia sanitaria. — 3. L'impatto del PNRR: la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale. — 4. Ulteriori spunti di riflessione. 5. — Conclusioni.

Abstract

Italy's National Recovery and Resilience Plan (NRRP) sets forth consequential reforms in the organization of the Italian health system, among which lies a comprehensive restructuring of primary care. While the new healthcare arrangement seems consonant with health organization literature, the reform amounts to a stark standardization of the regional health systems. Given the Italian Regions' role as pivotal lawmaking institutions in healthcare, one could speculate about the constitutional soundness of their overall exclusion from the drafting of the NRRP. The Regions, however, did not take formal action against the central government or the NRRP, possibly for strategic reasons. This paper investigates the technical viability of a constitutional opposition by the Regions against a negotiated agreement between the central government and the European Union. Moreover, the paper raises some prospective remarks as to the relevance of the NRRP for the status of Regions as leading legislative institutions in healthcare, the place of the NRRP in the broader context of the "Europeanization of health" and the apparent conflict between the NRRP's centralizing effect and the unfolding process of asymmetrical regionalism in the Italian constitutional system.

Suggerimento di citazione

S.R. VINCETI, *Il riparto di competenze in materia sanitaria alla prova del Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2024. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>

* Il contributo riprende il testo dell'intervento nel panel «Nuove forme di programmazione e ordinamento costituzionale» della IV Conferenza annuale di ICON•S Italian Chapter (13-14 ottobre 2023, Università commerciale Luigi Bocconi) ed è stato realizzato all'interno delle attività finanziate dal progetto di ricerca interdisciplinare FAR UNIMORE *mission oriented* (Linea FOMO) «*Beyond the Hospital. The National Recovery and Resilience Plan and the Development of Italian Primary Care: A Law and Medicine Pilot Project for the Modena Province*» (P.I. Eduardo Gianfrancesco).

** Assegnista di ricerca in Istituzioni di Diritto pubblico, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, silvioroberto.vinceti@unimore.it.

1. Introduzione

Vi sono almeno due ordini di ragioni per cui il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR, Piano) si mostra come un programma di riforma dai tratti marcatamente sanitari, al di là dell'allocazione relativa delle risorse — da alcuni osservatori peraltro giudicata inadeguata¹. In parte ciò senz'altro si deve al presupposto storico del Piano: l'inedita magnitudine finanziaria del NextGenerationEU (NGEU) — di cui l'Italia ha chiesto e ottenuto la massima quota possibile — è infatti *expressis verbis* ricondotta all'esperienza pandemica che ha funestato lo scenario globale a partire dai primi mesi del 2020². Insieme al profilo genetico, di immediato rilievo sanitario è poi il contenuto stesso del Piano: in parziale assonanza con i PNRR avanzati da altri Stati membri³, il Piano italiano prevede infatti alcune significative innovazioni all'ordinamento sanitario — dalla riforma dell'assistenza primaria alla digitalizzazione del servizio sanitario nazionale — che la giuspubblicistica ha peraltro già commentato in diverse occasioni⁴. Alla luce della condizione problematica della sanità nazionale il PNRR sembra dunque rappresentare «una terra promessa» anche dal punto di vista della tutela della salute⁵, per cui si è altrove voluta evocare, non senza una certa dose di ottimismo, l'immagine di un «rinascimento» dell'assistenza sanitaria in Italia⁶.

Al tempo stesso, a fianco delle luci — abbaglianti e indiscutibili — non difettano al PNRR alcuni coni d'ombra, messi prontamente in luce dalla dottrina costituzionalistica. Nelle pieghe del dibattito relativo all'impatto del PNRR

¹ Cfr. T. BOERI, R. PEROTTI, *Pnrr, l'emergenza dimenticata della Sanità*, in *La Repubblica*, 24 febbraio 2024, 30.

² Cfr. l'art. 4, Reg. UE del 12 febbraio 2021, n. 241, oltre ai «considerato» iniziali del medesimo documento.

³ Cfr. R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia: Le «lezioni» di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE Online*, fasc. 1, 2023, 399 ss.

⁴ In aggiunta ai contributi che si richiameranno nel testo cfr. *ex plurimis* F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, Giappichelli, Torino, 2022, 118 ss.; I. CIOLLI, *L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: La Regione Lazio e la Missione 6 Salute*, in *Le Regioni*, fasc. 6, 2022, 1207 ss.; A. PIOGGIA, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, fasc. 2, 2022, 113 ss.; 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*, fasc. 2, 2022, 495 ss.; L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi.it*, fasc. 26, 2023, 18 ss.; A. SAPORITO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed il diritto alla salute, nuova evoluzione?*, in *Amministrativ@mente*, fasc. 1, 2024, 2098 ss.

⁵ Riprendendo l'immagine di G. DE MINICO, *Il Piano nazionale di ripresa e resilienza: Una terra promessa*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 2, 2021, 113 ss.

⁶ Così, commentando a caldo la parte sanitaria del Piano, in T. FILIPPINI, S.R. VINCETI, *Italian National Recovery and Resilience Plan: A Healthcare Renaissance after the COVID-19 Crisis?*, in *Acta Biomedica*, fasc. S6, 2021, 1 ss. Aspettative positive erano comunque diffuse: v. ad es. L. CHIEFFI, *Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal Recovery Fund per il rilancio dei welfare sanitari*, in *BioLaw Journal*, fasc. 4, 2021, 3 ss.

sull'ordinamento costituzionale si staglia infatti una contrapposizione tra quanti osservano con maggiore apertura questo «nuovo metodo di governo»⁷, di cui si prevede una futura istituzionalizzazione, e quanti invece rimangono più perplessi rispetto ai suoi effetti sulla forma di governo — con il rischio di una «sudditanza» dello Stato membro verso le istituzioni europee⁸ — e, mediamente, sugli equilibri interni alla forma di Stato⁹. Alle perplessità sulla fonte del diritto *tout court* — e, più in generale, sulla condizionalità economica come modalità di regolamentazione dei rapporti tra Unione e Stati membri¹⁰ — si aggiungono poi le preoccupazioni sulla congruenza con i vari “riparti di competenze” previsti dalla Costituzione: in particolare, quelli tra Governo e Parlamento e tra Stato e Regioni, dove il *fil rouge* sembra in entrambi casi quello dalla primarietà dell'Esecutivo centrale, quando non del Presidente del Consiglio dei Ministri medesimo¹¹. Mentre tuttavia il Parlamento ha infine trovato una qualche forma di coinvolgimento — da alcuni autori ritenuta comunque insufficiente — le istituzioni regionali sono state sostanzialmente marginalizzate nella progettazione e redazione del Piano¹².

⁷ Cfr. N. LUPO, *Next Generation EU e sviluppi costituzionali dell'integrazione europea: Verso un nuovo metodo di governo*, in *Diritto pubblico*, fasc. 3, 2022, 732 («in nome dell'emergenza si è venuto delineando un nuovo metodo di governo, caratterizzato, come già in altri casi, da un serrato procedimento euro-nazionale, il quale però presenta elementi innovativi tanto a livello europeo quanto a livello dei singoli Stati membri. Un metodo che [...] ben si presta, attraverso la riforma del patto di stabilità e crescita, ad essere adottato “a regime”, anche a prescindere dall'emergenza pandemica»).

⁸ Cfr. F. SALMONI, *Recovery fund, condizionalità e debito pubblico: La grande illusione*, Wolters Kluwer-CEDAM, Milano, 2021, 154-158. Nello stesso senso v. M. DANI, *L'invadente condizionalità macroeconomica del dispositivo per la ripresa e la resilienza*, in *Dir. pubb. comp. eur.*, fasc. 1, 2023, 287.

⁹ V. ora F. SALMONI, *Indirizzo politico economico e forma di governo*, in *Rivista AIC*, fasc. 1, 2024, 65 ss.

¹⁰ Sul tema il riferimento è ora A. BARAGGIA, *La condizionalità come strumento di governo negli Stati compositi: Una comparazione tra Stati Uniti, Canada e Unione europea*, Giappichelli, Torino, 2023, 237-238 («Offrire un incentivo per realizzare un determinato scopo non pare avere nulla di “illegale”. Eppure, se osservato nella sua dimensione di fenomeno tipico del diritto pubblico, e del diritto costituzionale in particolare, la condizionalità fa emergere una zona d'ombra, un'area grigia in cui il potere si esercita in modo pervasivo e difficilmente codificabile, come è invece proprio di altre forme costituzionalmente determinate di esercizio del potere»).

¹¹ V. chiaramente E. CATELANI, *P.N.R.R. e ordinamento costituzionale: Un'introduzione*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2022, 212 («Vi è un'evoluzione, già in atto da tempo, caratterizzata dall'esistenza di un asse fra governi statali ed Unione europea, che ha causato nel nostro ordinamento una compressione dei poteri del Parlamento, che la legge n. 234 del 2012 ha cercato di ridurre, ma con effetti assai limitati, che vede ormai il Presidente del Consiglio ed il suo governo artefici quasi esclusivi dell'indirizzo politico statale. La pandemia prima e l'approvazione della *Next Generation EU* (NgEU) poi hanno consolidato una concentrazione dei luoghi di decisione, che riducono sempre più la possibilità del Parlamento di incidere in modo significativo sulla stessa formazione delle scelte politiche essenziali, a favore di una centralità governativa»). Sull'«europeizzazione» come «motore del cambiamento» della fisionomia costituzionale del Presidente del Consiglio v. ora F. CLEMENTI, *Il Presidente del Consiglio dei Ministri: Mediatore o decisore?*, il Mulino, Bologna, 2023, 211-215.

¹² Per questo giudizio v. S. PROFETI, B. BALDI, *Le regioni italiane e il PNRR: La (vana) ricerca di canali d'accesso all'agenda*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, fasc. 3, 2021, 453; M. TRAPANI, *Il*

Evidentemente, i due livelli di problematicità risultano per certi versi indistricabili, la scarsa partecipazione delle istituzioni regionali legandosi al deficitario livello di coinvolgimento del Parlamento nazionale nella stesura del Piano¹³ — dove il convitato di pietra rimane, ad ogni buon conto, l'assenza di una articolazione parlamentare rappresentativa delle autonomie¹⁴.

sistema delle conferenze e il regionalismo dimezzato: Il difficile rapporto tra PNRR e Regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative, in *Rivista AIC*, 2021, 182; E. CAVASINO, *L'esperienza del PNRR: Le fonti del diritto dal policentrismo alla normazione euro-governativa*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2022, 267; M. CECCHETTI, *L'incidenza del PNRR sui livelli territoriali di governo e le conseguenze nei sistemi amministrativi*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2022, 290; U. DE SIERVO, *Disfunzioni e conflitti costituzionali*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia: Problemi e prospettive*, il Mulino, Bologna, 2022, 24-25; S. PAJNO, *Il crepuscolo dell'autonomia regionale di fronte al PNRR*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *op. cit.*, 237 ss.; A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle diseguaglianze territoriali: Note introduttive*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2022, 278. Di diverso avviso è invece la fondamentale analisi di C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni: Sovrapposizione di materie, supremazia del potere centrale e leale collaborazione al confine tra diritto e politica*, in *Le Regioni*, fasc. 5, 2022, 889 ss., secondo cui, dovendosi ritenere archiviata una visione rigida del «riparto delle competenze legislative» — in quanto imperniata su di «un principio, quello di separazione delle sfere di attribuzioni tra potere centrale ed autonomie territoriali, entrato in crisi sin dalla prima attuazione del regionalismo italiano» (ivi, 913) — e considerata la disponibilità di criteri «flessibili» di riparto delle competenze — quello della prevalenza, della chiamata in sussidiarietà, dell'intreccio inestricabile di competenze o della forte incidenza, tutti peraltro da leggersi alla luce del principio di leale collaborazione (ivi, part. 911 ss.) — l'eventuale scarsa incidenza delle Regioni nella stesura del Piano non presenta «profili di criticità sotto un profilo strettamente giuridico, risolvendosi la «polemica» tra territori e potere centrale su un piano prettamente politico» (ivi, 890). Per l'A., infatti, che «un coinvolgimento regionale c'è stato» è dimostrato *a contrario* dalla decisione delle Regioni di non dare seguito ad una pur contemplata azione giudiziale e da alcune «dichiarazioni formali» di apprezzamento da parte della Conferenza delle Regioni sulla *governance* del Piano, per come delineata nel d.l. 31 maggio 2021, n. 77 (ivi, 918-920). Come si dirà più avanti, fors'anche in ragione di una minore accettazione di un «disegno a maglie larghe» del riparto di competenze costituzionale (*ibidem*), non si accederà qui ad una simile ricostruzione — confermandosi dunque l'opinione maggioritaria sulla lesione delle prerogative costituzionali regionali, se non altro in riferimento alla materia «tutela della salute» — in forza dell'indisponibilità del riparto ex art. 117, Cost., da parte delle stesse Regioni, alla cui inazione processuale non può ascriversi, a parere di chi scrive, rilievo giuridico dirimente (v. *infra*, § 3).

¹³ Il giudizio è diffuso in dottrina: *ex multis* cfr. F. POLACCHINI, *I riflessi del Pnrr sulla forma di governo e sui processi di indirizzo politico*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, fasc. 4, 2022, 260 («La straordinaria complessità contenutistica del Piano ha determinato una marginalizzazione del ruolo attivo del Parlamento, che è intervenuto in funzione di recepimento e approvazione della capacità progettuale espressa dal Governo»). Senza poterci soffermare *funditus* sul punto l'insufficiente coinvolgimento del Parlamento nella stesura del PNRR fa il paio — nell'apparente allargamento di una logica emergenziale — con l'inadeguato coinvolgimento dello stesso nella gestione pandemia, su cui v. F. CLEMENTI, *Il lascito della gestione normativa dell'emergenza: Tre riforme ormai ineludibili*, in *Oss. cost.*, fasc. 3, 2020, 42-46.

¹⁴ Sul «Senato delle autonomie» ancora attuali le riflessioni svolte intorno alla c.d. riforma costituzionale «Renzi-Boschi», tra cui E. CATELANI, *Stato federale o Stato regionale nel Senato delle Autonomie?*, in *Federalismi.it*, fasc. 8, 2014, 1 ss.; F. CLEMENTI, *Non un Senato «federale», ma un Senato «federatore»*, in *Federalismi.it*, fasc. 8, 2014, 1 ss.; E. GIANFRANCESCO, *I numeri del Senato*, in *Gruppo di Pisa*, 2014, 1 ss., e per uno sguardo prospettico E. GIANFRANCESCO, *Parlamento e Regioni: Una*

Ciononostante, proponendosi di mettere a fuoco i reverberi del PNRR sul riparto di competenze Stato-Regioni nella materia “tutela della salute”, di cui all’art. 117, comma 3, Cost., il presente contributo intende collocarsi saldamente nella scia del filone d’indagine “microscopico” del rapporto tra Piano e autonomie territoriali¹⁵: in quest’ottica, dunque, per le inevitabili connessioni con le questioni costituzionalistiche generali il rimando è al crescente dibattito scientifico sulla natura e limiti del PNRR. Nel solco di una già avviata riflessione sul tema¹⁶, ci si è qui invece prefissi l’obiettivo di traguardare gli effetti del PNRR all’interno della più ampia parabola evolutiva del riparto di competenze costituzionale in materia sanitaria (§ 3) — avendola all’uopo per sommissimi capi richiamata (§ 2) — al fine di elaborare alcune osservazioni prospettiche che, pur nell’accoglimento del PNRR come un *fait accompli* — per plurimi versi, come si dirà, senz’altro benvenuto — dovrebbero apparire rilevanti per gli sviluppi futuri dell’ordinamento sanitario italiano (§ 4).

2. La parabola della competenza legislativa regionale in materia sanitaria

Come noto, con la riforma del Titolo V è in qualche modo giunto a compimento il lungo e tortuoso percorso di regionalizzazione dell’ordinamento sanitario italiano¹⁷. Il mutamento del titolo di competenza legislativa concorrente dall’allora «assistenza sanitaria ed ospedaliera» all’odierna «tutela della salute»

storia ancora in attesa di un lieto fine, in *Il Filangieri*, 2017, 261 ss. Sul tema v. ora L. CASTELLI, *Il Sistema delle Conferenze: Terza Camera o sede di ratifica?*, il Mulino, Bologna, 2023, 165-171.

¹⁵ Che l’angolo sanitario sia in questo senso particolarmente fecondo per osservare il rapporto tra Stato e Regioni è rilevato da C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano tra continuità sostanziale e le sfide del PNRR*, in *Le Regioni*, fasc. 1-2, 2021, 149: «Il diritto alla salute, con riferimento al nostro discorso, è un ottimo punto di vista poiché si tratta di un settore dell’ordinamento fortemente condizionato dalla legislazione statale (esclusiva e di principio), ma nel quale le Regioni hanno una significativa autonomia amministrativa quanto ai profili organizzativi e al quale destinano la maggior parte delle proprie risorse». Sul filone d’indagine cfr. diffusamente N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *op. cit.*, con contributi di U. De Siervo, R. Balduzzi, B. Tabacci, C. Pinelli, C. Tubertini, M. De Benedetto, G.C. De Martin, A. Poggi, F. Gallo, L. Salvini, G. Tarli Barbieri, A. Bixio, M. Bordignon e F. Cerniglia, G.F. Gori e P. Lattarulo, F. Saraceno, S. Pajno, B.G. Mattarella, S. Parisi, S. Profeti, A. Pajno.

¹⁶ V. chiaramente F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: Il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 1, 2022, 272, che già metteva a fuoco «il pericolo, nell’ordinamento composito euro-unitario, di autonomie “usate” nella fase di implementazione delle politiche e dunque di un coinvolgimento limitato alla produzione di *output* delle politiche stesse, anziché alla loro progettazione partecipata».

¹⁷ Oltre ai contributi che si richiameranno nelle prossime note, sulla parabola recente del regionalismo sanitario italiano cfr. l’efficace sintesi in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *Introduzione*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione: Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, 51, v ss.

di cui all'art. 117, comma 3, Cost.¹⁸, ha infatti rappresentato l'“ultimo miglio” di un processo iniziato con la sottrazione delle competenze gestionali dei Comuni — attori protagonisti nel disegno originario della l. 23 dicembre 1978, n. 833¹⁹, ma presto “imputati” di una gestione diseconomica ed eccessivamente politicizzata²⁰ — cui sono seguiti notevoli trasferimenti di funzioni

¹⁸ In origine, peraltro, «assistenza sanitaria» denotava una *species* in un *genus* in cui convivevano i diversi concetti di «igiene» e «sanità»: cfr. E. MICCOLI, *L'assistenza sanitaria*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Vicenza, 1967, 122.

¹⁹ «Le USL erano state istituite dalla l. 833/1978 come strutture operative dei Comuni, nel presupposto che tutta l'attività di erogazione delle prestazioni, pur rientrando in una materia di competenza regionale, potesse essere considerata funzione di interesse esclusivamente locale: come tale fu appunto attribuita ai Comuni ex art. 118, 1° comma, Cost» (G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, fasc. 4, 1994, 960). La traiettoria ordinamentale, come noto, assunse già da sè una piega ben diversa: «Dal testo della legge si poteva ricavare l'impressione che in campo sanitario le Regioni fossero esclusivamente enti di legislazione e programmazione e che le USL, in quanto appunto strutture comunali, potessero rivendicare spazi di autonomia nei loro confronti. Le cose andarono diversamente: le interferenze regionali si svilupparono senza limitazione alcuna e l'autonomia locale si espresse in materia sanitaria quasi solo nella scelta degli amministratori delle USL, in concreto effettuata non dagli enti competenti, ma dai partiti. Tale situazione è stata corretta dalla l. 111/1991 che ha cercato di costruire un equilibrio tra politici locali e Regione nella nomina degli Amministratori straordinari e ora è completamente superata dal riordino che esclude ogni interferenza locale nella nomina (regionale) dei direttori generali» (*ibidem*).

Nelle più o meno inconfessabili intenzioni dei legislatori, o quantomeno di una parte di essi, la valorizzazione dell'elemento comunale doveva anche favorire la creazione di uno spazio di governo per i partiti politici oggetto di *conventio ad excludendum* a livello di Esecutivo centrale. Cristalline, sul punto, le considerazioni di A. D'ATENA, *Forma Stato: Dalla piramide all'arcipelago*, in *Impresa & Stato*, fasc. 33, 1996, 43: «dal secondo dopoguerra ad oggi, gli apparati partitici hanno esercitato una pressione crescente sulle istituzioni pubbliche (rappresentative e non), dando luogo a massicci fenomeni di “occupazione” e “lottizzazione” delle sedi istituzionali. Tale pressione non è stata priva di riflessi sullo stesso sviluppo dell'organizzazione pubblica del Paese, i cui lineamenti hanno finito per essere, in larga misura, modellati sulle specifiche esigenze del sistema dei partiti: dall'esigenza di aprire spazi al personale politico; a quella di estendere l'influenza dei partiti sulla società, in funzione eminentemente clientelare; all'esigenza, infine, di creare surrogati all'alternanza politica (che — come noto — è mancata): moltiplicando le sedi in cui i partiti esclusi dall'Esecutivo nazionale potessero assumere responsabilità di Governo e di gestione. Un esempio emblematico del fenomeno è costituito dalla riforma sanitaria del 1978 che affidando il Governo del servizio a comitati di gestione eletti dai Consigli comunali, ha messo a disposizione degli apparati partitici alcune migliaia di posti». Sul punto cfr. altresì come sempre R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, il Mulino, Bologna, 2013, 60 ss.

²⁰ Cfr. *ivi*, 65: «la regionalizzazione del sistema sanitario era rimasta per molti aspetti priva di idonei strumenti di governo da parte delle regioni ordinarie, vuoi per la perdurante stasi della programmazione statale, vuoi per un impiego del potere di indirizzo e coordinamento da un lato e di allocazione delle risorse finanziarie dall'altro del quale lo Stato faceva un uso comprimente l'autonomia regionale, vuoi per la grande “forza di gravità” esercitata dai comuni e dalla politica locale in ordine alla gestione delle Usl a scapito dei poteri di organizzazione e controllo delle regioni. A quest'ultimo proposito, i principi guida della partecipazione e del controllo democratico avevano rivelato palesi carenze, poiché il livello comunale si mostrava troppo vicino alle istanze talora idiosincratice dei territori e autoreferenziali della politica locale». Sul tema v. altresì *ex plurimis* S. STAIANO, *Sanità e partiti politici: Breve fulgore del sistema delle spoglie «formalizzato»*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il*

amministrative dallo Stato alle Regioni — propiziati, a livello ermeneutico, da una interpretazione estensiva della competenza regionale da parte del giudice delle leggi²¹. Benché dunque gli antecedenti normativi e storico-costituzionali impedissero la percezione di una “rivoluzione regionalista” in sanità all’adozione della l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3²², e difatti esclusero la «corsa al modello legislativo» da parte delle Regioni²³, almeno sulla carta il mutamento della voce competenziale, letto in congiunzione alle altre modificazioni di sistema, rafforzava l’impressione di una definitiva “consacrazione regionalista”, con venature federalistiche, del sistema sanitario italiano²⁴.

È del pari egualmente noto come la salienza della regionalizzazione della funzione legislativa in campo sanitario sia andata al tempo stesso incontro ad un processo di contenimento, che in determinati casi ha lambito i tratti di una vera e propria centralizzazione della competenza²⁵. A tale risultato hanno

decentramento delle politiche di welfare: Incontro di studio «Gianfranco Mor» sul diritto regionale, Giuffrè, Milano, 2011, 209.

²¹ Cfr. G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *op. cit.*, 95-96.

²² *Ex plurimis* cfr. D. MORANA, *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo Titolo V: Spunti dalla giurisprudenza costituzionale*, in L. VIOLINI (a cura di), *op. cit.*, 143: «l’ampliamento della materia di legislazione concorrente segnato dalla revisione del 2001 non ha significato, per il settore sanitario, una nuova regionalizzazione prima sconosciuta. Al contrario, il processo di regionalizzazione del SSN si era già radicato con il riordino operato dal d.lgs. n. 509 del 1992, cosicché la differenziazione dei modelli regionali era già sensibilmente accettata, seppure attraverso scelte di natura sostanzialmente e prevalentemente amministrativa. Ed allora, se si tiene conto del significativo livello di decentramento già conseguito prima del 2001, si comprende perché la riforma del Titolo V non abbia determinato radicali innovazioni ed anzi abbia forse confermato allo Stato competenze legislative destinate ad incidere in maniera significativa sulla tutela della salute».

²³ Cfr. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in G. BARBERIS, I. LAVANDA, G. RAMPÀ, B. SORO (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole: Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2005, 64-65 («Se dal livello nazionale volgiamo lo sguardo alle realtà regionali, è agevole rilevare che, salvo alcune eccezioni, non si è verificata, almeno sinora, la corsa al modello legislativo, forse perché i “modelli” già preesistevano, in forza del carattere largamente decentrato del Servizio sanitario nazionale almeno a partire dalla fine degli anni ottanta»)

²⁴ *Ex plurimis* E. CATELANI, *Alcuni profili organizzativi del Servizio sanitario regionale*, in L. VIOLINI (a cura di), *op. cit.*, 146 («la riforma del titolo V della Costituzione [...] ha determinato una forte differenziazione fra l’organizzazione sanitaria presente nelle varie Regioni, sia da un punto di vista degli assetti istituzionali, sia sulla qualità dei servizi»); R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale*, cit., 82 («la revisione del Titolo V [...] costituzionalizzò la nozione di “livelli essenziali delle prestazioni” e accrebbe le competenze legislative e amministrative delle regioni, anche in materia sanitaria»); C. BOTTARI, *La tutela della salute: Lavori in corso*, Giappichelli, Torino, 2020, 14 («Il rinnovato sistema costituzionale di riferimento avrebbe, quindi, attribuito alle Regioni una più ampia autonomia organizzativa»).

²⁵ *Ex plurimis* sul tema cfr. G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., 114; E. GIANFRANCESCO, *La “scomparsa” della competenza ripartita e l’introduzione della clausola di supremazia*, in *Issirfa: Studi e interventi*, 2014, 1 ss.; D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA, F.S. MARINI, D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale: Commentario*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2015, 588-589; N. VICECONTE, L. GIACHI, *La sanità tra testo costituzionale ed interpretazioni giurisprudenziali*, in S. MANGIAMELI, A. FERRARA, F. TUZI (a cura di), *Il riparto delle*

concorso anzitutto, e soprattutto, ragioni endogene all'ordinamento costituzionale nazionale. Lungi dall'offrire un punto di partenza di "apollinea chiarezza" lo stesso dato testuale della novella costituzionale conteneva entro di sé, come noto, elementi lessicali idonei a sfumare la distinzione tra gli ambiti di intervento statali e regionali, conferendo al quadro competenze tratti decisamente poco "cartesiani": insieme alla struttura medesima della competenza legislativa concorrente — con la problematica distinzione tra principio fondamentale della materia e disciplina di dettaglio — la fenomenologia della «materie trasversali» ed in particolare la teorica dei livelli essenziali delle prestazioni — già peraltro sperimentata nel settore sanitario attraverso i livelli essenziali di assistenza²⁶ — fornivano un ancoraggio lessicale per possibili "ingressi" del legislatore statale nella potestà legislativa regionale, tradendo così una sorta di riserva mentale — o se non altro l'incertezza — del legislatore di riforma. Su queste ambiguità testuali — le «interferenze» tra le diverse voci del riparto²⁷ — ha fatto poi perno la giurisprudenza costituzionale per salvaguardare diverse incursioni dello Stato nella "libertà legislativa" regionale²⁸.

A fianco delle forze centralizzatrici "endogene", la competenza legislativa regionale in materia sanitaria risulta poi oggi esposta all'azione erosiva di un altro fattore — di natura per converso "esogena" — che benché ancora in fase di incipiente performatività contiene le premesse per un ulteriore momento di allontanamento dal piano decisionale regionale: è il noto processo dell'"europeizzazione della salute"²⁹. Rimandando alle osservazioni successive la collocazione del Piano all'interno di questa *nouvelle tendance* del diritto costituzionale

competenze nell'esperienza regionale italiana tra materie e politiche pubbliche, Giuffrè, Milano, 2020, 923-928; D. MORANA, *Quale differenziazione dopo la pandemia? Brevi note in tema di tutela della salute*, in D. CODUTI (a cura di), *La differenziazione nella Repubblica delle autonomie*, Giappichelli, Torino, 2022, 134; E. MOSTACCI, *La tutela della salute, tra valorizzazione dell'autonomia regionale e istanze ri-accentratrici*, in L. CUOCOLO, E. MOSTACCI (a cura di), *Il riparto di competenze tra Stato e regioni: Vent'anni di giurisprudenza costituzionale sul Titolo V*, Pacini, Pisa, 2023, 271 ss.

²⁶ Per una ricostruzione della vicenda cfr. *ex plurimis* R. BALDUZZI, *Un inusitato intreccio di competenze: Livelli essenziali e non essenziali*, in L. VIOLINI (a cura di), *op. cit.*, 2011, part. 83 ss.; A. SIMONCINI, *Livelli essenziali delle prestazioni e diritto alla salute dopo la legge n. 42 del 2009: Basta la «leale collaborazione»?*, in L. VIOLINI (a cura di), *op. cit.*, 97 ss.

²⁷ Cfr. G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., 98 ss.

²⁸ Per una casistica, specie in riferimento alle norme statali di dettaglio in materia sanitaria, cfr. le fonti richiamate supra nota 25.

²⁹ In tema, nella letteratura italiana, cfr. *ex plurimis* A. PITINO, *L.e.a. e tutela della salute nel diritto comunitario originario*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution (Atti del convegno, Genova, 24 febbraio 2003)*, Giuffrè, Milano, 2004, 293 ss.; G. DI FEDERICO, S. NEGRI, *Unione europea e salute: Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Wolters Kluwer-CEDAM, Milano, 2020; R. BALDUZZI, *Più «Europa» nella sanità italiana, più Italia nella sanità «europea»*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 1, 2022, 3 ss.; D. MORANA, *Verso un diritto europolitano alle cure? La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze competenziali dell'Unione*, in *Corti Supreme e salute*, fasc. 1, 2022, 229 ss.

italiano ed europeo³⁰, giova qui ricordare come da ambito sostanzialmente impermeabilizzato all'influsso del diritto comunitario l'ordinamento sanitario sia divenuto nel tempo un settore decisamente più poroso e malleabile, attraverso l'allargamento delle competenze unionali in materia di tutela della salute e soprattutto mediante un'interpretazione espansiva delle regole del mercato unico europeo³¹, in quella che è stata descritta come una «silent revolution» del processo di integrazione³². Stante tuttavia una ancora contenuta incisività dei raccordi interistituzionali tra il piano subnazionale e quello unionale, il “costo competenziale” di questa «uninvited Europeanization»³³ rischia di essere sopportato in larga parte dalle autonomie territoriali, specie quelle che, al pari delle Regioni italiane, esercitano significativi poteri gestori e normativi in ambito sanitario e, per conseguenza, trovano nella tutela della salute uno dei settori in cui più è in gioco il loro capitale politico³⁴.

³⁰ V. *infra* § 4. L'allusione è ovviamente all'opera di B. MIRKINE-GUETZEVITCH, *Les nouvelles tendances du droit constitutionnel*, LGDJ, Paris, 1936.

³¹ Cfr. S.L. GREER, S. ROZENBLUM, N. FAHY, E. BROOKS, H. JARMAN, A. DE RUIJTER, W. PALM, M. WISMAR, *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2022, 3.

³² Cfr. A. DE RUIJTER, *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*, Oxford University Press, Oxford-New York, 2019, 1.

³³ S.L. GREER, *Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in health policy*, in *Journal of European Public Policy*, fasc. 1, 2006, 134 ss.

³⁴ La convivenza tra le autonomie territoriali degli Stati membri e l'approfondimento del processo di integrazione europea rappresenta una *vexata quaestio* del diritto costituzionale europeo: per un inquadramento significativo, benchè antecedente al Trattato di Lisbona, cfr. A. D'ATENA, *La partecipazione delle Regioni ai processi comunitari di decisione*, in A. RUGGERI, G. SILVESTRI (a cura di), *Le fonti di diritto regionale alla ricerca di una nuova identità (Seminario di Messina, 6 aprile 2001)*, Giuffrè, Milano, 2001, 173 ss. Sull'esperienza delle Regioni italiane v. ora l'analisi di A. IACOVIELLO, *La partecipazione delle Regioni italiane al processo decisionale Europeo: I modelli organizzativi «interni» per l'attuazione dell'articolo 117, comma 5, della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2022, il quale sottolinea come, benchè «a livello teorico, le procedure e gli strumenti delineati dal legislatore statale per l'attuazione dell'articolo 117 della costituzione consentono adeguati spazi di partecipazione regionale», «[n]ell'esperienza concreta, tuttavia, si registra ancora un livello di partecipazione regionale non adeguato alla complessità del sistema multilivello che si snoda tra i livelli di governo regionale, statale ed europeo» (ivi, 301-302); l'A. sottolinea, al tempo stesso, il ruolo dell'«organizzazione interna delle Regioni» e della «sensibilità politica» della classe politica regionale nell'insufficiente coinvolgimento regionale nei processi decisionali europei (ivi, 305-307). A conclusioni apparentemente più ottimistiche giunge invece M. FINCK, *Subnational Authorities in EU Law*, Oxford University Press, Oxford-New York, 2017, 194, secondo cui benchè «devoid of any formal legal status as a matter of EU law, [subnational authorities] have become functionally vital actors in the realization of central supranational policies». Da questo punto di vista, gli effetti accentratori del PNRR non sembrano un'esclusiva italiana, riscontrandosi una simile dinamica in riferimento alle altre autonomie territoriali: cfr. L. VIOLINI, *La predisposizione e la prima attuazione dei Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza in alcuni Paesi europei: Il ruolo delle Regioni*, in *Le Regioni*, fasc. 6, 2022, 1177.

3. L'impatto del PNRR: la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale

Rispetto a questa generale parabola del riparto di competenze in materia sanitaria in Italia, dove si colloca il PNRR? È quello del Piano un verso centrifugo, come sembrerebbe adombrare l'ideale della territorializzazione della sanità, ovvero centripeto? Volendo anticipare la risposta in una frase, che si andrà argomentato nei successivi paragrafi e al netto ovviamente di qualsiasi giudizio di merito sulla vicenda, si potrebbe dire che il PNRR rappresenta un momento di uniformazione della competenza legislativa regionale in materia sanitaria e, per l'effetto, di ulteriore accentramento nella materia «tutela della salute» di cui all'art. 117, comma 3, Cost.

Procedendo speditamente — data l'abbondanza di autorevoli studi sul contenuto sanitario del PNRR — occorre anzitutto ricordare come la missione 6 («Salute») del PNRR si componga delle componenti M6C1 («Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale») e M6C2 («Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale»), cui fanno capo otto investimenti e due riforme. Al netto della riforma degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli investimenti per l'aggiornamento tecnologico-strutturale, la missione *Salute* del PNRR poggia su due direttrici fondamentali: la riforma della sanità territoriale e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Tuttavia, benché la trasformazione digitale sia in sé e per sé una sfida centrale — nonché foriera di questioni di primario interesse giuridico: si pensi ai profili connessi al potenziamento del fascicolo sanitario elettronico³⁵ e più in generale ai problemi dell'*eHealth*³⁶ — il suo rilievo per la

³⁵ Senza pretese di esaustività cfr. E. SORRENTINO, A.F. SPAGNUOLO, *La sanità digitale in emergenza Covid-19: Uno sguardo al fascicolo sanitario elettronico*, in *Federalismi.it*, fasc. 30, 2020, 242 ss.; L. FERRARO, *Il Regolamento UE 2016/679 tra Fascicolo Sanitario Elettronico e Cartella Clinica Elettronica: Il trattamento dei dati di salute e l'autodeterminazione informativa della persona*, in *BioLaw Journal*, fasc. 4, 2021, 91 ss.; A. PIOGGIA, *Il fascicolo sanitario elettronico: Opportunità e rischi dell'interoperabilità dei dati sanitari*, in R. CAVALLO PERIN (a cura di), *L'amministrazione pubblica con i big data: Da Torino un dibattito sull'intelligenza artificiale*, Torino, Università degli Studi di Torino, 2021, 215 ss.; N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: Uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, fasc. 26, 2021, 189 ss.; S. CORSO, *Sanità digitale e riservatezza: Interpretazioni sul fascicolo sanitario elettronico*, in A. THIENE, S. CORSO (a cura di), *La protezione dei dati sanitari: Privacy e innovazione tecnologica tra salute pubblica e diritto alla riservatezza*, Napoli, Jovene, 2023, 91 ss.; N. MACCABIANI, *Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni: Il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Federalismi.it*, fasc. 12, 2023, 250 ss. Sul fascicolo sanitario elettronico in generale v. già peraltro: L. CALIFANO, *Il contributo del Garante privacy al bilanciamento tra diritto alla salute e diritto alla protezione dei dati personali*, in *Sanità pubbl. priv.*, fasc. 3, 2015, 7 ss.; S. BOLOGNA, A. BELLAVISTA, P.P. CORSO, G. ZANGARA, *Electronic Health Record in Italy and Personal Data Protection*, in *European Journal of Health Law*, fasc. 3, 2016, 265 ss.; C. BOTTARI, *L'inquadramento costituzionale del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Salute e società*, fasc. 2, 2017, 1972 ss.

³⁶ Sul tema cfr. D. MORANA, T. BALDUZZI, F. MORGANTI, *La salute «intelligente»: eHealth, consenso informato e principio di non-discriminazione*, in *Federalismi.it*, fasc. 34, 2022, 127 ss.; C. DI COSTANZO, *L'impiego delle nuove tecnologie nel settore della salute: Problematiche e prospettive di diritto*

presente analisi risulta in qualche modo contenuto nel momento in cui l'impatto è trasversale all'ermeneutica del riparto di competenze tra Stato e Regioni. Al contrario, circoscrivendo la capacità conformativa dell'autonomia regionale rispetto al proprio servizio sanitario, la riorganizzazione dell'assistenza primaria direttamente incide sull'assetto dei rapporti tra Stato e Regioni: su tale riforma, pertanto, si concentra la presente analisi.

La cellula fondamentale della nuova sanità territoriale è l'ormai ampiamente nota Casa della Comunità. Come la dottrina ha da subito evidenziato, questo modello organizzativo non è un'innovazione che viene dal vuoto, raccogliendo invece un testimone ben preciso: quello delle Case della Salute, figura organizzativa nata dall'iniziativa del Ministro della Salute Livia Turco nel 2006 e poi implementata con successo nell'ordinamento di alcune Regioni italiane (Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Piemonte)³⁷. Al di là di non banali differenze — come il grado di integrazione sociosanitaria contemplato — ciò che è importante sottolineare, ai nostri fini, è la diversa “fibra costituzionale” delle due strutture: laddove le Case della Salute costituivano una forma organizzativa sperimentale incentivata dallo Stato con un finanziamento *ad hoc* ex art. 1, commi 805-806, lett. a), l. 27 dicembre 2006, n. 296 («legge finanziaria 2007»)³⁸, la Casa della Comunità rappresenta una conformazione necessaria della sanità regionale, la cui mancata implementazione darebbe adito, ad ogni buon conto, all'esercizio degli ampi poteri sostitutivi statali previsti dall'art. 12 del d.l. 77/2021. Data la profondità di una simile modellazione dell'organizzazione territoriale della sanità, ci si sarebbe aspettati un intenso coinvolgimento delle istituzioni regionali nella coprogettazione di un ambito materiale di natura

costituzionale, in *Consulta Online*, fasc. 1, 2023, 214 ss.; G. CERRINA FERONI (a cura di), *Le nuove frontiere della medicina: Assetti istituzionali e gestione dei dati*, il Mulino, Bologna, 2024.

³⁷ Cfr. il dossier del Servizio studi della Camera dei deputati del 14 marzo 2021, n. 144 («Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale»). Sul tema v. E. ROSSI, *Le «Case della comunità» del PNRR: Alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, fasc. 2, 2021, 369-373; F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 1, 2022, 421-425. Sulla transizione tra figure in Emilia-Romagna cfr. C. TUBERTINI, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: La nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 3, 2023, 641 ss.

³⁸ Su cui v. All. 1 al d.m. 10 luglio 2007 («Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano»), che dettando le linee guida per l'accesso al finanziamento della sperimentazione affermava che la «Casa della salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie».

primariamente regionale³⁹. Tuttavia, come la maggior parte della costituzionalistica nazionale ha rilevato, la predisposizione del Piano ha visto un generalizzato mancato coinvolgimento delle Regioni per le materie di loro competenza e, quindi, pure per la materia «tutela della salute». Da questo punto di vista, dunque, al netto dell'opportunità medico-assistenziale di tali strutture — indubbia, come si dirà⁴⁰ — si pone il problema della loro compatibilità con il raggio della potestà legislativa regionale.

A fronte della marginalizzazione nella fase ascendente della redazione del Piano, è stata quindi auspicata una più forte e decisa partecipazione delle Regioni alla realizzazione della fase discendente dell'attuazione del PNRR⁴¹. Anche su questo versante, tuttavia, non sembra mutata più di tanto la condizione di subalternità delle autonomie territoriali. Al netto del ruolo formale nella *governance* del PNRR⁴², è la concreta attuazione normativa che non permette di dare un giudizio positivo sul coinvolgimento delle Regioni in questa fase: l'atto fondamentale della riorganizzazione della sanità territoriale — il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 — è stato infatti adottato in assenza di intesa Stato-Regioni, cui ha sopperito la delibera sostitutiva del Consiglio dei ministri⁴³. È dunque

³⁹ Come del resto afferma, pur giungendo a conclusioni diverse, Mainardis, che parla «di un doveroso coinvolgimento delle Regioni nel procedimento di adozione del Piano laddove vengano in gioco competenze regionali» (C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni*, cit., 910).

⁴⁰ V. *infra* 4.

⁴¹ Questo era infatti l'auspicio C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano*, cit., 151 («L'auspicio è che da qui in avanti l'approccio sia diverso: e la versione finale del PNRR riconosce, in effetti, un ruolo non secondario in capo agli Enti territoriali»), che muoveva da una accezione ampia dell'indirizzo politico realizzabile mediante la discrezionalità amministrativa: cfr. in questo senso ivi, 149 («La dimensione amministrativa dell'autonomia regionale, insomma, non è affatto secondaria, incide su rilevanti settori dell'ordinamento e sui diritti fondamentali e può connotare senz'altro il profilo "politico" di una Regione») e poi in C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni*, cit., 925-926 («Vero ciò, è considerazione condivisa che l'autonomia politica delle Regioni, in origine legata a doppio filo alla autonomia legislativa che la Costituzione ha riconosciuto ai nuovi enti territoriali, sia da tempo in crisi. [...] L'autonomia politica delle Regioni, tuttavia, può affermarsi anche attraverso la dimensione amministrativa, con riferimento a rilevanti settori dell'ordinamento e ai diritti fondamentali connessi»).

⁴² Che come rilevato, prevede una «presenza solo eventuale delle Regioni nella cabina di regia», oltre al già richiamato ampio potere sostitutivo statale (U. DE SIERVO, *op. cit.*, 25). Nello stesso senso M. BELLETTI, A. DE MICHELE, *Alcuni profili del coordinamento tra Stato, Regione ed Enti locali per l'attuazione del PNRR in Emilia-Romagna*, in *Le Regioni*, fasc. 6, 2022, 1181 («la c.d. governance del PNRR è sostanzialmente accentrata a livello statale»), e B. PEREGO, *PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato*, in *BioLaw Journal*, fasc. 1, 2023, 106 («almeno ad oggi, l'effettiva partecipazione e capacità amministrativa delle autonomie risultano marginali rispetto all'intervento governativo e delle strutture centrali: ciò viene giustificato, principalmente, avuto riguardo alla necessità di rispettare i tempi di attuazione del Piano stabiliti dall'UE e, al contempo, della maggior capacità degli organi centrali di individuare in tempi più brevi i possibili ritardi e le difficoltà attuative»).

⁴³ Alcuni commentatori hanno adombrato, al riguardo, una illegittimità della delibera sostitutiva per il contrasto con il *decisum* di Corte cost. 23 marzo 2006, n. 134, che aveva stabilito l'obbligo dell'intesa, e non del mero parere. Come altra autorevole dottrina ha sottolineato, tuttavia, «non vi sono ragioni per affermare che quella richiesta dalla sentenza n. 134 sia qualche cosa di diverso rispetto all'intesa cui si riferisce l'art. 3 del [...] d.lgs. n. 281/1997» e che dunque non sia superabile con

difficile vedere nel momento attuativo del PNRR un netto salto di qualità nel coinvolgimento delle Regioni. Ma c'è di più: anche al di là dell'effettiva partecipazione alla fase discendente, la suggestione di un recupero “a valle” del mancato coinvolgimento “a monte” risultava comunque in radice problematica. Se si accede, come sembra necessario, all'idea di una indisponibilità del riparto di competenze costituzionale da parte e dello Stato e delle Regioni⁴⁴ — se non, ovviamente, nelle apposite forme costituzionalmente sanzionate⁴⁵ — non sembra possibile pensare che il mancato coinvolgimento in sede di progettazione di un Piano incisivo delle competenze legislative regionali possa essere sanato da un maggiore coinvolgimento in sede di attuazione, dal momento che la potestà creativa di un ente legislativo non è fungibile a quella di un ente esecutivo-attuativo. In questo senso, rimarcata la problematicità della fase discendente — plasticamente raffigurata dalla mancata intesa sul d.m. 77/2022 — vi sono motivi per pensare che il vizio di una mancata partecipazione alla fase ascendente non fosse comunque sanabile “a valle” da un accentuato protagonismo regionale nel momento attuativo.

Piuttosto, una più persuasiva obiezione alla tesi dell'esuberanza statale nella determinazione della modellistica dell'assistenza sanitaria territoriale poteva fare perno sull'argomento che il *quantum* di eterodeterminazione statale espresso nel PNRR rispecchiasse, in sé e per sé, la competenza già detenuta dallo Stato nella determinazione dei LEA, che in modo affatto incontroverso consentono un minimo livello di uniformazione statale dell'organizzazione sanitaria regionale⁴⁶. Un indizio in questo senso l'avrebbe del resto offerto l'altra articolazione della sanità territoriale, l'Ospedale di comunità, i cui tratti fondamentali erano già stati delineati nel previgente d.m. 2 aprile 2015, n. 70 (all. 1) — adottato, questo sì, a seguito del raggiungimento di intesa tra lo Stato e le

l'esperimento della delibera sostitutiva del Consiglio dei ministri: cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: Prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 2, 2022, 463.

⁴⁴ Come del resto rileva lo stesso C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni*, cit., 915 quando, dopo aver ricordato che «le regole costituzionali non sono derogabili, e non rientrano nella disponibilità delle parti», persuasivamente ne deduce che «sarebbe incostituzionale un accordo, seppure animato da leale collaborazione, che pretenda di ritoccare le attribuzioni in espressa violazione del testo costituzionale» (*ibidem*). L'A. non giunge tuttavia alle conclusioni più critiche adombrate nella presente ricerca — e sinergiche all'impostazione maggioritaria della costituzionalistica — in quanto ritiene che l'eventuale incursione dello Stato nelle competenze regionali attraverso il PNRR non abbia leso «la cornice estrema, e per questo non valicabile» del tracciato costituzionale, ma si collochi in quell'«ampissimo spazio per negoziare, legittimamente, l'ampiezza delle competenze statali e regionali nel governo di materie sovrapposte» (*ibidem*).

⁴⁵ Oltre al procedimento di revisione costituzionale, si pensi alle ulteriori forme di autonomia di cui all'art. 116, comma 3, Cost., su cui v. *infra* § 4.

⁴⁶ «La materia dell'organizzazione sanitaria viene considerata di competenza residuale delle regioni, che non esclude tuttavia la tendenza dello Stato a voler intervenire anche su questi profili in via, si potrebbe dire indiretta» (E. CATELANI, *Alcuni profili organizzativi*, cit., 147).

Regioni. Al riguardo, occorre tuttavia anzitutto constatare come quel modello di Ospedale della Comunità, pur riaffermato nel Patto per la salute 2014-2016, abbia trovato nei fatti un'applicazione decisamente circoscritta, al punto che la relativa Intesa Stato-Regioni è giunta soltanto il 20 febbraio 2020⁴⁷. In questo senso, nella misura in cui le Case della Salute avevano invece trovato una implementazione effettiva nelle Regioni aderenti alla sperimentazione, può esistere un problema di comparabilità con una struttura rimasta più un auspicio del legislatore centrale, che una forma di uniformazione in senso proprio⁴⁸. Al netto di questa considerazione, a rimanere in ogni caso problematica è l'estrema minuziosità — da un certo punto di vista pure meritoria — della disciplina dell'assistenza sanitaria territoriale nel d.m. 77/2022. Delle due, allora, l'una: o un tale livello di dettaglio effettivamente esorbita dalla definizione conseguibile a livello statale — ed in tal caso, mancando una piena ed effettiva partecipazione delle Regioni al processo normativo di una materia di loro competenza, la riforma si sarebbe esposta a censure di legittimità costituzionale — ovvero è effettivamente riconducibile ai LEA: al che, tuttavia, viene da chiedersi quali effettivi spazi di differenziazione *legislativa* residuino alle istituzioni regionali — preservati, invece, nel caso dell'esperienza delle Case della salute — a meno ovviamente di non volersi “arrendere” ad una interpretazione dell'art. 117, comma 2, lett.) m, nei termini di una classica «pagina bianca [...] da completare per mezzo di valutazioni politiche, e non da sottoporre ad arbitrarie forzature interpretative»⁴⁹.

4. Ulteriori spunti di riflessione

Detto del limitato coinvolgimento delle Regioni anche nella fase discendente della riforma della sanità territoriale — che, come si è cercato di sostenere, non avrebbe comunque dispiegato una particolare efficacia sanante, attesa l'indisponibilità del riparto competenziale da parte del legislatore, statale o regionale che sia — è possibile lumeggiare alcuni ulteriori spunti di riflessione sull'impatto del PNRR per l'ordinamento sanitario italiano. Si tratta, evidentemente, di considerazioni dai tratti larghi, la cui completa enucleazione travalica le

⁴⁷ Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità (20 febbraio 2020).

⁴⁸ In questo senso deponeva il mite tenore dell'allegato al d.m. 70/2015, che descriveva gli Ospedali di Comunità come «strutture intermedie che *possono* essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera» (enfasi aggiunta). Questo non vuol dire, beninteso, che determinate strutture non siano state qualificate — spesso riconvertendo presidi ospedalieri già esistenti — in Ospedali della comunità, come emerge dal citato dossier del Servizio studi della Camera dei deputati del 14 marzo 2021, n. 144, cit., 8.

⁴⁹ L. PALADIN, *Problemi legislativi e interpretativi nella definizione delle materie di competenza regionale*, in *Foro amm.*, fasc. 3, 1971, 39.

possibilità di questo scritto, in sé e per sé volto a rimarcare, più pianamente, l'accentramento del riparto di competenze in materia sanitaria ingenerato dal PNRR. Tali ulteriori osservazioni, beninteso, non muovono sul piano dell'opportunità sostanziale del contenuto sanitario del PNRR, bensì su quello avalutativo della stretta validità giuridica — dell'interpretazione «scientifica», e non «pratica», del diritto⁵⁰. Tanto si specifica, in quanto dal punto di vista sostanziale sembra al contrario doversi sottolineare come il modello di organizzazione sanitaria previsto nel PNRR trovi invece piena validazione nella letteratura sanitaria: per fare l'esempio di un citato contributo in materia, la pubblicazione dell'OECD del 2020 raccomandava *apertis verbis* l'abbandono delle modalità assistenziali dei professionisti “in singolo” — c.d. *solo practice*, che per noi assumono le sembianze dello studio del medico di medicina generale, del pediatria di libera scelta, etc., che non abbiano aderito alle forme di associazione professionale incentivate nel tempo dalla legislazione nazionale⁵¹ — a favore del tipo di aggregazione multidisciplinare che la Casa della comunità dovrebbe realizzare⁵². Dal punto di vista della tecnologia sanitaria, in altre parole, sono senz'altro sottoscrivibili le reazioni positive della giuspubblicistica nazionale rispetto al nuovo impianto della sanità territoriale.

La prima riflessione concerne invece la dimensione di una ipotetica illegittimità costituzionale del Piano per violazione del riparto costituzionale della competenza legislativa: dunque, per il contrasto con l'art. 117, comma 5, Cost., in combinato disposto all'utilizzo esuberante della competenza statale sui LEA ex art. 117, comma 2, lett.) m, ovvero *a contrario* per l'invasione prerogative legislative delle Regioni in materia sanitaria ex art. 117, comma 3, Cost. Anche recependo infatti come un *fait accompli* lo status normativo del PNRR, sembra rimanere euristicamente utile chiedersi, se pur in modo controfattuale, come avrebbero potuto reagire le Regioni a fronte di un *encroachment* competenziale realizzato mediante una negoziazione “esuberante” ed “escludente” tra Stato e Unione europea, da cui siano poi scaturiti atti internamente vincolanti⁵³. In

⁵⁰ Per la differenza v. A. D'ATENA, *Lezioni di diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2018, 23.

⁵¹ Per un'ampia panoramica cfr. E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 2, 2019, 259 ss.

⁵² «Structural changes in the organisation of care are foremost needed to shift from the traditional solo-practice primary health care model to a proactive, preventive and participatory approach, based on a teams or networks of providers. More teamwork between doctors and other primary health care professionals, backed by portable EHRs, is required to improve prevention and care co-ordination» (AA.VV., *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD, 2020)

⁵³ Come noto, la dottrina si è divisa tra quanti fanno rientrare il PNRR tra «tra gli strumenti di pianificazione per obiettivi a valenza principalmente politica e con un grado di vincolatività diretta piuttosto limitata per i soggetti istituzionali coinvolti nella sua attuazione» (M. CLARICH, *Il Piano nazionale di ripresa e resilienza tra diritto europeo e nazionale: Un tentativo di inquadramento giuridico*, in *Il Corriere giuridico*, fasc. 8-9, 2021, 1030) e quanti invece lo considerano «in verità sostanzialmente

prospettiva, significa chiedersi che cosa potrebbero fare *pro futuro* le istituzioni regionali a fronte di una incursione competenziale dello Stato “incapsulata” in un processo negoziale simile a quello dell’odierno PNRR, di cui, come già ricordato, attenti commentatori prevedono una istituzionalizzazione nei termini di un «nuovo metodo di governo»⁵⁴. Benché infatti un’indagine politologica possa fornirci le ragioni “strategiche” che hanno portato le Regioni ad un atteggiamento tutto sommato accondiscendente nel caso *de quo*⁵⁵, sembra rimanere interessante la questione del *quomodo* processual-costituzionale con cui poteva dedursi l’incompatibilità del PNRR rispetto al riparto di competenze costituzionale⁵⁶. In altre parole: come eccepire il mancato coinvolgimento delle Regioni nella negoziazione — *rectius* “contrattazione”, per chi aderisce alla tesi contrattuale della natura del PNRR⁵⁷ — di questa forma di pianificazione?

Tentando un abbozzo di risposta, sembra che di tre percorsi reattivi astrattamente ipotizzabili uno si presentasse come *prima facie* più promettente. Non molto allettante appariva infatti la strada del ricorso in via principale, dal momento che in tale ipotesi si sarebbe potuto impugnare soltanto l’art. 1, comma

legificato attraverso la relatio che è stata implicitamente ma incontestabilmente effettuata dal citato d.l. n. 77 del 2021 e dalla sua legge di conversione» (F. CINTIOLI, *Risultato amministrativo, discrezionalità e PNRR: Una proposta per il Giudice*, in *La Magistratura*, fasc. 2, 2022, 87). Sul punto v., persuasivamente, le considerazioni di C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni*, cit., 909-910: «Che il Piano possa essere rivisto, nei suoi contenuti; o che lo Stato possa rinunciare (in tutto o in parte) alla sua attuazione e al contempo alle risorse europee già riconosciutegli, non muta il discorso: poiché, sino a che il Piano rimane “vigente”, ne conseguono una serie di doveri aventi rilievo giuridico in quanto connotati da sanzioni munite dello stesso carattere — lo Stato risponde all’UE della mancata o scorretta attuazione; le autonomie territoriali rispondono del mancato o scorretto esercizio dei propri poteri, in sede di attuazione, allo Stato; in entrambi i casi potere centrale ed Enti autonomi ne rispondono anche secondo le regole di diritto interno».

⁵⁴ N. LUPO, *op. et loc. cit.*

⁵⁵ Cui allude C. MAINARDIS, *op. ult. cit.*, 920, adombrando i «validi argomenti, anche extra-giuridici, che possano avere dissuaso le Regioni dall’innescare azioni giudiziali a tutela delle proprie competenze: l’entità dell’impegno finanziario assunto dallo Stato italiano nei confronti dell’UE, e la situazione di crisi economica determinata dalla pandemia da affrontarsi senza ritardo, ovvero situazioni che mal si conciliano con l’incertezza generata da azioni giudiziali pendenti; ancora, l’esito incerto di tali contenziosi; ma anche, più prosaicamente, la mole di risorse in arrivo che anche gli Enti regionali saranno chiamati a spendere sul proprio territorio». Non sfugge che proprio la richiamata logica del “fatto compiuto”, peraltro del rango di un impegno a livello europeo, potesse aiutare istituzioni regionali impegnate in una difficile interlocuzione con alcune associazioni sindacali dei professionisti della sanità territoriale, ed in particolare i medici di medicina generale, che in tempi e modi diversi hanno manifestato non solo la loro opposizione al mutamento del proprio *status* giuslavoristico — il “dibattito sulla dipendenza” — ma anche un certo scetticismo rispetto alla Casa della Comunità come istituzione *tout court*. Sul tema si rimanda diffusamente a E. JORIO, D. SERVETTI, *op. cit.*, e, per quanto attiene la questione dello status giuslavoristico, si permette altresì il rimando a S.R. VINCETI, *The Legal Status of General Practitioners at the dawn of the New Primary Care in Italy*, in *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, fasc. 5, 2022, 431 ss.

⁵⁶ Il merito di aver esplicitato il problema è sempre di C. MAINARDIS, *op. ult. cit.*, 922-923.

⁵⁷ In questo senso F. FABBRINI, *Next Generation Eu: Legal Structure and Constitutional Consequences*, in *Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, 2022, 53.

274, l. 234/2021, i cui «standard organizzativi» non sembrano tuttavia rappresentare la base effettiva su cui poggia la riforma dell'assistenza territoriale⁵⁸. Per infirmare il più pacifico fondamento legislativo — l'art. 1, comma 169, l. 2004/311 — la strada rimaneva quella dell'impugnazione davanti al giudice amministrativo del d.m. 77/2022, rispetto cui sollevare — in subordine all'«incapienza» degli «standard organizzativi» come fondamento per una conformazione così penetrante dell'organizzazione sanitaria regionale — q.l.c. del comma 169 medesimo. Al tempo stesso, siffatto *iter* processuale avrebbe prestato il fianco ad una facile critica: la messa in discussione di un Piano già operativo a livello europeo avrebbe esposto il ricorso regionale all'accusa di sottoporre ad un rallentamento giudiziale insostenibile il PNRR, che una volta approvato corre lungo i binari di un serrato cronoprogramma fatto di *milestone* e *target* precisi e legati da un vincolo di sostanziale indivisibilità⁵⁹. Non proprio una prospettiva felice, evidentemente, davanti ad un giudice che ha più volte dimostrato la sua sensibilità per le «conseguenze economico-sociali» delle proprie sentenze⁶⁰. Per chi scrive, il mezzo più sostenibile per contestare il mancato coinvolgimento delle Regioni nella predisposizione del Piano sarebbe invece consistito nel tempestivo esperimento di un conflitto di attribuzione sulle risoluzioni con cui Camera e Senato hanno autorizzato il Governo alla stesura della versione definitiva del Piano e alla sua trasmissione alla Commissione europea⁶¹: un siffatto *iter* processuale avrebbe avuto il merito di suscitare l'intervento del giudice delle leggi prima, per così dire, «del fischio d'inizio», evitando di esporre lo Stato-apparato al doloroso inadempimento di un Piano già approvato in sede europea.

La seconda riflessione concerne invece l'effetto dispiegato dal PNRR sulla fisionomia dell'ente regionale come istituzione legislativa sanitaria⁶². Al netto infatti dell'estremo dell'ipotetica incostituzionalità, nel momento in cui il ruolo della Regione si riduce all'attuazione di un progetto organizzativo redatto da

⁵⁸ Sottolinea R. BALDUZZI, *Gli standard*, cit., 462, che «la base legislativa degli standard sanitari territoriali è, pacificamente, l'art. 1, comma 169, della l. 30 dicembre 2004, n. 311».

⁵⁹ Derivante dal divieto di *reversal*, su cui N. LUPO, *Il divieto di invertire la marcia (c.d. reversal) nelle riforme PNRR già adottate: Si chiarisce un altro elemento essenziale del nuovo «metodo di governo»*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, fasc. 4, 2023, 14-17.

⁶⁰ Al punto da arrivare a modificare alcuni suoi fondamentali principi processuali, come ad es. l'efficacia retroattiva delle pronunce di incostituzionalità in Corte cost. 9 febbraio 2015, n. 10, su cui, anche per il riferimento all'espressione qui impiegata, cfr. *ex plurimis* R. ROMBOLI, *Natura incidentale del giudizio costituzionale e tutela dei diritti: In margine alla sentenza n. 10 del 2015*, in *Quad. cost.*, fasc. 3, 2015, 201 ss.

⁶¹ L'impugnativa poteva verosimilmente avere ad oggetto tanto le risoluzioni 31 marzo 2021, n. 6-00179 (Camera dei deputati) e 1° aprile 2021, n. 6-00181 (Senato della Repubblica), quanto le successive del 27 aprile 2021, n. 6-00189 (Camera dei deputati) e 6-00188.

⁶² Problema posto da subito con chiarezza, al di là dell'ambito sanitario, da C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano*, cit., 147-152.

istituzioni altre — Governo centrale e Unione europea — il suo raggio, per così dire, “nomopoietico” si riduce grandemente: dal respiro normativo di una istituzione *legislativa* si passa al fiato esecutivo-applicativo di un ente di rango più propriamente *amministrativo*⁶³. Astretta nelle maglie del PNRR la competenza legislativa regionale sembra così andare incontro ad un “depauperamento normativo” cui non può che corrispondere un vero e proprio “demanionamento istituzionale”: è il noto e discusso fenomeno dell’«amministrativizzazione delle Regioni»⁶⁴. Con una attualità decisamente problematica — stante l’intercorsa riforma costituzionale del 2001 — sembrano allora pienamente riproponibili oggi le considerazioni di chi nella giurisprudenza costituzionale sul d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, aveva visto «la conferma del tipo di Stato in cui viviamo da tempo, un ordinamento caratterizzato dalla costante subordinazione delle Regioni, che hanno una qualche autonomia amministrativa, mentre il loro potere normativo è ridotto al livello di regolamenti d’attuazione emanati in forma di legge»⁶⁵. Anche per questa ragione, al netto di quanto detto sulla ritenuta indisponibilità del riparto di competenze, non convince l’idea di una efficacia sanante del coinvolgimento particolarmente attivo delle Regioni nella fase discendente rispetto alla loro esclusione dalla fase ascendente: ciò in quanto la dignità di una competenza legislativa si misura proprio nel respiro della libertà creativa di diritto, che non può essere ridotta alla subalternità decisionale di un ente meramente attuativo-esecutivo.

La terza riflessione riguarda invece la menzionata collocazione del PNRR nel quadro del più generale processo di “europeizzazione della salute”⁶⁶. Pur dovendosi rimandare a futuri approfondimenti sulla tematica, è difficile non vedere nel PNRR una nuova e significativa espansione della capacità di conformazione unionale dell’assetto sanitario degli Stati membri. Questa conclusione necessita, tuttavia, di una precisazione. Se infatti prendiamo in considerazione la fonte giurisprudenziale — l’altro formante che ha caratterizzato l’espansione della competenza, accantonando qui il discorso sulle revisioni dei

⁶³ Il pericolo era stato da subito ravvisato da Mainardis in *ivi*, 151 («le autonomie territoriali corrono il rischio di finire ai margini, a fronte di un attivismo statale che le confina a meri soggetti attuatori; oppure possono tentare uno scatto in avanti, ponendosi come interlocutore credibile del potere centrale non solo nella fase esecutiva dei progetti»).

⁶⁴ Su cui *ex plurimis* cfr. G.C. DE MARTIN, *Il disegno autonomistico disatteso tra contraddizioni e nuovi scenari problematici*, in *Istituzioni del federalismo*, fasc. 1, 2014, 27; G. DI COSIMO, *E ora che si fa della legge sulle Province?*, in *Le Regioni*, fasc. 5-6/2016, 2016, 820; A. CANDIDO, *Verso l’amministrativizzazione delle Regioni? La metamorfosi del principio autonomista*, in F. PIZZOLATO, A. MORELLI, C. BUZZACCHI (a cura di), *Rappresentanza politica e autonomie*, Giuffrè, Milano, 2017, 45 ss.; M. COSULICH, *Il governo della salute ai tempi della pandemia da COVID-19: Più Stato, meno Regioni?*, in *Le Regioni*, fasc. 3, 2021, 579-580; E. GIANFRANCESCO, *Le Regioni per l’amministrazione... attraverso la legislazione*, in *Le Regioni*, fasc. 1, 2023, 116.

⁶⁵ G. MOR, *Il riordino*, cit., 974.

⁶⁶ V. *supra* § 2.

trattati, che rimangono il «formante benchmark» dell'integrazione europea⁶⁷ — appare evidente come il formante negoziale del PNRR mostri una natura, per così dire, “spuria”: mentre infatti la decisione giurisprudenziale che espande la portata del diritto europeo nel campo della tutela della salute rimane una fonte essenzialmente europea⁶⁸, le modificazioni introdotte attraverso il PNRR sono invece l'esito di un processo collaborativo che parte pur sempre da un progetto di riforma predisposto a livello nazionale; da questo punto di vista, trattasi dunque di una sorta di «autovincolo»⁶⁹. Se il rilievo è, a parere di chi scrive, condivisibile, non sembra al contempo possibile esasperarlo al punto da considerare il PNRR una fonte sostanzialmente interna e mediamente ridimensionare l'importanza dei PNRR “sanitari” per il percorso europeizzazione della salute: nel momento in cui un pacchetto di riforme deve comunque ricevere un attestato di conformità alle linee programmatiche europee — qua delineate nel NGEU — è evidente l'incisione sull'indirizzo politico interno⁷⁰. Con l'approvazione europea delle proposte di finanziamento degli Stati membri viene così a delinearsi un insieme di forme organizzative — della sanità, qui, ma lo stesso si può dire per altri ambiti materiali, come l'organizzazione della giustizia⁷¹ — unite dal *fil rouge* della conformità alle linee di indirizzo europee. Detta diversamente, nell'insieme delle innovazioni sanitarie contenute nei vari PNRR sembrano potersi vedere, in controluce, i primi tratti di una futuribile “Unione europea della salute”.

⁶⁷ Per le ragioni che sovrintendono a questa qualificazione si permette il rimando a S.R. VINCETI, *L'applicazione della condizionalità europea agli ordinamenti giudiziari: Un formante efficace per la definizione di un modello unitario di magistratura?*, in *DPCE Online*, fasc. 4, 2024, 3429.

⁶⁸ Si pensi, ad es., alla decisione della Commissione europea 3 maggio 2005 sui casi N541/04 e N542/04 — concernenti un'assicurazione sanitaria olandese (*Zorgverzekeringswet*) — alla sentenza del Tribunale 12 febbraio 2008, *BUPA and Others v Commission*, ECLI:EU:T:2008:29 — relativa ad uno schema di mutualizzazione del rischio in Irlanda — ovvero alla decisione della Commissione europea del 5 luglio 2016, n. 2327, sul caso SA.19864 — riguardante il finanziamento dell'agglomerato ospedaliero «*IRIS-H*» in Belgio. Su questi casi v. diffusamente A.J.B. MORTON, *European Health Care Systems and the Emerging Influence of European Union Competition Policy*, in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, fasc. 3, 2021, 475-483.

⁶⁹ L. BARTOLUCCI, *Riforma dei regolamenti parlamentari e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Consulta online*, fasc. 2, 2022, 521.

⁷⁰ Una *capitis deminutio* che secondo parte della dottrina ne determinerebbe la riduzione al rango di mera discrezionalità amministrativa: «appare del tutto evidente che la supposta pianificazione o programmazione di riforme e investimenti da parte del Governo contenuta nel PNRR si riduce, come accennato, ad una mera applicazione del dettato normativo sovranazionale, essendo il Governo vincolato in tutto e per tutto a quanto richiesto dall'Unione europea in cambio della concessione dei sussidi e prestiti del *Recovery Fund*» (F. SALMONI, *Recovery fund: Vincolo esterno, obblighi sovranazionali inderogabili e sanzionabili. Attività di indirizzo politico o discrezionalità amministrativa?*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2022, 10). Sul punto v. le osservazioni di C. MAINARDIS, *PNRR e Regioni*, cit., 906-910.

⁷¹ Si permette il rimando sul punto a S.R. VINCETI, *L'applicazione della condizionalità europea*, cit., 3426-3427.

La quarta ed ultima riflessione concerne invece la tensione concettuale che si instaura tra la spinta uniformatrice e centralizzatrice impressa dal PNRR e l'altra grande variabile "in divenire" dell'ordinamento sanitario italiano: il rilancio del percorso del regionalismo differenziato con l'adozione della l. 26 giugno 2024, n. 86. Non è questo evidentemente il frangente in cui possono discutersi *funditus* le problematiche connesse all'applicazione dell'art. 116, comma 3, Cost., al settore sanitario, che vanno dall'effettiva presenza di ulteriori margini di devoluzione, al rischio di una destrutturazione *tout court* dell'idea di un servizio sanitario *nazionale*⁷². Ciò che si vuole qui enfatizzare è il "verso" del movimento dell'autonomia differenziata, che porta inevitabilmente il segno di un approfondimento delle differenziazioni regionali: in netto contrasto, dunque, con il verso accentratore e uniformante del PNRR. Questo moto conflittuale all'interno dell'ordinamento sanitario non appare poi un caso isolato: il "lungo inverno" in cui sembrano indefinitamente confinate svariate Regioni in Piano di rientro⁷³ e le dimensioni eccezionali della mobilità sanitaria

⁷² Sulle ulteriori forme di autonomia nella materia sanitaria cfr. *ex multis* 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*, fasc. 2, 2018, 6-8; F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: Autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, fasc. 15, 2019, 2 ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, fasc. 2, 2019, 1 ss.; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento: Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, fasc. 2, 2019, 21-24; D. SERVETTI, *Mani legate per le Regioni? Considerazioni intorno al ricorso governativo in tema di stabilizzazione del personale medico convenzionato*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. 3, 2019, 20-22; G. TESAURO, *Autonomia regionale differenziata, sistema sanitario nazionale e oltre*, in *Diritto Pubblico Europeo – Rassegna online*, fasc. sp. 2, 2019, 59 ss.; D. TRABUCCO, *Referendum consultivi e regionalismo differenziato: Verso un regime di semispecialità?*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 1, 2019, 23-26; L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di «governance»: Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista AIC*, fasc. 3, 2020, 193-202; E. GIANFRANCESCO, *L'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. tra nodi problematici e prospettive evolutive del regionalismo italiano*, in *Consulta Online*, fasc. 1, 2020, 40; M. COSULICH, *Equità va cercando...: Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 1, 2022, 205; D. MORANA, *Quale differenziazione*, cit., 129 ss.; G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 1, 2022, 302-307; L. BUSATTA, *op. cit.*, 37-38; F. CLEMENTI, *Sì, ma non così: Dieci annotazioni intorno all'autonomia differenziata*, in F. CORTESE, J. WOELK (a cura di), *Autonomie speciali e regionalismo italiano*, FrancoAngeli, Milano, 2023, 372, 377.

⁷³ Delle dieci Regioni che hanno stipulato un piano tra il 2007 e il 2010, soltanto tre (Liguria, Sardegna, Piemonte) sono riuscite a "concludere" il programma di rientro dal disavanzo sanitario. Sottolineano criticamente la discrasia tra la vocazione transitoria dei Piani di rientro e la concreta prassi applicativa I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento: Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, fasc. 2, 2019, 19, 24-25, e V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro e divieto assoluto di prestazioni eccedenti i LEA: Quo usque tandem? Note critiche a margine della sent. Corte cost., n. 161 del 2022*, in *Diritti regionali*, fasc. 3, 2022, 756-757.

interregionale⁷⁴ sono ulteriori spie delle difficoltà di un sistema sanitario il cui affanno, benché suscitato da sfide comuni ad altri ordinamenti comparati, appare particolarmente drammatico. Al netto dunque dei giudizi tecnici e di valore sulle prospettive di una maggiore autonomia differenziata — che, a parte la suscettibilità di un numero diverso di declinazioni⁷⁵, può rappresentare una *restitutio in pristinum* rispetto alle erosioni della originale competenza sanitaria regionale⁷⁶ — è difficile sfuggire alla sensazione di una conflittualità nell’indirizzo politico-costituzionale dello Stato. E nel momento in cui ad essere in gioco è non solo l’unico diritto qualificato come «fondamentale» dalla Costituzione repubblicana⁷⁷, ma anche un tratto pressoché indefettibile dello Stato sociale di diritto — la garanzia della copertura sanitaria⁷⁸ — un approccio “laico” alla materia non può considerare alcuna ipotesi *off the table*, nemmeno l’*extrema ratio* di un ripensamento costituzionale — in un senso o nell’altro — dei processi decisionali in materia di tutela della salute.

5. Conclusioni

A dispetto della territorializzazione impressa alla sanità italiana, il PNRR sembra dunque costituire un momento di ulteriore accentramento per il riparto di competenze in materia sanitaria, l’organizzazione della sanità territoriale

⁷⁴ Sull’unicità dell’esperienza italiana nel diritto comparato si permette il rimando a S.R. VINCETI, *La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate*, in *Corti Supreme e Salute*, fasc. 3, 2022, 729-730.

⁷⁵ V. sul punto E. GIANFRANCESCO, *Dimensione garantistica e dimensione collaborativa nel disegno costituzionale dei rapporti tra Stato e Regioni*, in AA.VV., *La geografia del potere: Un problema di diritto costituzionale (Atti del XXXIII Convegno annuale, Firenze, 16-17 novembre 2018)*, Editoriale scientifica, Napoli, 2019, 288-289 («Affinché il regionalismo differenziato sia un’opportunità e non un rischio esso non può, tuttavia, essere disgiunto da un quadro generale di garanzia costituzionale per le Regioni “altre” rispetto a quelle interessate dai processi di differenziazione ed, in particolare, per quelle in condizioni di maggiore debolezza socio-economica»).

⁷⁶ Questo punto è chiaramente sviluppato da M. BELLETTI, *La differenziazione in Emilia-Romagna tra rispetto dell’equilibrio di bilancio e tenuta dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali su base nazionale: Per una lettura senza pregiudizi dei profili finanziari*, in AA.VV., *Regionalismo differenziato: Un percorso difficile (Atti del convegno “Regionalismo differenziato: opportunità e criticità”, Milano, 8 ottobre 2019)*, 2019, 41, disponibile all’indirizzo https://www.csfederalismo.it/images/attachments/atticonvegni/UniMi-CSF_RegionalismoDifferenziato_Dic2019_.pdf [ultimo accesso 6 maggio 2024], secondo cui l’attuazione dell’art. 116, comma 3, Cost., interviene «su un catalogo di competenze sul quale hanno già pesantemente influito le dinamiche di ricentralizzazione, cosicché, questo trasferimento di competenze potrebbe costituire un momento per ridurre i limiti alla legislazione regionale venutisi negli anni ad implementare e per operare una sorta di manutenzione del catalogo delle competenze».

⁷⁷ Per una valorizzazione della fundamentalità del diritto v. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale: Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2021, 73-75.

⁷⁸ Che il cuore del diritto alla salute risieda nel «diritto cioè, per ogni individuo che provi la propria indigenza, di esigere le cure, gratuitamente, dagli organi dell’amministrazione diretta o indiretta dello Stato» era stato affermato a suo tempo da L. CARLASSARE, *L’art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *op. cit.*, 116.

avendo a suo tempo rappresentato un importante luogo di manifestazione delle diverse sensibilità regionali, come plasticamente dimostrato dalla vicenda delle Case della Salute: strutture sì incentivate da un intervento statale, ma pur sempre ascrivibili alla libera e responsabile adesione delle istituzioni regionali, che solo in taluni casi hanno deciso di implementarle con decisione nel proprio ordito sanitario. Nel momento invece in cui questo modello di organizzazione della sanità territoriale è fissato in modo *top-down* a seguito di una interlocuzione da cui sono rimaste escluse le autonomie regionali, il PNRR finisce per determinare una compressione della creatività legislativa regionale. A dispetto degli auspici di parte della dottrina, inoltre, nemmeno la fase discendente dell'implementazione del Piano sembra aver posto significativo rimedio alla marginalizzazione delle Regioni nella fase ascendente — ammesso, e a parere di chi scrive non concesso, che il vizio fosse effettivamente sanabile *ex post* — l'atto applicativo nevralgico con cui si è data applicazione alla M6C1 — il d.m. 77/2022 — essendo stato adottato in assenza di intesa con lo Stato. Per il raggio della capacità legislativa regionale il PNRR finisce così per rappresentare una nuova occasione di depauperamento nel quadro di una parabola costituzionale che, ad onta delle intenzioni della riforma del 2001⁷⁹, ha più volte segnato il verso dello sconfinamento statale nelle prerogative organizzative regionali. Per l'istituzione regionale si tratta, dunque, dell'ennesimo “demansionamento” ad un ruolo amministrativo-applicativo — la richiamata «amministrativizzazione della Regione» — difficilmente compatibile con la dignità costituzionale di una istituzione effettivamente legislativa.

Se da questo punto di vista il PNRR sembra così confermare una visione “crepuscolare” della potestà legislativa regionale⁸⁰, altri segnali ordinamentali depongono al contrario in un senso diametralmente opposto, adombrando l'inizio di una nuova e per certi versi inusitata stagione di differenziazioni territoriali. Il riferimento è all'attuazione del processo di autonomia differenziata, la cui applicazione al settore sanitario condurrebbe con ogni probabilità ad un approfondimento considerevole delle difformità regionali. Qualsiasi posizione si assuma rispetto a tale processo da un punto di vista di politica del diritto, diventa ad ogni modo difficile sfuggire alla percezione di una “sclerosi” nella visione ordinamentale: da una parte, con il PNRR e le sue modalità di implementazione, si procede ad una uniformazione, financo costituzionalmente problematica, della sanità nazionale; dall'altra, con l'adozione della l. n. 86/2024 si dischiudono invece gli scenari di inedite differenziazioni territoriali — legittime, s'intende, in una prospettiva di indagine valutativa, e al netto del

⁷⁹ Sull'«intento originario» del legislatore costituzionale v. ora E. MOSTACCI, *op. cit.*, 269-271.

⁸⁰ «L'ulteriore penalizzazione che, in occasione della predisposizione e della attuazione del PNRR, pare gravare sulle Regioni — e l'importanza della posta in gioco in questo frangente della nostra storia — rischia infine di condannarle a un mesto crepuscolo» (S. PAJNO, *op. cit.*, 249).

richiamato discorso sugli effetti restauratori rispetto ad una competenza regionale erosa nel tempo da frequenti incursioni statali. L'immagine che ne esce, ad ogni modo, non è delle più confortanti: quella di un ordinamento sanitario avvinto a cavalli che tirano in direzioni diverse, ora verso l'uniformazione statale, ora verso la differenziazione regionale. Che sia questa la spia della necessità di ripensare l'architettura costituzionale della sanità?