



LA TENUTA DELLO STATO COSTITUZIONALE AI TEMPI
DELL'EMERGENZA DA COVID-19. PROFILI GIURIDICO-FINANZIARI

30 GENNAIO 2023

La dimensione dell'uguaglianza
nell'accesso alle prestazioni sanitarie.
L'effetto della pandemia di Covid-19

di Francesca Paruzzo

Assegnista di ricerca in Istituzioni di diritto pubblico
Università della Valle D'Aosta



La dimensione dell'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'effetto della pandemia di Covid-19*

di **Francesca Paruzzo**

Assegnista di ricerca in Istituzioni di diritto pubblico
Università della Valle D'Aosta

Abstract [It]: Nel corso della pandemia da Covid-19, la tutela del diritto alla salute si è articolata, nel rapporto Stato-Regioni, intorno all'adozione di una fitta serie di provvedimenti, a livello nazionale come regionale, la cui prescrittività, nel quadro del sistema delle fonti, ha sollevato rilevanti interrogativi, legittimando nei fatti prassi e condotte differenti da parte dei singoli enti territoriali. È evidente che disomogeneità nei diversi sistemi sanitari regionali esistessero già prima della pandemia di Covid-19. Tuttavia, analizzare come tali sistemi siano stati in grado di far fronte all'emergenza costituisce strumento utile per porre nella giusta luce i rischi che possono derivare, proprio in riferimento all'effettività della tutela della salute, da una distorsione della "idea costituzionale" di uguaglianza, autonomia e differenziazione nell'accesso ai servizi sanitari.

Title: The equality dimension of access to health care. The effect of the Covid-19 pandemic

Abstract [En]: In the course of the Covid-19 pandemic, the protection of the right to health has been articulated, in the state-region interaction, around the adoption of a series of measures, at the national and regional levels, whose prescriptiveness, in the framework of the sources of law, has raised relevant questions, legitimizing in fact different practices and behaviors by individual territorial authorities. It is evident that inhomogeneities in different regional health care systems existed even before the Covid-19 pandemic. However, analyzing how these systems were able to cope with the emergency is a useful tool to put in the right light the risks that may arise, precisely with reference to the effectiveness of health protection, from a distortion of the "constitutional idea" of equality, autonomy and differentiation in access to health services.

Parole chiave: uguaglianza, prestazioni sanitarie, Covid-19, pandemia

Keywords: equality, health care, Covid-19, pandemic

Sommario: 1. Premesse. 2. Organizzazione dei servizi ed erogazione delle prestazioni sanitarie durante la pandemia. Il raccordo Stato-Regioni tra differenziazioni e discriminazioni. 3. La dimensione dell'uguaglianza nell'accesso alle cure quale strumento di effettività del diritto alla salute. Osservazioni conclusive.

1. Premesse

Il diritto alla salute, che fino all'entrata in vigore della Costituzione italiana era inteso in funzione della realizzazione di un mero interesse pubblico¹, assume oggi una connotazione pluridimensionale. Quale

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Per una ricognizione dei lavori preparatori che condussero alla redazione dell'art. 32 Cost., M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Cedam, Padova, 1998, p. 38 ss. Altresì Cfr. R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in S. RODOTA', P. ZATTI, R. FERRARA, *Trattato di biodiritto. Salute e sanità*, Giuffrè, Milano, p. 12 e P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1953.

diritto di prestazione² - nell'accezione che qui interessa - è legato alla pretesa del singolo di accedere alle prestazioni sanitarie³ e, in tale senso, pone quale soggetto della previsione la Repubblica, tenuta a porre in essere le azioni e a organizzare i servizi necessari per "assicurare" il bene salute. In questo modo, il singolo diventa portatore di un'aspirazione positiva, individuata, prima ancora dell'entrata in vigore del servizio sanitario nazionale, nell'essere, il malato, legittimo "utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli viene reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati e che in ciò trovano la loro stessa ragion d'essere"⁴.

L'art. 32 della Costituzione, già in quel contesto inteso quale norma immediatamente precettiva che pone un vincolo in capo ai pubblici poteri, trova poi ulteriore specificazione nella legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Essa riprende il contenuto della disposizione costituzionale, ponendosi significativamente come obiettivo primario la tutela della salute quale diritto da garantirsi a ognuno "secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1, co. 3).

Il principio di uguaglianza nell'accesso alle cure, a sua volta connesso all'impianto personalista della Costituzione e al principio di solidarietà a esso sotteso, diventa così la lente attraverso cui guardare all'effettività del diritto alla salute e segna il confine tra il nucleo irriducibile dello stesso e lo spazio di discrezionalità dei pubblici poteri, centrali come regionali, per la determinazione in concreto dei suoi contenuti⁵.

L'amministrazione dei servizi sanitari non è in questo senso, quindi, chiamata solo a "regolare e controllare l'erogazione di prestazioni"⁶, ma risponde a un disegno costituzionale che instaura un rapporto ideale, soprattutto dopo la riforma del Titolo V del 2001, tra "uniformità nel godimento del diritto (attraverso la definizione dei principi fondamentali del sistema e dei livelli essenziali delle prestazioni)" e differenziazione degli strumenti di organizzazione dei servizi da parte dei singoli enti

² A. SIMONCINI, E. LONGO, Art. 32, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet, Torino, 2006. Cfr. altresì 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, p. 20 ss.

³ In particolar modo, da Corte costituzionale n. 88 del 1979, e in un momento successivo dalle sentenze n. 212 del 1983; n. 167 del 1986, n. 184 del 1986, n. 559 del 1987, n. 307 del 1990, n. 455 del 1990, n. 202 del 1991, n. 356 del 1991, n. 218 del 1994; n. 118 del 1996, n. 399 del 1996, n. 309 del 1999; n. 509 del 2000, n. 252 del 2001, n. 107 del 2012.

⁴ Corte costituzionale, n. 103 del 1977. Tale posizione è stata fatta propria anche dalla giurisprudenza di legittimità anche successivamente all'entrata in vigore della l. n. 833 del 23 dicembre 1978, nelle sentenze Cass. SS.UU. n. 2092 del 1992 e SS.UU. n. 12218 del 1990.

⁵ Corte costituzionale, sentenza n. 252 del 2001.

⁶ Cfr. R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Utet, Milano, 2006, p. 5398.

⁷ A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del Federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, numero speciale 2020, p. 18.

territoriali⁷; questi ultimi, infatti, in funzione proprio della tutela dell'uguaglianza (sostanziale e formale) sono chiamati ad adattare tali "principi fondamentali [...] posti dalla legislazione statale a tutela dell'unità e indivisibilità della Repubblica" alle specifiche esigenze "della comunità e del territorio"⁸.

Differenze nei diversi sistemi sanitari regionali, tali da mettere in discussione la tenuta di tale rapporto, già esistevano prima della pandemia di Covid-19. Tuttavia, analizzare come tali sistemi siano stati in grado di far fronte all'emergenza, con disomogeneità ancora più accentuate, costituisce strumento utile per porre nella giusta luce i rischi - particolarmente attuali oggi in considerazione delle procedure per l'attivazione di forme di regionalismo differenziato - che possono derivare, proprio in riferimento all'effettività della tutela della salute, da una distorsione della "idea costituzionale" di uguaglianza, autonomia e differenziazione nell'accesso ai servizi sanitari⁹.

2. Organizzazione dei servizi ed erogazione delle prestazioni sanitarie durante la pandemia. Il raccordo Stato-Regioni tra differenziazioni e discriminazioni

Nel corso della pandemia, la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari ha chiamato in causa, nel rapporto tra Stato ed enti territoriali, tanto competenze legislative dello Stato in materia di principi fondamentali sulla tutela della salute (art. 117 co. 3 Cost.), di livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.) e di profilassi internazionale (art. 117, co. 2, lett. q, Cost.) - come confermato dalla stessa Corte costituzionale nella sentenza n. 37 del 2021 - quanto incidenti sull'organizzazione dei servizi sanitari, in parte di spettanza regionale (art. 117, co. 3 Cost.)¹⁰. Su tale riparto di competenze ha altresì inciso quanto previsto dal D.lgs n. 112 del 31 marzo 1998 (agli artt. 112 e ss.), il quale ha consentito allo Stato di adottare provvedimenti di urgenza, a livello essenzialmente amministrativo, accentrando funzioni ulteriori: in questo senso, secondo un'indagine dell'Observatory on Health Systems and Policies, The COVID-19 Health Systems Response Monitor¹¹, su undici attività strategiche, l'Italia ne ha accentrate quattro (il distanziamento fisico, l'acquisto e la distribuzione dei presidi protettivi, l'assunzione di

⁷ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, n. 1 del 2020, p. 120.

⁸ L. RONCHETTI, *Differenziazione e diseguaglianze: il regionalismo asimmetrico nella Repubblica una e indivisibile*, in *Istituzioni del Federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, n. 1 del 2020, p. 20, e più diffusamente, L. RONCHETTI, *L'autonomia e le sue esigenze*, Giuffrè, Milano, 2018. Sul tema v., *ex multis*, A. D'ATENA, *Il principio unitario nel sistema dei rapporti tra Stato e regioni*, in AA.VV., *Scritti in memoria di Livio Paladin*, Jovene, Napoli, 2004, p. 737; C. BUZZACCHI, *Uniformità e differenziazione nel sistema delle autonomie*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 13; R. BIFULCO, *Il sistema italiano delle Conferenze, relazione al convegno "Il mondo delle seconde camere"*, Torino, 31 marzo - 1 aprile 2005, p. 7; R. BIFULCO, *Conferenza Stato-Regioni*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 1229 ss.

⁹ L. RONCHETTI, *Differenziazione e diseguaglianze: il regionalismo asimmetrico nella Repubblica una e indivisibile*, in *Istituzioni del Federalismo*, cit., p. 23.

¹⁰ O meglio, la tutela salute come materia concorrente che comprende anche profili organizzativi. Da ultimo Corte costituzionale, n. 186 del 2019, ma altresì Corte costituzionale, n. 137 del 2019 e Corte costituzionale, n. 5 del 2018.

¹¹ Si tratta di un'indagine che contiene informazioni su come i sistemi sanitari dei differenti Paesi siano stati in grado di fronteggiare la pandemia tra il 2020 e i primi mesi del 2022.

personale sanitario, la pianificazione dei servizi), ne ha decentrate quattro (l'isolamento e la quarantena, i test e il tracciamento dei contagiati, le infrastrutture fisiche, il mantenimento dei servizi essenziali) e su tre ha operato talvolta nel senso dell'accentramento, talvolta nel senso opposto (la governance, la gestione del personale sanitario, la gestione dei casi)¹².

In tale complesso equilibrio, il necessario coordinamento tra gli organi di governo centrali e quelli delle regioni si è sviluppato, nelle sue linee generali e cercando di non incorrere in eccessive semplificazioni, secondo un campo di azione costituito, in un primo luogo, da una disciplina a livello nazionale adottata spesso secondo *iter sui generis*¹³; ciò ha consentito, da un lato, di “fronteggiare” la “forza normativa del fatto”¹⁴ rispondendo a esigenze di flessibilità e capacità di adattamento; dall'altro, però, non si è rivelata sufficientemente idonea a vincolare gli enti territoriali. Emblematica è stata, ad esempio, la procedura di adozione del *Piano strategico vaccinale*¹⁵, meramente illustrato al Parlamento dal Ministro della Salute sotto forma di *Linee Guida*, definite di concerto con il Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, l'Istituto Superiore di Sanità, AGENAS e AIFA, e volte a definirne le modalità attuative attraverso raccomandazioni e istruzioni di carattere pratico e senza porre regole cogenti e vincolanti¹⁶. Tale Piano è stato poi sottoposto, il 17 dicembre 2020, a una mera “presa d'atto” formale della Conferenza Stato-Regioni¹⁷, che ha sostituito la fase di concertazione e stipula di quell'intesa generalmente richiesta per l'adozione dei Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale¹⁸. Dopo un'ulteriore integrazione avvenuta con circolare del Ministero della Salute del 24 dicembre 2020, Prot. n. 42164, contenente *Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione*, il Piano Strategico vaccinale *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale*, è stato formalmente adottato, incorporando le *Linee Guida* presentate al Parlamento

¹² Analizza i dati G. VICARELLI, *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza*, in G. VICARELLI, G. GIARELLI, *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Franco Angeli, Milano, 2021, p. 27.

¹³ Per un quadro complessivo si veda AA.VV., *Le fonti normative nella gestione dell'emergenza Covid-19*, in *Osservatorio sulle fonti*, Fasc. spec/2020, p. 293-679.

¹⁴ G. JELLINEK, *La dottrina generale dello Stato*, Società editrice libraria, Milano, 1921, p. 518.

¹⁵ Sia consentito un rinvio sul punto a F. PARUZZO, *Tra norme e prassi: il rapporto Stato-regioni alla prova del piano strategico vaccinale*, in L. BARTOLUCCI; L. DI MAJO, *Le prassi delle istituzioni in pandemia*, Editoriale scientifica, Napoli, 2022, p. 199 ss.

¹⁶ Cfr. E. CASSETTA, *Manuale di Diritto Amministrativo*, Milano, Giuffrè, 2020, 368 ss. Analizza l'uso dello strumento delle Linee Guida durante la pandemia – in alcuni casi anche qualificate come vincolanti – V. DESANTIS, *Il ricorso alle linee guida come (improprio) fattore di semplificazione normativa*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3 del 2020.

¹⁷ Rep. atto n. 235/CSR.

¹⁸ I piani vaccinali sono tradizionalmente qualificati come atti amministrativi generali, adottati su proposta del Ministero della Salute e previo parere del Consiglio superiore di sanità, su cui è poi chiamata a deliberare la Conferenza Stato-Regioni, stipulando, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003, un'intesa poi soggetta a pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*. Cfr. sugli atti amministrativi generali, nella distinzione tra quelli a contenuto normativo e non normativo, A. M. SANDULLI, *Sugli atti amministrativi generali a contenuto non normativo*, in *Il Foro Italiano*, Vol. 77, n. 10 del 1954, pp. 217/218-223/22.

un mese prima, il 2 gennaio 2021 – con una campagna vaccinale già iniziata il 27 dicembre 2020¹⁹ - nella forma di decreto del Ministero della Salute di natura non regolamentare²⁰ e pertanto non soggetto a pubblicazione in Gazzetta Ufficiale²¹, tanto da essere reso disponibile *online* soltanto il 29 gennaio 2021²². A una disciplina nazionale così connotata (quantomeno in ambito di tutela della salute e di cui in questa sede si è riportato solo un emblematico esempio) vi è da aggiungere, in secondo luogo, come le modalità di raccordo tra lo Stato e le Regioni siano state generalmente caratterizzate da un elevato livello di informalità e siano state essenzialmente incentrate sulle figure dei ministri della Salute e degli Affari regionali e del Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, nonché sul ruolo della Conferenza delle Regioni e del suo Presidente. Ciò ha determinato il realizzarsi di un nuovo “assetto di poteri”, che, giustificato dalla pretesa di una più rapida ed efficace soluzione dei problemi legati all'emergenza²³, appare aver deviato dalla normale configurazione dei rapporti centro-periferia in un'integrazione di competenze e di livelli di governo²⁴. Si è infatti assistito a una debole collaborazione tra Governo e regioni, basata su un confronto obbligatorio, ma non vincolante²⁵ e su una mera condivisione da parte degli enti territoriali delle scelte del Governo²⁶, il quale si è posto nella condizione di poter adottare diversi provvedimenti anche in caso di disaccordo²⁷.

Ciò ha messo in discussione un modello collaborativo che per lungo tempo aveva visto la connessione tra principio unitario e principio di autonomia nella Conferenza Stato-Regioni, luogo istituzionale e “sede privilegiata del confronto e della negoziazione politica, atta a favorire il raccordo e la collaborazione fra

¹⁹ Fissata simbolicamente per il 27 dicembre 2020 in tutti gli Stati membri UE (c.d. Vaccine Day).

²⁰ F. MODUGNO, A. CELOTTO, *Un «non regolamento» statale nelle competenze concorrenti*, in *Quaderni costituzionali*, 2003, 356. V. altresì N. LUPO, *Dalla legge al regolamento. Lo sviluppo della potestà normativa del governo nella disciplina delle pubbliche amministrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2003, p. 398.

²¹ Il problema è posto, in riferimento all'assenza della pubblicità legale, tra gli altri, da F. MODUGNO, A. CELOTTO, *Un «non regolamento» statale nelle competenze concorrenti*, cit., p. 35 e G.U. RESCIGNO, *Note per la costruzione di un nuovo sistema delle fonti*, in *Diritto pubblico*, 2002, p. 792.

²² Peraltro, nonostante non fosse reperibile, alcune fonti normative ne facevano già espresso riferimento: ad esempio l'art. 3 del d.l. n. 2 del 14 gennaio 2021. In linea con l'*iter sui generis* di adozione di tale Piano, l'art. 1 co. 2 del decreto ha stabilito altresì che esso potesse essere integrato, senza individuarne le modalità, al sorgere “di nuove evidenze scientifiche, modifiche nelle dinamiche epidemiche o elementi sopravvenuti ritenuti di rilievo per la strategia di contrasto all'epidemia”.

²³ Cfr. E. LONGO, *Episodi e momenti del conflitto Stato-regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, in *Osservatorio sulle fonti*, Fasc. Spec/2020, p. 377 ss.

²⁴ L. DELL'ATTI, G. NAGLIERI, *Le fonti della crisi. Fra esigenze unitarie e garanzie costituzionali nel governo dell'emergenza da Covid-19*, in *BiolaW Journal. Rivista di Biodiritto*, n. 2 del 2020, p. 135 ss.

²⁵ G. DI COSIMO, G. MENEGUS, *L'emergenza coronavirus tra Stato e Regioni: alla ricerca della leale collaborazione*, in *BiolaW Journal. Rivista di Biodiritto*, n. 1 del 2020, p. 183 ss.; 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. Le attualità del diritto*, n. 2 del 2020, p. 1 ss.

²⁶ Questo al di là delle procedure formalizzate. Cfr. Q. CAMERLENGO, *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni: ritorno al coordinamento tecnico*, in *Le Regioni*, n. 4 del 2020, p. 739 ss.

²⁷ G. MARCHETTI, *Le conflittualità tra governo e regioni nella gestione dell'emergenza Covid-19, i limiti del regionalismo italiano e le prospettive di riforma*, *Centro studi sul federalismo, Research paper*, maggio 2021, p. 17.

l'uno e le altre²⁸. La gestione dell'emergenza pandemica ha infatti registrato l'accentuarsi della tendenza alla marginalizzazione del sistema (istituzionale) delle Conferenze, in parallelo con una contestuale valorizzazione delle (più informali) sedi interregionali di raccordo, che trovano nella Conferenza delle Regioni²⁹ e nel suo Presidente³⁰ - spesso semplicemente "sentito"³¹ dalle istituzioni centrali - il nuovo informale canale di contrattazione attraverso cui cercare di dare spazio alle regole della politica.

Tuttavia, ciò ha portato sia a rafforzare la posizione regionale rispetto a quella del Governo, spesso attraverso la "difesa sindacale"³² dell'autonomia e delle prerogative regionali, in contrapposizione con le scelte e le esigenze dell'ordinamento complessivo³³; sia, al tempo stesso, a sacrificare alla logica del *fronte comune*, dato dall'esigenza di operare nel senso della mediazione tra posizioni diverse - per l'appartenenza politica dei Presidenti o per gli specifici interessi del territorio di riferimento - la necessaria differenziazione degli indirizzi regionali³⁴.

Conseguenza di tale irrigidimento, manifestato nell'assunzione di una posizione unica manifestata all'esterno dal Presidente della Conferenza, è stata un'ulteriore "fuga" dal circuito pubblicistico delle conferenze³⁵: le Regioni, singolarmente, hanno cercato una interlocuzione diretta con gli organi di governo centrale (anche solo tramite scambi informali con i singoli Ministri competenti)³⁶, allontanandosi ancora di più dalle dinamiche cooperative affermatesi già solo in via di prassi e dal modello di rapporti finora in essere tra lo Stato e le Regioni.

Queste ultime, talvolta sfruttando proprio gli spazi vuoti lasciati da un quadro normativo non sempre, come detto, immediatamente prescrittivo e vincolante, hanno finito per ritagliarsi un più ampio spazio di organizzazione amministrativa, che ha seguito una logica tipica del "federalismo per abbandono"³⁷, e

²⁸ Corte costituzionale, n. 116 del 1994.

²⁹ La Conferenza Stato-Regioni risulta essere stata convocata solo 4 volte nelle prime fasi della pandemia e meno di 50 volte dall'inizio dell'emergenza. Le riunioni tenutesi in sede di Conferenza delle Regioni invece superano il numero di 80. I verbali delle riunioni possono essere consultati sul sito istituzionale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, per quanto le modalità di discussione siano spesso poco trasparenti. Osservazioni in tal senso sono rinvenibili Commissione parlamentare per le questioni regionali, *Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulle forme di raccordo tra lo Stato e le autonomie territoriali* e ascrivibili a J. Luther e A. Morelli, p. 18 e ss.

³⁰ Sottolinea la tendenza a elevare il Presidente della Conferenza delle Regioni a interlocutore privilegiato del Governo, E. CATELANI, *I poteri del governo nell'emergenza: temporaneità o effetti stabili?*, in *Quaderni costituzionali*, 2020, p. 742.

³¹ Cfr. E. CATELANI, *Centralità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome durante l'emergenza Covid-19? Più forma che sostanza*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3 del 2020, p. 506.

³² C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra Stato e Regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, n. 1 del 2021, p. 299.

³³ C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra Stato e Regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, cit., p. 299.

³⁴ A. CIRILLO, *Le articolazioni istituzionali della leale collaborazione: uno studio dell'evoluzione del sistema delle Conferenze alla luce dell'esperienza pandemica*, in P. CARETTI, M. MORISI, G. TARLI BARBIERI (a cura di), *La pandemia e il sistema delle fonti. Uno sguardo comparato. Seminario di studi e ricerca parlamentare Silvano Tosi*, 2021, p. 269.

³⁵ G. CARPANI, *La collaborazione strutturata tra Regioni e tra queste e lo Stato: nuovi equilibri e linee evolutive dei raccordi "verticali" ed "orizzontali"*, in *Federalismi.it.*, 13 ottobre 2009, p. 19.

³⁶ R. BIFULCO, *Indagine conoscitiva sulle forme di raccordo tra lo stato e le autonomie territoriali, con particolare riguardo al 'sistema delle conferenze'*, *Documento conclusivo*, 2016, XVII legislatura, p. 21.

³⁷ F. PIZZETTI, *Federalismo, regionalismo e riforma dello Stato*, Giappichelli, Torino, 1996, p. 100.

hanno sperimentato modelli più o meno virtuosi, specificando, integrando o contrastando i provvedimenti del centro³⁸.

Scelte operative e organizzative diverse, astrattamente giustificate dalla necessità di rispondere a esigenze specifiche di un territorio, si sono trovate, in concreto, a incidere sull'effettività della garanzia di risposta ai bisogni di salute della popolazione: anche confrontando Regioni che, da un punto di vista prettamente "gestionale", presentano standard simili di efficienza si sono potute riscontrare, soprattutto nella prima fase, differenze nette nei tassi di contagio, nella capacità di tracciamento dei casi e, non da ultimo, nella mortalità per Covid-19: ad esempio, la percentuale di decessi sul numero dei positivi alla fine di aprile 2020 in Lombardia era pari al 18%, in Emilia-Romagna al 14% e in Veneto al 6%³⁹ e alcuni studi hanno ricondotto tale diseguale tasso di mortalità, tra le altre cose, a evidenti diversità nella complessiva gestione della politica sanitaria⁴⁰. Il Veneto ad esempio ha utilizzato, nel corso della pandemia, "il proprio sistema di prevenzione pubblico e un modello sanitario ad alta integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri", al contrario della Lombardia, che sembra aver scontato "la destrutturazione dei Dipartimenti di prevenzione avviata negli anni Duemila, nonché l'indebolimento del sistema territoriale pubblico a favore di scelte ospedaliere e di mercato privato"⁴¹.

Nondimeno, forti sono state le disomogeneità riscontrate tanto nell'organizzazione della campagna di profilassi vaccinale, quanto nell'accesso alle relative prestazioni. Ad esempio, quanto alle prime, emblematici sono stati i ritardi connessi alla gestione delle piattaforme digitali di prenotazione delle dosi⁴²: tra tutti, il caso della Regione Lombardia che, attivato in ritardo, il 15 febbraio 2021, il portale gestito da ARIA (l'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti partecipata dalla Regione stessa) ha dovuto pressoché immediatamente provvedere alla sua sostituzione a causa dei malfunzionamenti registrati⁴³ o quello della Regione Calabria che, carente *ab origine* di un adeguato sistema informativo regionale digitalizzato, ha dato inizio alle prenotazioni online solo nella settimana del 15 marzo. Tali circostanze –

³⁸ L. DI MAJO, *Il Forum sulla vaccinazione in tempo di Covid-19*, in *Rivista "Gruppo di Pisa"*, n. 2 del 2021, p. 296. Non si può non considerare come il regionalismo italiano sia sempre stato in affanno, soprattutto in un regime di differenziazione come configurato dall'art. 116 co.3 e oggi in corso. Cfr. A. PATRONI GRIFFI, (voce) *Regionalismo differenziato*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, agg., 2020 e, più risalente, M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, n. 5 del 1994.

³⁹ M. MARANGOLO, M. DE ROSA, *Covid-19, Regioni a confronto*, in *La salute internazionale*, 2020. I dati peraltro si riferiscono a Regioni interessate dalle recenti – e ancora in corso – istanze di regionalismo differenziato.

⁴⁰ N. BINKIN F. MICHIELETTO, S. SALMASO, F. RUSSO, *Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: a comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions*, in *MedRxiv*, 2020.

⁴¹ G. VICARELLI, *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza*, in G. VICARELLI, G. GIARELLI, *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, cit., p. 27.

⁴² Cfr. l'analisi di B. CAROTTI, G. SGUEO, *In viaggio tra piani vaccinali, prenotazioni online e decentramento amministrativo*, in *Osservatorio sullo Stato digitale*, 1 aprile 2021.

⁴³ Emblematico è stato il caso del centro vaccinale di Cremona che, nel mese di marzo 2021, è rimasto circa 3 giorni senza persone da vaccinare (in una giornata si sono presentate 58 delle 600 previste). V. Redazione Ansa, *Vaccini: a Cremona in 58 per 600 dosi*, "è inaccettabile", 21 marzo 2021.

il cui effetto è stata l'impossibilità di accedere alle prenotazioni necessarie per aderire alla campagna di profilassi - hanno così indotto il Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, con ordinanza n. 4 del 30 marzo 2021, a nominare Poste italiane Spa quale soggetto deputato "ad assicurare la realizzazione degli interventi volti a garantire tutte le funzionalità necessarie e all'effettuazione delle operazioni di prenotazione, registrazione e certificazione mediante la piattaforma informativa nazionale di cui al comma 1 dell'art. 3 del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2", chiamata a operare "in regime di sussidiarietà nell'eventualità che il sistema informativo vaccinale della Regione o Provincia Autonoma non risulti adeguato".

Quanto alle seconde, in base ai dati elaborati settimanalmente dalla Fondazione Gimbe, nella settimana del 4 febbraio 2021 risultava aver completato il ciclo vaccinale l'1,36% della popolazione con marcate differenze territoriali (dallo 0,80% della Calabria all'1,89% dell'Emilia Romagna) e con una distribuzione delle dosi a soggetti esclusi dalle categorie prioritarie individuate a livello nazionale: il 71% dei vaccini era stato destinato a operatori sanitari e sociosanitari, il 9% a personale e ospiti della RSA, l'1% a persone di età superiore a 80 anni. Il 19%, tuttavia, era stato somministrato a personale non sanitario, non ufficialmente previsto da alcun piano vaccinale. Peraltro, rispetto alla media nazionale del 19% risultava anche qui una notevole variabilità (2% dell'Umbria, 32% di Basilicata e Lombardia, 17% Piemonte, 5% Toscana). Quasi due mesi dopo, la stessa Fondazione Gimbe, con comunicato stampa del 25 marzo 2021, rilevava come, con un 4,4% di popolazione vaccinata – e con differenze che andavano dal 3,4% della Sardegna e della Calabria al 5,7% del Friuli Venezia Giulia – si fosse in ritardo nella vaccinazione di circa 4,4 milioni di persone over 80, sia in quanto la loro vaccinazione era iniziata, in ritardo, a metà febbraio, sia in quanto le Regioni avevano dato priorità a categorie non previste dal piano vaccinale, quale personale non sanitario e altro (quest'ultimo per quasi un milione di dosi)⁴⁴.

3. La dimensione dell'uguaglianza nell'accesso alle cure quale strumento di effettività del diritto alla salute. Osservazioni conclusive

Che esistessero differenze tra i sistemi sanitari regionali era circostanza evidentemente nota già da prima della pandemia⁴⁵: emerge dai dati relativi allo stato di salute della popolazione, monitorati dall'Istat attraverso gli indicatori di Benessere e sostenibilità (BES)⁴⁶; o dalla Relazione CNEL 2019 al Parlamento

⁴⁴ Di nuovo, sia consentito il rinvio a F. PARUZZO, *Tra norme e prassi: il rapporto Stato-regioni alla prova del piano strategico vaccinale*, cit., p. 200 ss.

⁴⁵ D'altronde, uno degli aspetti più problematici che il SSN si è trovato ad affrontare, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, è stato il numero di posti in terapia intensiva disponibili (e insufficienti rispetto alla domanda) nelle diverse Regioni. In epoca pre-covid, si andava dai 10.1 posti ogni 100.000 abitanti di Veneto ed Emilia-Romagna, ai 5.7 della Calabria. Il d.l. n. 34 del 19 maggio 2020 ha stabilito un obiettivo di 14 posti letto ogni 100.000 abitanti. A oggi, secondo i dati elaborati da Agenas, si va dai 20,5 posti letto del Veneto ai 9,5 della Calabria.

⁴⁶ G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'uguaglianza territoriale*, in *Federalismi.it*, Aprile 2020, p. 278.

e al Governo, sui *Livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali a imprese e cittadini*, che afferma che l'Italia si colloca tra i Paesi più virtuosi anche se i risultati ottenuti in termini di salute e di efficienza sanitaria “sono inficiati nel loro valore dal peso delle disparità che si registrano nell’offerta di servizi e nei risultati di salute raggiunti a livello territoriale e sociale” (p. 220), o ancora - e forse soprattutto - dal *Nuovo sistema di Garanzie per il Monitoraggio dell’Assistenza Sanitaria*, operativo dal 1 gennaio 2020, che misura efficienza, appropriatezza ed equità nell’accesso alle prestazioni sanitarie. Già così dalla simulazione sui dati LEA del 2019 – ultima annualità a oggi disponibile - risultano adempienti rispetto a tutte le tre macroaree⁴⁷ soltanto 15 Regioni e anche tra queste le disomogeneità sono significative: per l’area di prevenzione si va dal 95,65% dell’Umbria al 78,3% della Sardegna; per quella distrettuale dal 97,64% del Veneto al 61,7% della Sardegna; per quella ospedaliera dal 96,98% della P.A. di Trento al 60,4% della Campania. Con riferimento alle restanti 5 Regioni, a cui si aggiunge la P.A. di Bolzano, 4 sono inadempienti rispetto all’area distrettuale (Valle d’Aosta, P.A di Bolzano, Basilicata e Calabria), 2 rispetto all’area ospedaliera (Molise e Calabria) e tre rispetto alla area di prevenzione (P.A. di Bolzano, Calabria e Sicilia).

Una sorta di “federalismo sanitario”⁴⁸, quindi, preesistente alla pandemia - e nel corso di essa, come visto, aggravatosi - già in grado di mettere in discussione quel principio di uguaglianza tra cittadini nella garanzia del diritto alla salute⁴⁹, che al contrario dovrebbe costituire elemento intrinseco alla struttura e alle attività del sistema sanitario.

In un quadro con tali caratteristiche, il Covid-19 ha mostrato con tragica evidenza come un’organizzazione dei singoli servizi sanitari tendente a forme e modalità autonome, anche al di là delle peculiarità proprie di ogni Regione (e che quindi in funzione dell’uguaglianza sostanziale legittimerebbero differenziazioni), non faccia altro che aumentare le sperequazioni territoriali in danno della tutela della salute.

Il tratteggiato contesto di debolezza del sistema dei raccordi tra i diversi livelli di governo, l’incapacità di adottare misure condivise a livello centrale e poi concretamente attuate a livello regionale si è infatti rivelata, da un lato, poco rispettosa delle attribuzioni regionali e, dall’altro, ha, nei fatti, negato ciò che sta alla base della costruzione pluralista dell’unità politica⁵⁰, a sua volta collocata entro un quadro complessivo

⁴⁷ Si tratta di tre aree in cui ogni Regione deve ottenere un livello di punteggio superiore ai 60 punti, in forza di 22 indicatori definiti “CORE”.

⁴⁸ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, in *Federalismi.it*, 31 luglio 2019, n. 15 del 2019.

⁴⁹ L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, n. 1 del 2020, p. 7.

⁵⁰ A. MORRONE, *Tendenze del federalismo in Europa dopo la crisi*, in *Le Regioni*, 2018, p. 14 ss.

finalizzato a soddisfare interessi generali⁵¹: il rapporto tra sanità e regionalismo è infatti inscindibilmente connesso al principio di uguaglianza, in quanto deve tenere conto del fatto che, attraverso i servizi sanitari, si realizza una “parte essenziale del progetto costituzionale” che esprime una precisa “idea di persona, di società [...] e del ruolo” che le istituzioni sono chiamate a svolgere⁵².

Se tale principio non trova concreta attuazione, il rischio è che si cristallizzino differenziazioni incompatibili con la garanzia prevista dall’art. 32 della Costituzione e che la stessa legge n. 833 del 1978 ha sviluppato, introducendo “un sistema nazionale di protezione della salute fondato sull’universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l’equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l’appropriatezza delle prestazioni [...] e che ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l’avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenze disparità di trattamento personali”⁵³.

Eliminare queste e le discriminazioni che da esse derivano costituisce quindi una precondizione ineliminabile, nonché il presupposto imprescindibile attraverso cui affrontare i processi di regionalismo differenziato che potrebbero interessare alcune regioni italiane⁵⁴: la pretesa di trasferimento ai singoli enti territoriali di ulteriori funzioni in materia di tutela della salute⁵⁵, connessa all’aspirazione di “una autonomia totale in tema di compartecipazione alla spesa”⁵⁶, se non orientata come descritto, potrebbe avere come effetto una ancora più ampia “destrutturazione del sistema sanitario nazionale che, ad oggi, è regionale nell’articolazione, ma resta nazionale nei principi”⁵⁷. Il riconoscimento di “differenze di fatto”⁵⁸ passa certamente per l’adeguamento dei singoli servizi sanitari alle singole realtà sociali, politiche e territoriali; tale adeguamento, in un’ottica di uguaglianza sostanziale, richiede però di essere letto e

⁵¹ M.S. GIANNINI, *Rapporto sui principali problemi della amministrazione dello Stato*, trasmesso alle Camere dal Ministro della funzione pubblica, 1979, p. 32.

⁵² A. PIOGGIA, *La lezione dell’epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del Federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, cit., 25.

⁵³ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2 del 2019, p. 8.

⁵⁴ Nel 2017 hanno intrapreso tali iniziative, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Dopo aver sottoscritto tre accordi preliminari con il Governo a febbraio 2018, su richiesta delle tre regioni, il negoziato è proseguito ampliando il quadro delle materie da trasferire rispetto a quello originariamente previsto. Sulle richieste pervenute e sul percorso di definizione delle intese si è aperto un ampio dibattito. Sulla base del lavoro svolto da una Commissione di studio e consulenza composta di esperti, in ultimo, il Ministero per gli affari regionali e le autonomie ha predisposto una bozza di disegno di legge sull’attuazione dell’autonomia differenziata, presentata, il 17 novembre 2022, in sede di Conferenza delle Regioni e composta di nove articoli. Cfr. per una ricostruzione complessiva, CAMERA DEI DEPUTATI, Centro Studi, *L’autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario*, 28 settembre 2022.

⁵⁵ Sono intervenuti ad esempio specificamente sul reclutamento e sulla formazione del personale; sulla contrattualistica integrativa; sull’organizzazione dei servizi nazionali; sull’istituzione di fondi sanitari integrativi e sulla mobilità interregionale.

⁵⁶ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in AA. VV., *Regionalismo differenziato: Un percorso difficile. Atti del convegno “Regionalismo differenziato: opportunità e criticità”*, Milano, ottobre 2019, p. 68.

⁵⁷ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, cit, p. 68.

⁵⁸ R. BIN, *La crisi delle Regioni. Che fare?*, in *Le Regioni*, 2012, p. 735.



attuato in combinato con quel patto di solidarietà nazionale derivante dalle lettura degli artt. 2, 3 e 5 della Costituzione⁵⁹ e non può in alcun caso condurre alla frantumazione di quei diritti sociali che rischiano di perdere “sulla strada della differenziazione quei caratteri di universalità, essenzialità e fundamentalità che si ergono a garanzia dell’unità e dell’indivisibilità della Repubblica”⁶⁰.

⁵⁹ B. PEZZINI, *Il principio costituzionale dell’autonomia locale e le sue regole*, in B. PEZZINI, S. TROILO (a cura di), *Il valore delle autonomie: territorio, potere e democrazia*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2015, XI-XXIX.

⁶⁰ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, cit., p. 5.